

RAPPORT DE LA MISSION D'ETUDE SUR L'ENSEMBLE

DES

problèmes de la drogue

présenté par Monique Pelletier

ARCHIVES ABBAYE
Association LE PONT
7, Rue de l'Abbaye, 75006 PARIS
Tel. 325-47-91 et 326-07-98



Documentation OFDT



OFDT001441

LA DOCU

RANÇAISE

MILDT

Documentation

N° d'inventaire 75

MISSION D'ÉTUDE
SUR L'ENSEMBLE
DES

problèmes de la drogue

RAPPORT

A

M. LE PRÉSIDENT
DE LA RÉPUBLIQUE
PRÉSENTÉ PAR
MONIQUE PELLETIER

ARCHIVES-ABDAYE
Association LE PONT
7, Rue de Valenciennes, 75004 PARIS
Tél. 325-1191 et 325-0700



JANVIER 1978

Ce rapport a été établi par un groupe de travail
présidé par Monique Pelletier.

Composé de :

Rapporteur général :

M. Jean-Pierre Leclerc,
maître des requêtes au Conseil d'Etat.

Rapporteur général adjoint :

M. Jean Leproux,
conseiller du commissariat au Plan.

Membres du groupe de travail :

Mme Sonia Abela,
documentaliste.

Mme Nicole Alby,
psychologue à l'hôpital Saint-Louis à Paris.

M. Edmond Bohbote,
inspecteur divisionnaire à la Direction centrale de la police judiciaire à Paris.

Mlle Jacqueline Camus,
chargée des actions de communication.

M. Bernard Chemin,
docteur en droit, juge des enfants au tribunal de Paris.

Mme Frédérique Claret,
responsable du secrétariat.

Mme Marie-France Delles,
sous-directeur des services extérieurs de l'Education surveillée.

Mme Christiane Dollander,
psycho-sociologue.

M. Maurice Ferreri,
chef de clinique, assistant des hôpitaux de Paris.

M. Jack Guichard,
agréé de l'université, professeur de sciences naturelles.

M. Jean-Baptiste Touchard,
professeur de mathématiques.

ARCHIVES-ABBAYE
Association LE FORT
7, Rue A. J. Abbaye, 75006 PARIS
Tél. 01-47-47-47-47 et 01-47-47-47-47

Avant-propos

Il y a six mois, le Président de la République demandait une étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue et m'en confiait la responsabilité. Fruit d'un travail collectif, cette étude s'achève aujourd'hui. Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler les raisons qui ont rendu cette réflexion nécessaire, d'en préciser la méthode et d'en souligner les principaux axes.

La drogue, qui était jusqu'alors en France le fait de cercles restreints d'adultes, est devenue un phénomène national à partir du moment où, vers 1969, elle a fait irruption dans la jeunesse. Le personnage du jeune « drogué » apparaît alors ; autour de lui se répand une rumeur passionnelle que les médias amplifient. Chacun, dès lors, réagit à sa manière.

Les pouvoirs publics, sollicités de toutes parts, mènent des actions destinées à enrayer le phénomène mais sans qu'il puisse s'agir d'une réponse d'ensemble et d'autre chose que d'un dispositif d'urgence.

Les spécialistes de la toxicomanie interviennent pour tenter d'apporter une réponse adaptée à un phénomène mal connu. En même temps qu'ils défrichent ainsi un terrain vierge, ils monopolisent le discours.

Les Français, trop vite inquiets ou trop vite rassurés, ne sont pas à même, en général, de discerner l'importance du problème sous l'ampleur des réactions qu'il provoque. Seules les familles directement intéressées, parce que victimes de la drogue, peuvent mesurer leur impuissance et leur dénuement.

Enfin, les drogués eux-mêmes, dans cette confusion, gardent le silence, comme si la drogue était leur seul langage pour se faire comprendre des adultes et plus généralement des autres.

Face à des attitudes aussi différentes, il était nécessaire de faire le point.

L'enquête a été menée à Paris, en province, à l'étranger, avec le concours d'une équipe pluridisciplinaire. Personnalités, spécialistes, associations, organisations, jeunes, parents, tous ceux qui l'ont souhaité ont apporté leur témoignage, ont formulé des propositions et, dans la mesure du possible, aucune question n'a été ni négligée, ni éludée. Il a fallu constamment, sans aucun parti pris, faire la part du mythe et de la réalité. Le caractère complexe du phénomène nous a contraints à emprunter un itinéraire imprévisible, en ce sens que souvent une réponse découvrait un nouveau problème et qu'il fallait se poser de nouvelles questions après avoir cru entrevoir des solutions.

Nous avons rencontré deux courants de pensée contradictoires. L'un appelle à la libération des drogues et prône la non-intervention de l'Etat en invoquant pour chacun le droit de disposer de soi et de régler ou dérégler ses plaisirs comme d'attenter à sa propre vie. L'autre courant, que nous avons fait nôtre, constate que la toxicomanie est une négation absolue de la liberté. La preuve en est fournie par les toxicomanes eux-

mêmes qui, tout au long de cette enquête, ont confirmé le caractère illusoire de la liberté qu'ils espéraient avoir conquise par la drogue. Ils ont parlé de souffrance plus que de plaisir, toujours de dépendance et jamais de libération. N'est-il pas, dès lors, de la responsabilité des adultes de tout mettre en œuvre pour garantir l'exercice d'une liberté à ceux qui risquent, en recourant à la drogue, d'en être privés ?

Nous avons constaté que la drogue recouvre un monde de situations souvent fort différentes. C'est ainsi que notre démarche a dû s'accommoder de nuances et de distinctions successives. Qu'y a-t-il de commun entre le fumeur occasionnel de haschich et le grand toxicomane ? Entre ces deux extrêmes, quelle approche réserver aux jeunes en difficulté dans une vie en marge, non engagés vraiment dans un processus de dépendance toxicomaniaque, mais pour lesquels l'usage de drogue peut être un recours parmi d'autres ? Il fallait prendre en compte également la part d'aptitude individuelle ou de prédisposition génétique, car si le trafic doit être résolument réprimé pour rendre la drogue moins présente, il importe de savoir que son absence ne peut résoudre que partiellement le problème et que d'autres produits parmi les plus courants peuvent être utilisés afin de répondre au besoin de « se fuir ».

Plus généralement, il n'a pas paru possible de limiter l'enquête à la drogue illicite alors que beaucoup de jeunes nous rappelaient l'usage et l'abus que les adultes font d'autres drogues. Sans cesse était évoqué par nos interlocuteurs le recours au tabac, à l'alcool, aux médicaments psychotropes. Une critique se faisait jour à travers cette constatation : les adultes qui manifestent aussi leur besoin de trouver aide et compensation, peuvent-ils s'étonner de voir leurs enfants, par imitation puis transgression, recourir sous d'autres formes aux mêmes artifices ?

On notait que, selon que les drogues sont socialement tolérées ou non, elles donnent lieu à une attitude de compromis ou d'exclusion, de tolérance ou de répression, qui est ressentie comme une injustice de nature à accentuer le clivage entre les générations. Ne fallait-il pas dès lors, pour être crédible, concevoir la lutte contre la drogue dans le cadre plus général d'une prévention de toutes les formes de toxicomanie ?

Ainsi s'est progressivement ouvert à nous un large champ d'investigation, au sein duquel la part de ce qui est relatif dans le phénomène, a pu être distinguée de ce qui lui est spécifique. Il devenait clair alors que l'action devait s'organiser sur deux plans : l'un qui relève de la responsabilité des Pouvoirs publics et qui constitue la politique de la lutte anti-drogue ; l'autre, qui fait appel à un changement général du comportement à l'égard de ce problème. Les recommandations dont nous proposons la mise en œuvre, constituent un dispositif d'ensemble cohérent adapté au caractère spécifique du problème. Elles visent à améliorer la connaissance, à coordonner l'action administrative, à prévenir, à former et informer. Elles proposent une stratégie qui devrait permettre de voir diminuer l'offre de drogue par une répression accrue du trafic et d'en freiner la demande par une application plus efficace de la loi. Enfin, nos propositions sont marquées du souci fondamental d'améliorer les conditions

du traitement et de la réinsertion du toxicomane. La perspective restant toujours ouverte cependant d'un succès de la recherche scientifique qui, découvrant un jour le « remède » biologique à une carence fondamentale, viendrait bouleverser les tentatives actuelles. Cette politique doit être menée vigoureusement avec constance sur tous les fronts en même temps. Essentiellement mobile et souple, elle doit s'adapter en permanence à l'évolution du phénomène.

En même temps, il faut souhaiter que le comportement social se transforme progressivement, car la drogue ne doit pas être tenue pour un phénomène à part, ni rester l'affaire de quelques spécialistes. Elle est un problème social et l'affaire de tous. Les associations qui s'en préoccupent, comme les familles d'accueil, ont raison de la considérer comme un problème avec lequel il faudra vivre pendant un certain temps et qui doit être partagé. L'action de l'Etat doit être accompagnée par celle des citoyens.

Refus de la vie, la toxicomanie nous invite à réfléchir sur l'accueil que la société réserve à sa jeunesse et sur les modèles qu'elle lui propose. De quoi manquent-ils donc ces jeunes, auxquels toutes les libertés ont été offertes d'emblée ? Les plus fragiles d'entre eux manquent de l'essentiel, c'est-à-dire de repères et de valeurs à partir desquels il est possible de « se construire » et de se garder. Ceux pour qui la drogue est un recours signifient plus ou moins clairement qu'ils cherchent à travers elle leur identité dans un monde soudain devenu « flou » où rien n'est plus défendu mais où rien ne paraît plus assez certain pour valoir la peine d'être défendu. Face à des parents qui ne sont pas toujours en condition de maîtriser leur propre vie, face à la fragilité des points d'ancrage et à un avenir aléatoire, ces adolescents ne sont pas préparés à supporter les contraintes du quotidien. S'ils se tournent vers les adultes, ceux-ci, pressés par le temps, murés dans leurs difficultés, n'entendent pas toujours leur appel. La toxicomanie témoigne tout autant de la peur de l'avenir que de l'absence d'une communication véritable.

Tant que la famille et l'école n'assumeront pas cette dimension de l'éducation qu'est l'apprentissage de l'échange, la drogue risque d'être pour quelques-uns un espoir de changer leur vie à défaut de pouvoir améliorer leur relation aux autres. Est-il utopique d'espérer qu'une société peu confiante en son destin, repliée sur elle-même, devienne — au terme d'un long effort commun — plus assurée en même temps que plus chaleureuse ? L'alternative est à notre portée.

Il était important de croire et de dire qu'il n'existe pas de fatalité de la drogue.

Monique Pelletier.

Sommaire

INTRODUCTION	17
PREMIÈRE PARTIE	
QUELQUES NOTIONS DE BASE	21
CHAPITRE I	
DROGUES ET DROGUE : QUELQUES DÉFINITIONS	23
A. — Qu'est-ce qu'une toxicomanie ?	23
B. — Rappel de quelques données sur les drogues	27
I. — <i>Les hallucinogènes</i>	27
II. — <i>Les opiacés et les stupéfiants synthétiques</i>	29
III. — <i>Le chanvre indien</i>	33
IV. — <i>Les enivrants</i>	37
V. — <i>Les excitants</i>	38
VI. — <i>Les barbituriques</i>	41
C. — Le mode d'action des drogues : neuromédiateurs et substances psychotropes	43
I. — <i>Notions de synapse et de neuromédiateur</i>	43
II. — <i>Les effets des substances psychotropes</i>	44
III. — <i>Le mode d'action des opiacés</i>	44
CHAPITRE II	
LE PROBLÈME DE L'OFFRE : LES DROGUES COMME ACTIVITÉ ET COMME TRAFIC	48
A. — L'approvisionnement en drogues	48
I. — <i>Le cadre juridique</i>	48
II. — <i>Les différentes formes de trafic</i>	49

B. — Le marché de la drogue	53
I. — <i>Le marché</i>	53
II. — <i>Les quantités et les prix</i>	54
C. — L'ampleur du problème : Le coût social de la drogue	56
I. — <i>L'analyse des coûts</i>	56
II. — <i>Un modèle de diffusion de la drogue</i>	58

CHAPITRE III

UNE DEMANDE CLANDESTINE : A LA RECHERCHE DES « DROGUÉS »	60
A. — Les « points de contact » avec les « drogués »,	60
I. — <i>Le système éducatif</i>	61
II. — <i>L'appareil policier et judiciaire</i>	62
III. — <i>Le système de soins</i>	64
B. — De quels éléments de mesure peut-on disposer ?	66
I. — <i>Le système éducatif</i>	67
II. — <i>L'appareil policier et judiciaire</i>	67
III. — <i>Le système de soins</i>	69

DEUXIÈME PARTIE

A LA RECHERCHE DE REPÈRES	71
---------------------------------	----

CHAPITRE IV

LE PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE EN FRANCE ET SON ÉVOLU- TION : UN ESSAI D'ÉVALUATION	73
A. — Des « paradis artificiels » à l'irruption de la drogue dans le monde moderne	73
I. — <i>La littérature</i>	73
II. — <i>Le XIX^e et la première moitié du XX^e siècle</i>	74
III. — <i>L'apparition du problème sous sa forme actuelle</i>	74

B. — L'évolution du phénomène depuis 1969-1970	75
I. — <i>L'extension du phénomène</i>	76
II. — <i>La « démocratisation » de la drogue</i>	77
III. — <i>Rajeunissement ou stabilisation ?</i>	77
IV. — <i>Des formes nouvelles de toxicomanie</i>	78
C. — Essai d'un tableau de l'usage actuel des drogues en France	79
I. — <i>La consommation des dérivés du cannabis</i>	79
II. — <i>L'usage de l'héroïne</i>	80
III. — <i>Pour les autres drogues, plusieurs faits peuvent être signalés</i>	81
IV. — <i>Deux éléments essentiels</i>	82
D. — Quelques repères quantitatifs	83

CHAPITRE V

L'ÉTAT ET LA DROGUE : LES STRUCTURES	86
A. — La répartition des compétences	86
I. — <i>Le système éducatif</i>	86
II. — <i>L'appareil judiciaire et policier</i>	87
III. — <i>Le système de soins</i>	89
B. — L'absence de structures de coordination	91
I. — <i>Sur le plan national</i>	91
II. — <i>A l'échelon départemental</i>	92

CHAPITRE VI

L'ÉTAT ET LA DROGUE : LE CADRE JURIDIQUE	95
A. — Conditions d'élaboration et principes de la loi du 31 décembre 1970 :	95
I. — <i>Conditions d'élaboration de la loi</i>	95
II. — <i>Les principes généraux</i>	96

B. — Le dispositif retenu	97
I. — <i>Les dispositions tendant au renforcement de la répression du trafic</i> ..	97
II. — <i>Les dispositions relatives à l'usage de drogue</i>	99
C. — Essai de bilan : les résultats quantitatifs	102
D. — Essai de bilan : les principales difficultés	104

CHAPITRE VII

LE CADRE INTERNATIONAL ET LES PRÉCÉDENTS ÉTRANGERS : 112

A. — Un cadre de coopération internationale	112
I. — <i>Les conventions internationales</i>	112
II. — <i>L'action des organisations internationales</i>	113
B. — La recherche d'exemples étrangers	115
I. — <i>Y a-t-il des points de convergence entre les politiques de la drogue des différents pays ?</i>	116
II. — <i>Quelles conclusions tirer des modifications récemment introduites par certains pays ?</i>	118
III. — <i>Les autres pays étrangers</i>	121

CHAPITRE VIII

LE PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE : A LA RECHERCHE D'EXPLICATIONS 124

A. — Société et adolescents d'aujourd'hui	125
B. — Marginalité et déviance	128
C. — La toxicomanie : une conduite marginale ou déviante parmi d'autres ? 129	
I. — <i>Toxicomanie et troubles de la personnalité</i>	129
II. — <i>La « drogue » et ses significations</i>	130
III. — <i>Le contexte : des éléments favorisant</i>	132
D. — Le drogué, sa famille et son image	133
I. — <i>Les données individuelles et familiales</i>	134
II. — <i>Les toxicomanes et leurs parents</i>	135
III. — <i>Drogués et « drogables »</i>	136
IV. — <i>Le toxicomane et son image</i>	137

CHAPITRE IX

LE PROBLÈME DE LA DROGUE ET SA MESURE 139

A. — Y a-t-il ou non une unité du problème de la drogue ? 139

 I. — *Des comportements différents* 139

 II. — *Drogues « dures » et « douces » : un faux débat* 141

B. — La drogue constitue-t-elle aujourd'hui un problème réel et grave
 pour la société française ? 144

 I. — *Par rapport à d'autres problèmes comparables* 144

 II. — *Par son intensité actuelle ou ses perspectives d'évolution* 145

TROISIÈME PARTIE

LES ACTIONS POSSIBLES 149

PRÉAMBULE 151

CHAPITRE X

DEUX ACTIONS PRÉALABLES :
AMÉLIORER LA CONNAISSANCE

DISPOSER D'UNE STRUCTURE ADMINISTRATIVE ADAPTÉE 154

A. — Améliorer la connaissance 154

 I. — *Développer la recherche, la documentation et la circulation de
 l'information* 154

 II. — *Améliorer l'appréhension statistique du phénomène* 157

B. — Disposer d'une structure administrative adaptée 158

 I. — *Sur le plan national* 159

 1. *Les principes* 159

 2. *Les solutions pragmatiques* 160

 II. — *Sur le plan départemental* 163

— *Rappel des propositions du chapitre* 164

CHAPITRE XI

PRÉVENTION, INFORMATION, FORMATION	166
A. — Les actions de prévention	166
I. — <i>Le fonctionnement de l'institution scolaire</i>	167
II. — <i>En dehors des établissements</i>	168
III. — <i>Pour les jeunes « en difficulté »</i>	169
B. — Les actions d'information	170
I. — <i>Le bilan des actions menées</i>	171
II. — <i>Les principes des actions d'information à mener</i>	173
C. — Les actions de formation	177
I. — <i>« Formation générale » sur les toxicomanies</i>	177
II. — <i>Formation des spécialistes</i>	179
— Rappel des propositions du chapitre	182

CHAPITRE XII

L'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS SUR L'OFFRE :	
CONTROLLER L'APPROVISIONNEMENT EN DROGUES	185
A. — L'action internationale sur les pays producteurs	186
B. — La répression du trafic et ses moyens	188
I. — <i>L'expérience marseillaise et les nouvelles données du trafic</i>	188
II. — <i>L'adaptation de l'appareil policier</i>	191
III. — <i>L'aggravation de la répression du trafic</i>	194
C. — Le problème de l'approvisionnement en médicaments	196
I. — <i>Les cambriolages de pharmacies</i>	197
II. — <i>Les vols et falsifications d'ordonnances</i>	198
III. — <i>Les prescriptions complaisantes ou abusives</i>	198
— Rappel des propositions du chapitre	200

CHAPITRE XIII

L'INTERVENTION DES POUVOIRS PUBLICS SUR LA DEMANDE ..	202
A. — Les questions de principe et leur portée pratique	202
I. — <i>Faut-il ou non poursuivre pénalement l'usager de drogues ?</i>	202
II. — <i>Faut-il limiter la répression de l'usage à certaines drogues ?</i>	205

B. — Les principales étapes d'une « stratégie juridique » possible	210
I. — <i>Appliquer loyalement la loi de 1970</i>	211
II. — <i>Rajeunir la loi de 1970</i>	214
III. — <i>Elaborer un régime juridique nouveau</i>	215
— Rappel des propositions du chapitre	218
CHAPITRE XIV	
DU TRAITEMENT A LA PRISE EN CHARGE	221
A. — La définition progressive d'une « voie thérapeutique »	221
B. — L'accueil	223
I. — <i>Les « équipes d'accueil » et leur rôle</i>	223
II. — <i>Les structures d'accueil</i>	224
C. — La cure	227
I. — <i>Modalités et objectifs de la « cure »</i>	227
II. — <i>La cure : les structures</i>	229
III. — <i>Un point particulier : le traitement de maintenance à la méthadone.</i>	231
— Rappel des propositions du chapitre	232
CHAPITRE XV	
DE LA PRISE EN CHARGE A LA RÉINSERTION	234
A. — La post-cure	234
I. — <i>Situation actuelle</i>	234
II. — <i>Les problèmes de principe</i>	235
III. — <i>Quelques points de repère pratiques</i>	236
IV. — <i>Les modèles anglo-saxons</i>	237
V. — <i>Les différentes structures de post-cure</i>	238
VI. — <i>Quelques recommandations concrètes</i>	239
B. — Vers la réinsertion	241
I. — <i>Quelques principes</i>	241
II. — <i>Au cours de la post-cure</i>	242
III. — <i>Après la post-cure</i>	243

C. — Remarques générales sur la prise en charge	244
I. — <i>Sur le plan du personnel</i>	244
II. — <i>Sur le plan de l'organisation</i>	244
— Rappel des propositions du chapitre	246
 ESQUISSE D'UNE CONCLUSION	 249
 ANNEXES	 254
1. — <i>Liste des personnalités entendues par la Mission</i>	255
2. — <i>Tableau des principales substances à usage toxicomanogène</i>	263
3. — <i>Tableaux statistiques</i>	267
4. — <i>Références bibliographiques</i>	275
5. — <i>Note sur le sondage et l'étude qualitative réalisés à la demande de la Mission</i>	283

Introduction

I. — *Le phénomène de la drogue est un monde compliqué qu'il est impossible de ramener à quelques idées simples. Quiconque l'aborde s'engage dans un univers particulier : celui de la déviance, de la provocation, de l'ambiguïté, et rencontre rapidement plusieurs obstacles.*

Le premier est le contraste entre l'ampleur des travaux consacrés à ce phénomène et l'incertitude qu'ils laissent subsister. Ouvrant récemment un des nombreux séminaires internationaux relatifs à la drogue, le représentant des Nations unies indiquait que « si l'on tentait jamais de déterminer le nombre total d'institutions et d'individus qui s'occupent d'une manière ou d'une autre de ces problèmes, peut-être constaterait-on que les personnes qui ont à connaître des problèmes de la drogue sont plus nombreuses que les drogués ». Dans la plupart des pays, des rapports qui se voulaient souvent exhaustifs ont été établis. Et, en France même, la Commission interministérielle des stupéfiants a, de façon très suivie, examiné les différents aspects actuels de l'usage de drogue.

Pourtant l'incertitude demeure. Incertitude quant au nombre des toxicomanes en France, aux causes de la toxicomanie, aux effets de la répression ou à ceux des soins. La difficulté d'une connaissance rationnelle et objective du phénomène tient à sa nature, à la personne des toxicomanes et aux relations qu'ils ont ou cherchent à avoir avec ceux qui les prennent en charge ou souhaiteraient le faire. La déviance du toxicomane le conduit à porter atteinte à son propre corps, à son intégrité physique ou mentale, à jouer sa vie parfois. *Fascinant et intolérable, il met en danger le confort affectif et le milieu social, il jette un défi et son prosélytisme provoque à le suivre ou à le poursuivre.*

S'ils sont parfois « manipulés » par les soignants, par les médias, les toxicomanes sont aussi manipulateurs et cherchent à tirer parti de la fascination qu'ils exercent, notamment par le sentiment de culpabilité qu'ils créent tant auprès des parents que de la société. Celle-ci voudrait tout à la fois les poursuivre et les soigner, et a mauvaise conscience de faire l'un et l'autre, et de ne bien faire ni l'un ni l'autre.

Tel qu'il est présenté par les moyens d'information et tel sans doute qu'il est perçu par l'opinion, le phénomène de la drogue apparaît avant tout comme un kaléidoscope d'images-choc qui sont autant de clichés : « toxico » en état de manque, un mort par overdose dans les lavabos, parents éplorés, concert de « pop music » où tous les participants fument du haschich, impunité des « gros bonnets du trafic », « casses » de pharmacies ; X, Y ou Z nouveau sauveur des drogués. Autant d'apparences — souvent teintées de dramatique, de sensationnel ou de sordide — qui réduisent en une dichotomie noir sur blanc un monde difficile à percevoir, mais qui en même temps contribuent à renforcer son caractère fascinant.

Car, à l'opposé de ces images trop nettes, la drogue est au contraire le monde de l'ambiguïté, sans frontières définies, d'où le cartésianisme semble à jamais

banni. Les notions classiques auxquelles aiment à se référer le policier, en distinguant clairement l'usage et le trafic, le magistrat, en faisant appel à la notion de délit, le psychiatre, en parlant de normal ou d'anormal, ne sont guère praticables ici. Et la société elle-même, qui permet l'alcool, le tabac ou les tranquillisants, mais interdit le cannabis ou les opiacés, n'échappe pas à l'ambiguïté générale.

Par sa nature clandestine, par les mécanismes de provocation et de fascination qu'il met en jeu, le phénomène est difficile à aborder de sang-froid. La place qu'il occupe dans la société est sans commune mesure avec son ampleur réelle. En même temps le caractère provocateur et revendicatif de la toxicomanie en fait l'enjeu d'une lutte doctrinale entre les différentes catégories d'acteurs qui y interviennent et, au sein de chaque catégorie, entre des individus ou des groupes sûrs de leurs solutions et prompts à lancer l'exclusive. Elle est aussi le lieu privilégié où chacun projette ses propres problèmes, d'où le caractère aigu de l'affrontement entre des opinions également tranchées.

Or, il ne s'agit en aucune façon d'un problème simple qui pourrait se ramener à une seule explication et relever d'une solution unique : il met en jeu des éléments individuels et collectifs, psychologiques et affectifs aussi bien que sociaux, qu'il serait malhonnête de prétendre réduire à des schémas trop simples.

Toutes ces raisons expliquent la difficulté qu'on rencontre à informer l'opinion publique. Celle-ci aime ramener à une opposition tranchée entre le blanc et le noir, le bien et le mal, ce qui est par nature complexité et nuances. Et cette réduction sécurisante est d'autant plus tentante que le phénomène angoisse et fascine parce qu'il renvoie à la dépression, au plaisir et à la mort.

II. — Avant d'aborder la tâche qui lui était assignée, la Mission devait réfléchir sur l'objet de celle-ci, laissé pour une large part à sa propre définition. Car lorsqu'on parle d'usage de la drogue, de quoi parle-t-on ?

Si l'on s'en tient à une première approche très générale, qui se référerait à l'usage régulier d'une substance, chimique ou naturelle, caractérisé par un lien — physique ou non — de dépendance, nombre de comportements peuvent être, de manière un peu brutale, qualifiés de toxicomaniaques. L'usage régulier de tabac, d'alcool, voire de café, le recours habituel à des médicaments qui modifient l'humeur, atténuent l'angoisse ou procurent le sommeil, la prescription généreuse, pour ne pas dire abusive, des mêmes médicaments en milieu carcéral ou hospitalier, le dopage des sportifs, autant de conduites qui ressortissent de ce qu'on pourrait appeler, dans son acception la plus large, l'usage de la drogue. Notre société a de plus en plus recours aux substances chimiques pour résoudre des problèmes affectifs ou relationnels : ce modèle est donné très tôt aux jeunes, et les adultes y ont largement recours. Ce que certains nomment la « pré-toxicomanie » des adultes concourt sans doute à la toxicomanie des jeunes, mais en même temps explique l'agressivité du corps social face aux toxicomanes, qui lui renvoient une « mauvaise image » de l'usage des substances chimiques.

Bien sûr, la Mission d'étude ne pouvait, sous peine de donner un champ presque illimité au mandat qui lui était confié, que le restreindre à ce qui est habituellement entendu depuis dix ou quinze ans sous le vocable « problème de la

drogue » et qui concerne le développement des conduites toxicomaniaques chez les adolescents et les jeunes adultes. Mais il lui est apparu, au seuil même de son propos, *qu'il ne serait ni juste, ni moralement honnête à leur égard, de ne s'intéresser qu'aux adolescents et aux jeunes adultes, sans souligner qu'il existe pour d'autres classes d'âge des toxicomanies aussi caractérisées et d'un coût social sans doute très supérieur, mais mieux supportées par la société.*

III. — La Mission a choisi une démarche modeste, adaptée aux moyens et au délai qui lui étaient assignés. Elle ne pouvait avoir pour objectif d'entreprendre des études exhaustives comme celles menées dans d'autres pays par des commissions nombreuses ayant travaillé plusieurs années.

Il s'agissait pour elle avant tout — ici et maintenant — de répondre à la demande des pouvoirs publics, c'est-à-dire d'évaluer, pour autant qu'on puisse le faire, le phénomène de la toxicomanie tel qu'il se présente aujourd'hui en France et d'apprécier les solutions mises en œuvre. *Ce qui est en cause, c'est ce qu'on pourrait appeler la « politique de la drogue », ou la « politique de lutte contre la drogue », c'est-à-dire l'action des pouvoirs publics pour comprendre et endiguer ce phénomène.* L'accent est donc mis prioritairement sur les aspects administratifs et juridiques du phénomène, et ce rapport ne saurait en rien constituer ni une étude d'ensemble des aspects psychosociaux de la toxicomanie, ni un traité de toxicologie, ni un manuel de thérapie des toxicomanes susceptible d'aider les praticiens de celle-ci. Tout au plus rappellera-t-il sur ces différents points les données générales nécessaires à la compréhension du problème.

IV. — La Mission a donc retenu avant tout une démarche d'analyse et d'explicitation du phénomène de l'usage de drogue, d'où découlent les recommandations proposées.

Au préalable, le rappel de certaines données générales est nécessaire, et le rapport y consacre, aussi rapidement que possible, une première partie qui comporte trois étapes :

— chercher à préciser ce que sont les drogues et les « drogués » et quels sont les éléments qui permettent de qualifier certains comportements de toxicomaniaques ;

— décrire l'aspect économique de l'approvisionnement en drogues et, pour la partie illicite de celui-ci, le trafic auquel il donne lieu ;

— en se plaçant du côté de la demande, et non plus de l'offre, rechercher où et dans quelles conditions apparaissent les « drogués » et quels sont les « points de contact » entre eux et les différents éléments de l'appareil social.

Dans une deuxième partie, le rapport tente d'analyser et d'évaluer le problème de la drogue dans la France de 1977, à la lumière d'un certain nombre de repères et de références :

— une première référence peut être recherchée dans l'évolution récente de l'usage de drogue en France, et dans un essai d'analyse de cet usage aujourd'hui ;

— un second élément consiste dans l'attitude de l'administration et dans l'évolution de la « politique de la drogue » en France, du point de vue des structures et des compétences administratives et du régime juridique de la toxicomanie ;

— un autre ordre de références peut être trouvé hors de France, à la fois dans les règles édictées sur le plan international et surtout dans l'exemple de certains pays étrangers ;

— après ces diverses références, extérieures en quelque sorte au phénomène, une analyse dirigée plus vers l'intérieur, et visant à cerner les motivations qui peuvent inciter à l'usage de drogue, et les différentes significations que celui-ci revêt, doit en permettre une meilleure compréhension ;

— une synthèse de ces différents aspects est tentée dans un essai de mesure du problème de la drogue tel qu'il se pose aujourd'hui en France, à la fois en lui-même et par rapport à d'autres problèmes sociaux comparables.

Une troisième partie du rapport est consacrée aux différentes actions proposées par la Mission. Celles-ci concernent les aspects suivants :

— l'amélioration de la connaissance du phénomène et la mise au point d'une structure administrative adaptée, que la Mission considère comme un double préalable ;

— la prévention, l'information et la formation ;

— l'action des pouvoirs publics pour contrôler l'approvisionnement en drogues ;

— l'attitude des pouvoirs publics à l'égard de la demande, c'est-à-dire le régime législatif et juridique de la toxicomanie ;

— enfin l'ensemble des problèmes relatifs au traitement, à la prise en charge et à la réinsertion des toxicomanes.

PREMIÈRE PARTIE

Quelques notions de base.

Chapitre I

Drogues et drogue :
Quelques définitions.

Chapitre II

Le problème de l'offre :
Les drogues comme activité et comme trafic.

Chapitre III

Une demande clandestine :
A la recherche des « drogués ».

CHAPITRE I

Drogues et drogue : quelques définitions.

Sans chercher à établir un « traité des drogues », le rappel de quelques définitions élémentaires paraît utile. Car c'est un domaine où même le vocabulaire le plus courant est biaisé par des connotations morales et où des termes d'apparence scientifique sont employés dans des acceptions différentes.

L'emploi du mot « drogue » est très étendu, et s'applique à diverses substances chimiques, médicamenteuses ou non, aussi bien qu'aux épices (1). Mais, en même temps, il est coloré par l'idée d'abus, de danger, de besoin, et sous-entendu par une seconde notion, celle du comportement de l'usager. Certains n'utilisent le terme que pour des substances dangereuses illicites, insistant sur les caractéristiques de celles-ci ; d'autres mettent en exergue l'idée de dépendance et appliquent le terme à toute activité dont l'individu est devenu « l'esclave » : automobile, télévision, voire travail, etc.

L'accent mis sur le comportement de l'usager conduit à la définition de la « toxicomanie », décrite comme l'habitude morbide d'absorber des doses croissantes de substances toxiques (éther, morphine, cocaïne, opium...).

Pour définir la toxicomanie, après l'intérêt porté aux caractéristiques des substances, puis au comportement de l'usager, l'approche actuelle recherche le pourquoi d'un tel comportement. Elle renvoie à l'usager dont le désir, le besoin, le lien à la substance témoignent de difficultés psychologiques ou d'un « manque » plus fondamental que tendrait à combler la prise de toxique.

A. — Qu'est-ce qu'une toxicomanie ?

La dépendance, notion-clé dans la description du comportement toxicomane, a été abondamment analysée, dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé en particulier.

(1) Par exemple, pour le Larousse, drogue : « nom donné aux ingrédients propres à la teinture, à la chimie, à la pharmacie. Chose fort mauvaise à absorber ».

1. — De l'assuétude à la dépendance.

Les commissions spécialisées de l'O.M.S. (1) ont en effet tenté de définir les drogues par leurs effets, en retenant comme significatifs deux états particuliers : l'accoutumance et l'assuétude.

— L'accoutumance (*drug habituation*), définie comme un état résultant de la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique) (2).

L'accoutumance se différencie de la *tolérance*, qui résulte des processus d'adaptation d'un organisme mis en contact répété avec une substance chimique étrangère, et se traduit par un affaiblissement progressif des effets de celle-ci. C'est un élément souvent rencontré en thérapeutique qui conduit à augmenter les doses pour obtenir le même effet.

— L'assuétude (*drug addiction*) définie comme un état d'intoxication périodique d'origine chimique, nuisible à l'individu et à la société (3).

L'assuétude s'oppose à l'accoutumance par la dualité de la dépendance psychique et physique, par l'apparition du phénomène de « manque » plus ou moins dramatique lors du sevrage, par le caractère urgent, absolu, du besoin de drogue non pas pour jouir, mais pour ne pas souffrir. L'assuétude caractérisait un lien particulier à la drogue longtemps appelé toxicomanie.

Mais, malgré ses efforts, l'O.M.S. ne put empêcher la persistance de la confusion entre accoutumance et assuétude. Elle abandonna alors la notion de « toxicomanie » (*drug addiction*) et rechercha un vocable qui soulignât l'élément commun aux abus de drogues de toutes sortes. L'état de *dépendance*, qu'il soit psychique ou physique, rallia les experts.

La dépendance fut définie (4) comme un « état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction du comportement entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par des modifications et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit

(1) Organisation mondiale de la Santé : rapports techniques 1952, n° 7, page 9, et 1957, n° 116, page 9.

(2) L'accoutumance se caractérise par :

1. Un désir (mais non impérieux) de continuer à prendre cette drogue pour retrouver la sensation de bien-être qu'elle engendre ;
2. L'absence de tendance ou la faible tendance à augmenter les doses ;
3. Une certaine dépendance psychique à l'égard des effets sans dépendance physique et par conséquent l'absence d'un syndrome de sevrage ou d'abstinence ;
4. Une nocivité, qui, si elle existe, concerne avant tout l'individu.

(3) L'assuétude se caractérise par :

1. Un désir insurmontable ou un besoin de continuité à consommer la drogue et de l'obtenir par tous les moyens ;
2. Une tendance à augmenter les doses ;
3. Une dépendance psychique et parfois physique aux effets de cette drogue : l'existence alors d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de celle-ci ;
4. Des effets nuisibles à l'individu et à la société.

(4) Organisation mondiale de la Santé : rapport technique 1964, n° 273.

de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de frustration. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits ».

Cette définition phénoménologique souligne la nature essentiellement psychique de la dépendance, le caractère contraignant du désir ou du besoin de prendre le produit, l'éventualité d'un comportement d'escalade, et la spécificité de cette dépendance, en fonction des produits qui l'engendrent.

Plusieurs éléments, d'importance inégale, permettent de caractériser la dépendance.

— *Les éléments psychologiques* comportent deux aspects majeurs :

il n'existe pas de « profil type » du toxicomane. Les difficultés psychologiques qu'il présente ou la « faille » dans l'organisation psychique peuvent être retrouvées dans n'importe quel type de personnalité.

L'appréciation des conflits psychologiques et du « manque » qui conditionnent la dépendance, permet de comprendre celle-ci soit comme une tentative passagère de résoudre certains conflits, soit comme un essai plus durable de combler ce « manque » fondamental.

— Cette appréciation repose également sur la connaissance du contexte socio-culturel, familial, etc., passé et présent du sujet et peut orienter une éventuelle prise en charge.

Deux autres éléments jouent un rôle important. Ce sont l'âge du sujet : l'adolescent est vulnérable par la fragilité de son équilibre, facteur d'attrance pour les drogues et de renforcement de leurs effets, et la durée de la prise du ou des toxiques et son retentissement psychosomatique et social.

Enfin, une donnée « piège » est constituée par les motivations invoquées par le sujet pour expliquer la prise de toxiques qui sont changeantes, défensives, variables suivant l'interlocuteur, lequel a trop souvent tendance à les reprendre telles quelles.

2. — Les caractéristiques de la dépendance.

Elles sont à la fois cliniques, pharmacologiques et chimiques.

a) *Les caractéristiques cliniques* sont définies par la nature des effets psychiques, la rapidité de leur installation, les caractéristiques du produit, la sémiologie d'une éventuelle dépendance physique. Elles sont spécifiques du produit consommé : dépendance de type morphinique, barbiturique, amphétaminique, etc.

L'alcool, le tabac, certains médicaments utilisés hors des limites de la thérapeutique, notamment les tranquillisants sont dans certaines conditions de consommation des « drogues » qui entraînent un état de dépendance.

L'appréciation de la dépendance permet dans une certaine mesure de distinguer dans le langage courant des drogues qui seraient « dures » et d'autres qui

seraient « douces ». Mais cette distinction implicite, en partie subjective, n'a jamais été précisée par les experts de l'O.M.S. Bien qu'imprécise, elle garde toutefois une valeur certaine dans l'évaluation de la dépendance, pour le pronostic comme pour les soins. La dépendance à la marihuana par exemple n'a pas de commune mesure avec la dépendance morphinique tant en ce qui concerne les difficultés psychologiques ayant conduit le sujet à utiliser l'un ou l'autre produit que leurs effets pharmacologiques.

b) *Les caractéristiques pharmacologiques* sont liées à différents éléments, dont quatre sont à souligner :

— le mode d'administration : l'administration intraveineuse ou respiratoire entraîne des effets rapides et intenses et l'installation de la dépendance en est accélérée.

— La dose et la fréquence des prises ;

— Le temps de latence, défini par le délai s'écoulant entre l'administration de la substance et l'apparition de ses effets ;

— L'âge du sujet, qui peut influencer sur le métabolisme de la drogue. Ceci justifierait une étude spécifique chez l'adolescent.

c) *Les caractéristiques chimiques.*

La nature et les qualités des substances illicites varient sur le marché, ce qui rend difficile la comparaison des effets enregistrés lors d'expériences de laboratoire à ceux observés chez les toxicomanes. En outre, les usagers eux-mêmes identifient avec difficulté les substances absorbées et certains décès s'expliqueraient par la variation importante de la composition des drogues selon leur origine.

*
* *

La toxicomanie est désormais définie à partir de la dépendance du sujet à une substance qu'exprime bien le terme de pharmacodépendance. Elle se caractérise par le besoin impérieux, répétitif, spécifique qu'il éprouve d'utiliser des substances psychotropes pour tenter de pallier ses difficultés psychologiques ou de combler un « manque » dans l'organisation de sa personnalité, quelle qu'en soit l'origine.

Ces notions sont fondamentales pour éviter d'assimiler hâtivement des phénomènes comportements, culturels, ou sociologiques, de la jeunesse actuelle à un comportement toxicomaniaque pathologique : un adolescent fumeur occasionnel de marihuana ne peut être considéré comme un toxicomane au sens pathologique du terme.

Comportement-symptôme, épisodique ou prolongée, la toxicomanie s'inscrit dans un éventail plus large de troubles de conduites dont il faut évaluer la gravité, préciser le sens, cerner la genèse. Elle est conditionnée par l'existence du ou des toxiques sur le marché.

B. — Rappel de quelques données sur les drogues.

Il ne saurait être question, dans le cadre de ce rapport, ni de passer en revue l'ensemble des substances toxiques citées par l'O.M.S., ni de chercher à établir une nouvelle classification de celles-ci (1). Un bref aperçu des substances à usage toxicomanogène courant en France, qui figurent dans les tableaux en annexe II, permettra, par un rappel succinct des effets recherchés par le sujet, d'apprécier son désir et son lien à sa ou ses substances et, par l'analyse des effets provoqués par celles-ci, de définir l'intoxication, dont il n'est pas inutile de souligner certains signes de gravité.

I. — Les hallucinogènes.

1. — Les substances hallucinogènes.

Pour faciliter l'émergence de visions prophétiques, certaines peuplades du Mexique incorporaient des décoctions de cactus ou de champignons hallucinogènes aux breuvages des rituels sacrés.

De nos jours, en France, les toxicomanes utilisent rarement des substances naturelles rapportées de voyages. Ils consomment, en principe, des hallucinogènes de synthèse qui engendrent divers éléments symptomatiques parmi lesquels des hallucinations qui s'inscrivent dans un vécu rappelant le rêve. « L'expérience psychédélique », onirique, provoquée par les hallucinogènes touche le psyché dans sa globalité, perturbe la conscience, l'humeur, les processus intellectuels, crée un monde de fantasmes et « des distorsions des valeurs de réalité » (Delay, Deniker). Ce qui fait la spécificité de la toxicomanie aux hallucinogènes en France, c'est que la dépendance est reléguée au second plan, au profit de l'aspect socio-culturel : elle est liée à l'appartenance au groupe, au sens de la fête, à la recherche d'une expérience que le sujet définit comme une tentative de meilleure connaissance de soi. Parmi les hallucinogènes, le plus fréquemment employé en France est le L.S.D.

a) *Le L.S.D.* (2).

Cet hallucinogène typique a été retrouvé, après sa synthèse, dans l'ergot de seigle. Quelques microgrammes suffisent à provoquer un état délirant hallucinatoire. C'est un toxique de « haut rendement », dont la simplicité d'utilisation et le faible coût ont facilité l'extension chez les jeunes. Il se présente sous

(1) Les nombreuses classifications des drogues varient en effet avec le point de vue retenu : principal effet psychologique (Lewin, 1928), origine, type de dépendance, risque de décompensation, effet à long terme, etc.

(2) Diéthylamide de l'acide lysergique, Lysergamide L.S.D. 25.

forme soit de buvard (rare en France) imprégné de substances actives, un dosage approximatif expliquant la variabilité des effets, soit de pilules multicolores aux noms évocateurs, dosées pour un « voyage », soit de cristal blanc. Les prises sont habituellement hebdomadaires, et quotidiennes en phase critique pendant quelques jours.

Dans la même rubrique peuvent être classés les antimigraineux dérivés de l'acide lysergique qui ont eu une certaine vogue parmi les toxicomanes.

b) *Les autres hallucinogènes.*

Ils sont relativement peu utilisés. Ce sont :

- La mescaline, extraite d'une cactée, le peyotl, dont l'usage est très répandu au Mexique, et dont l'absorption provoque une longue période de « voyage » (de 3 à 12 heures) au cours duquel le sujet voit sa perception très modifiée.
- La psilocybine, extraite des champignons consommés par certains groupes ethniques mexicains lors de cérémonies rituelles.

2. — **La dépendance aux hallucinogènes.**

La pharmacodépendance aux hallucinogènes type L.S.D. est caractérisée par :

- Une consommation le plus souvent périodique.
- Une dépendance psychique légère : l'intensité pulsionnelle à prendre le produit est faible ; le sujet peut apprécier l'expérience et désirer la recommencer, mais s'en passera si l'état du marché ne lui permet pas de se procurer celui-ci.
- Une absence de dépendance physique, donc de syndrome de sevrage ;
- L'absence de tolérance : on ne constate pas de tendance à augmenter les doses, ce qu'explique en partie la consommation sporadique ;
- L'association fréquente à d'autres toxiques ;
- La nature hallucinatoire, onirique, des effets psychiques.

3. — **L'intoxication aiguë au L.S.D.**

L'ivresse hallucinatoire, l'expérience onirique, nommée « voyage », exprime la sensation de déplacement, le passage des frontières de la réalité pour aller au-delà vers le monde des fantasmes. Le « voyage » débute une demi-heure à une heure après la prise orale. Il est variable selon les sujets, les doses, l'environnement et dure environ huit heures. Un sentiment d'anxiété, d'irréalité persiste souvent pendant vingt-quatre heures.

Chaque épisode a sa propre tonalité, son « vécu » particulier, et son déroulement reste imprévisible. Une symptomatologie multiple, imprégnée d'angoisse, s'esquisse, s'organise, s'édifie pour éclater et s'évanouir, réapparaître et s'estomper aussitôt. Oscillant du pôle d'une réalité à peine altérée au pôle d'un délire de

« rêve », s'enlisant dans des troubles confusionnels majeurs, la tonalité affective va d'une satisfaction extrême, extatique, au « freak out » en passant par la plus vive anxiété.

Le « mauvais voyage » est redouté : le voyageur « flippe » : c'est la terreur devant des hallucinations effrayantes qui peuvent se terminer par des accidents graves actes médico-légaux, commis dans une atmosphère de persécution ; défenestration lors d'essai de vol. Les usagers habituels d'hallucinogènes recherchent « l'acide pur » non coupé de *speeds* (amphétamines) parce qu'ils attribuent généralement le mauvais « voyage » à un produit de mauvaise qualité.

4. — Les suites.

— Les « remontées d'acide », récurrences atténuées de l'épisode aigu, ponctuent la semaine qui suit le « voyage » et apparaissent parfois plusieurs semaines plus tard.

— Le « voyage », dans certains cas rares, se poursuit pendant des semaines. Le monde des fantasmes persiste alors que la tonalité de rêve disparaît. Le délire s'édifie, flou, entrecoupé d'accès de dépression ou d'euphorie. La réduction de l'activité psychique et physique est parfois sensible. Le sujet a perdu toute motivation ; dans ces états, d'allure chronique, se pose le délicat problème de savoir si les hallucinogènes jouent un rôle inducteur ou facilitateur.

II. — Les opiacés et les stupéfiants synthétiques.

1. — L'opium.

Originaire de Mésopotamie, connu d'Hippocrate, prescrit à titre thérapeutique en Europe au ^{xv}^e siècle, l'opium est un mélange complexe qu'on retire des capsules du pavot blanc en les incisant avant leur maturité. On en extrait une quinzaine d'alcaloïdes dont la morphine, la thébaïne, la codéine, etc.

L'opium peut être mangé ou bu sous forme de décoction, mais il est surtout fumé.

La grande époque de l'opium, en Europe, se situe au XIX^e siècle. Thomas de Quincey montre, dans les « Confessions d'un mangeur d'opium », comment la classe ouvrière anglaise se précipite alors sur les pilules d'opium. La France, à cette époque, semble avoir préféré imiter l'Extrême-Orient, en le fumant ; Marseille, Le Havre, Bordeaux et Paris comptaient, à la veille de la guerre de 1914-1918, bon nombre de fumeries plus ou moins clandestines. Aujourd'hui, l'opium est cher, difficile à trouver sur le marché, et il ne paraît plus guère utilisé que par des opiomanes de longue date appartenant aux milieux aisés.

2. — La codéine.

La codéine entre dans de nombreuses préparations pharmaceutiques, notamment les sirops. L'existence de codéinomanies par voie buccale ou veineuse est signalée, mais leur fréquence est difficile à évaluer.

3. — La morphine.

La morphine, isolée à partir de l'opium en 1806 par Seguin, chimiste de Napoléon, connut une grande vogue grâce à l'invention de la seringue de Pravaz et surtout grâce à son utilisation massive lors de la guerre de 1870. *Jusqu'en 1900, son usage resta extrêmement répandu ; on se réunissait dans les salons pour se « piquer ».*

L'utilisation de la morphine diminua progressivement, puis connut un regain après la Première Guerre mondiale. Mais l'instauration du carnet de toxiques a diminué massivement l'emploi de la morphine obtenue en général par détournement de son utilisation médicale légale.

Après une euphorie morphinique « d'initiation » (« la lune de miel »), s'installe un besoin impérieux, rapidement tyrannique, alors que l'euphorie devient discrète et n'est que « la trêve du besoin ». La durée de l'effet est de huit heures environ.

4. — L'héroïne.

Vers la fin du XIX^e siècle (1898), alors que la morphine exerçait des ravages, la compagnie Bayer réussit à isoler une substance que l'on décrivit à l'époque « comme dépourvue de propriétés d'accoutumance, d'une manipulation très aisée et, par-dessus tout, la seule capable de guérir rapidement les morphinomanes ».

L'héroïne, synthétisée à partir de la morphine par Dreser, fut utilisée comme analeptique respiratoire dans le traitement de la tuberculose et de l'asthme, et contre les insomnies. Elle fut préconisée comme traitement de substitution dans les morphinomanies, nombreuses à la fin du XIX^e siècle et comme antalgique dans diverses affections. Mais l'importance et la rapidité d'installation de la dépendance ont conduit à l'exclure de la pharmacopée.

a) Les différentes formes.

L'usage de l'héroïne aujourd'hui est donc uniquement toxicomaniac. Elle est fournie sur le marché illicite sous forme de poudre (« la poudre », « le cheval ») dont la qualité dépend de la provenance mais qui est rarement pure. Les trafiquants, pour augmenter leurs marges bénéficiaires, la « coupent » de lactose, de borax, de sucre ou, éventuellement, de substances encore plus nocives auxquelles il convient d'attribuer bon nombre des accidents survenus aux héroïnomanes.

Parmi les formes les plus courantes :

— Le « brown sugar » poudre de couleur brune, dite n° 3, est un mélange d'héroïne, de strychnine et de caféine. Le taux d'héroïne pure varie entre trente et soixante pour cent.

— La « thaïlandaise » ou « laotienne » (la blanche), dite n° 4, contient de soixante-dix à quatre-vingt-dix pour cent d'héroïne pure.

b) *Des effets recherchés à la conduite imposée.*

Parfois nasal (« le sniff »), le mode d'administration est fréquemment intra-veineux (« le shoot »), qui procure une sensation violente, (« le flash »).

Les effets de l'héroïne ont été ainsi décrits par Claude Olievenstein (1) :

Qu'apporte donc, à celui qui se l'injecte, cette poudre en apparence si neutre ?

Tout d'abord, cela sera le « flash », une explosion de jouissance dans le corps, la tête, l'esprit... C'est un orgasme, en somme, auprès duquel l'orgasme sexuel semble peu de chose.

Au « flash » succède la « planète ». Durant deux à trois heures, mi-éveillé, mi-conscient, on baigne dans une espèce de cocon d'eau chaude, comme dans le ventre de sa mère, comme dans le liquide amniotique. Seules filtrent les sensations agréables, les autres sont rejetées.

Aussi, lorsque cesse cette extase, celui qui a goûté à l'héroïne n'a plus d'autre idée que de la retrouver. Le piège, dès lors, se referme, car, pour y parvenir, il lui faut des quantités de plus en plus importantes, tandis que le plaisir s'émousse jusqu'à disparaître. *Et, un jour on découvre que l'on est « accroché » : c'est-à-dire que le corps et la tête sont tellement envahis, modifiés par le produit, que l'on ne peut absolument plus s'en passer. La remémoration de l'extase initiale est cruellement obsédante. Le corps, lui aussi, est devenu dépendant, il faut coûte que coûte se « piquer », non pas pour avoir du plaisir — on n'en éprouve plus —, non pas pour planer et rêver, mais simplement pour ne pas être trop mal dans sa peau.*

« L'héroïnomane touche désormais le fond extrême de l'esclavage. »

c) *La dépendance aux opiacés type héroïne.*

La dépendance psychique s'installe rapidement et, en quelques jours, devient tyrannique. L'intensité pulsionnelle à prendre le produit est très forte. La dépendance physique, elle, apparaît environ deux semaines plus tard. Le syndrome d'abstinence est perçu quelques heures après la dernière prise, et est à son paroxysme les troisième et quatrième jours. Il est fonction de la personnalité du sujet et de la qualité de l'entourage.

(1) Dans : « Il n'y a pas de drogués heureux », page 293.

d) *L'univers de l'héroïnomane.*

Un héroïnomane chronique, accroché, un « junky », consomme en moyenne un gramme d'héroïne pure par jour, dont le prix est actuellement de 500 F à 1.000-1.200 F environ, selon le lieu et la saison. Ses besoins financiers mensuels pour se procurer de la drogue s'élèvent au moins à 15.000 F. Qu'ils travaillent régulièrement, ce qui est rare, ou non, les héroïnomanes ne peuvent, à moins de fortune personnelle, couvrir de telles dépenses et ont donc recours à des moyens illégaux.

La dépendance installée, commence la recherche de la « poudre » par les « combines », les « arnaques », trafic de drogue pour assurer ses propres besoins toxicomaniaques (« dealer »), incitation à la consommation, prosélytisme, prostitution hétéro et/ou homosexuelle, délinquance.

Le sujet quitte son milieu habituel, perd son univers relationnel, rompt ses liens professionnels pour entrer dans un monde de la marginalité où l'agressivité, l'égoïsme, la « débrouille » sont de règle. A part un ou deux amis, l'autre est rejeté. Le danger est perçu comme omniprésent. Le sujet se replie, développe un sentiment de méfiance aiguë par le « feeling » (sixième sens, intuition pénétrante dont parlent les toxicomanes) qui alimente la « parano » (1). Angoissé, en état d'alerte, il interprète les gestes et mimiques banales de l'entourage dans un sens péjoratif, tombant dans un système délirant flou de persécution. C'est alors que ne trouvant plus de réel plaisir dans la drogue, il peut demander une aide pour « décrocher ».

Les héroïnomanes sont souvent des poly-intoxiqués et certains changent de toxique en cas « d'assèchement » de l'héroïne sur le marché clandestin. Les amphétamines et les barbituriques, surtout les stupéfiants de synthèse, prennent alors le relais de la « poudre ».

e) *Le surdosage (« overdose »).*

C'est une urgence médicale nécessitant des soins en service de réanimation.

Ce surdosage peut être suicidaire ou accidentel, s'expliquant alors par un arrivage sur le marché de « poudre » dont la teneur élevée en héroïne est inhabituelle, ou par une prise excessive chez un sujet vierge ou sevré.

Mais le surdosage n'est pas toujours en cause et certains décès peuvent être liés aux impuretés des produits de coupage. Les variations du taux de concentration d'héroïne, la nocivité de certains produits de coupage, ont attiré l'attention des pouvoirs publics de certains pays (Hollande) qui ont autorisé, d'une part, l'ouverture de centres de « diagnostic du produit », où le toxicomane peut faire analyser le toxique en sa possession, et, d'autre part, la diffusion sur les ondes de l'appréciation qualitative et quantitative des toxiques arrivant sur le marché clandestin. Un cours des drogues est également donné par certaines stations de radiodiffusion privées.

(1) Cf. ci-après, page 43.

5. — Les stupéfiants synthétiques.

D'origine différente, les stupéfiants synthétiques, palfium (dextromoramide), romilar (dextrométhorphane), dolosal (pethidine) se rapprochent de l'héroïne par leurs effets et par la dépendance qu'ils engendrent. Ils sont recherchés par les héroïnomanes comme produit de substitution.

Ces stupéfiants apparaissent sur le marché de la drogue par détournement du marché licite : le revendeur, usager lui-même, ou se disant tel, consulte de nombreux médecins simultanément pour obtenir le toxique sous prétexte de sevrage progressif.

En toute bonne foi, certains médecins pensent pouvoir entreprendre un sevrage en cure ambulatoire. *En l'absence de formation du praticien et d'une collaboration avec des spécialistes « supervisant » la prise en charge du toxicomane, le refus de toute prescription de stupéfiants et l'orientation du patient, adressé à un centre spécialisé ou à un service d'urgence s'il existe des signes objectifs de « manque », paraissent plus appropriés.*

Cette règle éviterait au médecin la pression réitérée, parfois violente, des toxicomanes : la délivrance d'une ordonnance de stupéfiants est vite connue dans le monde de la drogue. Elle mettrait fin à un trafic qui va s'amplifiant (l'ampoule de palfium est actuellement revendue 45 F à Marseille, 60 F à Strasbourg).

III. — Le chanvre indien.

1. — Généralités.

Marihuana et haschich sont deux produits voisins extraits de la même plante : cannabis sativa ou chanvre indien, contenant le même principe actif : le delta 9 tétrahydrocannabinol, dont les doses sont variables suivant la préparation du produit et les techniques d'utilisation. Cette diversité explique celle des effets physiques et psychosensoriels, la difficulté de leur comparaison et les résultats parfois contradictoires des expérimentations.

La marihuana, obtenue à partir des feuilles du cannabis sativa, est pauvre en produit actif : moins de 1 % et surtout utilisée en Amérique et dans les pays occidentaux. *Le haschich obtenu à partir de la substance résineuse des fleurs et des feuilles proches des fleurs est beaucoup plus riche : jusqu'à 15 % de produit actif. Son usage est répandu surtout dans les pays orientaux.*

Connue de longue date en Chine et en Inde, (1, 2) l'utilisation du cannabis s'est étendue vers l'Ouest avec une implantation dans les pays persans et arabes

(1) Les chiffres entre parenthèses renvoient à la bibliographie relative au cannabis qui figure en annexe 4.

à partir de 1000 après Jésus-Christ, et de là vers les pays occidentaux par les voyages maritimes. En France, l'observation princeps de Moreau de Tours (1845) précisera la progressivité des phénomènes psychosensoriels engendrés par le haschich, tandis que le club des « Haschischin », cher à Théophile Gautier (3) donnera un nouvel essor à l'histoire quasi légendaire de la secte des « Assassins ».

De nos jours, les modalités d'emploi : consommation inhalée des sommités fleuries (marihuana), dont la teneur en principe actif est très inférieure à celle de la résine, engendrent des effets différents. La cigarette de marihuana, aiment à souligner les usagers, procure la détente, augmente les sensations, facilite la communication. Fumé la plupart du temps, le cannabis peut également être ingéré dans des pâtisseries ou des boissons. Des études sur le cannabis soulignent la variabilité de son usage aux U.S.A., où l'on trouve près de 70 % d'usagers occasionnels (ayant fumé plus d'une fois dans leur vie, mais moins d'une fois par mois) et 20 % d'usagers intermittents (entre une fois et dix fois par mois), contre 7 % d'usagers moyens (entre dix fois par mois et une fois par jour), 4 % d'usagers « lourds » (plus d'une fois par jour) et un très faible pourcentage de fumeurs continus (4).

2. — Les effets.

Les premières études sur les effets physiques et psychosensoriels du cannabis ont été faites à partir de cigarettes dont la teneur en produit actif était appréciée de façon approximative par des fumeurs habituels qui comparaient leurs sensations lors de l'expérimentation à celles qu'ils avaient l'habitude de ressentir en d'autres circonstances (5).

Aussi l'isolement du produit actif, le delta 9 tétrahydrocannabinol, puis sa synthèse en 1960, autorisant un marquage isotopique par le carbone 14, ont permis des progrès dans la connaissance des mécanismes d'action du cannabis (6).

A court terme après inhalation de cannabis, on constate peu de modifications physiques en dehors d'une accélération du pouls, d'une tendance à la baisse de la tension artérielle et d'une rougeur conjonctivale (7).

Les principales constantes biologiques ne sont pas modifiées. Le passage par voie pulmonaire explique les meilleurs effets obtenus par les fumeurs expérimentés et la rapidité par rapport aux produits ingérés (8, 9, 10).

Le tétrahydrocannabinol, insoluble dans l'eau mais soluble dans les graisses, se fixe sur les tissus riches en lipides, en particulier le cerveau, engendrant des effets essentiellement psychosensoriels. Sa transformation — au stade hépatique — en un dérivé encore actif sur le plan psychique pourrait expliquer les effets de rebond ou « flashback », observés de façon moins intense et moins fréquente qu'avec le L.S.D.

L'exacerbation des perceptions sensorielles, la sensation habituelle d'euphorie, de bien-être, avec levée des inhibitions, sont courantes tandis que les impressions d'angoisse, de perte de contrôle de soi, les modifications des notions

de temps et d'espace semblent se voir surtout avec les forts dosages du haschich chez le sujet neuf, angoissé, mal préparé et mal entouré (11). Les études objectives à partir des enregistrements électro-encéphalographiques (E.E.G.), la pratique des tests intellectuels et de personnalité ont été faites sur des volontaires, d'abord sur des prisonniers puis sur des étudiants, tantôt entièrement neufs tantôt ayant déjà une certaine expérience de l'alcool, du tabac, de certains produits médicamenteux, ce qui explique les résultats parfois contradictoires obtenus : l'examen neurologique est peu modifié ; les enregistrements E.E.G. sont parfois contradictoires (12). L'étude polygraphique (13) souligne l'importance et l'originalité des diverses réactions individuelles et l'ambivalence des effets du T.H.C. à la fois stimulant et déprimeur du système nerveux central.

Des difficultés de mémorisation immédiate peuvent être en rapport avec la perturbation de la notion de temps, la difficulté de fixer son attention sur une tâche précise et de longue durée, alors que les tâches demandant une vision d'ensemble et un effort de courte durée sont bien réussies par levée de certaines inhibitions, et par prépondérance de l'intuition par rapport à l'étude analytique et logique (14, 15, 16).

3. — La toxicité du cannabis.

a) *La toxicité aiguë* aboutissant au décès par surdosage est rare. Elle est liée à des injections, en particulier intraveineuses (17). Toutefois, un certain nombre de troubles tels que nausées, vomissements, sécheresse buccale, troubles intestinaux, se rencontrent chez le sujet peu préparé à son expérience.

Avec de fortes doses de haschich peuvent survenir de véritables crises de dépersonnalisation. Leur fréquence est discutée, et elles posent le problème des psychoses aiguës aux cannabinoïdes qui régressent au bout d'un temps variable. Elles se verraient surtout sur des terrains fragiles, ayant éventuellement des antécédents psychiatriques propres ou induits par l'usage du L.S.D. ou éventuellement de l'héroïne (18, 19).

b) *La toxicité chronique* due aux effets à long terme, même lorsque les doses sont modérées, existe pour le fumeur actif mais aussi pour le fumeur involontaire ou passif, comme le montrent les troubles du nourrisson ou du jeune enfant présent dans la pièce où fument ses parents (20). La toxicité pulmonaire semble certaine, liée au mode d'administration par inhalation, à la fréquence de l'intoxication tabagique dans le temps éventuellement dans la même cigarette. Elle s'accompagne d'altérations bronchiques et l'effet carcinogène à long terme est très probable (21).

D'autres effets sont controversés : l'inhibition de l'immunité cellulaire avec une diminution des défenses de l'organisme vis-à-vis des différentes agressions bactériennes ou toxiques (22), la survenue d'oblitération artérielle périphérique chez de jeunes fumeurs de cannabis (23) sont citées. La diminution de la spermatogenèse (24, 25), l'intoxication du fœtus du fait du passage transplacentaire du delta 9 tétrahydrocannabinol sont discutées (26).

c) *L'éventualité d'une toxicité psychique au long cours* a fait rechercher une liaison significative entre l'usage de la marihuana et l'existence des maladies mentales qui avait conduit à l'interdiction légale de la marihuana en Inde et aux Etats-Unis (1937). Les premières études portèrent sur l'examen des patients des asiles indiens par les médecins britanniques et conclurent qu'il était très difficile de « différencier la folie du chanvre indien de la folie ordinaire » et que l'on risquait de « transformer de simple coïncidences en loi de cause à effet ». Toutefois, « l'abus du chanvre indien risque d'intensifier l'instabilité mentale et de mener à la folie des sujets fragiles » (27). Les différentes études américaines récentes aboutissent aux mêmes conclusions : la psychose n'est pas une conséquence de l'usage de drogue, celui-ci déclenchant une décompensation délirante chez un individu dont la structure psychique est déjà instable (28, 29, 30).

Une conséquence plus fréquente et plus insidieuse chez de jeunes sujets serait la survenue d'un « syndrome d'a-motivation », avec remise en cause des valeurs, des rôles et statuts sociaux traditionnels. L'adolescent dans un état d'apathie plus ou moins prononcé, refuse de se lancer dans une activité sociale pour se replier sur lui-même. Ce rejet de l'école, du travail et de la société par les grands fumeurs est-il uniquement l'effet ou participe-t-il à la cause de la prise de marihuana qui alors l'aggraverait (31) ?

L'interdiction de l'usage de la marihuana se réfère au retentissement social de cette toxicomanie. S'il existe un lien entre usage répété de marihuana et vie marginale chez les sujets jeunes ayant des difficultés d'adaptation, il semble difficile d'affirmer que la marihuana conduise au délit.

Le passage des drogues dites « douces », telles que la marihuana, aux drogues « dures », type héroïne, est controversé. Les conclusions du comité la Guardia (1939) remarquent qu'il ne semble pas exister de lien entre héroïne et marihuana ; par contre, les études récentes semblent montrer un certain lien et un mode d'entrée variable dans la toxicomanie à l'héroïne (32) aux U.S.A.

Bien qu'elle n'entraîne pas de dépendance physique, la marihuana peut apparaître dans certains cas comme un chaînon possible de l'intoxication par les opiacés. La dépendance psychique peut engendrer une augmentation de la fréquence des prises, d'autant que les effets indésirables sont limités. Des rencontres, des phénomènes de groupe peuvent exposer le fumeur de haschich à des contacts avec des trafiquants ou des héroïnomanes prosélytes. Le risque est plus grand chez des sujets fragiles, suggestibles. Risque certes, mais non passage obligé de la marihuana à l'héroïne comme le signifiait abusivement la théorie dite de l'escalade, sur laquelle on reviendra au chapitre IX.

Les effets à court terme, provoqués par la marihuana fumée à doses moyennes sont minimes, voire latents ; ils sont patents et importants pour le haschich à forte dose. Les effets à long terme sont discutés. Des études pluridisciplinaires, menées dans des conditions sévères d'expérimentation, devraient permettre d'améliorer la connaissance à ce sujet.

IV. — Les enivrants.

1. - En ce qui concerne les « drogues » à proprement parler, l'essentiel de cette catégorie est constitué par les solvants volatils :

- éther, trichloréthylène ;
- acétone et acétate oliphatiques (vernis à ongles) ;
- naphte, benzine et tétrachlorure de carbone (essence de voiture, de briquet) ;
- toluène et acétate oliphatique (diluants et peintures qui entraînent un syndrome confuso-onirique à prédominance confusionnelle.

Les colles plastiques (pour maquette ou à usage industriel) sont composées essentiellement d'acétone et de toluène, et ont également un effet hallucinogène.

D'un accès facile, puisqu'elles sont en vente libre et que leur consommation ne présente aucun caractère illicite, ces diverses substances reviennent en force après une période de relative absence, et le nombre de leurs usagers paraît augmenter. Aux côtés des éthéromanes connus des pharmaciens, qui, au seuil de l'officine, déversent des flacons entiers d'éther dans leurs foulards, il faut aujourd'hui placer des pré-adolescents (à partir de douze ans !) qui respirent l'acétone ou les colles d'avions.

En dehors de la dépendance psychique, on connaît mal la dépendance physique qui semble exister, nettement inférieure à celle observée pour l'alcool ou les opiacés.

La toxicité des colles et solvants (atteintes pulmonaires, optiques, etc.) doit être soulignée.

2. - *Il paraît utile de rappeler brièvement ici les principaux aspects de la toxicomanie à l'alcool qui, par sa fréquence et son ampleur, mériterait un très large développement qui sort du cadre de ce rapport.*

Avant l'avènement des sociétés industrielles en Europe occidentale, le problème de l'alcoolisme était moral et ne dépassait pas le cadre familial. Il s'incarnait dans l'image de l'ivrogne jetant hors du foyer épouse et enfants et s'enfermant dans sa solitude.

Lors de la révolution industrielle, la concentration des populations, la prolifération des cafés dans les quartiers industriels, la distribution de vin à bon marché dans les cantines favorisèrent grandement la consommation d'alcool. La prise en charge des maladies et des accidents du travail par les organismes sociaux mit en évidence la dimension sociale de celle-ci. Ce n'est plus seulement la famille qui est touchée mais la société qui supporte la charge économique de l'alcoolique.

A la fin du siècle dernier, la discussion qui se poursuit encore, s'engagea pour savoir si l'usage toxicomaniaque de l'alcool était une faute ou une maladie.

Alors que, face au même problème, d'autres civilisations élaborèrent des lois prohibitives pour tenter d'enrayer le phénomène, en France, la consommation d'alcool s'installa dans les mœurs pour devenir une donnée culturelle. *Un processus collectif de « banalisation », d'annulation des effets souvent graves, parfois mortels, de l'intoxication assimila, plus ou moins consciemment, consommation modérée et excessive pour ne plus les distinguer, et confondit usage culturel et usage toxicomane.*

Parmi les multiples aspects psychologiques, familiaux, professionnels, sociaux du problème, quelques points de repères essentiels méritent d'être soulignés : — L'alcool est la substance dont l'usage toxicomane est le plus fréquent en France.

— La dépendance est psychologique et physique avec syndrome de sevrage à l'arrêt du toxique, que caractérisent tremblements, angoisse, irritabilité ou un tableau plus net de delirium tremens.

L'existence d'une tolérance entraîne une augmentation des doses quotidiennes.

— L'effet recherché est essentiellement l'euphorie, accompagnée d'une levée des inhibitions qui aggrave l'impulsivité.

— Les effets toxiques sont très fréquents. Sur des troubles chroniques très graves — cirrhose ou troubles encéphalographiques (1) — se greffent des épisodes aigus dominés par les états d'ivresse ou de subébruité avec leur double retentissement familial et social au travers d'actes médico-légaux : accidents du travail, de la circulation, rixes.

En dépit de ces effets, la tolérance de la société à l'égard de la toxicomanie à l'alcool, outre les aspects culturels évoqués ci-dessus, s'explique en partie par l'âge des sujets (entre trente et quarante ans en moyenne), leur position sociale : mariés, insérés sur le plan professionnel — même si la précarité de cette insertion augmente avec les incidents sociaux et somatiques —, et leur intégration relative dans la société : l'alcoolique n'est pas un marginal, il reste un producteur, du moins tant que son état le permet.

Ces faits différencient nettement l'alcoolique des toxicomanes aux drogues « dures », mais ils ne doivent pas dissimuler le caractère incontestablement toxicomane de l'alcoolisme.

V. — Les excitants (stimulants).

1. — La cocaïne.

Les peuplades d'Amérique du Sud mâchent la feuille de coca depuis des temps immémoriaux, afin d'oublier la faim et la fatigue (en moyenne trois kilos par habitant et par an selon les estimations de l'O.M.S.). Lorsque les conquistadors

(1) Que l'on voit apparaître actuellement chez des sujets plus jeunes.

espagnols introduisirent au ^{xvi}^e siècle la vogue de mastication du coca, celle-ci fut considérée comme idolâtre et sanctionnée d'excommunication. Ceci n'empêcha pas des fortunes considérables de s'édifier sur ce commerce, dont celle du clergé de Cuzco.

A la fin du siècle dernier et au début de celui-ci, la cocaïne a connu une vogue importante, qui intéressait toutes les couches de la société, des ouvrières des maisons de couture aux parlementaires.

Aujourd'hui, la cocaïne est une drogue que son prix élevé et sa rareté réservent aux milieux aisés, au sein desquels une mode en a, ces dernières années, sensiblement fait progresser le nombre d'adeptes.

La cocaïne engendre une forte dépendance psychique mais aucune dépendance physique n'a été mise en évidence.

2. — Les amphétamines.

Classées par certains dans le groupe des substances hallucinogènes, les amphétamines (speeds) engendrent surtout une excitation, une accélération de l'activité psychomotrice, une disparition de la sensation de fatigue et un accroissement de la vigilance.

En médecine, les dérivés amphétaminiques (amphétamine et métamphétamine) sont employés comme stimulant dans certaines affections neurologiques rares, comme « coupe-faim » dans certaines obésités, comme décongestionnant nasal lors de rhumes. La plupart de ces substances sont inscrites au tableau C, les autres au tableau B.

« Prescrites » comme « doping » pour certains intellectuels, musiciens ou sportifs, les amphétamines tiennent à ce titre une place importante dans la toxicomanie médicale légale. Détournées de leur usage normal, les amphétamines, prises par voie orale, entrent souvent comme ingrédient dans les cocktails médicamenteux des jeunes polytoxicomanes aux côtés de l'alcool, des barbituriques, etc.

a) *L'usage toxicomanogène* est caractérisé par :

— la diversité des substances qui sont commercialisées sous forme de médicaments ;

— la facilité d'approvisionnement et le coût peu élevé ;

— l'association fréquente à d'autres toxiques, surtout des barbituriques, dans des composés tels que les « goof-ball » : association commercialisée et vendue sur ordonnance aux U.S.A., tandis que les « speed-ball », illicites et de fabrication artisanale, sont peu appréciés des toxicomanes français ;

— une dépendance psychique tenace : l'intensité pulsionnelle à prendre le produit est forte, d'installation rapide tandis que la dépendance physique est faible ou nulle : peu ou pas de syndrome de sevrage ;

— l'existence d'une tolérance et la tendance à augmenter les doses pour obtenir un même effet : les doses sont importantes (vingt comprimés, une à dix ampoules intraveineuses).

b) *Les effets recherchés* sont variables suivant les sujets. Ceux qui se « fixent » aux « amphés » (1) recherchent le « flash », choc voluptueux, et un sentiment d'euphorie et de grande excitation ainsi qu'une stimulation mentale très particulière, auxquels succède, après un cycle de quelques jours, une phase d'abattement et de sommeil. D'autres aux besoins moins impérieux utilisent la voie buccale ou nasale qui provoque une excitation moins brutale. L'effet stimulant (« speed ») entraîne une euphorie, un état d'éveil avec logorrhée traduisant une exaltation intellectuelle : l'idéation s'accélère jusqu'à la fuite des idées et s'accompagne d'un sentiment d'aisance, de supériorité. L'impression de possibilités créatrices décuplées, la levée des inhibitions, d'euphorie, semblent permettre la réalisation de projets, de désirs latents. Cet aspect brillant du vécu sous amphétamines fait rapidement place à un état subdépressif lorsque l'effet stimulant du produit décroît.

La dépendance psychique est liée en partie au fait que cette impression de facilité est ressentie comme « normale ».

c) *L'effet « parano ».*

Cet effet psycho-stimulant toujours retrouvé peut être dépassé lorsque des doses excessives engendrent des phénomènes de déréalisation aiguë : c'est l'effet parano. « La parano », comme le nomment les toxicomanes, est un épisode délirant aigu. Le sujet angoissé a le sentiment de vivre au milieu d'un entourage menaçant : gestes, mimiques, paroles sont interprétés et deviennent autant de preuves irréfutables étayant sa conviction. Il est suivi, traqué, insulté, lorsque existent des hallucinations persécutives et l'ami — espion, délateur, voleur, ou criminel — devient alors suspect.

La façon dont cet épisode est vécu par le sujet est fonction du contexte, de la connaissance de cet « effet parano », d'expériences antérieures qui permettent une certaine critique à l'égard des symptômes. Mais souvent la conviction subdélirante s'affirme, entrecoupée de moments où la critique persiste, puis devient inébranlable, délirante, et s'accompagne de troubles du comportement : fuite, tentative de suicide, acte agressif envers l'agresseur présumé.

Cet épisode aigu survient sur un terrain particulier, affaibli par une intoxication de plusieurs semaines, où perte de l'appétit, amaigrissement, insomnie progressive et tenace, anxiété peu ou pas compensée par l'effet euphorisant des amphétamines, expliquent l'activité inquiète, désordonnée du sujet pendant les jours qui précèdent l'effet paranoïde. La plupart des spécialistes penchent pour un rôle inducteur plutôt que facilitateur des amphétamines dans l'éclosion de ces troubles qui apparaissent dans la moitié des cas.

Leur gravité tient à leur possible évolution, alors même que l'intoxication a cessé, vers un processus délirant chronique avec préoccupations corporelles, troubles du cours de la pensée, recherches ésotériques. Un tel processus apparaît comme une décompensation délirante facilitée par les amphétamines chez des

(1) C'est-à-dire les utilisent par voie intraveineuse.

sujets prédisposés. Quelques cas de délire chronique ont été rapportés exclusivement aux amphétamines, mais ce point reste discuté.

L'éventualité de troubles psychiatriques parfois graves, rendant nécessaire leur évaluation par un psychiatre, et la détérioration de l'état physique des usagers d'amphétamines plaident en faveur d'un contrôle rigoureux, tel celui mis en place aux Etats-Unis, de la vente de celles-ci et confirment le grave danger toxicomaniaque que comporte la prescription « extensive » de psychostimulants et d'anorexigènes.

VI. — Les barbituriques.

Outre leur très important usage dans la « toxicomanie » légale des adultes, les barbituriques détournés de la pharmacie familiale sont très utilisés par les jeunes.

1. — Utilisation toxicomanogène.

Si l'utilisation toxicomanogène des barbituriques existe depuis le début du siècle, sa recrudescence actuelle s'explique par divers éléments :

- l'augmentation générale du taux de consommation des psychotropes ;
- l'apparition sur le marché licite de nouveaux composés barbituriques ;
- l'explosion des conduites toxicomaniaques notamment chez les jeunes à partir de 1968-1969 ;
- la mise sur le marché clandestin de l'héroïne, dont la capacité à induire une dépendance rapide et tyrannique, le coût élevé, l'approvisionnement incertain ont favorisé chez les héroïnomanes le recours à des drogues d'appoint, notamment les barbituriques, le plus souvent dans le cadre d'une polytoxicomanie ;
- la législation sur les stupéfiants qui, en allongeant la liste des substances inscrites au tableau B, a favorisé par contre-coup la consommation de substances du tableau C auquel sont inscrits les barbituriques.

Les barbituriques ont une place à part dans les toxicomanies actuelles. Alors que les toxicomanies barbituriques isolées sont rares, les polytoxicomanies sont la règle, avec des associations très fréquentes (alcool et barbituriques, tranquillisants et barbituriques), une association fréquente et privilégiée (amphétamines et barbituriques) et une association moins fréquente (héroïne et barbituriques). En outre les barbituriques sont utilisés comme drogue d'appoint ou de remplacement, suivant la fluctuation de l'approvisionnement du marché des substances illicites. L'absorption par voie veineuse est alors fréquente, à la recherche du « flash » qui devient l'élément dominant de leur usage.

2. — Les effets recherchés.

Ils sont fonction de la personnalité du sujet, et sont difficiles à cerner du fait de la fréquence des polytoxicomanies :

— parfois le désir de sommeil est souligné par la prise importante de barbituriques à action rapide à la recherche d'un sommeil « à l'emporte-pièce, profond, sans rêve » ;

— certains préfèrent une prise diurne d'une dose engendrant une perception « amortie », « cotonneuse », de l'environnement qui devient moins « stressant » ;

— d'autres sujets recherchent un effet euphorique et stimulant, paradoxal, par la prise de doses fractionnées réparties dans la journée, associées souvent à des amphétamines.

3. — Les types d'usagers.

Les barbituromanes anciens, habituels, sont des sujets adultes ayant dépassé la trentaine, stables sur le plan socio-professionnel, s'adonnant à une toxicomanie élective chronique dont l'habitude a été contractée initialement lors de traitements de troubles du sommeil par des prises de barbituriques vespérales puis diurnes. La dose quotidienne moyenne est de six à huit comprimés. L'association à l'alcool est habituelle ; la prise intermittente d'amphétamines n'est pas rare.

A ce type de barbituromanes s'opposent des usagers jeunes, polytoxicomanes, souvent héroïnomanes ou/et amphétaminomanes, sans insertion sociale stable, qui utilisent de façon intermittente les barbituriques, souvent par voie veineuse pour obtenir un « flash » en l'absence du toxique habituel.

On note également une recrudescence d'abus médicamenteux chez les jeunes qui se servent dans la pharmacie familiale et utilisent volontiers des barbituriques et/ou des tranquillisants associés à de l'alcool.

4. — La toxicité.

Bien qu'habituellement minimisée, la dépendance aux barbituriques est contraignante, et caractérisée par une dépendance psychique d'installation progressive mais tenace et une dépendance physique avec apparition d'un symptôme de sevrage dès la vingt-quatrième heure avec possibilité de survenue, en l'absence de soins, d'une psychose confusionnelle ou confuso-onirique, ou de crises convulsives.

La gravité de l'usage toxicomanogène des barbituriques est due, pour les accidents aigus, à la marge posologique étroite entre l'état de « sub-ébrété » recherché et l'état subcomateux, d'autant qu'il existe une tendance à répéter les prises lors de l'apparition des troubles de la conscience, le barbituromane « s'enivrant » en quelque sorte jusqu'au coma.

Des déficits intellectuels, des troubles du caractère et de l'affectivité des atteintes de diverses fonctions apparaissent après des intoxications de longue durée, entravant la vie socio-professionnelle.

Les toxicomanies aux barbituriques sont le type de prises de médicaments détournés de leurs effets thérapeutiques, à l'origine desquelles existe souvent une prescription destinée au sujet ou à ses parents.

Une prescription médicale de psychotropes n'est jamais anodine, et encore moins de nos jours, où l'habitude médicamenteuse tend à se généraliser pour pallier les difficultés du sujet qui lui-même demande un soulagement de « sa souffrance ». Le grave danger est de tenter de traiter le symptôme en y faisant correspondre une médication jugée adéquate.

Bien que tous les hypnotiques puissent, suivant la personnalité du sujet et le « moment » psychologique, engendrer une pharmacodépendance, les barbituriques semblent particulièrement inducteurs, et donc à manier avec prudence.

C. — Le mode d'action des drogues.

Neuromédiateurs et substances psychotropes.

Dans l'état actuel des connaissances médicales et physiologiques, la constitution chimique des diverses substances qui viennent d'être passées en revue ne permet aucune conclusion définitive quant à leur mode d'action sur l'organisme. Toutefois, sans qu'on puisse encore penser qu'elles permettront de ramener le problème de la toxicomanie à un schéma purement organique, *les découvertes récentes de récepteurs et d'émetteurs de substances de type morphinique chez l'être humain laissent entrevoir un vaste champ de recherches.* L'étude des substances qui agissent sur le système nerveux, dites substances psychotropes, a en effet dégagé, en mettant en évidence l'existence des neuromédiateurs, une donnée fondamentale.

I. — Notions de synapse et de neuromédiateur.

La transmission de l'influx nerveux le long des neurones et surtout le passage d'un neurone à un autre neurone ou à une fibre musculaire doivent faire face à une solution de continuité. Cette transmission est assurée par une substance chimique ou neuromédiateur qui, libérée au niveau de l'espace entre deux neurones appelé espace synaptique, crée une différence de perméabilité membranaire et de polarité permettant à l'influx nerveux de continuer sa propagation.

Chaque neurone répond à un type particulier de neuromédiateur, qu'il s'agisse d'acétylcholine au niveau musculaire ou de noradrénaline ou de dopamine au

niveau du système nerveux central. D'autre part, les différents neurones participant à la même fonction répondent au même type de neuromédiateurs faisant ainsi parler de système neuronique, dopaminergique, cholinergique...

Les molécules de neuromédiateurs sont synthétisées par le premier neurone ou neurone présynaptique, à partir de précurseurs sous l'influence de systèmes enzymatiques avec plusieurs possibilités, soit (1) mise en réserve sous forme isolée ou (2) sous forme de vésicule synaptique, soit (3) dégradation synaptique, soit (4) libération dans l'espace synaptique où il peut être repris par la membrane pré-synaptique ou dégradé ou se fixer sur la membrane post-synaptique au niveau d'un récepteur spécifique permettant ainsi la transmission de l'influx nerveux entre deux éléments anatomiques non jointifs. (Voir schéma page ci-contre).

Cette transmission de l'influx nerveux fait appel à de nombreuses réactions chimiques et enzymatiques sur lesquelles peuvent agir de nombreuses substances chimiques à action psychotrope.

II. — Les effets des substances psychotropes.

L'étude de différentes substances psychotropes a permis de montrer que leurs effets s'expliquaient par leur action plus spécifique sur un type de médiateurs.

Les amphétamines et les phénothiazines ont sur le système dopaminergique des effets inverses :

— Les amphétamines à forte dose créent un état psychotique d'allure schizophrénique : or les amphétamines ayant une structure proche de ceux de la dopamine, entraînent une libération accrue de dopamine, dont le taux est majoré en outre par le blocage du mécanisme de recapture.

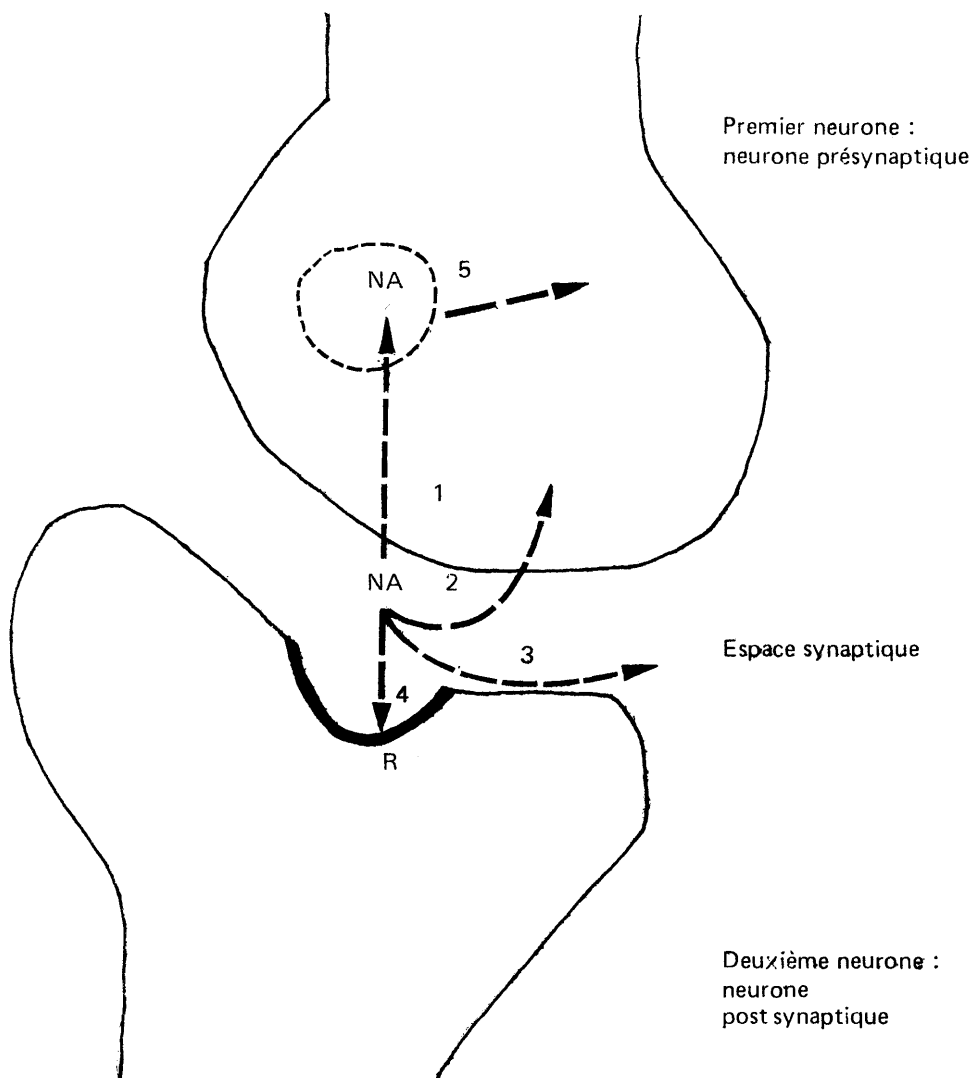
De façon analogue la cocaïne provoque un excès de dopamine.

— Les phénothiazines bloquent les récepteurs dopaminergiques et provoquent une dépression de la médiation dopaminergique, ce qui explique leur utilisation dans le traitement de certaines formes de schizophrénie.

Les hallucinogènes type L.S.D. ont un noyau indolique qui expliquerait leur action sur les systèmes à sérotonine : un dérivé de la sérotonine en quantité importante a des effets hallucinogènes qui seraient responsables des phénomènes délirants après une prise de L.S.D.

III. — Le mode d'action des opiacés.

L'étude de la morphine et des dérivés morphiniques a mis en évidence des récepteurs spécifiques et donc de nouveaux médiateurs que l'on a appelés endorphines du fait de leur nature endogène et de leurs effets proches de la morphine.



NA : noradrénaline : neuromédiateur
dans la vésicule
synaptique

R : Récepteur

1 : libération du neuromédiateur

2 : inactivation par recapture du neuromédiateur

3 : dégradation du neuromédiateur dans l'espace synaptique

4 : fixation du neuromédiateur sur le récepteur spécifique

5 : mise en réserve sous forme isolée du neuromédiateur.

A partir de la morphine, différentes modifications chimiques permettent de disposer de deux types de produits, soit des antagonistes de la morphine, type naloxone, qui inhibent l'euphorie et s'opposent à la diminution de la sensation douloureuse, soit des antagonistes, type méthadone, dont l'activité peut être semblable ou supérieure à celle de la morphine. Ces effets spécifiques furent expliqués en postulant l'existence de sites spécifiques ou récepteurs sur lesquels pouvaient se fixer des molécules de structure compatible.

En 1973, trois équipes différentes, celles de Terenius, de Pert et Snyder, E. Smion ont réussi à mettre en évidence l'existence de récepteurs morphiniques dans le cerveau des animaux et de l'homme à l'aide de cerveaux d'autopsie. En utilisant un dérivé morphinique plus puissant marqué par du carbone radioactif, ces chercheurs ont localisé chez l'animal les récepteurs dans la zone cérébrale centrale dite cerveau émotionnel, siège privilégié des sensations douloureuses et des sensations de plaisir.

En 1975, les équipes de Hughes et Kosterlitz ; Terenius et Wahlstrom ; Pasternak et Snyder découvrent à peu près simultanément les endorphines, substances naturelles d'origine interne, constituées de plusieurs acides aminés dont l'activité est analogue à celle de la morphine.

Reconnues comme neuromédiateurs, donc capables d'assurer la transmission de l'influx nerveux d'un neurone à un autre, ou comme neuromodulateurs modifiant d'autres neuromédiateurs, les endorphines ont avant tout suggéré l'existence d'un mécanisme d'autorégulation de la douleur. Pour R. Guillemin, les endorphines, outre leurs effets analgésiques, contribueraient au maintien du comportement normal. Paradoxalement, la morphine, « la drogue », a son équivalent dans une substance élaborée par le cerveau.

Mais cette découverte interprétée de façon extensive porte peut-être en elle-même le piège de la dialectique séduisante qu'elle inspire par l'idée d'un manque biologique en endorphines : le toxicomane comble-t-il ce manque ou jongle-t-il pour le plaisir et le pire avec les molécules de son chimisme cérébral ?

La découverte des endorphines explique dans l'état actuel des recherches certains effets de l'intoxication par la morphine :

— *La tolérance* ou nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets peut s'expliquer selon deux mécanismes : soit par un phénomène de rétrorégulation de la synthèse des endorphines : cette synthèse diminuerait lors d'un apport morphinique extérieur d'où la nécessité de compenser cette baisse de production endogène par une augmentation des doses de toxique ; soit par une modification d'affinité des récepteurs qui sous l'action du toxique deviendraient moins capables d'être saturés par les endorphines.

— Le phénomène de *sevrage* surviendrait lorsqu'il n'existe plus d'apport extérieur et que la synthèse endogène est soit bloquée, soit insuffisante.

La recherche sur les neuromédiateurs est une voie fructueuse que confirme entre autres la découverte des endorphines mais aussi la mise en évidence dans le cerveau de sites récepteurs spécifiques à certains médicaments psychotropes dont l'usage toxicomane est fréquent.

*
**

Il n'existe pas de corrélation entre la description scientifique des substances généralement retenues comme drogues, les définitions couramment reçues dans l'opinion, et la définition légale de l'usage de drogue. Pour l'opinion, le « drogué » est celui qui fait usage d'une « drogue », illicite ou non, même s'il n'est pas un toxicomane. De même, la loi proscriit l'usage de certaines substances, et punit l'usager, même si, par la nature de la substance ou pour les caractères de l'usage qu'il en fait (usage occasionnel par exemple), il n'est pas toxicomane. Par contre, si la substance utilisée n'est pas déclarée illicite (cas de l'éther ou des solvants), l'usager ne commet aucune infraction pénale alors qu'il peut être un toxicomane dépendant, et qu'il est sûrement, pour le langage courant, « un drogué ».

On conviendra donc d'utiliser le terme de « drogués », dont la Mission souhaite voir se restreindre progressivement l'emploi, avec ce qu'il comporte de rejet et d'exclusion, pour désigner ceux que l'opinion ressent comme tels, même s'ils ne sont pas vrais toxicomanes, et celui de « toxicomanes » pour désigner ceux qui, parmi les utilisateurs des substances qui viennent d'être décrites, ont un véritable comportement toxicomane, et sont dépendants, c'est-à-dire vivent désormais « pour » et « par » la drogue.

• CHAPITRE II

Le problème de l'offre : les drogues comme activité et comme trafic.

La drogue, c'est aussi un trafic, même s'il faut éviter d'en surestimer l'aspect « roman policier ». C'est un marché dont on peut décrire le fonctionnement par référence aux lois de l'économie. C'est une activité dont on peut tenter de mesurer le coût économique et social.

A. — L'approvisionnement en drogues.

I. — Le cadre juridique.

L'approvisionnement et le commerce des substances considérées comme « drogues » n'est pas libre, et une réglementation ancienne distingue entre un approvisionnement licite et un approvisionnement illicite.

a) Les origines.

Sans remonter aux obligations imposées en 1322 aux apothicaires de Paris et à l'édit de juillet 1682 sur les poisons, la base de la réglementation se trouve dans la loi du 19 juillet 1845 qui prévoyait des peines d'amende et de prison pour les contraventions aux réglementations d'administration publique sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses. La loi initiale a été complétée et modifiée en 1916, 1933 et 1939 pour aboutir à la loi du 24 décembre 1953 qui représentait jusqu'en 1970 l'état de la législation en la matière.

Si la loi de 1970 est venue modifier le système antérieur dans le sens d'une sensible aggravation de la répression du trafic et d'une nouvelle orientation des dispositions applicables à l'usage, elle n'a pas modifié la réglementation relative aux substances vénéneuses elles-mêmes, qui demeure applicable.

b) La réglementation actuelle.

Les substances vénéneuses sont classées en deux catégories selon qu'elles sont destinées à l'industrie et au commerce (section 2) ou à la médecine (section 1).

Chaque section est à son tour divisée en trois tableaux désignés par les lettres A, B, C, selon qu'il s'agit de produits toxiques, stupéfiants ou dangereux.

Sont inscrits au tableau B (section 2) : l'opium et ses dérivés, la cocaïne, les dérivés du chanvre indien, le L.S.D., le khat, les amphétamines. Le principe est l'interdiction de production, transformation, offre, distribution, courtage, achat, vente, importation, exportation de ces substances ; l'exception est la possibilité d'autoriser l'une ou l'autre de ces opérations selon les produits et les lieux où ils sont traités ou entreposés.

Sont inscrites au tableau B (section 1) un certain nombre de spécialités médicales. Elles ne peuvent être prescrites que par un médecin sur une ordonnance spéciale, extraite d'un carnet à souches imprimé par le Conseil de l'Ordre et qui lui est personnel.

Le pharmacien d'officine qui délivre un médicament du tableau B doit vérifier l'identité du porteur de l'ordonnance, et la relever. Il doit conserver les ordonnances pendant trois ans et tenir une comptabilité matérielle sur un registre spécial, coté et paraphé. La tenue du stock est contrôlée. Les produits sont enfermés dans une armoire spéciale.

La durée du traitement est limitée à sept jours pendant lesquels le malade ne doit pas se faire délivrer d'autres produits stupéfiants sans l'accord formel du médecin prescripteur, sous peine du délit de « chevauchement de prescription ».

Cette réglementation est à l'origine de la distinction entre une production et un commerce licites, contrôlés dans le cadre de la réglementation internationale (cf. chapitre VII), et une production et un commerce *illicites*, les seuls qui méritent le nom de trafic.

II. — Les différentes formes du trafic.

a) *L'évolution récente.*

Si la distinction ainsi posée entre ce qui est licite et ce qui ne l'est pas paraît relativement claire, l'analyse de ce qu'est le trafic de drogue aujourd'hui est malaisée. Le phénomène est par définition clandestin et difficile à appréhender, et l'opinion publique s'en fait une idée souvent romancée.

Aux yeux de celle-ci, la police subit encore l'effet de l'erreur de certains de ses responsables, affirmant en 1970-1971 qu'il n'existait en France aucune organisation de dimension internationale de la drogue. Quels que soient les succès enregistrés depuis et qui ont abouti au démantèlement des réseaux marseillais qui constituaient la « French connection », l'opinion reste souvent persuadée que la police, active contre les usagers et les petits trafiquants, montrerait une faiblesse coupable à l'égard de « gros bonnets » intouchables en raison des protections occultes que leur vaudraient leurs moyens financiers, voire leurs appuis politiques.

Cette analyse, qui répond à la recherche par l'opinion d'un « bouc émissaire » à qui pourrait être imputée la responsabilité de l'ensemble du problème, trouve une apparente confirmation dans le fait que la quasi-totalité des personnes appréhendées ne sont que de simples revendeurs ne détenant le plus souvent que quelques grammes d'héroïne, voire de cannabis. Mais cette situation découle d'une modification profonde dans la nature même du trafic, à propos duquel deux constatations fondamentales peuvent être faites :

A l'exception des médicaments, entre autres ceux dérobés dans les pharmacies ou obtenus à l'aide de fausses ordonnances, la quasi-totalité de la drogue consommée aujourd'hui en France vient de l'étranger. On peut estimer — avec les précautions dont il faut naturellement s'entourer en pareille matière — qu'il n'y a pas aujourd'hui en France de laboratoires clandestins en activité pour l'obtention d'héroïne ou la fabrication de L.S.D. ou d'amphétamines.

Parallèlement, on assiste à une modification du trafic en provenance de l'étranger et son éclatement en un trafic de demi-gros, puis de détail dont l'extrême démultiplication le fait désigner sous le vocable de « trafic de fourmi ». Sa répression, infiniment moins spectaculaire que celle des laboratoires fournisseurs d'héroïne, exige aujourd'hui de la police qu'elle adapte ses moyens et ses méthodes qui ne peuvent plus être ce qu'ils étaient au moment de la « French connection ».

b) La situation actuelle.

Le trafic de la drogue en France paraît aujourd'hui le fait non d'une « organisation » ayant à sa tête de mystérieux personnages protégés mais plutôt d'une multitude de petits groupes s'associant ou se séparant au gré des événements et des coups montés. Sa structure varie selon les différentes drogues :

— *L'héroïne* illégalement vendue sur le marché français provient dans sa totalité de l'étranger, pour sa plus grande part d'Asie. L'opium, matière première de base, est produit dans le « triangle d'or », aux confins de la Birmanie, qui assure la plus grande partie de la production, de la Thaïlande et du Laos. Quelques rescapés des troupes de Tchang Kaï-chek installés dans cette zone acheminent l'opium vers un certain nombre de laboratoires situés soit en Thaïlande, dans la zone frontalière ou à la périphérie de la ville de Bangkok, soit à Hong-Kong, soit peut-être en Malaisie, et qui transforment cet opium en héroïne.

Le trafic qui permet d'acheminer l'héroïne ainsi produite vers l'Europe est le fait d'une organisation internationale composée de nombreux relais et revêtant des formes multiples, sans cesse modifiées pour mieux faire échec aux efforts de la police. Il est principalement dans les mains d'une même ethnie chinoise répartie entre la Thaïlande, la Malaisie, Hong-Kong, Singapour.

Il y a quelques années, cette héroïne approvisionnait, d'une part une consommation locale, en particulier à Hong-Kong, d'autre part le marché très important que constituaient les troupes américaines au Viet-Nam. Le départ des troupes américaines a obligé les trafiquants chinois à rechercher un nouveau débouché. C'est alors que leurs nombreux correspondants de la colonie chinoise d'Amsterdam leur ont ouvert l'accès au monde européen.

A partir de 1974, police et douane peuvent constater que de nombreux courriers en provenance d'Asie et à destination d'Amsterdam font escale dans les diverses capitales européennes — dont Paris — avec de l'héroïne dissimulée dans des bagages ou dans des caches.

Depuis cette date le nombre de ces courriers interceptés, soit à la suite de contrôles douaniers de routine, soit à la suite d'opérations combinées douane-police, montées sur renseignement, s'est accru considérablement.

Récemment, cependant, le flot a paru diminuer. En fait les trafiquants chinois utilisent de plus en plus le fret, notamment le fret maritime, grâce auquel les quantités traitées pour chaque opération deviennent nettement plus importantes.

Amsterdam constitue aujourd'hui la plaque tournante à partir de laquelle une grande partie de l'héroïne ainsi acheminée repart vers les autres pays européens par le biais d'un trafic « éclaté » assuré par une multitude de petits porteurs ne convoyant chacun que de très faibles quantités : la dispersion de ce trafic en rend très difficile la répression.

Depuis quelque temps, une forme nouvelle de ce « trafic de fourmi » est apparue par une liaison directe entre Bangkok et Paris. Des usagers et/ou de petits trafiquants prennent l'avion pour Bangkok et de là font passer en France, par la poste, dans des lettres adressées à des complices, souvent hébergés dans des domiciles provisoires, donc difficilement connus de la police, de très faibles quantités d'héroïne n° 4. D'autres trafiquants ramènent avec eux des quantités minimes, donc difficiles à détecter, mais suffisantes néanmoins pour financer par la revente sur le marché français à la fois leur propre approvisionnement et de nouveaux voyages pour un ou plusieurs complices. Le cycle a ainsi tendance à se perpétuer et s'amplifier.

Cette description du trafic correspond à la réalité actuelle, par nature temporaire. La caractéristique même de ce trafic de fourmi est en effet sa plasticité, sa capacité à s'adapter à tout effort nouveau de répression.

Le caractère fluctuant du trafic est confirmé par deux affaires récentes qui montrent que l'idée de reconstituer des laboratoires en France n'est pas complètement abandonnée par certains anciens de la « French connection ». C'est ainsi qu'en 1976, des Français ont été arrêtés à l'aérodrome de Bangkok : ils s'apprêtaient à faire partir un complice pour la France avec 9 kg de morphine base, sans doute destinée à un laboratoire qui fut découvert en juillet 1976 dans la banlieue marseillaise. En mars 1977, un ancien trafiquant de la « French connection » a été arrêté après avoir établi une liaison avec une source d'héroïne asiatique.

Ces deux faits montrent bien que la situation actuelle ne permet pas d'exclure de façon définitive la réapparition ou la remise en service de laboratoires clandestins en France.

— *Cocaïne* : Relativement peu important, ce trafic concerne de faibles quantités en provenance d'Amérique du Sud, pour lesquelles Londres sert le plus souvent de centre de transit.

— *Opium* : Le trafic — en provenance de l'ex-Indochine — est souvent le fait de coopérants français installés en Extrême-Orient. Une affaire récente montre que Vientiane en constitue l'une des plaques tournantes.

— *L.S.D.* : Il s'agit d'un trafic frontalier, relativement peu important effectué par de petits passeurs qui se fournissent essentiellement en Suisse, en Allemagne et en Angleterre.

— *Les amphétamines* proviennent surtout de l'usage d'ordonnances de complaisance ou falsifiées, ainsi que de cambriolages de pharmacie. Il n'est pas signalé de fabrication illicite par des laboratoires clandestins.

— *Dérivés du cannabis.*

Le cannabis est cultivé dans tous les pays du Moyen-Orient, de l'Asie tropicale, de l'Afrique du Nord et de l'Afrique noire. *La diversité des lieux de production a naturellement tendance à éparpiller les courants de trafic*, qui varient selon qu'il s'agit « d'herbe », de résine ou d'huile de cannabis, et qui revêtent deux formes essentielles :

1. — Un trafic relativement concentré dans la main de quelques trafiquants recevant des quantités importantes, sous forme de fret, à bord de navires débarquant notamment dans les ports de la Méditerranée. Ce trafic a eu tendance, ces derniers temps, à la suite de quelques coups de filet spectaculaires de la douane, à se modifier pour revêtir une nouvelle forme, d'une part par l'utilisation de la navigation de plaisance, d'autre part par le rôle d'Amsterdam comme plaque tournante d'approvisionnement et de redistribution dans un trafic de fourmi analogue à celui de l'héroïne.

2. — Un « trafic de fourmi », beaucoup plus diffus, prenant appui sur les innombrables mouvements dus aux allées et venues effectuées entre la France et certains pays producteurs, principalement par des travailleurs immigrés dont la France compte une population importante, ainsi que par des touristes nationaux et étrangers.

Il est difficile de contrôler ce trafic. La libéralisation de plus en plus grande des formalités aux frontières a rendu à peu près impossible une surveillance régulière des entrées et sorties. Le manque de coopération de certains pays producteurs, la nature de leur système administratif et policier, les particularités locales de l'état civil rendant parfois incertaine l'identification des personnes, viennent encore compliquer le problème.

Depuis quelques années, est apparue une nouvelle catégorie de trafiquants, la plupart du temps sans aucun lien avec le « milieu ». Ce sont souvent d'anciens usagers qui, au cours de leurs voyages, ont découvert les profits que pouvait leur procurer la revente des dérivés du cannabis à une certaine échelle. Ils se sont organisés en conséquence et peu à peu sont parvenus à monter des réseaux structurés. De même, de nombreux non-professionnels ont vu dans ce marché, plus facile à pénétrer que celui de l'héroïne, un moyen de résoudre leurs difficultés financières.

Les caractères nouveaux du trafic de drogue ne coïncident pas avec l'image à laquelle l'opinion continue de se référer. La dispersion, pour ne pas dire la « banalisation », du trafic est à la fois le signe et la cause d'une relative « banalisation » de la drogue. Si la drogue est un domaine dans lequel s'exercent depuis quelques années des initiatives individuelles de type artisanal, c'est aussi peut-être parce qu'elle est entrée dans les mœurs et qu'elle ne paraît plus une affaire exceptionnelle dont l'accès serait réservé aux seuls grands trafiquants internationaux.

B. — Le marché de la drogue.

Si l'on passe du plan réglementaire et policier au plan économique, on peut analyser le phénomène de la drogue comme le fonctionnement d'un marché mettant en présence des acheteurs et des vendeurs, les trafiquants de drogue, qui peuvent être considérés comme des entrepreneurs. Entrepreneurs certes d'un type bien particulier, mais présentant la caractéristique commune à tous les chefs d'entreprise de *décider essentiellement en fonction d'un calcul économique plus ou moins rationnel et conscient, faisant la balance entre le bénéfice attendu et les risques de tous ordres — pénaux, physiques, financiers — encourus.*

I. — Le marché.

a) *Les principaux caractères.*

Le marché de la drogue, soumis aux lois économiques de l'offre et de la demande, présente deux caractères essentiels :

— Il existe plusieurs marchés différents selon la drogue considérée, qui correspondent, malgré de nombreux chevauchements, à des lieux de production, à des organisations de trafic, à des milieux usagers différents.

On observe plus particulièrement pour le marché des drogues « dures » *une très faible élasticité par rapport au prix, en raison bien évidemment de la dépendance dans laquelle se trouve placé l'utilisateur.* C'est ainsi qu'une très forte augmentation du prix de l'héroïne ne conduira pas à une forte diminution de la demande. Traduisant une diminution des quantités offertes, elle entraînera inévitablement une baisse de la consommation, mais la demande demeurera la même. D'où la recherche de produits de substitution et le développement des polytoxicomanies, en même temps que l'accroissement des cambriolages de pharmacies destinés à assurer un approvisionnement devenu impossible.

La faible élasticité du marché par rapport au prix constitue naturellement pour les pourvoyeurs de drogue, du strict point de vue économique, une situation idéale. La rareté relative du produit, par rapport à une demande inchangée quel

que soit le prix, entraîne des profits qui ne peuvent qu'inciter à prendre les risques nécessaires pour encaisser des revenus aussi substantiels.

b) *Les différents stades de la commercialisation.*

Le marché de la drogue comporte les différentes étapes de toute activité de production et de commercialisation.

Par rapport à la production naturelle, la matière première de base est utilisée en l'état pour certains produits (haschich) ou au contraire doit subir une véritable transformation dans des laboratoires (héroïne). Ceux-ci peuvent se situer soit près des lieux de production, soit près des lieux de consommation, soit dans des centres servant de lieux de redistribution à portée des grands centres de consommation. La légèreté de ces installations leur permet de se déplacer d'un lieu à l'autre en fonction des actions policières qui les visent.

Le trafic lui-même du produit fini peut être décomposé en marché de gros, de demi-gros et de détail. Cette distinction n'est toutefois qu'une manière commode d'exposer les mécanismes d'un marché qui reste clandestin, donc fluctuant et soumis constamment à des modifications et des interpénétrations entre les différents stades qu'il comporte.

— *Le marché de gros ne met en contact que des professionnels du trafic, exportateurs et importateurs.* Du temps de la « French connection » la morphine base était vendue par des fournisseurs turcs aux trafiquants marseillais importateurs, qui la transformaient en héroïne et la revendaient à leurs clients européens et surtout américains par l'intermédiaire d'une série de filières, comportant des « chimistes » et des hommes de main impliqués dans un petit nombre d'organisations. Actuellement, la filière asiatique est composée d'exportateurs chinois résidant dans les différents pays d'Extrême-Orient. Ils s'approvisionnent en opium et morphine dans le « triangle d'or » et font transformer cette matière première en héroïne, en Thaïlande ou à Hong-Kong, donc près des lieux de production. Les importateurs font partie de la colonie chinoise d'Amsterdam. Tous appartiennent au milieu criminel souvent fiché au niveau international.

— *Le marché de demi-gros* est le fait, non seulement pour l'héroïne, mais aussi pour les dérivés du cannabis, d'un certain nombre de passeurs, n'appartenant souvent pas au milieu, mais qui peu à peu deviennent de véritables semi-professionnels de ce trafic jusqu'à ce qu'une arrestation vienne interrompre — au moins provisoirement — leur activité.

— *Le marché de détail*, essentiellement assuré par l'usager revendeur, ne fait l'objet d'aucune organisation véritable et se caractérise par la multiplicité des transactions, des procédés utilisés, des lieux de revente et d'achat.

II. — Les quantités et les prix.

A travers les filières ainsi décrites, *un véritable cours des différentes drogues s'établit en dépit de la multiplicité des marchés de détail « atomisés »*, Du point

de vue de l'analyse économique, c'est un phénomène important qui donne sans doute les meilleures indications sur les quantités disponibles à un moment donné pour un produit donné.

— Il est difficile d'évaluer les *quantités* de drogue qui arrivent sur le marché chaque année en France. Du temps de la filière marseillaise, on a pu estimer que dans les années 1970 à 1972 les trafiquants français avaient exporté chaque année de 5 à 10 tonnes d'héroïne pure aux Etats-Unis. Actuellement, les Hollandais estiment que 5 tonnes d'héroïne asiatique sont introduites chaque année sur leur territoire. Une partie en est réexportée vers la France par un trafic de fourmi dont il n'est pas possible d'évaluer, même approximativement, l'ampleur.

— Bien que très fluctuants, les prix sont relativement mieux connus. Pour l'usager actuellement :

— la marihuana coûte de 5 à 10 francs le gramme ;

— le haschich coûte de 10 à 15 francs le gramme ;

— l'héroïne coûte de 500 à 1000 - 1200 francs le gramme ;

— l'opium coûte de 50 à 100 francs le gramme ;

— la cocaïne coûte 600 francs le gramme ;

— le L.S.D. coûte de 15 à 20 francs la dose.

— En fonction de ces prix, on peut s'efforcer d'estimer *la dépense annuelle moyenne* des consommateurs.

Pour un utilisateur de haschich consommant 5 grammes par semaine ce qui correspond à une dose courante, le coût annuel s'élèverait à environ 3000 francs. Pour un usager d'héroïne consommant environ 1 gramme par jour et qui réussirait à se procurer en permanence sa dose quotidienne, celle-ci représenterait une dépense annuelle de 150000 à 180000 francs.

— L'importance de ces sommes, au moins pour l'héroïne, pose le problème du *financement de la consommation*.

Si la consommation occasionnelle de haschich ne suppose pas des moyens financiers particuliers, par contre *pour le vrai toxicomane, seul le trafic permet, par les profits qu'il engendre en même temps que par l'approvisionnement qu'il assure, de faire face au besoin d'argent. Il s'y ajoute le recours à divers expédients* évoqués au chapitre I à propos de l'héroïne.

— Le *financement du trafic lui-même* ne pose pas de problème au stade du trafic de gros. Il est le fait de délinquants endurcis qui se livrent habituellement à des activités délictueuses telles que proxénétisme, banditisme, racket, voire hold up. Les moyens financiers ne manquent pas et il n'est pas besoin de recourir à de mystérieux « financeurs », auxquels d'ailleurs il faudrait sans doute reverser de substantielles participations.

A l'époque de la « French connection » le problème consistait, pour un groupe de trafiquants, à réunir une somme de 200000 francs environ permettant d'acheter 50 kilogrammes de morphine base. Cette quantité, suffisante pour approvisionner un « laboratoire » moyen, donnait, après transformation, 50 kilogrammes d'hé-

roïne qui, parvenus aux Etats-Unis, étaient revendus 12000 dollars, soit 60000 francs le kilogramme. Le produit total de la vente s'élevait donc à 3 millions de francs. Le bénéfice dégagé — une fois réglées les commissions diverses dues aux différents « chimistes » et intermédiaires — était largement suffisant pour financer une nouvelle opération portant sur 100 kilogrammes. La progression géométrique ainsi enregistrée mettait rapidement à l'aise, du point de vue financier, les premiers initiateurs de l'opération.

Aujourd'hui la filière asiatique ne doit pas procéder autrement.

Les mêmes méthodes sont utilisées pour le trafic de haschich. Un kilo de haschich est aujourd'hui payé 700 francs au trafiquant marocain sur les lieux de production. Une opération portant sur 100 kilogrammes ne demandera donc au départ qu'une mise de fonds de 70.000 francs. Les bénéfices attendus sont tels que la somme exigée apparaît peu importante.

— Un essai pour évaluer *le chiffre d'affaires de ces marchés* en France est une entreprise très délicate, et les tentatives que l'on peut faire sur la base de la simple arithmétique, sans doute affectées d'un très lourd coefficient d'erreur, ont pour seul intérêt de donner une idée des sommes en cause.

A titre d'exemple, s'agissant de l'héroïne, on peut calculer que s'il y avait 10000 héroïnomanes parvenant à se procurer chacun 1 gramme d'héroïne à 20 % tous les jours de l'année (ce qui supposerait un approvisionnement beaucoup plus régulier qu'il n'est en réalité), le volume annuel de la consommation serait de 3,5 tonnes à 20 %, ce qui correspondrait, pour un prix moyen du gramme (à 20 %) de 800 francs, à un chiffre d'affaires annuel de 3 milliards de francs.

De même, pour le haschich, des calculs aussi approximatifs conduisent à penser que le volume du marché annuel pourrait être de 40 à 100 tonnes, soit un chiffre d'affaires de l'ordre du milliard de francs.

C. — L'ampleur du problème : le coût social de la drogue.

L'analyse économique qui vient d'être esquissée peut être, en dépit de l'incertitude des évaluations, élargie jusqu'à une tentative d'approche globale du coût économique et social de la drogue.

I. — L'analyse des coûts.

1. — Les principes.

Si l'on admet que, dans une société libérale, l'individu, correctement informé, doit être laissé libre de ses choix et notamment de ses choix de consommation,

on ne saurait restreindre cette liberté que pour éviter que les choix ainsi laissés à l'initiative individuelle ne se traduisent par des coûts directs ou indirects supportés, non pas par l'utilisateur lui-même, mais par l'ensemble de la collectivité. C'est ce qu'il est convenu d'appeler les « externalités négatives », qui, pour l'usage de drogue, sont sans doute importantes.

Le problème consiste à évaluer dans toute la mesure du possible, pour l'ensemble du corps social, non seulement les coûts directs de la drogue (soins aux malades, frais de surveillance des frontières, de recherches policières et de répression judiciaire), mais également les coûts indirects (pertes économiques résultant de la drogue, manque à produire, conséquences diverses pour la descendance des toxicomanes, préjudices moraux de tous ordres qui peuvent en résulter).

L'étude doit également tenir compte des « avantages » — s'il y en a — de l'usage de la drogue. Si celle-ci attire des individus déjà marginalisés ou susceptibles de le devenir de toute façon, il faut prendre en compte les coûts que son usage peut éviter (suicides par exemple) ou à tout le moins les déduire des externalités inhérentes de toute façon à cette marginalisation.

2. — L'étude « R.C.B. » de 1972.

Une telle étude, qui ne comporte aucun jugement de valeur et se borne à prendre en compte, en tant que données, les valeurs morales actuellement retenues par la société, a été entreprise en 1972 par le ministère de la Santé. Elle regroupait l'ensemble des coûts sociaux entraînés par la drogue sous trois grandes rubriques.

a) *Les charges financières.*

Les charges financières directes sont constituées principalement dans le cadre de l'organisation sociale existante, par les dépenses touchant à la lutte contre le trafic de la drogue et à la répression de la toxicomanie (dépenses de police, de douane et de justice) auxquelles s'ajoutent les dépenses de soins aux toxicomanes et les dépenses de prévention.

Les charges financières indirectes se répartissent sous les mêmes rubriques : dépenses de police et de justice entraînées par des actes délictueux ou criminels commis par des toxicomanes ; dépenses de santé ou de soins sociaux entraînées par une surconsommation médicale et pharmaceutique due à la morbidité accentuée par la drogue, ainsi que dépenses sociales engagées tant pour secourir les usagers eux-mêmes que leurs familles ; dépenses d'éducation supplémentaires dues aux échecs scolaires des usagers, au moins lorsqu'il s'agit de drogues « dures ».

b) *Les pertes économiques.*

Elles résultent essentiellement du « manque à produire » des usagers et souvent des membres de leur famille. Pour les premiers, il convient de distinguer entre usagers de drogues « dures » qui cessent rapidement toute activité professionnelle, et usagers de drogues « douces » qui ont le plus souvent une activité réduite dans une proportion variable et sans doute difficile à évaluer. On peut

estimer que plus l'intoxication est précoce, plus l'usager risque, du fait des difficultés scolaires rencontrées, d'atteindre une position sociale moins élevée et donc de bénéficier d'un revenu moindre que celui qu'il était en droit d'espérer initialement.

Quant à « l'entourage » des « drogués » on peut estimer que sa « production » est diminuée, soit temporairement (cas des parents par exemple) soit de façon durable (cas par exemple de frères et sœurs qui, ayant été affectés par ce problème au moment de leur formation scolaire ou professionnelle, n'ont pu obtenir les qualifications qu'ils auraient pu espérer).

c) *Le préjudice moral.*

La dépendance vis-à-vis de la drogue entraîne des comportements sociaux qui heurtent les valeurs morales actuelles de la collectivité. L'étude cite notamment le désintéressement pour le travail, la dégradation de l'état sanitaire, les suicides, l'accroissement de la prostitution et des vols. La cellule familiale est également touchée et la descendance même des « drogués » peut être menacée.

Les coûts sociaux correspondant à ce préjudice moral ne peuvent être estimés que par rapport au comportement moyen de l'individu considéré aujourd'hui comme « normal ». Sans qu'on puisse savoir si les usagers de drogue auraient eu, sans celle-ci, un tel comportement, on peut penser que l'usage de drogue aggrave souvent le coût social d'une marginalisation peut-être inévitable, mais qui eût revêtu pour certains d'autres formes socialement moins coûteuses.

Au total, pour un chiffre sans doute supérieur à la réalité d'aujourd'hui de 40.000 toxicomanes « durs », l'étude indiquait un coût social total de l'ordre de deux milliards (en francs 1977) dans lequel les pertes de production représentaient près de dix fois les charges financières directes et indirectes.

II. — Un modèle de diffusion de la drogue.

A partir de cette analyse, l'étude s'efforçait de construire un modèle théorique de diffusion de la drogue en se référant aux principes de l'épidémiologie des maladies contagieuses. Quelque contestable que soit l'assimilation à ces dernières, le phénomène de la drogue peut être analysé comme traduisant l'interaction de trois facteurs, l'agent (la drogue), l'hôte (l'usager) et le milieu (la population environnante) ; mais un quatrième élément modifie le scénario classique. Les trafiquants alimentent le système mais leur nombre augmente du fait des usagers qui deviennent à leur tour trafiquants. Ils jouent donc un rôle important d'accélération de la diffusion de la drogue.

L'étude indiquait qu'il serait important de connaître les conditions d'un éventuel passage des usagers de drogues « douces » vers les drogues « dures », en observant que, si une proportion croissante des usagers se portait vers les drogues « dures », la progression des coûts sociaux serait encore plus rapide que celle du nombre total des usagers.

Dans ce modèle, les freins au développement de l'usage de drogue sont de deux ordres : les uns sont intérieurs au modèle, puisque toute la partie de la population non consommatrice peut avoir une action « anti-drogue ». Mais cet effet ne peut se produire que par réaction, c'est-à-dire à un moment où les coûts sociaux peuvent déjà être importants. D'où la **nécessité de rechercher des freins extérieurs au modèle**, c'est-à-dire de pratiquer une politique volontaire, qui sera d'autant plus efficace qu'elle se situera dans la phase de croissance du phénomène.

L'étude montrait enfin que l'ensemble de la population n'est pas toute en contact à un moment donné avec la drogue. De même le « taux de risque » d'un recours à la drogue n'est pas le même pour tous les individus et il eût été intéressant de pouvoir le mesurer par des analyses comparatives de groupes de jeunes (groupes non homogènes : usagers et non-usagers, et groupes homogènes mais distants géographiquement).

Malheureusement, *l'étude n'a pas connu jusqu'ici de prolongement. Il conviendrait de l'actualiser et de la mener jusqu'à son terme. Ceci constituerait parmi d'autres éléments une base utile pour la définition d'une « politique de la drogue »*, même en tenant compte des nombreuses questions qu'elle laisse sans réponse.

*
* *

Ces diverses analyses du phénomène de la drogue essentiellement tournées vers l'aspect économique, ne constituent qu'une approche de celui-ci parmi d'autres. L'accent étant généralement mis, à juste titre, sur les aspects psychologiques ou sociologiques, notamment par ceux qui s'occupent de drogués et qui en général refusent de s'intéresser à l'aspect « trafic », cette présentation, par certains côtés, purement mécaniste et quelque peu désincarnée (comme l'est par exemple une étude R.C.B.), peut choquer. Elle paraît cependant indispensable. La drogue est aussi, et incontestablement, un phénomène économique et il serait irréaliste de le perdre de vue, par exemple en espérant que les pays producteurs vont subitement renoncer à une culture lucrative. En outre, le problème est souvent traité dans des conditions telles qu'il est nécessaire de le situer dans ses différentes dimensions, parmi lesquelles l'approche économique peut constituer un utile rappel à la réalité.

CHAPITRE III

Une demande clandestine : à la recherche des « drogués ».

Face à cette offre illicite, et donc réprimée, du produit « drogue », la consommation présente le même caractère de clandestinité. Dès lors toute étude du phénomène de la drogue se heurte à la difficulté d'appréhender celui-ci et à la quasi-impossibilité de le mesurer.

Dans toute tentative de cette nature, revient invariablement l'image de l'iceberg dont on ne voit que la partie émergée. Si elle marque l'écart entre l'importance des parties immergée et émergée du phénomène — et dont il est effectivement impossible de mesurer le rapport — cette image ne doit pas laisser croire à la possibilité d'apprécier à peu près exactement la partie émergée : entre la réalité de celle-ci et l'idée qu'on en peut avoir par les dénombrements disponibles, rien ne permet d'exclure la possibilité d'un écart important.

Dans cette perspective, la Mission, en s'en tenant à la population des adolescents et des jeunes adultes, jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans environ, a essayé de définir où sont les « drogués » de cette classe d'âge, et à établir qui, par quelle procédure, à quel moment et dans quel cadre, a affaire à eux.

Elle a été frappée par le fait que, sur un très grand nombre d'intervenants potentiels — enseignants, policiers, magistrats, médecins, travailleurs sociaux, etc. — une part très importante n'avait que peu de contacts avec des « drogués » et que le flux de ceux-ci se concentrait en fait, au sein de chaque catégorie, sur quelques personnalités relativement isolées parmi leurs pairs.

La drogue en France n'est pas le problème des magistrats, des policiers, des médecins en général ; *elle est à la charge de quelques médecins, de quelques magistrats, de quelques policiers, auxquels leurs collègues, et sans doute l'opinion tout entière, naturellement portée à personnaliser les choses, s'en remettent du soin de porter le fardeau.*

A. — Les « points de contact » avec les « drogués ».

Si on met à part le milieu familial qui joue un rôle essentiel, sur lequel on reviendra, mais qui ne saurait servir de support à la mesure statistique du phé-

nomène, les conduites toxicomaniaques des adolescents et des jeunes adultes devraient être perçues au sein des trois systèmes dont ils peuvent relever : système éducatif, appareil judiciaire et policier, système de soins.

I. — Le système éducatif.

En considérant « l'appareil éducatif » dans son acception la plus large, en y incluant l'enseignement, y compris l'enseignement supérieur, les activités sportives et de jeunesse, et le service national, c'est-à-dire un ensemble d'établissements ou d'activités où les jeunes sont présents une part importante du temps, on est frappé par la perception très faible d'éventuelles conduites toxicomaniaques chez ces derniers.

a) *Dans les établissements d'enseignement*, l'usage de drogue, si l'on inclut dans cette définition la pratique plus ou moins occasionnelle de fumer du haschich, peut passer complètement inaperçu des enseignants et de l'institution. Pour ce qui est des premiers, jouent sans doute le fait qu'ils viennent faire leurs cours sans contact permanent avec les élèves, lesquels sont au demeurant réticents à aborder le problème avec eux, leur mauvaise information et le fait que le passage à une toxicomanie plus aiguë, lorsqu'il se produit, s'accompagne généralement d'une désinsertion du système scolaire.

Les enseignants se trouvent dans une situation ambiguë. Aimant — par définition — les jeunes, et hostiles à la drogue, ils ne comprennent pas que celle-ci puisse les attirer. Ceux d'entre eux qui sont en contact plus constant avec les élèves, et plus proches d'eux par l'âge, tels les maîtres d'internat, peuvent avoir d'éventuelles toxicomanies, une perception plus directe. S'ils ont pu en être parfois les initiateurs, il ne s'agit là que de cas exceptionnels qu'il serait malhonnête de généraliser.

D'autres catégories de personnels peuvent également être au courant de ces problèmes : les conseillers d'éducation, qui par leur présence constante sont en principe les interlocuteurs privilégiés des élèves et les connaissent bien, surtout dans les petits établissements ; les animateurs des lycées agricoles qui jouent en fait un rôle de médiateur avec les élèves ; les professeurs d'éducation physique ; les infirmières et assistantes sociales scolaires.

Quant à l'institution scolaire, elle fait sienne, consciemment ou non, une certaine loi du silence. Il est difficile de déterminer si celle-ci résulte de la seule ignorance des faits, de l'inquiétude des responsables quant aux conséquences qu'aurait pour leur notation ou pour la réputation de leur établissement la connaissance de « problèmes de drogue » ou de leur crainte de voir exploiter à des fins répressives les informations dont il pourrait être fait état. Silence dont le poids va croissant quand on s'éloigne de la base. Si l'infirmière de santé scolaire, l'assistante sociale, tel ou tel enseignant, perçoivent certains problèmes de drogue, le médecin scolaire, rarement présent, n'en voit qu'une partie, le conseiller d'éducation en est peu informé et le chef d'établissement les ignore. Il s'agit là, bien sûr, d'une description systématique, et donc sans nuances. Elle n'exclut pas que,

dans certains cas, des conseillers d'éducation et des chefs d'établissements soient bien informés de ces questions et les abordent avec compréhension. Mais dans l'ensemble, on a le sentiment que la perception des problèmes de toxicomanie s'atténue selon les interlocuteurs, au fur et à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie.

Il est vrai que si elle jouait pleinement son rôle, l'école, au sens le plus large, devrait permettre la prévention et peut-être le dépistage de l'usage de drogue. Mais elle est le lieu de la « normalité » d'où sont écartés les handicaps et les déviances et d'où s'excluent, de fait ou de droit, les drogués, comme les caractériels, les handicapés ou les mères célibataires : il est donc normal, on l'a dit, que l'installation d'une toxicomanie lourde s'accompagne d'un départ de l'école, même si ce taux d'abandon scolaire, très supérieur à celui de certains pays étrangers, Hollande notamment, traduit pour partie une intolérance plus marquée du milieu scolaire à l'égard des usagers de drogue.

b) *A l'Université, la grande indépendance des étudiants explique que le phénomène de la drogue puisse échapper complètement à l'institution.* De plus, profitant des franchises universitaires, les campus offrent parfois l'asile à des drogués non étudiants et à des « dealers », en particulier dans certaines universités, comme l'a fait apparaître l'affaire de Vincennes en 1977. Le phénomène existe, en fait, dans le milieu étudiant de Paris et de province ; les universités scientifiques et médicales semblent toutefois peu touchées.

c) *Les institutions de jeunesse* (centres de vacances, maisons de jeunes et de la culture, structures de loisirs en général) *paraissent relativement peu concernées par l'usage de drogue.* Elles ne sont guère fréquentées par les jeunes qui présentent des difficultés d'adaptation et les « drogués » sont trop différents pour s'y sentir à l'aise. En outre, bon nombre de responsables, redoutant la fermeture de leur établissement ou craignant pour leur subvention, préfèrent, là aussi, appliquer la loi du silence : ce n'est pas non plus dans ces structures que le problème peut être clairement perçu.

d) Il en va de même *de l'armée et du service national.* Parallèlement à un effort important d'information, le service de santé des armées a fait des analyses assez détaillées des toxicomanies parmi les appelés. Mais la toxicomanie, réelle ou alléguée est, en tant que, là aussi, entorse à la « normalité », un motif particulièrement efficace d'exemption de service. L'armée n'est donc pas un lieu où les conduites toxicomaniaques de la population masculine jeune peuvent être réellement perçues dans leur ensemble.

II. — L'appareil policier et judiciaire.

Magistrats et policiers (1) constituent des catégories d'intervenants pour lesquelles les choses devraient être plus claires, en principe, puisqu'ils tiennent

(1) On entend sous ce terme tous les services qui collaborent à l'action répressive : police nationale, gendarmerie nationale, douane, etc.

de la loi la mission de poursuivre et de réprimer les comportements toxicomaniaques. Dans la pratique, les choses sont beaucoup moins nettes et il convient de ne pas traiter d'une manière homogène l'ensemble de ces catégories.

a) *Les policiers* peuvent être au contact de drogués à l'occasion d'enquêtes sur des faits de détention ou de trafic de stupéfiants, sur des décès par « overdose », etc. mais l'interpellation par la police n'entraîne pas automatiquement l'ouverture d'une instance judiciaire et une bonne part des usagers de haschich qui font l'objet d'interpellations sont, au moins en région parisienne, relâchés avec l'accord du parquet.

Quant à la structure des services, il convient de mettre à part les quelques villes — Paris et Marseille pour l'essentiel, Lyon à un moindre degré — où des groupes spécialisés et relativement étoffés ont été mis en place. *Par-delà leur action répressive, ces policiers, qui font généralement preuve d'un souci de compréhension à l'égard des toxicomanes, parviennent à une connaissance assez précise de ceux-ci, de leur mode de vie et de leur environnement* (1).

Lorsque, par contre, les affaires de toxicomanie sont traitées parmi le « tout venant » de l'activité policière, la situation est beaucoup plus inégale et les intéressés sont souvent mal préparés à les aborder. L'attention de la Mission a été appelée sur le fait que certain policiers, au stade des commissariats de quartier notamment, traiteraient parfois un peu rapidement en délinquants les porteurs de cheveux longs et les usagers occasionnels de drogues dites « douces ». L'action des brigades de protection des mineurs s'avère mieux adaptée.

En outre, en dépit de l'effort de compréhension évoqué ci-dessus, les relations de la police et des toxicomanes sont empoisonnées par l'accusation portée contre la première d'arrêter des usagers ou de laisser en liberté des petits trafiquants pour les utiliser comme « indicateurs ». Même si cette pratique peut se justifier par les difficultés accrues que rencontre la répression des formes nouvelles du trafic, elle n'en fait pas moins peser une suspicion déplaisante sur l'action de la police.

b) *Les magistrats*, quant à eux, ne devraient voir, en principe, de « drogués » qu'à la suite d'une interpellation. En effet, rares sont en ce domaine les dépôts de plaintes de particuliers, et même les personnes qui souffrent le plus du comportement de l'usager, c'est-à-dire les membres de sa famille, ne sont guère enclins à rechercher l'intervention répressive de l'autorité judiciaire.

Au sein de l'appareil judiciaire, le « drogué » va avoir successivement, au fur et à mesure que se déroule la procédure, affaire à un certain nombre de magistrats, dont chacun joue un rôle bien défini, et dispose des nombreuses possibilités offertes par la loi de 1970 qui lui donne, à de nombreux stades de la procédure, le choix entre la voie pénale classique et une voie sanitaire aux contours moins bien définis. Qu'il s'agisse du Procureur de la République ou de

(1) L'étude du C.E.R.F.I. effectuée pour le compte du ministère de la Justice, souligne l'espèce de fascination réciproque qu'exercent les uns sur les autres policiers et toxicomanes.

son substitut, du juge d'instruction ou du juge des enfants, avec lesquels un dialogue direct peut s'établir ; du tribunal correctionnel — ou de la Cour — qui connaît l'épilogue de toute affaire et où l'assistance de l'avocat permet au prévenu de faire valoir des moyens de défense et des explications qu'il ne serait pas toujours en état de présenter utilement seul ; ou encore du juge de l'application des peines, nombreux vont être les magistrats devant ou par lesquels le toxicomane sera déféré, interrogé, convoqué, traduit, sermonné, condamné ou encouragé dans ses efforts de réinsertion.

Le seul cas dans lequel cette intervention judiciaire se dépouillera de son aspect pénal est celui de l'assistance éducative, procédure purement civile, qui pourra être ouverte à la demande du parquet, d'un organisme de protection de l'enfance, d'un membre de l'entourage familial du mineur, du mineur lui-même ou à l'initiative propre du juge et qui se traduira uniquement par le prononcé de mesures éducatives.

Au demeurant, comme on a pu le constater pour la police, *la nature réelle des relations entre les « drogués » et la justice varie beaucoup d'un ressort à l'autre*. Dans celles des grandes villes (Paris, Marseille) où est pratiquée la spécialisation des substituts, des juges d'instruction et des chambres correctionnelles (1), ces magistrats, qu'ils soient réputés sévères ou bienveillants, sont très rapidement connus des intéressés et de leurs familles, si bien que, même après la fin d'une procédure, il arrive à un ancien inculpé de s'adresser à eux pour rechercher appui, aide ou conseil. *La spécialisation paraît ainsi permettre une meilleure connaissance du problème et également une certaine homogénéité des jurisprudences*.

Dans le cas au contraire de non-spécialisation, et en particulier lorsqu'il s'agit de villes petites ou moyennes où les affaires de toxicomanie sont relativement rares (2), elles échoient à des magistrats non préparés et mal informés, pour lesquels elles risquent de devenir, comme certains exemples récents l'ont montré, l'affaire de l'année. Ceci entraîne, d'un ressort à l'autre, on y reviendra, des divergences sensibles de jurisprudence. Mais du point de vue retenu ici, il suffit de constater que seuls quelques magistrats ont affaire à un nombre de « drogués » suffisant pour être significatif.

III. — Le système de soins.

a) *Les différents cas possibles.*

Les contacts entre les « drogués » et le système de soins peuvent être volontaires ou découler d'une procédure judiciaire. Ils peuvent résulter de l'apparition d'un problème somatique aigu, exprimer une demande pour obtenir de la drogue ou,

(1) A Paris, il s'agit de la première section du parquet, de deux cabinets de juge d'instruction, de la 16^e chambre correctionnelle. A Marseille existe une spécialisation identique. Des tentatives moins systématiques ont été faites dans divers tribunaux.

(2) Même si les toxicomanes le sont parfois moins.

au contraire, la quête plus ou moins assurée d'une aide pour « décrocher ». De nombreuses situations peuvent donc se rencontrer :

Le médecin de ville, psychiatre ou non, voit des toxicomanes venir le consulter, soit pour des affections somatiques, soit à la suite d'une demande de soins, notamment de désintoxication ambulatoire, soit du fait d'une crise de « manque ».

L'hôpital général peut accueillir des toxicomanes, soit en urgence, le plus souvent à la suite d'un syndrome confusionnel dû à un mélange toxique, soit en réanimation si un état comateux l'exige, soit dans des services de médecine ou de chirurgie, gastro-entérologie notamment, soit dans des services de psychiatrie : ces derniers reçoivent en consultation à la fois de vrais toxicomanes demandant une aide psychothérapique et amenés par leurs parents, des adolescents le plus souvent fumeurs occasionnels de haschich sans dimension toxicomaniacale.

Les *services des hôpitaux psychiatriques* reçoivent en principe les toxicomanes domiciliés dans leur secteur, mais ceux-ci changent souvent de domicile et la structure institutionnelle est peu adaptée (1). Les intéressés peuvent se présenter soit volontairement, soit sur injonction judiciaire dans le cadre de la loi de 1970, soit après intervention de la force publique dans les différents cas de placement prévus par la loi de 1838.

b) *La pratique.*

Elle fait apparaître une très grande inégalité entre les établissements et entre les praticiens. Si l'on met à part quelques établissements ou services spécialisés, qu'ils soient à dominante médico-psychologique, tel Marmottan, ou plutôt organique, généralement en liaison avec des services de réanimation (tels Fernand-Widal à Paris ou Edouard-Herriot à Lyon), *la majorité des services hospitaliers, qu'il s'agisse des hôpitaux généraux ou des hôpitaux psychiatriques, voient relativement peu de « drogués »*. Dans les hôpitaux généraux, ces derniers semblent faire, souvent à la suite d'un accident aigu, des séjours qu'ils abrègent au maximum. Quant aux hôpitaux psychiatriques, à part quelques exceptions (Sainte-Anne), ils manifestent peu d'enthousiasme à accueillir des toxicomanes, considérés comme des cas « ingrats » et perturbant le fonctionnement des services. L'impératif, proclamé par certains, de « dé-psychiatriser » la toxicomanie paraît relever plus du procès d'intention que traduire la réalité, car les psychiatres paraissent mus beaucoup plus par le souci de protéger l'institution que par celui de répondre aux besoins de patients éventuels.

Plutôt réticents à l'égard d'établissements hospitaliers qui, à quelques exceptions près, le leur rendent bien, les « drogués » ont sans doute affaire, plus qu'on ne le pensait, aux médecins de ville. Que ce soit sous la forme du lycéen, fumeur occasionnel de haschich amené par ses parents, ou au contraire du toxicomane réellement accroché cherchant à se procurer des médicaments, les praticiens en voient en clientèle un certain nombre et, pour certains d'entre eux, un nombre

(1) Par exemple, en région parisienne la « règle des trois mois » empêche la prise en charge sur une longue durée par le même service des malades « hors secteur ».

important de toxicomanes. Mais du fait de leur dispersion, c'est un aspect du phénomène particulièrement difficile à cerner.

Reste alors, en dehors de l'équipement hospitalier lourd et des médecins de ville, la partie du système sanitaire et social consacrée spécifiquement à la drogue, sous forme de dispensaires, de consultations, d'équipes d'accueil ou de foyers de post-cure. *C'est bien évidemment ce dispositif, dont les différents éléments tendent à se développer, qui reçoit le plus grand nombre de « drogués ».* Ceci ne permet toutefois pas d'en tirer une mesure du phénomène, à la fois faute de statistiques établies et parce que, du fait notamment de l'anonymat des soins, le même cas peut être suivi successivement, peut-être simultanément, par plusieurs institutions.

*
**

Ce rapide tour d'horizon des « points de contact » entre les « drogués » et « l'appareil social », fait apparaître que les « drogués » ne sont pas là où l'appareil administratif et social les attend. S'ils ne sont pas là, c'est qu'ils sont ailleurs, et cette lapalissade conduit à souligner deux points :

— d'une part, l'importance de lieux de rencontre et de manifestations qui tiennent une place de premier plan dans la vie du toxicomane : la rue, les discothèques, les cafés, dont les tenanciers jouent, ça et là, un rôle de maternage non négligeable, les concerts de musique « pop », les grands rassemblements de jeunes, quel qu'en soit le thème, etc. ;

— d'autre part, le fait qu'à côté des quelques « points de contact » décrits ci-dessus entre le système social et les toxicomanes, ces derniers sont vus beaucoup plus par des institutions spécialisées apparues de façon plus ou moins informelle, mais qui tendent à s'intégrer dans ce système : centres d'accueil divers, organisés à des « points chauds » (Belleville, Nice, etc.) par des prêtres, des pasteurs ou des laïques ; éducateurs de rue et équipes de prévention, sur le rôle desquels on reviendra ; enfin de façon plus dispersée, familles d'accueil.

Ainsi, les toxicomanes échappent largement au dispositif institutionnel public. C'est une des ambigüités, parmi d'autres, qui marquent l'approche de ce problème.

B. — De quels éléments de mesure peut-on disposer ?

Si les « drogués » ne sont pas où l'appareil social pense les trouver, ceci a des conséquences très directes sur la possibilité de mesurer le phénomène. « *Combien y a-t-il de drogués en France ?* » est le type même de question à laquelle il est impossible d'apporter une réponse sérieuse. Les réponses abondent cependant, qui ne reposent sur rien, mais que chacun oppose à l'adversaire supposé, car l'évaluation statistique que l'on donne du phénomène est indisso-

ciable d'une prise de position sur le fond, chacun étant porté à sous-estimer ou à surestimer l'ampleur du phénomène pour justifier la politique, répressive ou libérale, qu'il souhaite.

C'est là un caractère original, qui donne à la « politique de la drogue » une place particulière parmi les actions que les pouvoirs publics sont appelés à mener : l'Administration a l'habitude de mesurer des besoins découlant de phénomènes quantitatifs visibles ou prévisibles, par exemple prévoir les besoins en classes primaires à partir du volume des classes d'âge et des taux de scolarisation, ou les besoins en lits d'hospitalisation. Au contraire, il s'agit ici d'un phénomène par définition souterrain et clandestin, pour lequel les méthodes habituelles d'évaluation ou de prévision ne sont d'aucun secours.

C'est pourquoi il a paru utile à la Mission, sans accorder au problème de la mesure statistique du phénomène plus d'importance qu'il n'en a, et en tout cas sans faire de sa solution le préalable à une politique de lutte contre la drogue, d'analyser rapidement les conditions dans lesquelles sont établis les dénombrements statistiques dont on peut disposer en ce domaine.

I. — Le système éducatif.

Il n'existe aucune évaluation d'ensemble émanant de l'Education, des Universités ou de la Jeunesse et des Sports. On ne dispose que de sondages très fragmentaires et d'informations caractéristiques surtout de la manière dont certaines catégories d'enseignants ressentent le problème. Même s'il met en évidence certaines évolutions, le récent sondage du secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports sur les jeunes et la drogue permet plus une approche de leur attitude qu'un dénombrement précis. Enfin un sondage, également récent, sur les étudiants donne une image de la situation dans les universités.

Mais ces sondages limités, représentant plus une synthèse des opinions personnelles des individus interrogés, laissent subsister une large marge d'interprétation. La possibilité de recueillir des données quantitatives sur l'usage de drogue dépend aussi de la coopération des enseignants, des éducateurs ou des mouvements de jeunesse qui restent souvent discrets, par crainte d'une publicité incitative ou par hostilité à des enquêtes considérées comme répressives. En outre, la consommation de haschich ne ressort pas pour de nombreux jeunes d'un registre différent de celle de l'alcool ou du tabac ; ceci rend l'analyse encore plus difficile.

II. — L'appareil policier et judiciaire.

Il constitue la source principale des éléments statistiques utilisés en matière de drogue. Mais ils sont affectés de nombreuses incertitudes :

— Police.

L'Office central des Stupéfiants rassemble les renseignements relatifs aux infractions à la législation sur les stupéfiants, constatées sur l'ensemble du territoire par les services répressifs quels qu'ils soient : police judiciaire, sécurité publique, police de l'air et des frontières, gendarmerie, douane. Il centralise les informations relatives aux arrestations effectuées par les services de gendarmerie, de sécurité publique ou de douane, aux décès suspects et aux cambriolages de pharmacies.

La statistique des interpellations, qui est la plus utilisée et pour laquelle on dispose de séries remontant à 1965, comporte une ventilation par tranches d'âge et par produit « consommé ». (cf. annexe III-1.)

Outre des difficultés purement techniques, par exemple le fait que les doubles comptes ne soient pas exclus, les individus interpellés à plusieurs reprises au cours de la même année étant comptés chaque fois, cette statistique des interpellations souffre de deux défauts majeurs. Elle n'a qu'une valeur relative et ne peut permettre de déterminer, à partir du chiffre des seules interpellations, le nombre total d'usagers de drogue. Surtout, si on veut l'utiliser comme indicateur de l'évolution du problème dans le temps, il faut souligner que la répartition même des résultats dépend non seulement de l'intensité, mais des caractères de l'action répressive. A nombre d'interpellations à peu près constant, la statistique pourrait donner l'impression que la toxicomanie diminue chez les jeunes si l'on s'abstenait subitement d'interpeller les mineurs, ou bien que l'héroïnomanie s'aggrave si l'on cessait d'interpeller les fumeurs de haschich. *C'est donc une statistique parmi les plus sérieuses de celles dont on dispose, mais à laquelle on ne peut chercher à faire dire plus qu'elle ne peut apporter, notamment en ce qui concerne la part respective des différentes toxicomanies* : il est évident qu'un fumeur occasionnel de haschich a moins de chances d'y figurer qu'un héroïnomane dépendant et privé de ressources.

Le nombre des décès provoqués par l'usage des drogues est lui-même difficile à apprécier. A côté des accidents du type « overdose », qui sont souvent seuls pris en compte, il existe une morbidité de la drogue pouvant conduire à la mort, et une tendance au suicide en rapport avec un long usage des drogues. Mais les déclarations de décès correspondantes figurent souvent sous d'autres rubriques, si bien que le nombre des décès en relation avec l'usage de drogue est certainement sous-estimé.

Les statistiques de police peuvent être complétées par les renseignements douaniers qui traduisent les arrestations et saisies opérées par les services douaniers sur l'ensemble du territoire, et qui sont reprises dans les statistiques de l'Office central. Mais là encore, ces statistiques, malgré leur sérieux, doivent être utilisées avec nuance puisqu'elles traduisent l'action du service et pas forcément l'intensité du phénomène. Par exemple, une augmentation des quantités saisies traduira soit un accroissement du trafic, soit un renforcement de l'action ou de l'efficacité de la surveillance.

— Justice.

Les statistiques relatives à l'action judiciaire sont de deux ordres :

— les statistiques générales de l'activité annuelle des juridictions qui servent à la confection de ce que l'on nomme le compte général de la justice. La publication de celui-ci se fait avec un certain retard, et il n'est guère possible de disposer, par cette voie, de renseignements récents et complets ;

— les statistiques particulières portant sur l'application de la loi de 1970, qui visent à établir un bilan de celle-ci à l'échelon national, et à examiner l'évolution de la délinquance particulière concernant la drogue. Les parquets généraux établissent, selon un cadre statistique particulier, une statistique d'abord semestrielle et maintenant annuelle, qui permet de disposer rapidement de renseignements permettant d'apprécier les effets de la législation nouvelle (1).

Un problème particulier concerne les mineurs : en ce qui concerne les poursuites, ils sont pour une large part traités dans le cadre de l'assistance éducative et non de la législation pénale, et échappent alors à la statistique en cause. Au stade du jugement, cette dernière ne comporte une ventilation par âge que pour 1976 et la direction de l'Education surveillée indique, à partir de l'activité des juges des enfants et des tribunaux pour enfants, des chiffres plus élevés.

La non-concordance rigoureuse des statistiques judiciaires selon la source dont elles émanent, liée aux conditions de recueil des données, est négligeable par rapport aux différences encore plus considérables constatées lorsque l'on compare les chiffres de la justice à ceux d'autres départements ministériels ou d'autres organismes tels que l'I.N.S.E.E. Mais les statistiques judiciaires sont fondées sur des catégories juridiques précises, ne recoupant pas nécessairement celles retenues dans les autres présentations. C'est ainsi par exemple que toute les personnes arrêtées ou interpellées par la police ou par les services de douanes ne sont pas nécessairement condamnées (possibilités de non-lieu, de relaxe), ou que toutes les personnes suivies dans les dispensaires et centres médicaux ne font pas l'objet de poursuites judiciaires.

III. — Le système de soins.

Après avoir exploité depuis 1970 jusqu'en 1975 les statistiques des interpellations établies par les services de police et avoir cessé, pour des raisons mal déterminées, cette exploitation, le ministère de la Santé établit deux sortes de statistiques :

— Une statistique exploitant les signalements transmis par les directions départementales, soit pour des patients adressés par les services judiciaires, en application de la loi de 1970, soit pour des patients se présentant spontanément.

(1) Cette statistique présente cependant l'inconvénient de ne pas permettre de corréler les peines et les infractions, et donc de connaître pour une infraction déterminée le quantum moyen de la peine.

ment. Mais elle est établie dans des conditions incertaines, variables d'un département à l'autre, et ne permet pas en fait de suivre le « destin sanitaire » des toxicomane adressés par l'autorité judiciaire : il n'est pas sûr que tous les cas donnent lieu à l'établissement d'une fiche, et le fait que les soins puissent intervenir une autre année que les poursuites rend impossible toute corrélation ;

— Une statistique établie depuis 1975, et pour le dernier trimestre de chaque année seulement, à partir des admissions et/ou consultations dans les établissements publics de soins. Mais cette statistique repose sur des bases trop imprécises (quant à la définition du toxicomane retenue, quant au recueil des données dans les établissements quant à la possibilité d'extrapoler les résultats d'un trimestre à l'ensemble de l'année, quant à la possibilité de doubles comptes, etc.) pour pouvoir être utilement exploitée. Elle ne permet pas de faire apparaître de lien entre les soins et d'éventuelles poursuites pénales en amont ou un séjour ultérieur dans des établissements de post-cure. Ces derniers qui relèvent, selon leur statut, de deux directions du ministère, ne communiquent aucun élément statistique sur leur activité. Au total, *on ne dispose pas aujourd'hui d'éléments statistiques réellement utilisables sur les soins donnés aux toxicomanes.*

*
**

L'analyse des dénombrements statistiques dont on peut disposer montre que, parmi les « points de contact » avec les drogués, chaque administration, chaque service recherche les chiffres illustrant sa propre activité, dans son optique propre.

Cette présentation chiffrée témoigne du souci de chacun de valoriser sa position, sans prendre toujours en compte les préoccupations des autres administrations. Ceci ne fait que confirmer le caractère mal défini des contours du phénomène de la drogue et l'incapacité des statistiques en général à l'appréhender de façon satisfaisante.

DEUXIÈME PARTIE

A la recherche de repères.

Chapitre IV

Le phénomène de la drogue en France et son évolution :
un essai d'évaluation.

Chapitre V

L'Etat et la drogue :
les structures.

Chapitre VI

L'Etat et la drogue :
le cadre juridique.

Chapitre VII

Le cadre international et les précédents étrangers.

Chapitre VIII

Le phénomène de la drogue :
à la recherche d'explications.

Chapitre IX

Le problème de la drogue et sa mesure.

CHAPITRE IV

Le phénomène de la drogue en France et son évolution : un essai d'évaluation.

Un des repères pour tenter de mesurer ce que représente aujourd'hui le phénomène de la drogue en France est constitué par son évolution, passée et plus récente, qui conduit à un essai d'analyse de la situation actuelle.

A. — Des « paradis artificiels » à l'irruption de la drogue dans le monde moderne.

La drogue n'est pas une idée neuve en Europe, et c'est à la littérature qu'on fait généralement appel, prenant à témoin Baudelaire et ses « paradis artificiels », pour le démontrer.

I. — La littérature.

En fait, Baudelaire n'est pas le premier des auteurs qui ait évoqué le recours aux « excitants ». C'est au début du XIX^e siècle que leur usage semble apparaître, puisque dès 1799 Sénancour a cette vue prémonitoire : « *L'opium dans l'Orient, le bétel vers le Gange, le coca dans les mines de Porose, le tabac, le café, les liqueurs spiritueuses chez tous les peuples, ont produit des goûts qui ne périront point, quoiqu'ils ne soient pas fondés sur des besoins absolus.* » (1).

Et avant Baudelaire encore, Silvestre de Sacy, avec son « Mémoire sur la dynastie des Assassins » (1809, et surtout Moreau de Tours, avec « Du haschich et de l'aliénation mentale - Etudes psychologiques » (1845), vont traiter ce thème. Mais c'est bien sûr Baudelaire, avec son « Poème du Haschich » (1858) et

(1) Sénancour, « Rêveries », cité par Yves Florenne, dans ses commentaires des « Paradis artificiels » de Baudelaire. - Livre de poche. - 1972.

surtout sa traduction des « Confessions d'un mangeur d'opium anglais » de Thomas de Quincey, qui lui donnera sa véritable dimension.

Cette veine, qu'on pourrait qualifier de « littéraire », n'a pas disparu avec lui et avec ses contemporains, et on pourrait la retrouver tout au long du XX^e siècle, avec Jean Cocteau, Henri Michaux, etc.

II. — Le XIX^e et la première moitié du XX^e siècle.

Mais ce serait une erreur de perspective que de limiter l'usage de la drogue, jusqu'à l'époque récente, à une catégorie restreinte d'intellectuels en quête de sensations nouvelles. L'Europe du XIX^e siècle a disposé d'informations abondantes sur les stupéfiants — opium et cannabis en particulier — et on peut penser que, dans les milieux intellectuels ou populaires, les adeptes ou simples expérimentateurs y ont été nombreux. *Entre les deux guerres, on a pu constater un développement sensible des toxicomanes en France* : effet de prescription à des blessés de 1914-1918, d'habitudes contractées en Extrême-Orient, de pratiques propres au monde médical, ou peut-être plus globalement d'une attitude collective d'« ennui » ou de dépression sociale.

Même si les chiffres que l'on cite couramment — 80.000 intoxiqués à la cocaïne et à la morphine dans les années 1920 — ne paraissent pas incontestables, ces toxicomanies d'une réelle ampleur n'étaient pas circonscrites aux milieux intellectuels et, par exemple, la morphine paraissait d'un usage courant parmi les ouvrières des maisons de couture. Mais elles étaient relativement maîtrisées, entretenues à des doses faibles ou moyennes sans accidents aigus. Certaines ont régressé ou disparu d'elles-mêmes. Surtout elles n'atteignaient pas spécialement les jeunes.

III. — L'apparition du problème sous sa forme actuelle.

Alors que les suites immédiates de la Seconde Guerre mondiale ne semblaient pas, sur ce point, avoir présenté les mêmes caractères que celles de la Première, c'est dans les années 1960 que la drogue va faire réellement irruption dans le monde contemporain, marqué par le déclin des anciennes philosophies et par une crise dépressive de la jeunesse. Elle apparaît d'abord aux Etats-Unis où, accompagnant la recherche d'une nouvelle philosophie, d'un nouveau mysticisme (cf. Timothy Leary, etc.), elle prend rapidement un développement spectaculaire. L'Europe suit avec, comme de coutume, quelques années de décalage.

Le problème naît en France, d'abord à bas bruit, dans les années 1966-1967, par le biais de produits apportés par des Américains installés ou séjournant en France, puis de façon notable en 1967-1968 et marquée en 1969-1970. Alors que l'arrivée de cette vague semblait avoir été pressentie par quelques experts, elle frappe pas sa soudaineté, son ampleur, ses caractéristiques (toxicomanie de

jeunes, recours aux drogues dures) sans commune mesure avec celles de la période précédente. Le véritable « choc » correspondant aux années 1969-1971 apparaît, même si cette statistique soulève des réserves, dans l'évolution et la répartition des interpellations.

	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Nombre des affaires traitées	62	84	123	213	485	913	1.224
Nombre des personnes interpellées ..	165	168	275	361	1.200	1.861	2.592
Pourcentage des personnes interpellées ayant moins de 35 ans	52 %	56 %	72 %	80 %	86 %	94 %	96 %
Nombre des interpellations pour usage ou trafic d'héroïne	41	29	56	39	210	406	982

C'est donc un phénomène subit, dramatique, auquel les pouvoirs publics, après une phase d'étonnement, vont réagir par une politique active dans le domaine du traitement, puis de l'information, par la préparation de la loi du 31 décembre 1970, par une action répressive accrue conduisant à une quasi-disparition de la production marseillaise d'héroïne et par la recherche d'une coopération dans le cadre européen.

B. — L'évolution du phénomène depuis 1969-1970.

Par rapport au choc brutal qu'avait constitué l'irruption de la drogue en 1969-1970 et à une riposte administrative reposant implicitement sur l'idée qu'une action appropriée pourrait stabiliser, sinon faire régresser le phénomène, l'évolution constatée depuis lors s'inscrit dans une perspective différente.

La toxicomanie n'apparaît plus comme une flambée subite, et peut-être passagère, mais comme une donnée permanente avec laquelle il a fallu apprendre à vivre. L'action administrative a changé de caractère et, après une première et vive réaction, elle a dû se pérenniser. Mais, comme on ne peut maintenir constamment une tension qui se justifierait par l'idée d'affronter un événement exceptionnel, elle a connu, pour des raisons sur lesquelles on reviendra, un certain tassement. On a le sentiment que, parfois, la foi n'y est plus et que les services sont aujourd'hui plus sensibles au caractère ingrat et éternellement recommencé de toute action en ce domaine.

Or, l'installation de l'Administration dans une « guerre de positions », et le dynamisme amoindri qu'elle y montre, accentuent le décalage de son action face au caractère mobile et changeant de la toxicomanie, qui présente aujourd'hui des aspects très différents de ceux qu'elle montrait à l'origine.

Dans sa nature même : après avoir été autrefois une démarche plutôt « visionnaire » d'adultes, puis une démarche contestataire et provocatrice de jeunes, l'usage de drogue semble aujourd'hui être plutôt — pour ces derniers — une conduite suivie de fuite devant la réalité. Dans ses formes : où, au lieu des toxicomanies « accrochées » à un produit et relativement « typées » que l'on décrivait, se développent des conduites toxicomaniaques plus ou moins « sauvages » allant d'une drogue à l'autre selon l'occasion. Il faudrait, de ce fait, parler beaucoup plus de comportements toxicomaniaques que de toxicomanes avec ce que ce dernier terme suppose de défini et, dans une large mesure, de régulier.

L'extrême mobilité de la toxicomanie, ses caractères nouveaux qui la rendent encore plus difficile à saisir, l'absence de renseignements statistiques, en rendent délicate une description, par nature figée. C'est par référence à des données fragmentaires, et le plus souvent aux impressions concordantes de ceux qui la suivent de plus près, que l'on peut résumer son évolution en France depuis 1969-1970.

I. — L'extension du phénomène.

On peut sans doute parler d'une extension du phénomène qui, plutôt que d'un accroissement quantitatif du nombre des « drogués », découle d'un développement des comportements toxicomaniaques.

Certaines données font apparaître une tendance à l'augmentation.

	1973	1974	1975	1976	1977 (*)
Nombre des interpellations	2.830	3.241	3.503	4.152	3.903
Nombre des décès	13	29	37	59	77
Nombre de nouveaux cas à Marmottan (par mois)	87	103	108	129	
Cambriolages de pharmacies	171	673	755	447	

(*) Pour dix mois.

Des réserves ont été faites ci-dessus sur la qualité de chacune de ces statistiques, et sur leur croisement (par exemple les cambriolages de pharmacies peuvent augmenter parce que l'héroïne est rare, sans que l'usage de drogue se développe globalement). *Mais, pour imparfaits que soient ses indicateurs, aucun ne va dans le sens d'une régression.*

Au-delà de ces chiffres, une des impressions les plus nettes recueillies par la Mission est que le phénomène, par un mouvement « en nappe » déjà décrit (1),

(1) Yves Péllicier : communication orale.

s'étend désormais à l'ensemble du pays, et qu'il ne se limite plus aux grandes villes. Il n'existe plus, aujourd'hui, de zones protégées à l'abri de la drogue. La Mission a été frappée par le fait que les quelques « observateurs » dont elle a pu disposer localement rapportaient l'existence d'un problème de drogue dans telle petite ville, tel port, telle zone rurale qu'on aurait pu croire jusque-là préservés. On peut voir là l'effet de la mobilité accrue de la jeunesse, et du fait qu'un vrai toxicomane, pour des raisons financières, est presque toujours un revendeur entouré d'un petit noyau d'usagers.

Une mention particulière doit être faite des départements et territoires d'outre-mer, même si la toxicomanie y demeure limitée et n'atteint pas l'ampleur du problème posé par l'alcoolisme. Toutefois, plusieurs affaires de trafic ont été traitées en Guadeloupe. L'action de prévention et d'information à mener devra s'étendre, avec les adaptations nécessaires, aux D.O.M.-T.O.M.

II. — La « démocratisation » de la drogue.

Le cliché classique de la drogue, phénomène bourgeois, affectant surtout les enfants de cadres supérieurs ou de milieux aisés a la vie dure. *Mais depuis plusieurs années, l'usage de drogue s'est étendu à l'ensemble des milieux sociaux, avec — pour l'instant encore, et à condition de mettre à part l'alcoolisme des jeunes — une sous-représentation du milieu rural.*

Il intéresse désormais les jeunes issus de tous les milieux et ne reste plus limité aux seuls lycéens ou étudiants. Même si beaucoup de toxicomanes se déclarent étudiants, nombreux sont parmi eux les jeunes ayant quitté l'école vers la troisième ou la seconde, ou bien ayant exercé et abandonné un métier manuel. Là encore, les éléments statistiques font défaut, et l'on ne dispose que de renseignements fragmentaires ou incertains ; mais l'impression dominante est incontestablement celle d'une diffusion de la drogue dans tous les milieux sociaux.

III. — Rajeunissement ou stabilisation ?

Plus difficile à apprécier est le problème de la répartition des « drogués » par classes d'âge. Le mouvement, souvent décrit de « rajeunissement » confond en fait deux phénomènes successifs :

— d'une part, l'usage de drogue apparu en 1968-1970 concernait des utilisateurs beaucoup plus jeunes que les toxicomanes classiques (1) ;

— d'autre part, dans les années suivantes, le mouvement s'est étendu, au sein de la partie jeune de la population des jeunes adultes vers les adolescents. Au sein des établissements d'enseignement, l'usage de drogue a atteint, comme le

(1) Ainsi parmi les personnes interpellées, le nombre des moins de vingt-deux ans passait de 1965 à 1971 de 9 à 959, alors que le nombre des plus de trente-cinq ans ne passait que de 79 à 109.

confirme un sondage récent sur les étudiants, d'abord les étudiants des universités — surtout en lettres et sciences humaines — puis les élèves des lycées, de la seconde aux classes terminales, enfin ceux des C.E.S. (3^e ou 4^e).

Cette évolution semble aujourd'hui se stabiliser puisque, par exemple, dans les interpellations, la part des usagers de moins de vingt-cinq ans passe de 89 % en 1971 à 86 % en 1976. Cette stabilisation ne contredit d'ailleurs pas l'idée que l'usage de drogue apparaît tôt, vers quatorze-seize ans, parfois même avant.

Car le maintien, voire une éventuelle élévation de l'âge moyen des usagers, pourrait résulter de deux mouvements contraires : l'extension récente à des usagers plus jeunes (1) et le vieillissement de ceux qui, ayant commencé à recourir à la drogue au moment de son apparition en France, ont maintenant quelques années de plus.

IV. — Des formes nouvelles de toxicomanie.

Un dernier trait important est le caractère très mouvant de la toxicomanie, qui revêt des formes nouvelles et changeantes, très différentes des formes plutôt stables décrites habituellement.

Le nombre des substances utilisées comme drogues s'accroît, et les substances nouvelles sont généralement plus toxiques que celles qu'elles remplacent. C'est le cas de l'huile de cannabis, beaucoup plus riche en principe actif que le haschich, et aux Etats-Unis, d'un nouveau toxique, le P.C.P. (phencyclidine hydrochloride), qui pourrait faire prendre un nouvel essor à la vogue des hallucinogènes. La « panoplie » des drogues s'étend parallèlement à des produits licites détournés de leur usage (solvants, colles, détachants, etc.) et surtout aux médicaments utilisés, soit à doses massives, soit en « soupes », mélangés au hasard et souvent associés à l'alcool, et dont l'usage accru paraît un des éléments les plus marquants de l'évolution récente.

Surtout, comme si le « produit » lui-même prenait désormais une importance secondaire, à la toxicomanie « accrochée » à un produit donné, tend à se substituer, dans une large part, une polytoxicomanie, ou plutôt une conduite toxicomane polymorphe, associant plusieurs produits ou sautant, au hasard des possibilités d'approvisionnement, de l'héroïne aux amphétamines ou aux médicaments, dans une démarche dont le caractère non maîtrisé et « sauvage » contraste avec celle de l'opiomane de 1925 et peut-être même de l'héroïnomanie de 1970-1972. Ce que confirment, parmi d'autres exemples, apparus en fonction de modes locales et momentanées, le développement de la consommation de méthaqualone (« Mandrax ») quand l'héroïne s'est raréfiée à Marseille ou à Paris fin 1973, ou l'évolution du nombre des cambriolages de pharmacies en raison inverse des disponibilités en héroïne.

(1) Ou qui sont d'autant moins pris en compte dans les statistiques qu'ils sont plus jeunes.

Comme le soulignait dès 1972 un rapport du Conseil de l'Europe (1), « ces variations correspondent à la possibilité de se procurer telle ou telle drogue à un moment donné, mais, jointes au phénomène de la toxicomanie multiple, elles mettent aussi en lumière le caractère curieusement non spécifique du processus d'intoxication, du moins chez un certain nombre de toxicomanes qui ne dépendent pas physiquement ou psychiquement d'une seule drogue, mais semblent plutôt rechercher la variété des sensations comme une fin en soi.

C. — Essai d'un tableau de l'usage actuel des drogues en France.

Le caractère changeant d'un phénomène pratiquement impossible à cerner statistiquement rend hasardeuse toute tentative pour dresser un tableau de l'usage actuel des « drogués » en France. Les indications qui suivent n'ont d'autre ambition que de donner une impression d'ensemble de la situation présente, que sa mobilité même peut remettre en question demain.

I. — La consommation des dérivés du cannabis.

Essentiellement sous forme d'herbe (en laissant à part le problème particulier de l'huile de cannabis ou du « concentré » de haschich) elle était, jusqu'à une dizaine d'années, limitée à une petite minorité d'intellectuels et à quelques noyaux ethniques déterminés. *Elle paraît aujourd'hui un phénomène largement répandu chez les jeunes Français, encore qu'une distinction fondamentale — mais difficile à établir — s'impose entre ceux qui en ont tâté une fois ou l'autre, ceux qui consomment épisodiquement ou occasionnellement, et les fumeurs réguliers, voire « intoxiqués ».*

L'usage du « H » — pour l'appeler par son nom — intéresse principalement, mais non exclusivement, les scolaires, les lycéens, les étudiants. Il est difficile à cerner du fait de sa dispersion et parce que l'attitude timorée, parfois adoptée dans certains milieux de l'enseignement, vient renforcer l'ignorance réelle de ce qui se passe.

Cet usage, généralement occasionnel, de « H » ne s'effectue pas principalement au sein des établissements, mais dans des manifestations telles que les concerts de pop music ou dans les « boums » du samedi soir, ou dans de petites réunions chez les uns ou les autres. D'autre part, *ce n'est pas parce que le « H » est consommé par leurs élèves, que les établissements scolaires sont autant de « marchés » de ce produit.* L'effet de groupe est ici dominant : les relations entre jeunes se nouent dans le système scolaire et c'est par ce biais que celui-ci inter-

(1) Conseil de l'Europe. - Colloque sur la pharmacodépendance. - 1972.

vient. Mais les revendeurs de drogue ne pénètrent pas dans les établissements, même s'ils y ont un marché potentiel facile : ils cherchent à aborder les élèves à proximité des établissements, dans la rue ou au café.

Pour autant qu'on puisse le savoir, l'usage occasionnel de « H » est tenu pour chose commune par la population des établissements d'enseignement. Mais la situation est éminemment variable :

— d'un établissement à l'autre, les plus atteints étant les grands lycées de 1.500 à 3.000 élèves, où professeurs et élèves se connaissent peu, mais la situation pouvant changer sensiblement d'une année scolaire sur l'autre ;

— d'un type d'enseignement à l'autre, l'enseignement technique ayant paru jusqu'à présent moins touché, mais pouvant l'être désormais du fait des incertitudes de l'emploi des jeunes et du recrutement d'élèves détournés de leur vocation initiale, l'enseignement agricole n'étant pas épargné ;

— d'une section à l'autre, le problème paraissant plus aigu dans les sections A et B lorsqu'elles recrutent des élèves non motivés, sans vocation, et qui ne sont là que parce qu'ils n'ont pas été admis en C ou en D ; dans ces dernières sections, les fumeurs semblent moins nombreux et plutôt de bons élèves mus par la curiosité et jouant dans la classe un rôle de leader ;

— d'une classe à l'autre. Dans certains établissements, on estime que 30 à 50 % des jeunes ont essayé le « H » une fois ou l'autre, mais que le chiffre des « fumeurs réguliers » ne dépasse pas 5 %. Mais, dans certaines sections, on compterait 70 % de fumeurs plus ou moins occasionnels dans une classe alors que, dans la classe voisine, il n'y en aurait pratiquement aucun. C'est que l'usage de « H » constitue avant tout un comportement de groupe : il est difficile à un jeune de refuser de fumer du « H » si les autres membres du groupe le font. Un « fumeur », régulier ou non, peut créer dans sa classe un petit groupe d'adeptes alors que la classe voisine demeurera à l'écart.

Il serait erroné toutefois de considérer l'usage de « H » comme concernant exclusivement la population scolaire ; cet usage paraît également commun parmi les jeunes d'autres milieux ouvriers ou — plus rarement — ruraux. Parmi les étudiants, un sondage effectué au cours de l'été 1977 fait apparaître que la proportion des fumeurs réguliers de « H » serait de l'ordre de 2 % et celle des fumeurs occasionnels de l'ordre de 11 %, ces taux étant plus élevés à Paris et parmi les étudiants en Lettres et aux Beaux-Arts, ce qui pourrait corroborer l'incertitude souvent ressentie quant aux débouchés de ces études.

Plus difficile à apprécier est le développement de l'usage du « H » au sein de la population adulte. Sans doute la situation en France est-elle loin encore de celle des Etats-Unis où le nombre des « fumeurs réguliers » adultes est de plusieurs millions. *Néanmoins, d'assez nombreux témoignages font apparaître l'existence d'adultes fumeurs réguliers de « H », marginaux plus ou moins reconnus, ou au contraire insérés normalement, voire brillamment, dans la société.*

II. — L'usage de l'héroïne.

Par rapport à la situation des années 1970-1972, notamment à Paris et Marseille, elle n'a pas atteint les proportions que l'on pouvait redouter. Elle paraît même plutôt en régression, puisque la part des héroïnomanes dans les interpellations serait inférieure au quart après avoir été de l'ordre du tiers, leur nombre passant de 850 en 1971 à 373 en 1973.

Cet usage paraît le fait de toxicomanes qui ne se rattachent pas au type précis du « junky » des années 1970, mais qui témoignent d'une grande variété, notamment dans les âges. Si l'âge où l'on peut être en contact avec l'héroïne paraît s'abaisser, il ne semble pas que la communauté des héroïnomanes dépendants ait vu sa moyenne d'âge décroître nettement, celle-ci semblant se maintenir proche de vingt-cinq ans. L'héroïne reste, en général, une drogue d'adulte, et une drogue plus utilisée par les hommes que par les femmes. *Une même variété se marque également dans les modes de vie, puisque l'on connaît, à côté de l'héroïnomanes marginalisé que dépeignent les médias, des héroïnomanes non désinsérés, apparemment mieux maîtres de leur toxicomanie* et qui poursuivent une existence sociale normale, parfois brillante. En outre, en dépit de la dépendance tyrannique généralement décrite, on rencontre, semble-t-il, des usagers occasionnels ou sporadiques, passant de l'héroïne à d'autres drogues et n'ayant pas avec celle-ci un rapport privilégié.

III. — Pour les autres drogues, plusieurs faits peuvent être signalés :

— Si l'usage de la morphine demeure stable, on note un accroissement spectaculaire et récent de l'usage de la cocaïne, qui semble s'installer au sein des milieux aisés comme une toxicomanie mondaine. On peut souligner au passage, *l'apparition d'une « jet society » de la drogue, recrutant parmi les milieux privilégiés et s'adonnant à la cocaïne et à l'héroïne dans quelques lieux choisis.* L'impunité dont bénéficient ces toxicomanes mondains tient peut-être à leur statut social, et sûrement au fait qu'ils n'ont pas besoin de se livrer aux délits annexes de l'usage de la drogue, notamment au trafic. Quête d'un plaisir à renouveler sans cesse, ou « surcroît d'élégance », cette toxicomanie de luxe n'est pas sans influence dans la mesure où la fascination qu'elle provoque peut avoir valeur d'exemple.

— En ce qui concerne les *amphétamines*, dont l'usage, à la différence de celui de l'héroïne, paraît également réparti entre les deux sexes, et semble en léger développement, plusieurs types de consommateurs peuvent être distingués : des jeunes de seize à vingt ans, généralement polytoxicomanes, et utilisant les amphétamines par voie orale pour mieux travailler, passer un examen, etc. ; des adultes jeunes, autour de la trentaine, présentant généralement des troubles psychologiques assez nets, et qui, utilisant les amphétamines par voie intraveineuse, constituent une catégorie de « grands toxicos » souvent assez violents

(speed freaks) auxquels les responsables de certains centres pour toxicomanes attribuent leurs difficultés ; enfin, *des adultes, intellectuels d'âge mûr, jeunes femmes cherchant à perdre quelques kilos ou amateurs de nature et de sports en mal de performances* ; qui sont sans doute de vrais toxicomanes mais ne sont pas considérés comme tels.

— S'il reste à un niveau inférieur à ce qu'il est dans certains pays, l'usage des *hallucinogènes*, L.S.D. notamment, d'abord limité aux catégories les plus aisées, s'est répandu dans tous les milieux sociaux, du fait de considérations pratiques (facilités de manipulation, faible coût) et parallèlement à des phénomènes de société (essor du mouvement hippie, etc.). Mais leur consommation reste plus sporadique que réellement soutenue sur une longue période.

— L'usage des *produits à inhaler* (éther, colles, solvants, etc.) se maintient à un niveau relativement important. Il paraît le fait d'usagers très jeunes, souvent de préadolescents, assez avancés dans la marginalité, qui commencent directement par cette toxicomanie, sans passer par le préalable du « H », mais qui, parfois, l'abandonnent après quelque temps sans forcément passer à d'autres drogues « dures ». Mais il existe également des adultes qui utilisent les solvants, en général comme drogue de substitution, et Montparnasse abrite, depuis un tiers de siècle, un nombre d'éthéromanes qui demeure constant.

IV. — Deux éléments essentiels.

Plus ou moins directement corrélés, ils caractérisent enfin la situation actuelle :

a) *Le premier est le développement*, assez spectaculaire d'après de nombreux témoignages, de *l'emploi de médicaments détournés de leur usage et de leur posologie normale. C'est un phénomène dont l'importance mérite d'être soulignée, à la fois par ses conséquences à terme et parce qu'il abolit en fait la distinction entre usage normal de médicaments et toxicomanie.* On peut en voir la confirmation dans l'évolution du nombre des cambriolages de pharmacies et des vols d'ordonnances, dans l'apparition récente de plusieurs affaires de prescription abusive de médicaments du tableau B, et dans le fait que les décès attribués à la drogue paraissent actuellement résulter surtout de l'usage abusif de médicaments, et non plus de surdosage ou de la mauvaise qualité de produits tels que l'héroïne.

Parmi de nombreuses autres spécialités venant généralement de prescriptions « au long cours », l'utilisation des médicaments « détournés » concerne principalement les barbituriques, employés soit par des jeunes, dans des cocktails médicamenteux préparés à l'occasion de réunions de groupes, soit à titre de produit de substitution, par des toxicomanes accrochés à d'autres drogues.

L'usage accru par les jeunes de médicaments « détournés » — qui paraît un trait dominant de la situation actuelle — montre un *parallèle assez inquiétant avec la consommation* — qu'on pourrait qualifier de « légale » ou d'« autorisée » — *de médicaments psychotropes chez les adolescents*, qui n'est à aucun moment perçue par les intéressés et par les adultes comme dangereuse ou inquiétante.

Une enquête récente (1) montre, en effet, qu'un lycéen sur cinq utilise des médicaments psychotropes (contre l'insomnie : 10 %, contre la nervosité : 13 %), cette surmédication étant particulièrement nette chez les filles, et entre quinze et dix-huit ans. Il ne s'agit pas là d'une consommation occasionnelle mais régulière (quotidienne dans la moitié des cas) et dont une part non négligeable (un quart des médicaments contre l'insomnie) est faite sur le seul conseil des parents, sans prescription médicale.

b) Un second trait marquant de la situation actuelle est *une remontée sensible de l'intoxication alcoolique chez les jeunes*, particulièrement nette en milieu rural. Celle-ci peut apparaître comme substitut d'une autre toxicomanie et sous des formes très voisines de celles-ci, soit chez les femmes qui n'ont pas ou pas encore recours à d'autres drogues, soit au contraire, chez d'anciens toxicomanes ayant plus ou moins renoncé à celles-ci. Mais elle paraît surtout accompagner le plus souvent une toxicomanie actuelle aux médicaments (barbituriques notamment).

L'ensemble des témoignages recueillis par la Mission confirme en tout cas que, *sous ces différentes formes, la remontée de l'alcoolisme chez les jeunes — qui peut être qualifiée de spectaculaire — met un terme à la croyance, jusqu'ici tenue pour fondée, d'une hostilité des jeunes à l'alcool.*

D. — Quelques repères quantitatifs.

Ces différentes impressions, si elles traduisent peut-être la réalité d'une situation fondamentalement mouvante, *ne permettent pas une évaluation quantitative du nombre des usagers actuels de drogue en France, tâche impossible pour des raisons précédemment indiquées* et que la Mission a ressentie à la fois comme un point important et comme le lieu d'un débat inutile.

Pour tenter de mettre un terme aux affrontements qui marquent toute discussion à ce sujet, la Mission estime que l'on ne peut aller au-delà des trois repères suivants, qui lui paraissent raisonnables même si elle ne peut les étayer sur des données incontestées :

1. — *Il existe un grand nombre — sans doute de l'ordre de plusieurs centaines de milliers — de jeunes qui ont fumé une fois du « H », et dont une partie le fume plus ou moins épisodiquement.* Si l'on considère que les jeunes de seize à vingt et un ans sont, en chiffres ronds, à raison de 800.000 par année de naissance, environ 4 millions, l'idée qu'un million de jeunes, soit 1 sur 4, ont une fois, et souvent une fois seulement, « tâté » du « H » ne paraît pas, avec une marge d'erreur importante, déraisonnable. Mais il ne s'agit naturellement ni de toxicomanies, ni de toxicomanes.

(1) M. Choquet, F. Facy, F. Davidson. - Bulletin de médecine légale, 1977, 20, n° 4.

2. — *A l'autre bout de la gamme, on trouve un nombre sans doute moins important qu'on ne le dit, de vrais toxicomanes réellement accrochés, ce depuis plusieurs années, à un ou plusieurs produits.* L'évaluation de ce groupe — dont la définition n'est pas toujours précisée et varie selon qu'on prend en compte seulement les « vrais toxicos » accrochés à un produit, ou également les « pré-toxicomanes » allant de l'un à l'autre et pas toujours accrochés, va de quelques milliers à une centaine de milliers, selon les sources. L'estimation la plus courante (1) — de l'ordre de 30.000 — ne semble pas avoir, en dépit de l'autorité de ceux qui la présentent, d'autre support rationnel que de se situer entre les deux précédentes, et certains la jugent supérieure de moitié à la réalité.

Sous cette réserve, il paraît possible de retenir cette évaluation, peut-être en la considérant comme un chiffre maximum actuellement, et en soulignant qu'on ne peut la corrélérer avec les dénombrements statistiques dont on dispose par ailleurs. Si l'on essaie d'isoler, parmi les interpellations ou les condamnations, le nombre des usagers correspondant à la définition donnée ci-dessus de « grands toxicos », on arrive à un chiffre de l'ordre de 2.000 par an. La même opération à partir des statistiques sanitaires conduit à un chiffre de l'ordre de 3.000, peut-être 4.000 par an.

Or, on pense généralement que les « grands toxicomanes » de cette catégorie ont de bonnes chances d'avoir à la fois des démêlés avec la police, qui les feraient apparaître dans la statistique des interpellations, et de présenter des accidents de santé aigus (hépatite, infection, etc.) qui les feraient apparaître dans les statistiques de la Santé. Si l'on estime que l'on peut accorder à ces statistiques une confiance au moins relative, il faudrait considérer que, en retenant le chiffre de 30.000 « grands toxicos », ceux-ci n'apparaîtraient dans les statistiques de la police que dans la proportion de 1 sur 15 et dans celles de la Santé que dans la proportion de 1 sur 8 ou 10 : ces proportions paraissent faibles mais confirment l'idée, évoquée ci-dessus, qu'une partie du phénomène échappe complètement à l'appareil social. De même, le nombre actuel des places dans des foyers et établissements de post-cure, approximativement de l'ordre de 200 lits pour toute la France, ne paraît pas — même s'il est inférieur aux besoins réels — cohérent avec une évaluation de cet ordre.

Cette situation n'autorise pas à écarter le chiffre de 30.000, ou à le considérer comme surévalué. Mais elle témoigne d'une difficulté que la Mission, sans s'y attarder, considère comme essentielle et qui devrait être levée par la poursuite des travaux statistiques et des recherches nécessaires.

3. — *Enfin, entre ces deux extrêmes, il existe une population plus flottante, celle-là impossible à évaluer, qu'on pourrait qualifier de toxicomanes potentiels,* et qui comprend, soit des fumeurs réguliers et réellement intoxiqués de haschich, soit des jeunes ayant fait un usage — expérimental ou épisodique — de drogues « dures » ou pratiquant l'association médicaments-alcool et qui n'iront pas forcément jusqu'à la toxicomanie « lourde ». C'est peut-être la prise en compte de ce

(1) A laquelle il faudrait ajouter le nombre des toxicomanes français — sans doute quelques milliers — se trouvant hors de France, et qui sont repérés au hasard de leur itinéraire par les consulats français et les services sanitaires ou répressifs étrangers.

« volant » qui justifierait les évaluations de l'ordre d'une centaine de milliers, mentionnées ci-dessus, au prix d'un amalgame entre deux catégories qu'il paraît légitime de distribuer, même s'il est vraisemblable qu'une partie de ce volant finira par rejoindre le groupe des « grands toxicos ».

En tout état de cause, et indépendamment du problème statistique, ce sont ces jeunes « touche à tout » de la drogue, non encore engagés dans la dépendance, susceptibles de basculer vers la toxicomanie « lourde », mais qui peuvent en être écartés, qui justifient une attention prioritaire. C'est sur eux que doit porter principalement l'effort de prévention.

Tout en indiquant ces repères quantitatifs, la Mission doit souligner que l'ampleur du problème de la drogue ne peut être appréciée de façon globale par une approche statistique plus ou moins hasardeuse : c'est une donnée plus nuancée, fonction de la répartition de l'usage entre les drogues, et de l'intensité de celui-ci. En ce sens, à nombre total de toxicomanes constant, la gravité du phénomène pourrait être plus ou moins aiguë en fonction de ces différentes composantes. *L'importance à attacher à sa mesure globale ne doit donc pas être surestimée par rapport à l'analyse qualitative de ses principaux aspects et de leur évolution. Il s'agit aujourd'hui beaucoup plus d'apprécier des comportements toxicomaniaques que de dénombrer des individus « toxicomanes ».*

CHAPITRE V

L'Etat et la drogue : les structures.

Par sa nature même, clandestine et insaisissable, par le caractère mouvant et rapide de son évolution, le problème de la drogue apparaît comme un de ceux que l'administration française est mal préparée à aborder.

L'inadaptation des structures administratives face au problème de la drogue a été soulignée dans de nombreux pays (1). Pour ce qui est de la France, elle tient à la répartition des compétences, du fait des multiples aspects que revêt ce problème, entre une dizaine de ministères, et à l'absence de structure convenable de coordination sur le plan national comme sur le plan local.

A. — La répartition des compétences.

Alors que l'analyse des « points de contact » entre les « drogués » et « l'appareil social » montrait une concentration de tâches dans chaque catégorie d'intervenants sur un petit nombre de personnes, *la répartition des compétences administratives met en évidence une très grande dispersion des responsabilités.*

I. — Le système éducatif.

— Au *ministère de l'Education*, les affaires de drogue sont suivies à la fois au Cabinet, à la Direction générale de la programmation et de la coordination par un des adjoints du directeur général, à l'Inspection générale de la vie scolaire, et au service de la santé scolaire, isolé du ministère de la Santé et dont le rôle devrait être rendu plus efficace. Mais il n'existe pas de cellule permanente chargée de ces problèmes et réellement insérée dans les structures administratives.

L'attitude du ministère a été pendant longtemps inspirée par une grande prudence, pour ne pas dire par un refus de reconnaître l'existence d'un problème de la

(1) Cf. par exemple, concernant les Etats-Unis, le rapport Shafer, p. 284 et 289.

drogue. Ceci a réduit son action à l'élaboration de circulaires informant les recteurs et les chefs d'établissements, jusqu'à ce qu'une position plus nette soit prise récemment par une circulaire proposant une information sur la drogue dans le cadre des programmes de biologie et préconisant la création de clubs « santé ». Sur le plan régional, la situation est inégale : certains recteurs ont été peu actifs, alors que d'autres ont mis en œuvre les initiatives maintenant proposées sur le plan national.

— Le *secrétariat d'Etat aux Universités*, où les affaires de drogue sont suivies au sein du service social de l'étudiant — Division de la vie de l'étudiant —, observe la même attitude, fondée notamment sur le principe de l'autonomie des universités. Il n'y a été fait exception que dans certains cas particuliers, tel celui de Vincennes.

— Au *secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports*, où le problème est traité par le bureau des études de la direction de la Jeunesse, le discours sur la drogue est tout à fait différent. En proclamant, bien qu'en l'absence de toute donnée quantitative, l'ampleur du problème, en lançant, souvent en franc-tireur, des actions d'information, enfin en finançant, en tout ou partie, différentes initiatives dans le domaine des soins et de la réinsertion sociale, telles que les croisières du « Bel Espoir » ou divers chantiers de jeunes, l'administration de la Jeunesse et des Sports a pris, en particulier il y a quelques années, une attitude compréhensive et dynamique qui lui est souvent reprochée par d'autres services.

— Enfin, sous l'angle du service national, le problème est suivi au *ministère des Armées* par le service de Santé qui s'est efforcé de dénombrer les cas de toxicomanie constatés dans les unités et de mener certaines actions d'information. Il pourrait également l'être, plutôt dans une perspective de formation, par le Centre Inter-Armées de préparation aux actions de promotion sociale.

II. — L'appareil judiciaire et policier.

— Bien qu'il ne s'inscrive pas *a priori* dans ce cadre, le *ministère des Affaires étrangères* — *Service des conventions et accords internationaux* — est concerné par la définition d'un système juridique international et par l'élaboration et l'application des nombreuses conventions internationales qui concernent ce problème, ainsi que par le sort des toxicomanes français à l'étranger, lorsqu'ils sont pris en charge par les consulats.

— Au *ministère de l'Intérieur*, trois directions s'occupent, à des titres divers, de la drogue.

La *direction de la Réglementation* participe à l'élaboration et à l'exécution des textes réglementaires ou législatifs. C'est elle qui représente la France à la Commission de coordination européenne créée à l'initiative du Président Pompidou.

La *direction de la Sécurité publique* intervient par son bureau des mineurs et de la protection sociale, qui organise des stages de formation du personnel et oriente l'action des services.

La direction centrale de la Police judiciaire mène la lutte contre le trafic et l'abus des stupéfiants, notamment par le biais de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants.

L'Office central, qui fait partie intégrante de la direction centrale de la Police judiciaire — sous-direction des Affaires criminelles —, est chargé, aux termes du décret du 3 août 1953, « de centraliser tous les renseignements pouvant faciliter la recherche et la prévention du trafic illicite de toxiques stupéfiants et de coordonner toutes les opérations tendant à la répression de ce trafic ». *Il joue un rôle important sur le plan interne, puisqu'il est informé de toutes les infractions constatées à la législation sur les stupéfiants, et doit coordonner l'action de l'ensemble des forces de police en ce domaine.* Sur le plan international, il est le correspondant pour la France de l'Organisation internationale de police criminelle (Interpol).

— L'action du ministère de l'Intérieur trouve son complément dans celle de deux autres ministères : *le ministère des Armées, la direction de la Gendarmerie* assurant en milieu rural les tâches qui sont exécutées par les services de police en milieu urbain ; *le ministère de l'Economie et des Finances, la direction générale des Douanes* participant activement à la répression du trafic aux frontières, à la fois par ses services territoriaux et par la direction nationale des enquêtes douanières.

— Au sein du *ministère de la Justice*, le problème intéresse plusieurs directions :

- *La direction des Affaires criminelles* participe à la préparation des textes législatifs, et des décrets d'application et donne aux parquets, par voie de circulaire, les instructions nécessaires à l'exercice de l'action publique. Le Service d'études pénales et criminologiques lui est rattaché.
- *La direction de l'Administration pénitentiaire* a la charge de recevoir dans les établissements, où la prise en charge des toxicomanes intéresse en particulier le médecin pénitentiaire, les personnes provisoirement détenues par les juges d'instruction ou condamnées à des peines privatives de liberté par les tribunaux. Cette direction s'occupe également de l'exécution des peines en milieu non carcéral.
- *La direction de l'Education surveillée* est compétente pour tous les problèmes spécifiques des mineurs de dix-huit ans et des jeunes majeurs (dix-huit - vingt et un ans) qui en font la demande. Elle met à la disposition des magistrats les établissements et le personnel spécialisés nécessaires à la conduite de l'action éducative. De cette direction dépend le Centre de formation et de recherche de Vaucresson qui conduit des études sur toutes les formes de l'inadaptation des jeunes.
- *L'Ecole nationale de la magistrature* intervient dans la formation initiale et la formation complémentaire des magistrats.

Au sein de la Chancellerie, comme au sein des autres administrations, le poids et les préoccupations de chacune de ces directions ne sont pas identiques. Chacune essaie de réaliser un équilibre qui lui est propre entre une attitude de réglementation et de répression et une attitude plus ouverte de compréhension à l'égard des inadaptations au sein de la société.

III. — Le système de soins.

a) La répartition des compétences.

Si l'on met à part les actions de réinsertion auxquelles peuvent participer le secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports et la Chancellerie (direction de l'Education surveillée), l'essentiel des compétences en matière de traitement incombe au *ministère de la Santé* et au *secrétariat d'Etat à l'Action sociale*. Comme souvent dans le domaine social, la dispersion de ces compétences entre de nombreux services et directions contraste avec la faiblesse des moyens qui lui sont affectés par chacun d'eux (1). Outre le Cabinet du ministre, et du secrétariat d'Etat qui intervient très directement, et la Commission interministérielle des stupéfiants, sur laquelle on reviendra, le problème intéresse les services suivants :

- La *direction générale de la Santé* a compétence pour la définition d'une politique générale en matière de toxicomanie, pour le contrôle de ceux des établissements de post-cure et de réadaptation auxquels a été reconnu un caractère sanitaire, pour l'animation technique de directions départementales.
- La *direction des Hôpitaux* assure le financement, la construction et le contrôle de la gestion des établissements.
- La *direction de l'Action sociale* a en charge la politique de prévention ainsi que le contrôle de la création et de la gestion de ceux des établissements de post-cure et de réadaptation qui ont le statut de centres d'hébergement.
- Le *service central de la Pharmacie* est chargé de l'élaboration et de l'application, notamment par le canal des pharmaciens inspecteurs, de la réglementation, ainsi que des conventions internationales sur les stupéfiants, dont l'application intéresse également la *direction des Relations internationales*.
- Enfin l'*I.N.S.E.R.M.*, établissement public relevant du ministère de la Santé, conduit les recherches médicales et épidémiologiques relatives à la toxicomanie.

b) L'évolution de la politique.

Au cours de la période récente, l'équilibre de ces différents éléments, au sein du ministère de la Santé, s'est profondément modifié. A une période marquée par la prise en charge directe du problème par le Cabinet, a succédé une phase d'influence dominante de la direction générale de la Santé ; plus récemment, au contraire, le poids relatif de la direction de l'Action sanitaire et sociale s'est sensiblement renforcé.

Cette évolution a un intérêt autre qu'anecdotique : c'est qu'à *chaque phase, selon l'influence respective des directions, a correspondu, sinon une politique différente, du moins une évolution des conceptions*. Après une phase initiale

(1) Les problèmes de toxicomanie sont suivis par deux agents à la direction générale de la Santé et deux à la direction de l'Action sociale. Cette situation se retrouve d'ailleurs dans les autres ministères.

fortement teintée de « psychiatisation » — c'est-à-dire marquée par l'influence des psychiatres et non, comme semblent croire certains, par une orientation systématique des « drogués » vers les hôpitaux psychiatriques — l'accent a été mis sur la « médicalisation », inspirée par le souci de confier ceux-ci à des médecins, pourvu qu'ils ne soient pas psychiatres. Plus récemment a été développée une politique tournée vers la prévention et l'encouragement à des établissements ne comportant pas forcément d'encadrement médical, mais faisant plutôt appel à des « travailleurs sociaux » au sens large. Aussi ces changements dans l'influence relative des différentes directions ont été importants par leurs répercussions sur les orientations mises en œuvre.

*
* *

En effet, de façon plus expressive que par leurs compétences réglementaires, l'attitude des différentes administrations ou services se définit par la conception d'ensemble qu'ils mettent en œuvre.

L'administration reproduit en son sein, et de la manière qui lui est propre, les divisions de la société à l'égard de la drogue, divisions que dans une approche sommaire, sinon caricaturale, on peut ramener à l'affrontement de deux thèses :

Selon la première, l'augmentation de l'usage de drogue est principalement due à l'offre importante des produits sur le marché et à une certaine stimulation par la demande. La lutte contre les trafiquants et les prosélytes doit constituer l'objectif majeur. Sans nier les données individuelles et sociologiques, ni la nécessité de traiter les drogués, les tenants de cette position mettent l'accent sur la lutte contre le trafic.

Pour d'autres au contraire, l'augmentation de l'usage de drogue provient essentiellement de la crise de la jeunesse et de la société. Il convient donc, avant tout, de changer cette attitude et, dans l'immédiat, d'aider, par la recherche difficile d'autres valeurs, les jeunes les plus menacés par toutes les formes d'inadaptation. Il convient aussi d'informer plus largement et plus complètement, en un mot, d'aider et de traiter les drogués sans conférer de priorité à la répression.

Le partage de l'administration entre ces deux thèses, qui est après tout normal — on ne voit pas pourquoi elle échapperait seule aux incertitudes qui découlent de la complexité du problème —, est cependant nuisible à la définition d'une politique cohérente des pouvoirs publics, parce qu'il s'établit non seulement entre les ministères, mais au sein de ceux-ci, entre les services et parfois au sein des services, entre les individus. Et cette division n'est pas compensée par l'existence de structures appropriées de coordination.

B. — L'absence de structures de coordination.

Dans l'état actuel des compétences administratives on peut estimer qu'il n'y a pas de coopération, et encore moins d'accord, entre les administrations :

— ni pour évaluer et mesurer le phénomène actuel de l'usage de drogue, les estimations des différents services variant considérablement selon qu'ils se veulent « répressifs » ou « libéraux » ;

— ni pour définir une perspective commune d'évolution à moyen terme, les « scénarios » retenus différant dans les mêmes conditions et pour les mêmes raisons ;

— ni pour élaborer et mettre en œuvre une politique commune d'information, politique dont l'absence n'est pas compensée par les initiatives isolées, et parfois contradictoires, prises par tel ou tel service.

Cette situation résulte de l'insuffisance des tentatives de coordination menées tant sur le plan national qu'à l'échelon départemental (1).

I. — Sur le plan national.

Sur le plan national, les diverses formules envisagées n'ont pas permis de dégager, en ce domaine, un chef de file incontesté.

a) Plusieurs structures de coordination ont été mises en place *au niveau et sous l'égide du Premier ministre*. Elles l'ont été de façon temporaire et pour traiter un problème déterminé, notamment en 1969-1970 pour la préparation d'un projet qui est devenu la loi du 31 décembre 1970 et en 1971-1972 pour la mise au point d'une directive du Premier ministre en matière d'information. Elles ne se sont pas prolongées par la mise en place d'une structure permanente et le problème est resté posé de la possibilité de confier à un département ministériel déterminé une mission de coordination à caractère interministériel.

b) Une structure à vocation et à dénomination interministérielles est constituée par la *Commission interministérielle des stupéfiants*, prévue par le Code de la santé publique et qui, après avoir cessé de se réunir vers 1964, a été reconstituée par un arrêté en date du 12 mai 1969 du ministre de la Santé publique. Elle comprend les représentants des ministères concernés ainsi que des personnalités compétentes. Son rôle initial limité (donner un avis conforme pour les autorisations sollicitées en vue d'une opération de fabrication ou de commerce portant sur les produits du tableau B) a été élargi, lors de sa reconstitution, à la préparation des décisions à prendre dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie.

(1) Cf. sur ces différents points : Yannick Moreau : L'Administration française et la lutte contre l'abus des substances toxiques.

Elle a connu une période d'activité assez importante, en particulier dans le cadre de sa section permanente, jusqu'au vote de la loi de 1970 puis une période d'activité restreinte du vote de la loi à la fin de 1973 et un renouveau d'activité depuis cette dernière date.

La commission s'est préoccupée du resserrement du contrôle sur certains produits pharmaceutiques, du développement de l'information des responsables, de la recherche, de l'organisation des soins, de l'opportunité de l'utilisation de la méthadone pour certaines cures ainsi que du trafic illicite. Mais en dehors d'un rôle précis dans le contrôle des produits pharmaceutiques, ses pouvoirs ne sont guère définis et elle n'assume pas totalement, en dépit du nombre et de la qualité des rapports couvrant l'ensemble des problèmes de la drogue qui lui ont été soumis, le rôle de coordination interministérielle qui semblerait découler de son titre.

Ceci semble tenir à plusieurs raisons, et notamment à la concurrence dont a souffert la commission, tant au sein du ministère de la Santé où ont été constitués des groupes d'experts chargés de conseiller le ministre qu'à l'extérieur de celui-ci, du fait d'initiatives tendant à confier ce rôle à d'autres administrations.

c) Parmi celles-ci doit être mentionné, en particulier, le rôle de coordination interministérielle de fait, issu de la proposition en date du 6 août 1971 du Président de la République invitant les partenaires européens de la France à coopérer dans la lutte contre les toxicomanies. Peut-être par un souci d'équilibre et surtout parce que, dans le contexte du moment, la répression du trafic semblait prioritaire, *la représentation de la France à cette instance a été assurée par le ministère de l'Intérieur*, chargé d'animer un groupe de liaison interministériel des stupéfiants dans lequel certains ont voulu voir un « doublon » de la Commission interministérielle des stupéfiants.

d) La difficulté de confier à un ministère déterminé un rôle de chef de file dans la conduite d'une action de coopération interministérielle est illustrée par un autre exemple : c'est l'échec — même si celui-ci découle également de causes propres à cet organisme — du *service interministériel pour l'information en matière de drogue*, créé à la suite de la circulaire du Premier ministre de mars 1972, et rattaché, en dépit de sa vocation interministérielle, au ministère de la Santé. Une telle solution ne peut en effet être retenue et mise en œuvre que si l'accord s'est préalablement fait entre les ministères sur l'orientation de l'action. Sans quoi, s'ajoute aux rivalités traditionnelles entre services, déjà non négligeables, l'effet des différences de conception quant à la « politique de la drogue », ce qui entraîne souvent l'inefficacité de l'entreprise.

II. — A l'échelon départemental.

a) Les principes et leur mise en œuvre.

A l'échelon départemental, où la coopération des administrations est normalement assurée, sous l'autorité du préfet, d'une façon satisfaisante, il a été néces-

saire de fixer les modalités de la collaboration entre autorités judiciaires, sanitaires et répressives pour l'application de la loi du 31 décembre 1970, dont la nature même de celle-ci exige qu'elle soit particulièrement étroite.

Cela a été l'objet, confirmé par plusieurs circulaires ultérieures, de la circulaire en date du 5 août 1971 du ministère de l'Intérieur qui charge les préfets de « tout ce qui concerne la prévision, la conception et la direction des opérations de lutte contre la toxicomanie » et les invite à *constituer et animer un « bureau départemental de liaison » ayant pour mission de proposer et d'examiner les moyens propres à renforcer et à coordonner cette lutte*. Ce bureau regroupe dans la plupart des cas, sous la présidence du préfet ou de son représentant, les autorités judiciaires, les services de police et de gendarmerie, les services sociaux et éducatifs, des membres du corps médical (représentants de l'Ordre et/ou médecins spécialisés).

La périodicité de ces réunions est relativement espacée, semestrielle ou annuelle. Pour la période allant du 1^{er} juillet 1976 au 1^{er} juillet 1977, le bureau de liaison n'a pas été réuni dans environ un tiers des départements, dont certains (Calvados, Hérault, etc.) semblent assez peuplés et urbanisés pour ne pas être a priori à l'abri des problèmes de la drogue.

Les activités du bureau de liaison consistent pour l'essentiel à assurer l'information réciproque des différents services, à établir un bilan périodique de la situation sur le plan sanitaire et répressif et à permettre une certaine concertation dans la mise en œuvre des instructions émanant des différents départements ministériels. En outre, dans certains départements, le bureau de liaison a été à l'origine d'initiatives originales, par exemple dans le domaine de l'information (diffusion de brochures, création d'un S.V.P. téléphonique, etc.).

b) Le bilan.

En dépit de l'intérêt de certaines de ces actions, l'efficacité du bureau de liaison paraît compromise par plusieurs obstacles. Certains ont un caractère purement technique, telle la trop faible périodicité des réunions qui n'est pas favorable à une action efficace et adaptée. D'autres tiennent à la structure même de l'organisme, notamment le nombre trop élevé des participants et le caractère généralement formel des échanges qui s'y déroulent. Il est bon, en tout état de cause, que les différentes personnes intéressées, dans le cadre du département, à la lutte contre la drogue, se rencontrent périodiquement et apprennent à se connaître. Mais il semble, au moins dans les grands départements, que les réunions des bureaux de liaison se bornent à des comptes rendus présentés par les différents services, sans chercher à élaborer en commun des solutions à des problèmes concrets.

On peut souligner également le caractère souvent stéréotypé des propos, chaque service cherchant à démontrer que la situation n'est pas critique dans le secteur dont il a la responsabilité et que le problème ne revêt pas une acuité insupportable. Tout se passe comme si chacun tenait finalement le discours que l'on attend de lui : le magistrat tient le rôle du magistrat, le policier celui du policier, le représentant des services sociaux — Jeunesse et Sports ou

Action sanitaire et sociale — tient des propos plus « compréhensifs », le représentant de l'Education nationale minimise en général le problème, sous prétexte des risques d'intervention répressive dans les établissements (1). Le « psychiatre de service » quand il en existe un, assume avec le policier — tout en se situant à l'extrême opposé de celui-ci — l'agressivité générale. Tous s'accordent à éviter que le conflit ne devienne trop aigu.

Si leur mise en place a constitué un incontestable progrès en permettant à des responsables qui s'ignoraient de se connaître et souvent de coopérer, les bureaux de liaison ne paraissent pas constituer aujourd'hui, du fait de leur composition et de leurs conditions de fonctionnement, mais aussi parfois faute de la volonté réelle d'en faire une instance efficace, un cadre approprié pour la définition et la mise en œuvre d'une véritable politique de la drogue à l'échelon départemental.

*
* *

L'analyse des réactions de la structure administrative ne suffit pas à faire apparaître le caractère aigu et passionnel des oppositions entre services que suscite le thème de la drogue. Ces oppositions qui dépassent de loin les rivalités entre corps ou les « querelles de boutique » familières à l'administration, conduisent à une autre question : celle de savoir si, parmi d'autres fonctions sociales, la toxicomanie n'a pas pour rôle de servir de fixateur ou de catalyseur aux conflits entre administrations permettant ainsi de faire apparaître, et donc dans une certaine mesure d'éviter, que ne s'affrontent des conceptions différentes de la société.

(1) Cette attitude rejoint le souci généralement exprimé par les différents services de l'Etat de ne pas communiquer d'informations aux services de police qui, il est vrai, gardent parfois pour eux celles dont ils disposent.

CHAPITRE VI

L'Etat et la drogue : le cadre juridique.

L'action administrative s'inscrit dans une législation particulière à la répression et au traitement des toxicomanies : *la loi du 31 décembre 1970 qui a apporté, dans le droit positif français, des éléments très novateurs, se situe au centre de tout débat relatif à la lutte contre la drogue.*

A. — Conditions d'élaboration et principes de la loi du 31 décembre 1970 :

I. — Conditions d'élaboration de la loi.

Le premier renforcement des sanctions pénales applicables aux trafiquants, réalisé en 1953, apparut insuffisant en 1969 lorsque l'usage de la drogue s'amplifia en France. Le ministère de la Justice s'attacha alors à préparer un projet aggravant les peines visant la production et le trafic. En cours d'étude, il apparut opportun de le compléter par de nouvelles dispositions concernant les usagers, en prévoyant des possibilités de traitement médical et en faisant échapper aux poursuites pénales ou aux sanctions ceux qui les utiliseraient. Avant même la mise au point définitive de ce projet, le Parlement fut saisi en octobre 1969 par deux députés, MM. Mazeaud et Weber, d'une proposition de loi visant seulement à aggraver les peines frappant les délinquants. C'est sur la discussion de celle-ci que le Gouvernement greffa les dispositions de son propre texte en les reprenant sous forme d'amendements.

L'Assemblée discuta en définitive d'un texte présenté par la commission des Lois reprenant la proposition des députés et les amendements du Gouvernement. Cette procédure explique que la loi votée par le Parlement comprenne deux séries de dispositions, les unes augmentant sensiblement les sanctions du trafic et les autres relatives aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, c'est-à-dire concernant essentiellement l'usage.

Il est à noter que *l'Assemblée nationale avait, dans le cadre de sa commission des Affaires culturelles, sociales et familiales, alors présidée par M. Alain*

Peyrefitte, procédé à de très nombreuses auditions en 1969-1970 et disposait d'une information d'ensemble sur l'état du problème tel qu'il se présentait à l'époque.

Sur le plan de l'évolution du droit, les dispositions concernant l'usage de stupéfiants n'ont pas fait irruption sans signes avant-coureurs que l'on trouve dans la loi du 24 décembre 1953, première loi sur les toxicomanes, et dans la loi du 15 avril 1954 sur les « alcooliques dangereux ».

La loi du 24 décembre 1953 permettait déjà au juge d'instruction d'astreindre un usager à subir une cure dans un établissement spécialisé. Le règlement d'administration publique qui devait déterminer les conditions de cette cure n'ayant jamais été pris, le principe posé par la loi resta inappliqué. Toutefois, les travaux de la commission chargée de l'élaboration de ce texte, de même que la circulaire d'application du 15 décembre 1969, ont facilité la préparation du décret d'application de la loi de 1970. La loi sur les alcooliques dangereux a aussi servi de précédent en imposant une cure de désintoxication à des personnes qui n'avaient pas commis d'infraction, mais que leurs excès alcooliques rendaient dangereuses pour leur entourage ou pour la société et en posant le principe que l'alcoolique est d'abord placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire. Elle a aussi subordonné à une requête d'une commission médicale, le déclenchement par le Parquet d'une action judiciaire devant la seule juridiction civile et a donné le droit à cette dernière d'ordonner un placement en établissement de soins pour une durée de six mois.

II. — Les principes généraux.

C'est dans cette évolution législative que s'inscrit la loi du 31 décembre 1970, qui définit *trois principes applicables aux usagers*.

a) La loi pénale doit réprimer l'usage des stupéfiants. C'est la réponse à la question préalable de savoir si l'on doit par des sanctions ou des mesures réglementaires, empêcher l'individu de se livrer à des actes qui, selon l'opinion commune, ne mettent en cause que lui-même. A vrai dire, le Parlement ne s'est pas explicitement posé ce problème. Mais le Gouvernement, dans l'exposé des motifs du projet, l'avait tranché : « A une époque où le droit à la santé et aux soins est progressivement reconnu à l'individu, en particulier par la généralisation de la Sécurité sociale et de l'Aide sociale, *il est normal qu'en contrepartie la société puisse imposer certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps, surtout lorsqu'il s'agit de substances dont les spécialistes dénoncent unanimement l'extrême nocivité.* »

b) L'interdiction de l'usage concerne tous les stupéfiants. La loi n'a pas voulu faire de différences entre les produits utilisés ; elle n'a pas voulu discuter de l'innocuité ou de la moindre nocivité de certains d'entre eux, dérivés du cannabis par exemple ; en englobant tous les stupéfiants dans la même interdiction, elle a fait confiance à ceux qui seraient chargés de l'appliquer pour

nuancer les mesures en fonction du degré d'intoxication plutôt qu'en fonction de la nature de la drogue.

c) La lutte contre la toxicomanie accorde la priorité à une action médico-sociale, la répression de l'usage n'étant que l'ultime solution au cas où un traitement n'a pu être mis en place. C'est le principe de l'« alternative médicale » qui conduit l'autorité judiciaire au stade des poursuites, à s'effacer devant l'autorité sanitaire et à suspendre, voire abandonner, l'exercice de l'action publique en cas de traitement volontaire ou accepté, et lorsque le processus judiciaire se poursuit, à susciter une collaboration étroite du corps médical.

B. — Le dispositif retenu.

Les conditions d'élaboration de la loi expliquent son articulation en deux parties, l'une assez classique tendant à un renforcement de la répression du trafic, l'autre beaucoup plus novatrice concernant l'usage : toutes ces dispositions figurent dans le Code de la santé publique, et non dans le Code pénal, ce qui n'est pas sans signification.

I. — Les dispositions tendant au renforcement de la répression du trafic

Elles se ramènent à cinq points principaux :

a) Les pénalités concernant les infractions à la réglementation des substances vénéneuses, c'est-à-dire des produits toxiques et dangereux inscrits aux tableaux A et C, sont renforcées. Jusqu'alors contraventionnelles, ces peines sont désormais de deux mois à deux ans de prison et d'une amende. Mais l'usage illicite de ces substances n'est pas sanctionné.

b) Les peines frappant le trafic des stupéfiants sont également aggravées.

Les infractions aux dispositions concernant le transport, la détention, l'offre la cession, l'acquisition, l'emploi, la culture de substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants, c'est-à-dire figurant au tableau B, sont punies de deux à dix ans d'emprisonnement et de 5.000 à 50.000 F d'amende. Lorsque le délit consiste dans l'importation, l'exportation, la production et la fabrication illicites, les sanctions sont de dix à vingt ans d'emprisonnement. La tentative est punissable, de même que l'association et l'entente en vue de commettre ces infractions. La récidive entraîne le doublement de la peine.

La peine de deux à dix ans frappe également ceux qui facilitent à autrui l'usage de ces substances soit à titre onéreux, soit à titre gratuit, en procurant un local ou par tout autre moyen, ainsi que ceux qui se font délivrer les

produits au moyen de fausses ordonnances ou ordonnances de complaisance. Le minimum de la peine est de cinq ans lorsque l'usage des stupéfiants a été facilité à des mineurs ou lorsque la délivrance en a été faite consciemment au vu d'ordonnances fictives ou de complaisance.

Enfin des peines accessoires ont été prévues (1) tandis que confiscation et saisie des produits sont obligatoires.

Lors de la discussion au Sénat, M. Marcilhacy avait proposé des peines de réclusion criminelle lorsque les infractions auraient été commises pour réaliser un profit matériel. Mais le principe de la criminalisation de ces infractions n'a pas été retenu, car on a considéré que celle-ci risquait d'entraîner un alourdissement de la procédure et des possibilités de divergence dans l'appréciation des jurys d'assises.

Le rejet de cet amendement s'est accompagné en contrepartie de l'élévation à vingt ans des peines pour importation, exportation, production et fabrication et du maintien à titre exceptionnel du caractère correctionnel de ces peines (qui dépassent le maximum correctionnel de cinq ans), en dépit des réticences des Assemblées, qui se montrèrent très réservées devant la correctionnalisation de peines de prison aussi élevées, mais firent confiance à la « juridiction correctionnelle composée de magistrats professionnels » pour assurer à la répression « le caractère de célérité et d'exemplarité voulues ».

c) Des dispositions exceptionnelles sont prévues pour les visites, perquisitions et saisies qui, par dérogation aux règles de l'article 59 alinéa 1 du Code de procédure pénale, et pour les nécessités de l'enquête, peuvent se pratiquer de nuit dans les locaux où l'on usera en société de stupéfiants et dans ceux où seront fabriquées, transportées et entreposées illicitement ces substances. Elles ne peuvent se faire que pour la recherche et la constatation des délits de trafic de stupéfiants (et non pour la recherche d'autres infractions) et doivent être autorisées préalablement par le parquet lorsqu'il s'agit d'un local d'habitation.

L'adoption de ces dispositions a suscité des craintes qui ne semblent pas s'être justifiées dans la pratique, d'autant que des circulaires ont incité à la plus grande prudence dans leur application.

d) Pour faciliter la « remontée des filières », la prolongation de la garde à vue en matière de trafic permet d'atteindre une durée totale de quatre jours (au lieu de quarante-huit heures maximum en droit commun) avec des garanties médicales et la possibilité pour le magistrat de se prononcer à deux reprises (c'est-à-dire après vingt-quatre et soixante-douze heures) sur l'opportunité de la prolongation.

e) La propagande en faveur de la drogue est réprimée : l'article L. 630 fait apparaître un nouveau délit, celui d'incitation à l'usage de drogue et de propa-

(1) Interdiction de séjour de deux à cinq ans, interdiction des droits civiques de cinq à dix ans, retrait du passeport, suspension du permis de conduire pendant trois ans, interdiction définitive du territoire français pour les étrangers, interdiction d'exercice de la profession, fermeture d'établissement.

gande, puni de un à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende, même s'il n'est pas suivi d'effets.

Du fait des dispositions introduites par la loi de 1970 la répression du trafic, qui a rencontré un accord unanime en ce qui concerne l'augmentation des peines, même si les innovations de procédure ont été admises avec plus de réticences, peut s'appuyer sur un arsenal juridique relativement complet et d'une incontestable sévérité.

II. — Les dispositions relatives à l'usage de drogue.

La volonté de « médicaliser » la lutte contre l'usage de drogue a conduit à ranger les mesures sanitaires prévues pour les usagers à côté des dispositions du Code de la santé publique concernant la lutte contre les fléaux sociaux et à affirmer que « *toute personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire* ».

Les mesures répressives qu'implique le caractère délictuel de l'usage de drogue s'inspirent de la volonté d'allier les sanctions pénales aux possibilités de traitement, ce qui conduit à un certain libéralisme. Les peines prévues (de deux mois à un an d'emprisonnement et de 5.000 à 50.000 F d'amende ou l'une des deux seulement) font que la détention provisoire n'est pas possible, sauf cas de flagrant délit (art. 144 du Code de procédure pénale).

Dans cet esprit, les dispositions de la loi du 31 décembre 1970 relatives aux usagers (1) se caractérisent par la coexistence de trois voies, marquées par une répartition différente des tâches entre l'autorité sanitaire et l'autorité judiciaire :

a) Il existe d'abord *une voie purement médicale* qui concerne deux situations :
— *Un usager peut être signalé par les services médicaux et sociaux à l'autorité sanitaire*, en l'occurrence la D.A.S.S., sans toutefois qu'il existe un principe de déclaration obligatoire.

Après avoir fait procéder à un examen médical et à une enquête sur sa vie familiale, professionnelle et sociale, la D.A.S.S. enjoint à l'intéressé « d'avoir à se présenter dans un établissement agréé choisi par lui ou à défaut désigné d'office pour suivre une cure de désintoxication et d'en apporter la preuve » ou, si la cure n'apparaît pas nécessaire, « de se placer tout 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 ».

Se voulant incitative, la loi n'a pas prévu de sanction si l'intéressé ne défère pas à l'invitation qui lui est faite. Mais elle apporte à l'usager qui coopère avec l'autorité sanitaire la garantie de n'être pas poursuivi pénalement pour les faits d'usage antérieurs au traitement.

(1) Cf. M^e Floriot : « La répression de l'usage des stupéfiants en droit français ». *Revue pénitentiaire et de droit pénal*. - Janvier-mars 1973. - « La lutte contre la toxicomanie ». - J.C.P. 1971. - 2404.

— *Un usager peut aussi se présenter spontanément à l'autorité sanitaire.* Il bénéficie alors de *l'anonymat* et de *la gratuité* totale des soins (1) ainsi que de la garantie que les faits d'usage pour lesquels il recourt au traitement ne pourront donner lieu à des sanctions pénales ; mais cette exonération ne concerne que la première infraction constatée.

b) Il existe en second lieu *une voie médicale en fonction d'une décision judiciaire*, qui est ouverte à l'usager interpellé par la police et conduit au parquet.

S'il s'agit de la première infraction constatée et si l'usager fournit un certificat médical prouvant qu'il s'est soumis à une surveillance ou à un traitement médical, le Procureur de la République *ne peut pas* exercer l'action publique.

Si l'usager ne peut prouver qu'il s'est soumis à un traitement médical, le Procureur de la République a le choix entre exercer les poursuites, auquel cas la procédure suit son cours, ou en suspendre l'exercice. Il renverra alors l'intéressé devant l'autorité sanitaire qui, après un examen médical, décidera de la cure ou de la surveillance médicale : c'est « l'injonction thérapeutique » prononcée par le parquet. Les textes semblent indiquer que ce n'est pas le Procureur de la République, mais la D.A.S.S. qui décide de la surveillance médicale ou de la cure ; selon une autre interprétation, il pourrait exercer lui-même ce choix et en fixer les modalités, ce que font en pratique certains parquets, ne serait-ce que pour accélérer le processus de prise en charge médicale des intéressés.

Le parquet *doit* être tenu informé par l'usager ou par l'autorité sanitaire de la suite réservée à son injonction et notamment de toute interruption dans le traitement ou la surveillance médicale.

C'est donc, *dans les principes, un régime idéal de collaboration entre l'autorité judiciaire et l'autorité sanitaire* aboutissant, lorsque l'intéressé a observé les mesures prescrites, à l'abandon des poursuites judiciaires, ce que la Cour de cassation a considéré comme « cause d'extinction de l'action publique résultant du comportement personnel du prévenu ».

Si l'intéressé ne s'est pas conformé aux mesures prescrites, il n'en résulte aucune sanction particulière, mais le parquet recouvre sa liberté de poursuite.

Lorsque ce n'est pas la première infraction et qu'il y a réitération de l'usage de stupéfiants, la production d'un certificat médical n'arrête plus les poursuites, mais le Procureur peut, en fonction de chaque cas particulier, procéder à une nouvelle injonction thérapeutique ou poursuivre pénalement.

c) Enfin, une troisième possibilité est *la voie judiciaire avec collaboration médicale*, qui concerne le cas où l'usager fait l'objet de poursuites pénales et se trouve renvoyé devant le juge d'instruction ou le tribunal correctionnel (2).

(1) C'est un progrès notable, en particulier pour les mineurs couverts par la Sécurité sociale du fait de leurs parents, et qui ne doivent ainsi rencontrer aucun obstacle financier.

(2) Articles L. 628-2 et L. 628-6, décret du 17 août 1971 modifié par le décret du 20 juillet 1977.

La détention provisoire pour le seul usage de stupéfiants n'étant pas possible, *le juge d'instruction* peut astreindre par ordonnance un inculpé d'usage illicite à suivre une cure en fonction des indications fournies par l'examen médical au cours de la garde à vue ou des conclusions d'une expertise médicale ultérieure. Le choix s'opère entre la cure dans un établissement agréé, qui peut se dérouler sous forme d'hospitalisation continue ou partielle et même comporter un séjour dans une famille d'accueil, et la simple surveillance par un médecin agréé.

Les modalités de cure ou de traitement sont librement fixées par le médecin ou l'établissement, sous réserve que le magistrat instructeur en soit tenu informé, en réponse à une demande expresse de sa part ou à l'initiative du corps médical. Après cette cure et s'il y a lieu, les mesures appropriées, telles que le placement en foyer de post-cure, peuvent être ordonnées.

Le juge d'instruction peut également avoir recours au contrôle judiciaire, qui peut comporter des recommandations de traitement ou de surveillance médicale, sans que toutefois l'inobservation de celles-ci puisse provoquer le placement en détention provisoire.

Toutes ces dispositions peuvent également être prises par *le juge des enfants*, qui peut par ailleurs recourir aux *mesures éducatives prévues en matière de délinquance juvénile par l'ordonnance du 2 février 1945*. Il peut utiliser les équipements publics ou privés créés ou contrôlés par la direction de l'Education surveillée et faire appel à la collaboration des organismes et des personnels éducatifs spécialisés.

Mais, le plus souvent, l'usage de drogue chez les mineurs accompagne d'autres manifestations de comportement déviant ou marginal et donne lieu à *l'ouverture d'une procédure d'assistance éducative* (art. 375 et suivants du Code civil) plutôt qu'à des poursuites pénales. Même dans ce cadre, le juge des enfants peut ordonner une cure de sevrage, en confiant le sujet à un établissement sanitaire approprié et recourir ensuite aux procédures de traitement en milieu ouvert. Cette interprétation plus souple est souvent mieux comprise et acceptée par les intéressés qui, simples usagers, n'ont pas le sentiment d'avoir commis une infraction pénale.

Au stade du jugement, le tribunal correctionnel dispose d'une gamme relativement large de possibilités : il peut prolonger une cure déjà ordonnée (1), l'instituer au cas où elle ne l'a pas déjà été, dispenser, le cas échéant, le condamné de toute peine (cette dispense étant néanmoins inscrite à son casier judiciaire) ou utiliser les modalités habituelles du sursis simple ou du sursis probatoire comportant des obligations d'ordre médical.

Le tribunal pour enfants a, dans tous les cas, la possibilité de ne prononcer que des mesures éducatives d'encadrement, de soutien, de placement, révisables

(1) Le contrôle d'une cure ordonnée par le tribunal appartient au parquet et son interruption peut entraîner de nouvelles poursuites. Mais si le traitement constitue une obligation du sursis probatoire, le contrôle en incombe au juge de l'application des peines qui peut en provoquer la révocation totale ou partielle, au cas où l'assistance post-pénale apportée par les agents de probation se serait révélée inefficace.

en fonction de l'évolution du sujet et qui entraînent souvent une meilleure collaboration des organismes sanitaires et sociaux.

La relative complexité des dispositions de la loi de 1970 concernant les usagers montre leur caractère novateur et libéral en même temps que les difficultés de la tâche que s'assignait le législateur : il s'agissait de prévoir une suite de « carrefours » où le choix offert aux autorités judiciaire et sanitaire permettrait en fait de faire échapper l'usager simple à la répression pénale par la possibilité, ouverte à chaque étape, d'une orientation vers la voie médicale et sanitaire.

C. — Essai de bilan :
les résultats quantitatifs.

Sous réserve des difficultés déjà évoquées (cf. chapitre III), les dénombrements effectués à l'initiative de la direction des Affaires criminelles permettent d'établir un bilan quantitatif de l'application de la loi de 1970. Il montre que le nombre total des personnes déferées (majeurs et mineurs, usage et trafic) a évolué comme suit :

1971	1.063	1974	1.957
1972	1.502	1975	2.598
1973	1.771	1976	3.501

Sur un plan d'ensemble, on peut penser que les juridictions n'appréhendent qu'une faible partie du phénomène de la drogue et que le nombre d'affaires traitées ne constitue pas un reflet exact de celui-ci, dont on peut se demander pourquoi il échappe en grande partie à la justice. Autrement dit, on discute très vivement de la loi de 1970 et de ses conditions d'application alors que, semble-t-il, elle ne concerne qu'une partie du problème.

1. - L'évolution des décisions liées aux poursuites permet les constatations suivantes :

— L'injonction thérapeutique paraît entrée dans les habitudes du parquet, qui l'ordonne dans un cas sur quatre, et le rapprochement avec le chiffre des classements sans suite indique que le plus souvent celui qui a bénéficié de l'injonction ne fait pas l'objet de poursuites pénales.

— Lorsque les poursuites sont engagées, la procédure la plus utilisée est celle de l'instruction (deux tiers des cas), suivie par la citation directe (30 % des cas) et par le flagrant délit (5 % des cas). Cette dernière procédure est mal adaptée ici car, en matière de trafic, des vérifications sont toujours nécessaires et en matière d'usage, son caractère brutal s'accorde mal avec un système fondé davantage sur le traitement que sur la répression. Elle est cependant souvent retenue pour les usagers étrangers interpellés à l'occasion d'un séjour en France.

— Le recours relativement peu fréquent fait par le juge d'instruction à la cure de désintoxication et le nombre élevé de détentions provisoires, justifiées par l'existence d'un trafic ou d'une infraction connexe de droit commun, semblent indiquer que les espoirs placés dans cette voie médico-judiciaire n'ont pas suscité une adhésion sans réserve des magistrats, qui font preuve d'une certaine réticence alors qu'ils ont fait bon accueil au contrôle judiciaire qui paraît bien adapté à la situation (1).

Pour ce qui est des poursuites, la pratique judiciaire paraît plus conforme à l'esprit de la loi de 1970 aussi bien au stade du parquet qu'à celui de l'instruction.

2. - L'analyse des condamnations prononcées, dont le détail figure en annexe, permet deux constatations. Le nombre total des personnes condamnées, tous chefs d'inculpation confondus, a subi une progression sensible, passant de 1.040 en 1971 à 3.517 en 1976. La sévérité moyenne des condamnations paraît s'être atténuée, puisque les peines avec sursis, simple ou probatoire, sont prononcées plus fréquemment que les peines fermes (2).

Cette évolution ne doit pas conduire à penser que la répression s'est affaïdie. Elle s'explique vraisemblablement, pour l'essentiel, par la diminution relative de la place des trafiquants parmi l'ensemble des inculpés, et par le fait que pour les usagers et les usagers petits trafiquants, la répression a progressivement cédé la place au traitement. En effet, les trafiquants renvoyés devant les juridictions se sont vu infliger, surtout dans les premiers temps d'application de la loi, de lourdes peines (de quinze à dix-huit ans pour certains), dont l'effet dissuasif a été certain. *Contrairement à ce que pense parfois l'opinion, il existe actuellement en prison des trafiquants purgeant des peines élevées.*

Progressivement les tribunaux ont été saisis de moins de grosses affaires, par suite notamment de la destruction des filières et des circuits commerciaux. Dans l'état actuel des choses, ils n'ont plus affaire sauf exceptions, avec le trafic de gros et connaissent, le plus souvent du cas d'intermédiaires et, en bout de chaîne, de petits porteurs. Cela tient aux caractères nouveaux pris par le trafic.

Les condamnations pour trafic s'appliquent donc de plus en plus à de moyens ou petits trafiquants, pour lesquels les peines d'emprisonnement sont le plus souvent inférieures à un an et rarement supérieures à cinq ans, les peines d'amende et les peines complémentaires ne semblant pas habituelles.

(1)

	Informations	Détentions	Contrôle judiciaire	Cure
1974	1.246	867	485	161
1975	1.823	1.105	676	219
1976	1.977	1.360	879	232

(2)

	Peines fermes	Sursis
1971	592	359
1975	845	1.068
1976	1.297	1.502

Par contre les condamnations pour usage ont plus que triplé.

La principale différence entre les diverses catégories d'infraction paraît maintenant constituée par l'importance relative des peines avec sursis, lequel est, d'une façon générale, accordé près de deux fois plus souvent dans les condamnations pour usage que dans celles pour trafic. Une mention particulière doit être faite du sursis avec mise à l'épreuve (1), formule qui avait paru à l'origine bien adaptée au cas de la toxicomanie, et qui est aujourd'hui l'objet d'appréciations plus nuancées de la part des magistrats, sensibles à la grande mobilité des intéressés, à leurs réticences envers tout traitement et à l'inadaptation des équipements existants.

D. — Essai de bilan :

les principales difficultés.

Au-delà de ces résultats quantitatifs, on peut estimer que la mise en œuvre de la loi de 1970 rencontre plusieurs ordres de difficultés :

1. - Le premier concerne les incertitudes et les inégalités du traitement réservé à l'usager de drogue.

La loi de 1970 repose sur une distinction tranchée entre deux catégories nettement définies, l'usager et le trafiquant, entre lesquels il n'existe pas de situation intermédiaire. L'usager simple bénéficie de la durée normale de garde à vue, de la possibilité d'échapper à l'action publique en se soumettant à une surveillance médicale, et ne peut être placé sous mandat de dépôt.

Rapidement ont été signalés des cas où des usagers auraient été traités en délinquants ordinaires sans bénéficier des dispositions libérales de la loi, soit que le traitement médical ne leur ait pas été proposé, soit qu'ils aient été mis en prison. Il n'est pas possible, faute d'éléments, de mesurer la fréquence de telles disparités de traitement, ni d'en établir la répartition géographique. Tout au plus peut-on chercher à en discerner les causes.

a) *Les incertitudes ou les réticences de certains magistrats* sont sans doute pour une part à l'origine de cette situation. L'injonction thérapeutique n'étant pas un droit, le parquet peut y avoir ou non recours en fonction de l'opportunité des poursuites (selon le degré d'intoxication, la nature de la drogue, le contexte local) et de l'efficacité possible, sur le plan local, de la voie médicale. Pour les raisons déjà indiquées, les parquets spécialisés ou les plus chargés en affaires exercent la répression de façon plus sélective. Des différences analogues affectent le traitement réservé aux mineurs, certains parquets préférant pour-

(1) Au 1^{er} octobre 1977, cette mesure concernait 1.621 personnes, dont 1.112 avaient moins de vingt-cinq ans.

suivre au pénal, alors que d'autres ont recours à la procédure d'assistance éducative. Enfin, au stade du jugement, beaucoup de magistrats s'interrogent sur l'adaptation des mesures dont ils disposent à l'égard de la catégorie très particulière de « délinquants » que constituent les usagers de drogue.

b) Mais une seconde difficulté met en cause les principes mêmes de la loi de 1970. Elle tient au fait que *l'usager simple, considéré par celle-ci comme une catégorie autonome, n'existe plus guère en tant que tel* : l'usage tend de plus en plus à s'accompagner de petit trafic.

Les circulaires du Garde des Sceaux du 25 août 1971 et du 30 mars 1973 ont d'abord incité les parquets à éviter une action trop répressive pour les usagers, en particulier lorsque la détention porte sur de faibles quantités, ou ne s'est pas accompagnée de revente. En dépit de ces efforts, la disparité du traitement réservé aux usagers risquait de se perpétuer. Mais la constatation de la situation nouvelle, c'est-à-dire de la coexistence généralement rencontrée, pour des raisons financières évidentes, entre usage et trafic ou revente, a conduit une récente circulaire du 7 mars 1977 à préconiser une plus grande sévérité à l'égard de l'usager trafiquant non prévu par la loi de 1970. On peut se demander s'il ne serait pas plus conforme à l'esprit de celle-ci de chercher à apprécier dans chaque cas l'importance réelle du trafic et d'appliquer à l'usager petit trafiquant le sort qu'elle avait réservé à un usager simple qui pratiquement n'existe plus.

c) Mais *l'usage de stupéfiants accompagne aussi souvent une infraction connexe de droit commun* en relation directe avec l'usage de stupéfiants (cambriolage de pharmacie, vol ; cambriolage ou agression pour se procurer de l'argent en vue d'acheter de la drogue) ou sans rapport avec lui. Dans l'appréciation du tribunal, celle-ci primera nettement le délit d'usage. Et la peine unique prononcée ne fera pas la part de ce qui revient à chacun de ces délits.

Enfin les antécédents judiciaires d'un inculpé ou d'un prévenu ne peuvent être méconnus et expliquent souvent la différence de sévérité des condamnations.

2. - Une seconde difficulté tient aux relations entre médecins et magistrats et aux incertitudes de l'injonction thérapeutique.

Après celle qu'elle établit entre usager et trafiquant, *la loi de 1970 introduit une autre distinction claire : entre malade et délinquant. A ces deux statuts correspondent deux voies différentes*, entre lesquelles l'orientation est faite uniquement par le magistrat : c'est le Procureur qui reconnaît à l'intéressé la qualité de « malade » relevant de la voie médicale et lui enjoint de se faire soigner.

Le système de l'injonction thérapeutique ne pouvait que susciter dans le corps médical des réactions diverses. Certains médecins déniaient au parquet la compétence de décider du recours au traitement médical. D'autres, sans lui dénier formellement cette compétence, constatent que cette décision, imposée à un toxicomane qui n'y adhère pas vraiment, ne crée pas les conditions idéales pour un traitement qui ne peut reposer que sur une démarche volontaire.

D'autres se retranchent derrière les règles du secret professionnel pour justifier leur refus de rendre compte, fût-ce à l'autorité sanitaire, de la continuité du traitement. Certains estiment, enfin, que tout renseignement fourni est de nature à rompre la relation de confiance avec les patients et délivrent à des toxicomanes un certificat de prise en charge pour leur éviter des poursuites judiciaires, en escomptant que cette attitude facilitera la demande ultérieure d'un traitement librement accepté. Au total, les médecins souhaitent ne pas se faire, de près ou de loin, les auxiliaires d'un appareil judiciaire qu'ils jugent inadapté au traitement de la toxicomanie.

En face d'eux, les magistrats, souvent déçus par le refus d'une collaboration qu'ils escomptaient, réagissent différemment. Les uns se résignent à ne pas être informés (1) et maintiennent la pratique de l'injonction thérapeutique sans attendre de renseignements du médecin, quitte à poursuivre plus sévèrement le toxicomane en cas de réitération constatée. D'autres renoncent de facto à l'injonction thérapeutique et préfèrent requérir, dès le départ, l'ouverture d'une information. Certains, enfin, renvoient directement en correctionnelle, voire utilisent la procédure du flagrant délit.

Le fait que l'injonction thérapeutique concerne maintenant le quart seulement des personnes déferées au lieu de près du tiers à l'origine, marque une certaine désaffection, mais non l'abandon de cette procédure. Il est vrai que hormis certains ressorts où la qualité des personnes supplée les imperfections du système, l'injonction thérapeutique ne donne satisfaction ni à ceux qui l'ordonnent et ne savent ce qui en résulte, ni à ceux à qui elle s'applique, qui n'y adhèrent pas véritablement, ni à ceux qui sont chargés de la mettre en œuvre, qui estiment n'avoir pas été saisis dans de bonnes conditions et s'abstiennent, de ce fait, de remplir des engagements que la loi leur impose.

Peut-être y a-t-il parfois une tendance excessive des magistrats à se prendre pour des thérapeutes. Mais on est frappé, en contrepartie, par la rigueur de la position prise par les médecins, psychiatres en particulier. Ils refusent le système de la loi de 1970 parce que les « patients » ne seraient pas en état d'exprimer une demande authentique. Mais puisqu'une des difficultés de la thérapie des toxicomanes est de fixer leur rapport avec la loi, certains pensent que celui-ci pourrait se trouver conforté par l'intervention du juge et par la triangulation qu'elle rétablit. Et certains psychiatres refusent le système de la loi de 1970, alors qu'ils semblent s'accommoder, quoi qu'ils en disent, de la loi de 1838, sans doute parce qu'elle leur laisse la liberté d'action dont l'intervention judiciaire les prive à l'égard des toxicomanes.

3. - Un troisième ordre de problèmes résulte des difficultés propres à la voie judiciaire qui reste ainsi, et de loin, la voie la plus souvent empruntée par l'usager ou l'usager-trafiquant.

(1) L'institution d'un carnet individuel de fiches avait pour but d'assurer une meilleure liaison entre les services judiciaires et les D.A.S.S., de permettre à celles-ci d'être informées des décisions judiciaires et de pouvoir ainsi assumer le rôle de surveillance médicale qui leur était dévolu. Dans la pratique, ce système d'une incontestable lourdeur n'a pas donné les résultats escomptés.

a) *La cure de désintoxication, bien qu'ordonnée dans un nombre non négligeable de cas, est largement contestée pour plusieurs raisons.* Les lieux de cure actuellement agréés, tels les hôpitaux psychiatriques, sont inadaptés au véritable traitement (sauf au sevrage), le milieu psychiatrique étant rejeté par le toxicomane et souvent le rejetant. Les possibilités de cette cure dans un autre cadre, notamment la surveillance d'un médecin privé agréé, le traitement ambulatoire, le placement dans un établissement spécialisé ou dans une famille d'accueil, pourraient paraître mieux adaptés, mais demeurent limités, les agréments nécessaires n'étant pas intervenus. Cependant le fait que ces agréments soient désormais, depuis juillet 1977, donnés dans le cadre départemental devrait améliorer la situation.

Surtout, les objections faites à l'injonction thérapeutique s'adressent également au principe même de la cure de désintoxication, qui repose sur l'idée que la simple privation physique de drogue suffirait à entraîner l'abandon de la toxicomanie, alors que celui-ci suppose, on le sait maintenant, une prise en charge thérapeutique sur une assez longue période. Le seul objectif que puisse chercher à atteindre le juge d'instruction dans le cadre de la procédure est une « cure de sevrage » dont l'utilité ne se justifie que dans les cas d'utilisation de drogues « dures », et qui, pour peu que le sujet y consente, peut se réaliser en dehors même de l'ordonnance de cure dans le cadre d'un contrôle judiciaire.

b) *L'efficacité du contrôle judiciaire dépend de la relation qui s'instaure avec le contrôleur judiciaire* et qui n'a pas toujours, du fait des conditions de travail de celui-ci, l'intensité et la continuité dont le toxicomane aurait besoin. Ceci pose le problème du statut, actuellement inexistant, du contrôleur judiciaire, qu'il conviendrait d'organiser afin de généraliser les expériences positives permises par cette forme d'intervention lorsque le contrôleur est permanent, bien choisi et convenablement formé.

En outre, le fait qu'en cas d'inobservation par le toxicomane des obligations de soins qui ont pu lui être imposées, aucune sanction ne puisse intervenir, peut priver cette procédure d'une partie de son efficacité.

c) *La détention provisoire* pour usage de stupéfiants étant interdite par la loi, il est a priori surprenant de relever *la présence d'un certain nombre d'usagers dans des établissements pénitentiaires* (1). Leur détention s'explique par l'existence d'une autre infraction, qu'il s'agisse d'une inculpation de trafic associé ou d'un délit de droit commun. Si ces auteurs d'infractions se considèrent plus comme des toxicomanes que comme des délinquants, leur présence conduit à se demander si la prison est le lieu où ils doivent se trouver et si elle a une aptitude à les prendre en charge.

Après avoir rencontré aussi bien des toxicomanes détenus que le personnel pénitentiaire ou soignant, la Mission constate que *tous s'accordent à reconnaître que la prison n'est pas le lieu de traitement du toxicomane*. Cette incarcération peut présenter toutefois une utilité dans deux cas :

(1) 803 détenus en 1974, 972 en 1975 et 939 en 1976 d'après les statistiques de l'administration pénitentiaire.

— marquer un coup d'arrêt, rude certes, mais qui permet parfois une prise de conscience pour ceux qui se seraient laissés entraîner ;

— être l'occasion d'un sevrage pour ceux que leur état sanitaire ou psychique rend incapables de s'adresser aux structures sanitaires normales.

Mais d'autres raisons pratiques sont actuellement invoquées pour justifier le mandat de dépôt : d'abord le fait que la personne même de l'inculpé et ses conditions de vie au moment de l'arrestation sont loin d'assurer les garanties de la représentation. Surtout le faible degré de confiance accordé par les magistrats aux autres sevrages possibles en milieu libre.

— *La prise en charge des toxicomanes par l'institution pénitentiaire doit tenir compte de la distinction entre toxicomanes « légers » et « lourds ». La présence des premiers en prison ne crée pas de difficultés particulières. La seule question qu'elle soulève est de savoir s'ils peuvent tirer un bénéfice quelconque de leur passage en maison d'arrêt, ce qui en l'état actuel n'est nullement établi. Si le « choc » carcéral peut provoquer une réaction salutaire, il peut aussi engendrer un sentiment de plus grande exclusion et constituer un encouragement décisif à l'escalade », ce que paraît confirmer le témoignage de certains intéressés.*

Les grands toxicomanes posent — quant à eux — de sérieux problèmes. Certes le sevrage peut s'effectuer sans difficultés majeures en milieu carcéral. L'administration de tranquillisants ou de neuroleptiques permet d'aboutir dans un délai rapide au résultat. Mais elle se prolonge généralement assez longtemps, en raison de l'exigence des détenus et de l'inadaptation du milieu carcéral. Ceci rejoint le problème plus général de la surconsommation pharmaceutique en prison qui, s'agissant des toxicomanes, risque de renforcer leur dépendance ou de substituer à celle qu'ils pratiquaient une nouvelle toxicomanie (1).

Mais ce sevrage à lui seul ne peut représenter que la première et la moins difficile étape de la véritable « désintoxication », essentiellement constituée par un traitement psychothératique de longue durée qui, par définition, ne peut être réalisé en milieu carcéral, où il est seulement possible d'amorcer une relation qui pourra se prolonger ultérieurement en milieu libre.

La prison ne peut être le cadre d'une véritable « cure de désintoxication ». Une grande partie de l'ambiguïté du dialogue médecin-magistrat trouve sa source dans le fait que le même mot ne revêt pas la même signification dans la loi et dans la réalité, et que le sens que lui donne la loi repose en grande partie sur cette illusion.

— *Le régime pénitentiaire applicable aux toxicomanes est le même que celui de l'ensemble de la population pénale, sous réserve du problème posé par le choix entre regroupement et dissémination de ces détenus.*

Le regroupement présente l'avantage d'une meilleure surveillance notamment pour la distribution des médicaments et l'aménagement des conditions de déten-

(1) Cf. la thèse de M. Martzloff sur « Détention préventive, médicaments psychotropes et psychiatriation ». On peut à ce propos s'étonner que la prescription de médicaments du tableau B en milieu pénitentiaire ne soit pas soumise aux conditions réglementaires de délivrance de ces produits.

tion. L'inconvénient en est le maintien des intéressés dans un milieu dont le seul élément constitutif et le seul pôle d'attraction est constitué par le souvenir — et parfois l'usage — de la drogue.

La dissémination favorise l'inévitable prosélytisme pratiqué par les drogués et fait courir aux autres détenus un danger qu'il ne faut pas sous-estimer. Son avantage est d'amener les intéressés à avoir d'autres conversations ou fréquentations que celles des autres toxicomanes.

Aucune solution n'est donc satisfaisante et les chefs d'établissements s'efforcent de régler le problème à leur niveau, en pratiquant le « doublement » ou le « triplement » des toxicomanes par exemple, afin d'éviter au détenu une solitude trop pesante, susceptible d'engendrer un risque suicidaire.

Les toxicomanes constituent un élément important dans la clientèle des C.M.P.R. (Centres médico-psychologiques régionaux) aménagés dans certaines prisons (la Santé, Fleury, les Baumettes, Lyon et Loos) et destinés à recevoir les détenus souffrant de troubles psychiques.

Une étape supplémentaire dans l'aménagement d'une structure particulière pour l'accueil en milieu carcéral des toxicomanes a été franchie avec l'expérience de l'hôpital Salvator à Marseille, où une enclave pénitentiaire pour toxicomanes a été instituée à l'intérieur d'un hôpital général. L'effet de cette expérience — qui a rencontré de graves problèmes pratiques — est difficile à mesurer. Dans des conditions matérielles à peine équivalentes à celles des prisons classiques, elle a, au moins en principe, l'avantage d'offrir un accueil psychothérapique meilleur que celles-ci. Elle a l'inconvénient grave de justifier le placement en prison de toxicomanes que, en l'absence de cette prise en charge, on aurait sans doute hésité à incarcérer, et de ne pas recueillir l'adhésion du corps médical.

Indépendamment des aménagements qui peuvent être ainsi apportés aux conditions de séjour en milieu pénitentiaire, *le problème principal de la détention est celui de la préparation de la sortie et du relais qui pourra être pris sur le plan thérapeutique*, d'où l'intérêt de permettre à des équipes extérieures de maintenir avec des détenus les contacts destinés à faciliter leur sortie.

L'action qui a pu être menée dans certains établissements (par ex. : Rennes, Fleury-Mérogis, etc.) procède de l'idée que *le temps de détention n'est qu'une phase dans un processus plus long qui doit se poursuivre ailleurs avec le consentement de l'intéressé, sans exclure la possibilité de rechutes qui posent des problèmes juridiques particuliers*, notamment par l'assimilation rechute/récidive, alors qu'elles sont en fait inhérentes à ce processus.

Dans cette perspective, il est souhaitable, plutôt que de prévoir à l'intérieur du dispositif pénitentiaire des structures spécialisées, de rechercher des formules de transition qui offrent une situation intermédiaire entre la détention et le renvoi dans le milieu extérieur. Il est en effet clair que le rôle de la prison comme lieu de thérapie constitue une des difficultés principales de l'application de la loi de 1970.

4. - Une dernière difficulté découle de la coexistence des législations pénale et douanière. En effet, tous les stupéfiants étant considérés comme de provenance

étrangère, donc d'importation illégale, la détention d'un de ces produits autorise l'administration des Douanes à intervenir pour l'application des sanctions fiscales, indépendamment des sanctions pénales requises par le parquet.

— Le bien-fondé de cette intervention est incontestable lorsqu'il s'agit de trafiquants et les amendes douanières font partie de l'arsenal répressif. Toutefois, dans ce domaine, les possibilités de transaction après jugement apparaissent choquantes en raison de leur caractère occulte, de l'absence de critère connu, de contrôle et de recours, et constituent une dérogation aux règles générales du droit pénal, sans que puisse être perçu de façon précise de quelles mesures ont pu bénéficier ainsi des délinquants déjà condamnés.

— A l'égard des simples usagers, l'application de la législation douanière pose certains problèmes. Si des directives ont été données par la circulaire du 13 mars 1971 pour que des poursuites exercées par les Douanes ne viennent pas contrecarrer des décisions de classement ou d'injonction prononcées par le parquet, *il n'est pas normal que l'application stricte du Code des douanes puisse tenir en échec les dispositions libérales de la loi de 1970* par le déclenchement inopportun de l'action fiscale, ou puisse alourdir exagérément un système répressif qui se suffit à lui-même. Or, une fois le tribunal saisi, les conséquences peuvent être très lourdes, l'amende qu'il ne peut se dispenser de prononcer devant être du double ou du quadruple, selon les cas, de la valeur des marchandises, la seule marge d'appréciation qui lui est laissée étant de fixer cette valeur.

Les amendes parfois très élevées, prononcées au titre du délit douanier, constituent — cela a été souligné par les avocats, les médecins, les toxicomanes eux-mêmes — un handicap sérieux à la réinsertion de ces derniers.

Dans le même ordre d'idées, il semble excessif de subordonner à l'obligation de fournir un cautionnement (art. 364 du Code douanier) la mise en liberté d'un usager de stupéfiants provisoirement détenu et auquel il est également reproché le délit de contrebande.

Il conviendrait, compte tenu de ces éléments, de revoir la législation douanière en fonction des dispositions retenues par la loi de 1970, afin qu'elle se trouve en harmonie, et non en opposition sur certains points, avec cette dernière.

*
**

Peut-on parler, en dépit de ses intentions libérales, et de l'incontestable progrès qu'elle a constitué, d'un échec relatif de la loi de 1970 ? *L'application de la loi a souffert de ce que certaines conditions qu'elle exigeait n'ont pas été remplies et de ce que certains principes sur lesquels elle reposait se sont révélés illusoire.*

L'application correcte de la loi de 1970 supposait en premier lieu un ensemble de structures d'accueil et de soins convenablement adapté à la mise en œuvre de la voie sanitaire. Or, la majorité des services agréés sont des services classiques de psychiatrie hospitalière ou de secteur rarement adaptés aux problèmes posés par les toxicomanes. Le traitement médical semblant ainsi voué à l'échec, faute d'une volonté du toxicomane de s'y soumettre et en l'absence de structures

de soins adaptées, l'attrait de la solution répressive s'est trouvé accru, contrairement à l'esprit de la loi.

Celle-ci supposait en second lieu une collaboration des médecins, des magistrats et de l'autorité sanitaire. Elle a en fait sous-estimé les réactions psychologiques légitimes des uns et des autres.

Mais plus gravement, la complémentarité apparente entre le traitement médical et la répression pénale dissimule l'ambiguïté d'une loi qui n'a pu choisir entre deux conceptions : celle du malade, et celle du délinquant, et qui veut à la fois guérir en réprimant et réprimer en guérissant. Or, dans la pratique, *en laissant subsister une confusion dans les rôles respectifs du juge et du thérapeute, confusion largement encouragée par la tendance de l'un et de l'autre à dépasser leur compétence propre, elle favorise, chez le toxicomane, déjà enclin à la manipulation, une conduite d'évitement de toute démarche évolutive.*

La loi n'a pu résoudre entièrement les problèmes complexes que soulève la prise en charge des toxicomanes, notamment parce qu'elle méconnaît le caractère récidivant et l'évolution très lente de la « maladie toxicomaniaque ». Le toxicomane est présumé libre d'accepter ou de refuser la cure et de la réussir. Or, sa dépendance à l'égard de la drogue montre que cela est illusoire et qu'une thérapeutique ne peut qu'être de longue durée et accompagnée de rechutes. On est loin de la notion simple de « cure » qui repose sans doute en fait sur une confusion entre le « sevrage physique » et la « désintoxication » entendue comme la fin de la toxicomanie.

Enfin, la loi de 1970, en établissant une distinction tranchée entre l'usage et le trafic, apparaît maintenant moins adaptée compte tenu des liens qui sont apparus entre les deux et du fait que, par sa nature même, l'usage de drogue, au moins pour les drogues dites « dures », s'accompagne presque forcément de revente et de trafic. Or, elle ne prévoit pas le sort à réserver à cet usager-trafiquant. C'est un signe parmi d'autres que par rapport au moment où elle a été préparée, le phénomène de la toxicomanie a connu une nette évolution.

Nombreux sont ceux qui critiquent violemment la loi de 1970, sans toujours proposer des solutions de remplacement satisfaisantes. Mais ceci ne doit pas dissimuler les mérites d'un texte qui, *en cherchant à concilier libéralisme et autorité, répression et traitement, ne pouvait que retenir des solutions moyennes, mais qui a marqué une tentative réellement originale dans l'approche du problème de la toxicomanie.*

CHAPITRE VII

Le cadre international et les précédents étrangers :

Face au problème nouveau et déroutant de la drogue, que les structures administratives françaises sont mal préparées à aborder, la lumière peut-elle venir de l'extérieur et la France peut-elle trouver, hors de ses frontières, des principes dont elle pourrait s'inspirer, soit dans le cadre de la coopération internationale où s'inscrit sa politique, soit dans l'exemple de certains pays étrangers, intéressants tant par la manière dont le problème de la drogue s'y pose que par l'évolution de leur législation ?

A. — Un cadre de coopération internationale.

La lutte contre l'extension des toxicomanies aux stupéfiants a, dès le début du xx^e siècle, fait l'objet d'un effort de coopération internationale qui a commencé avec la première Commission de l'opium réunie à Shanghai en 1909. Cet effort s'est traduit par l'adoption d'un certain nombre de conventions internationales et par l'action de plusieurs organisations.

I. — Les conventions internationales.

La France est partie à trois conventions internationales. Ce sont :

— le protocole du 20 juin 1953 visant à limiter et réglementer la culture du pavot et la production et le commerce de l'opium, qui reste applicable en France vis-à-vis des pays qui l'ont ratifié et ne sont pas partie à la convention de 1961 ;

— *la convention (dite unique parce qu'elle remplace plusieurs accords antérieurs) du 30 mars 1961 sur les stupéfiants, à laquelle la France a adhéré le 19 février 1969.*

Cette convention comprend des dispositions concernant le contrôle des cultures, la limitation aux besoins scientifiques et médicaux de la fabrication, de la production, du commerce, de la détention et de l'emploi, la classification des substances. Elle contient aussi des dispositions pénales internationales pour faire

échec aux trafiquants — recommandations dont l'application est laissée à la discrétion des parties — et des dispositions sur le traitement médical et la réadaptation des toxicomanes.

Jugée aujourd'hui insuffisante par certains pays, cette convention fait l'objet d'un protocole modificatif adopté à Genève le 22 mars 1972.

— *La convention de Vienne sur les substances psychotropes, du 21 février 1971, ratifiée par la France le 16 août 1976*, relative à la classification et au contrôle de ces substances, qui vise en particulier les hallucinogènes, amphétamines, barbituriques et tranquillisants.

L'évolution de la législation et de l'action internationale en matière de stupéfiants (1) se caractérise par l'extension et l'internationalisation progressives du contrôle et de la lutte contre le trafic, l'adjonction de mesures pénales aux mesures administratives et le développement d'une action d'assistance économique et sociale en faveur des pays producteurs d'opium.

En conformité avec cette évolution, et d'ailleurs souvent sans attendre les conventions de 1961 et 1971, *un grand nombre de pays, et parmi eux les pays industrialisés, ont adopté, dans leur législation nationale, des dispositions* qui visent à contrôler la culture, la fabrication, l'exportation, l'importation, le commerce, la distribution des drogues licites.

II. — L'action des organisations internationales.

De nombreuses organisations internationales interviennent en ce domaine, soit dans le cadre de l'application des conventions, soit en dehors de celle-ci.

a) *L'application des conventions* fait intervenir essentiellement l'Organisation des Nations unies :

— *La commission des stupéfiants* qui constitue une des commissions du Conseil économique et social, se réunit tous les deux ans pour établir des propositions qui sont ensuite soumises au Conseil, ou à l'Assemblée générale. Elle dispose à Genève d'un service administratif permanent, dépendant du secrétariat général, la division des Stupéfiants.

— *L'Organe international de contrôle* est chargé de veiller à l'application des conventions et a un rôle semi-judiciaire : il intervient auprès des Etats pour assurer l'exécution des conventions, par des demandes de renseignements, des recommandations d'embargo, etc. et publie un rapport annuel.

Grâce à ces deux institutions et aux systèmes de contrôle mis en place (certificats d'importation et d'exportation, licences de fabrication, règles de distribution des médicaments, etc.), on estime que, dans les pays industrialisés, les détournements à partir des circuits commerciaux licites sont négligeables.

(1) Cf. Raymond Gassin in « Revue de science criminelle et de droit pénal comparé ». — Janvier-mars 1971.

— Les Nations unies ont également créé un *Fonds spécial pour la lutte contre l'abus des drogues (F.N.U.L.A.D.)*, qui gère les ressources fournies par les contributions volontaires d'une soixantaine de gouvernements et de donateurs privés, et doit financer en particulier le développement de cultures de substitution. *Le Fonds a reçu, pour la période 1971-1976, 23,5 millions de \$, dont 18 provenant des U.S.A. La France a contribué au cours de cette période à son fonctionnement pour 505.000 \$.*

— *L'Organisation mondiale de la santé*, institution spécialisée des Nations unies, a réuni pratiquement chaque année un comité d'experts de la toxicomanie, puis de la pharmacodépendance. Ses travaux ont porté notamment sur la définition des toxicomanies, et de la dépendance, ainsi que sur le traitement, à propos duquel ce comité a généralement fait preuve d'une grande prudence.

En outre, l'O.M.S. intervient dans l'application des conventions, puisque c'est après avis de son comité d'experts que sont prononcés les classements dans les différentes catégories prévues par les conventions.

— Enfin, l'*U.N.E.S.C.O.* a organisé, au cours des dernières années, plusieurs conférences ou séminaires sur les toxicomanies et leurs aspects psycho-sociaux et sur les problèmes d'information.

b) *Sur le plan européen*, plusieurs initiatives ont également été prises.

— La commission des Communautés européennes s'est intéressée à ce problème et un rapport a été présenté au Parlement européen par la commission des Affaires sociales au début de 1972, mais son action ne s'est sans doute pas développée à cause de « l'initiative Pompidou ».

— En effet, *la proposition faite le 6 août 1971 par le Président de la République, en vue d'une coopération des Etats européens dans la lutte contre la toxicomanie, a donné lieu à plusieurs réunions de ministres — dont la dernière a eu lieu le 21 novembre 1977 — et d'experts.* Si elle a permis une coopération accrue dans l'action répressive et des échanges utiles d'informations, cette proposition n'a eu à ce jour que des résultats modestes. La représentation des pays étant assurée par des ministères différents (Intérieur, Santé, etc.) d'un pays à l'autre, il n'y a pas de cohérence dans la manière dont ils abordent le problème. Surtout, faute d'une véritable discussion sur le fond, il n'y avait pas d'accord entre les pays sur la philosophie du problème de la drogue et l'attitude à adopter à son égard.

Mais lors de la réunion du 21 novembre dernier, a été clairement exprimée la volonté de relancer la coopération européenne, d'une part en s'appuyant sur un effort de recherche dont la réalisation technique serait confiée au Conseil de l'Europe, d'autre part en recherchant plus activement une harmonisation des législations relatives à la toxicomanie.

c) *Enfin, d'autres organismes assurent une coopération à caractère plus technique dans des domaines déterminés.*

— En matière de police, un rôle essentiel est joué par Interpol. L'organisation internationale de police criminelle, dont le siège est à Saint-Cloud, consacre une

part importante de ses activités à la lutte contre le trafic des stupéfiants, en liaison avec la commission des Stupéfiants des Nations unies. Elle dispose d'un réseau de communications radio qui permet de mettre en contact tous les pays adhérents, ce qui facilite les enquêtes qui concernent plusieurs pays et les missions des enquêteurs à l'étranger. Enfin, elle organise des conférences internationales, par exemple, depuis deux ans, une conférence Europe/Asie.

— Parallèlement, des accords ont été passés avec certains pays pour faire face à un problème particulier. C'est ainsi que pour lutter contre les activités de la « French connection », les gouvernements français et américain ont conclu en 1971 un protocole d'accord auquel s'est joint par la suite, de manière informelle, le Canada. La Drug Enforcement Administration possède ainsi des bureaux à Paris, à Marseille et à Nice. L'Office Central a une antenne permanente à New York. Des réunions de travail qui mettent en présence les responsables américains, canadiens et français, ont lieu périodiquement. Dans le même esprit, pour tenter d'améliorer les liaisons et la coopération avec les pays du Sud-Est asiatique, une antenne de l'Office Central a été mise en place à Bangkok en juillet dernier.

— Pour les douanes, une coopération analogue existe dans le cadre du Conseil de coopération douanière, qui permet des échanges de renseignements entre administrations et facilite la collaboration dans les contrôles aux frontières.

*
**

La « politique de la drogue » que peut mener la France se situe ainsi dans le contexte d'une collaboration internationale que l'on peut juger plus ou moins efficace, mais qu'il convient de ne pas perdre de vue, comme on le fait par exemple lorsqu'on propose des modifications législatives incompatibles avec les conventions auxquelles la France a adhéré. Elle peut également se référer à l'exemple offert par les différents pays dans l'action qu'eux-mêmes poursuivent à l'intérieur du cadre de coopération internationale qui leur est généralement commun.

B. — La recherche d'exemples étrangers.

L'appel à des exemples étrangers est une démarche ambiguë. On peut y voir la préfiguration d'une évolution considérée comme vraisemblable, comme, lorsqu'il y a quelques années, on prédisait que la France allait connaître un développement des toxicomanies équivalent à celui constaté aux Etats-Unis. On peut y rechercher le modèle de ce qu'il faut faire ou ne pas faire, comme lorsqu'on suggère que la France adopte des modifications législatives analogues à celles récemment décidées par certains pays.

L'ambiguïté naît aussi de ce que les exemples étrangers sont difficiles à interpréter, car la « politique de la drogue » d'un pays paraît à la fois très dépendante

de ses structures, en même temps que très particulière à ce seul domaine. Comme le constatait le rapport d'un séminaire des Nations unies consacré à quelques pays européens (1) :

« Le séminaire a parfaitement compris que dans chaque pays, l'ensemble des attitudes et des politiques nationales dans les domaines de la santé, de la protection sociale, du contrôle social et dans les domaines connexes, exerçait une influence déterminante sur les programmes et projets spécifiques concernant le secteur plus restreint des problèmes de la drogue. Mais, d'autre part, le fait que *des « politiques de la drogue » différant radicalement les unes des autres, pouvaient être adoptées dans des sociétés à d'autres égards similaires (ou en tout cas comparables)* montrait clairement que cette question était toujours considérée comme quelque chose de tout à fait particulier et d'unique en son genre ».

La Mission ne pouvait naturellement entreprendre une étude détaillée des législations des principaux pays étrangers. L'analyse sommaire à laquelle elle a dû se limiter a pu être menée en recherchant :

- quels sont les points de convergence, s'il en existe, entre les politiques des différents pays ;
- quelles conclusions peuvent être tirées du cas des pays qui ont récemment apporté des modifications à leur législation ;
- quels sont les autres pays dont la situation et/ou la politique en matière de drogue peuvent être le plus intéressants.

I. — Y a-t-il des points de convergence entre les politiques de la drogue des différents pays ?

Malgré le caractère très spécifique de ces politiques, étroitement liées aux caractères particuliers de chaque pays, on peut noter certaines convergences dans l'évolution des législations.

— La première a été l'extension régulière de la liste des substances soumises au contrôle et à la réglementation. De l'opium, de la morphine, de la cocaïne et de l'héroïne, visées en 1912, cette législation a été étendue au haschich, aux drogues synthétiques (hallucinogènes et amphétamines) au fur et à mesure que le champ des substances utilisées comme drogues s'élargissait.

— Un second trait commun est la multiplication des mesures de contrôle.

• tous les actes de production et de commerce ainsi que la détention des stupéfiants sont soumis par les Etats à une réglementation particulière et au contrôle des autorités nationales, qui en limitent l'usage à des fins médicales et scientifiques, et subordonnent cet usage à l'octroi de licences ou d'autorisations ;

(1) « La participation du public aux programmes de prévention de l'abus des drogues et de réintégration des consommateurs de drogues ». — Séminaire du Programme européen de développement social, 1975.

- la délivrance, à des particuliers, de stupéfiants, n'est effectuée que sur prescription médicale ;
- des services administratifs spécialisés sont chargés de vérifier et surveiller toutes les opérations de production, commerce ou aliénation de produits stupéfiants.

— *L'accroissement de la répression du trafic* constitue un troisième point de rapprochement : les peines fixées par chaque pays — sans être uniformes — n'ont cessé de s'élever et atteignent actuellement, compte tenu des circonstances aggravantes, quatre ans en Belgique, six ans au Danemark, vingt ans ou quarante ans en France, dix ans en Italie, Autriche, Allemagne, douze ans aux Pays-Bas (selon les cas).

En outre, une tendance apparaît à généraliser d'autres peines, telles que la confiscation des profits du trafic, l'interdiction d'exercer telle ou telle profession, l'expulsion des étrangers, le retrait du passeport, du permis de conduire, etc.

Parallèlement, dans l'optique d'une répression renforcée du trafic (même si certaines de ces dispositions s'appliquent également à l'usage), sont instaurées des règles de procédure particulières destinées à permettre une action plus efficace :

- règles de perquisition (France, Luxembourg, Royaume-Uni) ;
- prolongation de la garde à vue (France) ;
- possibilité de recourir aux écoutes téléphoniques (Suède) ;
- création d'une force de police spéciale (tous les pays sauf Royaume-Uni) ;
- création d'une juridiction spéciale (Islande).

— Dans l'ensemble, on peut constater, en dépit de certains changements récents, une *convergence des législations autour de mesures répressives concernant l'usage*. Alors que la Convention de La Haye avait seulement recommandé de punir la possession illégale, la Convention de Genève (1925) et la Convention unique (1961) ont fait aux parties l'obligation d'interdire et de punir la détention illégale. L'usage se trouve donc indirectement atteint par la loi pénale. Toutefois, certains pays punissent expressément l'usage, qu'il soit collectif (Belgique, Pologne) ou solitaire (France, Luxembourg, Pays-Bas). D'autres pays ne punissent que celui de certains stupéfiants (Royaume-Uni pour l'opium, ou U.R.S.S.).

En ce qui concerne toujours l'usage, plusieurs remarques complémentaires peuvent être faites :

- certains pays ont introduit récemment des différences entre les drogues, notamment (c'est le cas des Pays-Bas) en prévoyant des peines différentes pour les dérivés du cannabis et pour les drogues dites « dures » ;
- certaines législations (dont celle de la France) punissent la provocation et l'incitation à l'usage, ou la propagande et la publicité ;
- enfin, très rares sont les législations qui, comme celle de l'Italie, ont supprimé le délit d'usager-trafiquant.

— Un cinquième point de convergence est la *tendance de certaines législations à prévoir dans la loi pénale un traitement médical*, obligatoire ou facultatif,

à titre de sanction ou d'alternative à la poursuite ou à la sanction pénales (c'est le cas notamment en France, au Luxembourg, en Autriche et en Allemagne). On peut voir là l'effet d'une recherche, également nette en Amérique du Nord, pour trouver dans une voie thérapeutique, d'ailleurs pas toujours définie, une alternative à la voie répressive dont l'inadaptation au cas des usagers simples est assez généralement reconnue.

Au total, on peut estimer qu'une certaine convergence apparaît dans les différentes législations et que, au moment de son élaboration, la loi française du 31 décembre 1970 se situait en bonne place et même apparaissait comme relativement novatrice. Néanmoins, l'évolution des législations s'est poursuivie et un certain nombre de pays ont modifié récemment leur système juridique.

II. — Quelles conclusions tirer des modifications récemment introduites par certains pays ?

a) *L'exemple le plus souvent invoqué* est celui des Pays-Bas, qui ont adopté en 1976 une nouvelle législation, faisant suite au rapport, publié en 1972, d'un groupe de travail créé en 1968 (1).

Cette législation qui, pour des raisons politiques, va nettement plus loin que les conclusions, relativement prudentes, de ce rapport, *s'est voulue résolument libérale en introduisant, à la fois pour l'usage et le trafic, une distinction entre les drogues « dures » et « douces »*. Mais les velléités de dépénalisation de ces dernières se sont heurtées aux obligations internationales découlant des conventions auxquelles les Pays-Bas sont partie et n'ont abouti qu'à une diminution des sanctions pour usage.

Aux termes de cette nouvelle législation, la possession de plus de 30 grammes de haschich pour usage personnel constitue une infraction punissable au maximum d'un mois de prison ou 500 florins d'amende ; d'où il découle que la possession de moins de 30 grammes n'est pas punissable. Par contre, les amphétamines sont considérées comme drogues « dures » et les peines pour détention sont portées à douze mois de prison. A titre accessoire, pour toutes les drogues dont la possession ou l'usage entraîne une sanction pénale, la juridiction peut suspendre celle-ci en contrepartie de l'obligation de se soumettre à un traitement. Corollairement, le trafic est puni plus sévèrement que précédemment, là encore avec une distinction entre drogues « dures » (maximum de la peine : huit ans) et drogues « douces » (maximum de la peine : quatre ans).

Cette nouvelle législation et l'application qui en est faite, se traduisant par une véritable dépénalisation de fait des drogues « douces », ne semblent pas, pour autant qu'on puisse se prononcer après un délai encore bref, avoir contribué à diminuer la consommation de drogue, qui reste élevée, et la disponibilité de celle-ci qui attire, on le sait, nombre de toxicomanes des pays limitrophes.

(1) Condition des drogués et dangers de la drogue : Rapport du groupe de travail sur les stupéfiants (Gouvernement des Pays-Bas. — La Haye, 1973).

Mais elle ne semble pas non plus, en sens contraire, avoir entraîné un accroissement sensible d'une pratique déjà entrée dans les mœurs.

Par contre, *la politique de prévention et de traitement mise en place*, contrepoids nécessaire à la libéralisation de fait intervenue, constitue l'aspect original de l'action des Pays-Bas en matière de lutte contre la toxicomanie. Cette politique repose sur une gamme très large d'établissements de types très divers qui se répartissent en trois stades :

— celui du premier contact, avec notamment les « J.A.C. », centres de consultation de quartier pour la jeunesse, qui jouent un grand rôle en matière de prévention ;

— celui de la consultation et du traitement ambulatoire, essentiellement fondé sur les « C.A.D. », dispensaires communs pour alcoolisme et drogue ;

— celui de la cure avec hébergement, où coexistent plusieurs types d'institutions : polycliniques, communautés thérapeutiques, etc.

On peut penser que la dépénalisation a plutôt favorisé l'accès des jeunes aux structures sanitaires et sociales ainsi mises en place.

b) Si l'évolution législative des Pays-Bas a récemment retenu l'attention, elle s'inscrit dans un mouvement qui intéresse depuis plusieurs années *certain*s pays européens, notamment scandinaves, et qui comporte des changements également importants.

Les pays scandinaves dans leur ensemble ont adopté une politique de dépénalisation pragmatique et ont mis l'accent de ce fait sur la prévention et le traitement. Le Danemark (loi de 1969) et la Norvège (lois de 1964 et 1972) considèrent que les sanctions pénales sont inappropriées pour le délit de consommation et se contentent d'une simple amende administrative. La Suède (lois de 1968 et 1972) a refusé de retirer à l'usage illicite son caractère d'infraction, mais une dépénalisation « de facto » a abouti à lui ôter tout caractère punissable. En Suisse, la loi de 1975 se traduit par l'allègement ou la suppression de la peine infligée à l'usager sans distinguer entre drogues « dures » et drogues « douces ». Le refus de libéraliser ces dernières se fonde sur l'absence de critère médical ou scientifique permettant de justifier une décriminalisation de l'usage du cannabis. Cette loi introduit également une suspension de poursuites pour l'usager qui accepte de se soigner, conformément à la tendance à faire du traitement médical une alternative aux poursuites ou à la condamnation, qui caractérise aussi les législations luxembourgeoise et ouest-allemande.

De même, la loi autrichienne (1971) arrête les poursuites dans la mesure où l'usager ne détient qu'une quantité ne dépassant pas sa consommation pour une semaine et accepte de se soumettre à un traitement ou un contrôle.

Enfin, la loi italienne (1975) ne prévoit pas de sanctions pour l'usage personnel d'une modeste quantité de stupéfiants dans un but non thérapeutique et pour la détention aux fins d'un usage strictement personnel.

Si on ne dispose pas d'éléments suffisamment précis pour en mesurer l'impact pratique, ces différentes réformes montrent cependant que, contrairement à ce qu'on souligne généralement, le changement de législation intervenu aux Pays-Bas n'est pas un phénomène isolé.

c) On peut également invoquer à ce propos, les modifications envisagées aux *Etats-Unis* où, on le sait, le Président Carter a proposé, dans un message au Congrès le 2 août dernier, la suppression des sanctions fédérales à l'encontre des possesseurs de moins d'une once (28 grammes) de marihuana. L'intérêt suscité par cette suggestion ne doit pas faire perdre de vue l'ampleur du problème de la drogue aux Etats-Unis ni la complexité du système juridique dans lequel elle s'inscrit.

— Le problème de la drogue aux Etats-Unis a fait l'objet de rapports très complets de la commission Shafer, notamment d'un rapport d'ensemble de mars 1973 (1).

L'ampleur de ce problème tient en quelques chiffres : 400.000 héroïnomanes « accrochés » et 4 millions de personnes qui ont tâté de l'héroïne ; un nombre équivalent d'usagers quotidiens d'amphétamines et de barbituriques ; 8 à 10 millions d'utilisateurs réguliers de médicaments ; 35 (ou 45) millions de personnes qui ont tâté au moins une fois de la marihuana dont 8 (ou 11) millions d'utilisateurs réguliers (2) ; développement spectaculaire et récent chez les jeunes de quatorze-seize ans du P.C.P. (« angel dust »), hallucinogène aux effets plus dangereux que ceux de l'héroïne ; 250.000 toxicomanes suivis par 3.000 centres, dont 40 % financés par le gouvernement fédéral, centres employant à plein temps 30.000 personnes ; un Institut de recherche (National Institute on Drug Abuse) employant 400 personnes ; tout en matière de drogue est à la mesure de ce pays démesuré.

— La « politique de la drogue » aux Etats-Unis, notamment dans la ligne du rapport Shafer, s'inspire actuellement des principes suivants :

- L'élimination de la toxicomanie n'est pas un objectif réaliste, mais une politique de « containment » est possible.
- Toute politique doit s'appuyer sur des connaissances solides en matière de toxicomanie (statistiques, recherches, étude des stratégies de prévention, etc.).
- Toute politique doit comporter un équilibre entre la réduction de la disponibilité des drogues (répression du trafic, etc.) et les interventions sur la demande (prévention, traitement, réhabilitation), ces dernières représentant actuellement aux U.S.A. près des deux tiers de la dépense totale.
- La quasi-totalité des soins est assurée par des programmes de cure externe, la part des hôpitaux et des institutions, dont l'efficacité est considérée comme très limitée, étant de l'ordre de 1% seulement.

(1) Drug use in America : problem in perspective. Second report of the National Commission on Marihuana and drug abuse. — Mars 1973. (Rapport R. Shafer.)

(2) 25 % des étudiants des High Schools appartiennent à cette catégorie.

- Une place importante est faite à la prise en charge des toxicomanes par des groupes d'inspiration religieuse ou philosophique, qui fait intervenir une discipline consentie mais généralement rigoureuse et un conditionnement qui vise à réintroduire une « loi », une « norme », d'origine religieuse ou non. Le toxicomane doit être pris en charge par la communauté — cité, Eglise ou groupe de citoyens. Il doit être traité par et dans la cité, de façon à éviter le maintien de la marginalisation constaté lors du traitement par des communautés rurales.

— *La législation en matière de toxicomanie représente aux Etats-Unis un ensemble particulièrement complexe*, puisque toute affaire relève à la fois de la loi fédérale, de la loi de l'Etat, et des règlements de la municipalité. Pour s'en tenir au seul plan fédéral, la loi de 1970, actuellement en vigueur, constitue un ensemble marqué par le souci d'une répression nuancée pour l'usage et rigoureuse pour le trafic, et par l'accent mis sur la réhabilitation, le traitement et l'éducation, par exemple par l'alternative du traitement dans des centres spécialisés proposé aux inculpés au lieu de l'emprisonnement habituel. Cette loi sanctionne la détention pour usage personnel d'une peine de un an maximum et d'une amende de 5.000 \$ ou de l'une de ces deux peines seulement et punit d'une peine identique la détention non onéreuse, réservant au trafic illicite des pénalités élevées (dix à vingt ans).

La modification législative proposée par le Président Carter, qui consiste à aligner en fait la législation fédérale sur celle d'une dizaine d'Etats qui ont déjà dépénalisé la marihuana, a été abusivement isolée d'un ensemble de mesures dans lequel elle s'inscrit et qui visent à renforcer sensiblement la répression du trafic et la politique de prévention-réhabilitation (1).

Elle tend à mettre le droit en accord avec le fait et à supprimer le caractère pénal attaché à une pratique, qui, compte tenu de son extension à une part non négligeable de la population, notamment adulte, ne peut pas en fait être réprimée.

III. — Les autres pays étrangers.

Parmi ceux qui n'ont pas apporté récemment de modification spectaculaire à leur législation, deux cas peuvent être retenus comme significatifs.

a) *Celui du Canada* est proche à bien des égards de celui des Etats-Unis, par l'ampleur assez explosive de l'usage des drogues (d'ailleurs assez curieusement spécialisé puisque les francophones utiliseraient surtout des amphétamines alors que l'héroïne aurait la faveur des anglophones), et par l'effort de réflexion mené pendant plusieurs années dans le cadre de la commission Le Dain, effort qui s'est traduit par quatre volumineux rapports (2).

(1) Il y a lieu de remarquer toutefois que l'administration fédérale n'est saisie que lorsque les quantités incriminées relèvent d'un trafic important : elle ne connaît pas en pratique des cas d'usage seul ou de petit trafic.

(2) Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (commission Le Dain). Rapport provisoire, 1970 ; le cannabis, 1972 ; le traitement, 1972 ; rapport final, 1973.

Sur le plan juridique, la législation canadienne établit une distinction entre trois catégories de drogues : drogues contrôlées (amphétamines, barbituriques) ; drogues à usage restreint (L.S.D.) ; stupéfiants. La simple possession de drogues contrôlées n'est pas un délit. Celle de drogues d'usage restreint est punie de pénalités relativement modérées, de même que la possession et l'usage de stupéfiants (six mois sur déclaration sommaire de culpabilité).

La législation canadienne combine donc une décriminalisation de l'usage d'une partie des drogues avec une répression particulièrement sévère du trafic, puisque la peine peut aller jusqu'à la réclusion à perpétuité. *Le grand problème qui se pose actuellement au Canada est celui d'une éventuelle dépénalisation de l'usage du haschich*, hypothèse à l'égard de laquelle le rapport Le Dain se montrait particulièrement prudent, mais qui depuis est envisagée plus sérieusement compte tenu de l'évolution de la législation des Etats-Unis.

En ce qui concerne la prise en charge des toxicomanes, le système canadien a été marqué par une réforme visant à décentraliser et à « déspecialiser » celle-ci, en traitant la toxicomanie comme un problème social plutôt que comme un problème sanitaire ou légal. L'Office de prévention et de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies (O.P.T.A.T.) a été dissous, tandis que le système hospitalier a été réformé par la création de centres polyvalents. Parallèlement, un effort particulier a été fait pour la prévention et la réinsertion, qui font très largement appel au bénévolat institutionnalisé.

b) Bien qu'il n'ait pas appelé l'attention par des modifications législatives spectaculaires, *l'exemple de la Grande-Bretagne* mérite également de retenir l'intérêt.

La principale originalité du système anglais est la possibilité pour le toxicomane de se faire « immatriculer » en tant que tel et de recevoir en contrepartie, légalement, la quantité de drogue (héroïne, cocaïne) dont il a besoin, qui lui est délivrée par certains médecins habilités, exerçant dans des cliniques de traitement. La plupart des médecins ne sont pas autorisés à prescrire des drogues, à l'exception de la méthadone et sont incités à envoyer les toxicomanes dans ces cliniques.

La loi anglaise de 1971, entrée en application en 1973, a rajeuni les dispositions antérieures, et a mis l'accent sur la nécessité d'instaurer une politique préventive : elle a renforcé les pénalités pour trafic, et introduit une distinction très nette entre le trafic et la détention pour laquelle les peines restent élevées (la possession illicite d'héroïne reste passible de sept ans d'emprisonnement et celle de cannabis de cinq ans).

Cette loi a prévu également un contrôle de l'abus des prescriptions médicales. Elle ne comporte pas de dispositions permettant de contraindre des toxicomanes à un traitement médical obligatoire en alternative à des poursuites pénales ; mais le traitement peut être une condition impérative à l'octroi d'une liberté sous surveillance pour les personnes condamnées.

La délivrance sous contrôle médical de stupéfiants aux toxicomanes immatriculés n'a pas apporté d'innovation particulière dans la résorption de l'usage de drogue qui reste préoccupant en Grande-Bretagne, encore qu'il ne soit pas de même ampleur que celui du tabac ou de l'alcool, pour lesquels des moyens plus importants sont engagés.

*
**

Lese conclusions que l'on peut tirer de l'examen des « politiques de la drogue » dans quelques pays souffrent des incertitudes qui affectent les travaux de législation comparée : la politique de chaque pays étant largement déterminée par des éléments qui lui sont propres, ceci réduit d'autant la portée des comparaisons.

Pourtant, s'il serait audacieux de prétendre que la coopération internationale a permis aux différents pays d'établir une politique commune de lutte contre la drogue, les politiques nationales présentent, dans l'approche qu'elles font du problème, certains traits communs :

Le premier est la modestie des objectifs. Les différents Etats ont pris conscience du fait que l'usage des drogues, notamment par les jeunes, pose un problème profond et complexe, avec lequel ils devront vivre pendant longtemps, et qu'il serait illusoire de prétendre faire disparaître du jour au lendemain. Ceci ne les conduit pas à la résignation, au contraire, mais certainement à une analyse plus lucide du phénomène, exprimée notamment dans les rapports d'ensemble qui lui ont été consacrés par divers pays.

Le second aspect est un certain réalisme dans l'appréciation des moyens disponibles. La politique des Etats-Unis se détourne des traitements comportant hospitalisation, car celle-ci est apparue comme la formule la plus coûteuse par rapport à son efficacité. De même, si certains pays ont libéralisé le régime juridique applicable à la marijuana, ou envisagent de le faire, c'est pour des raisons doctrinales ou philosophiques, mais surtout parce qu'il est impossible d'assurer techniquement, sauf à prévoir des effectifs de police démesurés, la répression qui demeurerait prévue par les textes pour une pratique largement répandue.

Enfin, un troisième trait commun aux diverses politiques mises en œuvre est leur caractère global. Aucune ne se fonde sur une seule solution ou un seul type d'action. Toutes combinent, dans des proportions variables, répression du trafic, procédure judiciaire, prévention, information, traitement et réinsertion, généralement par la coexistence de formules multiples, de différents types d'établissements, dans une perspective très affirmée d'expérimentation et d'ouverture.

Le plus frappant peut-être est que de nombreux pays, tout en appliquant à la toxicomanie un système juridique qui n'est pas fondamentalement différent de celui de la France, l'abordent avec un tout autre esprit, en le considérant comme un problème parmi d'autres, sans l'entourer des voiles alternés de l'ignorance, du sensationnel et du prophétisme dont il est souvent recouvert dans notre pays.

CHAPITRE VIII

Le phénomène de la drogue : à la recherche d'explications.

La toxicomanie est un phénomène si complexe que la tentation est grande de le réduire à quelques causes, ou mieux, à une seule, à partir de laquelle tout s'ordonnerait et dont découleraient logiquement solutions et traitement. Cette tentation est renforcée par la difficulté d'échapper aux réactions conflictuelles ou agressives, aux implications affectives suscitées par le toxicomane.

Les interprétations psychologiques et/ou sociologiques qui sont généralement proposées sont rejetées par certains, à la recherche d'une explication purement biologique fondée sur l'hypothèse d'une appétence particulière à la drogue que présenteraient certains sujets en fonction, par exemple, d'un déficit congénital.

Le problème qui n'est pas nouveau, et qui s'est déjà posé par exemple pour la schizophrénie ou la dépression, réside dans la difficulté fondamentale d'évaluer, chez l'être humain, la part respective de l'inné et de l'acquis.

L'aptitude à réagir aux drogues, comme la sensibilité à la frustration, comportent des variations individuelles notables. S'expliquent-elles uniquement par le substrat biologique ? Elles font appel à l'histoire individuelle et aux mécanismes adaptatifs progressivement élaborés, tenant compte bien sûr des réactions émotionnelles, c'est-à-dire utilisant les circuits physiologiques, aussitôt modifiés par les fonctions supérieures et l'expérience.

Les recherches fondamentales actuellement menées sur les endorphines, évoquées au chapitre I, devraient permettre de mieux comprendre la susceptibilité individuelle aux opiacés, dont la variabilité n'est pas plus discutable que celle de la réaction à l'alcool.

L'ampleur des perspectives ouvertes par de tels travaux est considérable. Ils méritent d'être développés, diffusés et intégrés dans une perspective pluridisciplinaire, afin d'écarter le risque de chercher à réduire à une conception purement mécaniste le comportement humain dans sa diversité.

Sans passer en revue l'ensemble des autres théories actuellement proposées comme explication du phénomène de la drogue, la Mission croit utile de faire état de celles qui sont le plus généralement retenues et dont peuvent découler des propositions d'action. *Il n'existe pas à ses yeux une causalité unique, mais bien un faisceau d'explications dont aucune n'exclut les autres et dont seule la prise en compte globale peut permettre une meilleure appréhension du phénomène.*

Il a été dit que la décision individuelle de recourir à la drogue résulte de la rencontre d'un individu et d'un produit dans un environnement donné. Il n'est pas besoin de revenir ici sur l'analyse de la drogue dans son aspect « produit », c'est-à-dire sous l'angle de l'offre. Tout au plus paraît-il nécessaire de nuancer les explications de l'usage de la drogue qui reposent exclusivement sur la disponibilité du produit, et sur la politique commerciale pratiquée par les trafiquants.

Sans doute ces éléments jouent-ils un rôle, en particulier dans l'apparition d'un problème de drogue qui n'existait pas auparavant. Mais lorsque celui-ci est installé, on peut penser que même dans l'hypothèse improbable où l'on parviendrait à un « assèchement » total du marché, les problèmes — sociaux et individuels — qui s'expriment dans l'usage de drogue subsisteraient et devraient trouver une autre expression. D'autant que l'on constate assez généralement que le produit tend à prendre une importance secondaire par rapport à la signification globale du comportement toxicomane.

A. — Société et adolescents d'aujourd'hui.

1. — **La crise de la société contemporaine a été souvent décrite** : une société fondée sur l'anonymat, où les communautés intermédiaires — famille, associations, collectivités — jouent un rôle restreint, laissant l'individu libre mais livré à lui-même ; l'indifférence généralisée, la faiblesse de la vie affective, parfois même au sein de la famille, la pauvreté des échanges entre individus, la juxtaposition des solitudes au sein de la « foule solitaire » ; la crise des institutions : famille, Eglise, école, etc. ; la perte de confiance dans les valeurs et les normes traditionnelles que ne compense pas la valorisation excessive de la seule réussite matérielle.

A ces changements, certains aspects du développement urbain — grands ensembles, insuffisance des équipements, etc. — ajoutent leurs effets. Ils font naître un sentiment de ne pas disposer de l'espace et de ne pouvoir le maîtriser, qui renforce les jeunes dans leur impression d'appartenir à un ghetto ; mais l'absence de liens dans le passé, de communication dans le présent, ne permet pas la solidarité habituelle aux sociétés d'exclus.

2. — Au sein de cette crise d'ensemble, prend place **une crise, sans doute plus aiguë encore, de l'adolescence et de la jeunesse**, phénomène classique qui revêt aujourd'hui une autre dimension. L'explosion démographique, en renforçant la part relative des jeunes, leur donne le sentiment d'un certain pouvoir lié à leur nombre et d'une angoisse qui en résulte aussi. Malgré leur poids, les jeunes ne sont pas en position favorable et ils le savent.

L'insécurité qu'ils ressentent est renforcée par une mobilité sociale accrue. *Pendant des siècles, une société à dominante rurale a reproduit à chaque génération les schémas et les normes de la génération précédente* : le jeune succédait à son père et exerçait la même profession. L'avenir n'était pas toujours exaltant,

mais avait le mérite d'être défini, donc sécurisant. A cette phase ont succédé la mobilité, le changement des valeurs, des structures, des professions : le jeune a, en théorie, d'autres choix que d'imiter son père ; il court aussi le risque de ne pas savoir quoi faire, de recevoir une formation qui ne mène à rien, de ne pas trouver d'emploi.

Cette insécurité est d'autant plus grande que la situation économique des adolescents et des jeunes n'est pas définie. La société leur tient un double et contradictoire langage : elle les incite, par les moyens d'information, à se conduire — et à consommer — en adultes. Dans le même temps, elle les maintient, en reportant paradoxalement l'âge d'entrée dans la vie active, alors que l'âge de la puberté s'abaisse sensiblement, dans une situation de dépendance économique. C'est là un bel exemple de ces situations de double contrainte (« double bind »), dont on a décrit, sur le plan individuel, le caractère pathogène (1).

Or, ces diverses contraintes sont de moins en moins bien supportées dans les sociétés occidentales, du fait de la moindre lutte pour l'existence qui, paradoxalement, fragilise les individus. On ne supporte plus la mort, la souffrance, l'incertitude, le simple fait de différer la satisfaction du désir. Comme le souligne E. Morin (2), la « faille socio-culturelle » entre l'adolescent et l'adulte est, de ce fait, beaucoup plus grave, car les parents, eux-mêmes en proie à l'incertitude, se trouvent démunis à l'égard de leurs enfants, auprès desquels ils ne peuvent plus assurer un rôle jusqu'alors défini.

Les parents sont angoissés ; non seulement ils ne reconnaissent plus leur rôle ancien, mais ils n'en ont pas trouvé de nouveau. Ils ne sont plus détenteurs de références et de savoir, d'une culture et de ses valeurs. Le rythme du développement technologique accroît le décalage entre parents et enfants, entraînant l'inégalité des connaissances, l'emploi de langages différents, les défaillances de la communication.

Pour s'en tenir à l'aspect le plus superficiel, jeunes et adultes tendent à s'instituer comme deux catégories distinctes entre lesquelles la communication passe peu ou mal. La jeunesse a son mode de vie, ses valeurs, ses rites, sa « culture » dont font partie les cheveux longs, les jeans, la moto, la pop music, etc., tout un ensemble que les adultes, en général étrangers et hostiles, ne cherchent pas à comprendre, sauf certains qui essaient — attitude qui n'est pas mieux adaptée — de s'y intégrer.

3. — Faut-il pour autant accuser la société, les parents, ou les jeunes, des conflits inéluctables qui apparaissent dans un monde en changement ?

L'adolescence, on le sait au moins depuis Freud, a toujours été une période de quête de l'identité, recherche qui ne se fait ni sans heurts, ni sans anxiété. Elle s'élabore en partie par des comportements de transgression des normes établies par les adultes, qui donnent à l'adolescent la possibilité de s'affirmer.

(1) P. Watzlawick, S. Helmick-Beavin, D. Jackson : « Une logique de la communication ».

(2) Edgar Morin : communication orale.

Il le faisait traditionnellement par une rivalité avec le père pour s'identifier enfin à lui ou aux « pères » sociaux, aînés ou éducateurs. *Ce mécanisme supposait une société, une famille sûres d'elles-mêmes et de ce qu'elles incarnent* (1).

Or, le rôle de l'adulte comme objet d'identification devient de plus en plus faible par rapport à celui des camarades du même âge, tandis que les éducateurs, incertains eux aussi de leur propre rôle, facilitent ce glissement qui accentue l'écart entre les générations.

En même temps, les rites d'initiation qui permettaient de subir des épreuves, de transgresser des tabous, de braver l'autorité sociale, donnant l'occasion à l'adolescent de s'affirmer, se dégradent. Des rites classiques comme le service militaire, l'accès à la vie sexuelle, l'entrée ritualisée dans la vie professionnelle, ne jouent plus ce rôle.

Reste donc à trouver une transgression de l'interdit qui, dans une société « permissive », se voit progressivement éloignée par un « report des limites » dont l'effet n'est pas toujours positif. Car il ne suffit pas de libéraliser, c'est-à-dire de rendre possible une conduite, pour qu'elle puisse être réellement intégrée par ceux qui bénéficient de cette libéralisation (2).

La crise des générations, les conditions économiques et sociales nouvelles (travail des femmes, etc.) privent la famille du rôle qui était le sien. L'école prend d'autant plus d'importance que la famille s'efface et que souvent les parents s'en remettent à elle du destin de leurs enfants. En même temps, le poids de l'école contribue à dévaloriser la famille, car elle apparaît comme un système de pouvoir dans lequel les décisions (sélection, orientation vers telle section ou vers les classes de transition, etc.) concernent les enfants sans que les parents puissent y prendre part et souvent même sans qu'ils en perçoivent le sens.

Ayant assuré pendant des générations un rôle irremplaçable de formation, de régulation de la promotion sociale, de maintien des conformismes sociaux, l'école n'est plus en mesure de remplir ni ce rôle ancien, ni le rôle nouveau dont les familles voudraient se décharger sur elle. Alors que la durée de la scolarité se prolonge, les jeunes, à des degrés variant avec leur milieu socio-culturel et leur adaptation sociale, subissent l'école avec ennui ; parfois même ils donnent l'impression d'y être parqués, d'y attendre la sortie vers une vie active qu'ils ne sont guère préparés à affronter. *Et cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle n'est pas toujours perçue par l'institution scolaire : celle-ci n'a pu évoluer aussi vite qu'une société qui la charge d'une mission peut-être impossible.*

(1) Gérard Mendel : « La crise des générations. La révolte contre le père. »

(2) Jean Bergeret : Communication orale.

B. — Marginalité et déviance.

Ces adolescents plus nombreux, qui se situent mal dans une famille en mutation, qui s'ennuient dans une école aux débouchés incertains, qui ne trouvent pas leur place dans une société en crise qui ne sait comment les accueillir et dont ils contestent les valeurs, que demandent-ils ? Ils refusent tout système de référence, réclament des raisons de vivre, des certitudes.

Paradoxalement, la meilleure connaissance du monde extérieur qu'ont les jeunes leur rend plus insupportable leur impuissance réelle ou supposée. Ils ont le sentiment d'être privés de liberté, placés dans une situation où leurs propres projets sont considérés comme négligeables, et finalement de ne pouvoir exercer aucune influence sur l'organisation de leur vie et de leur avenir. Ils demandent de nouveaux rapports sociaux, de nouvelles formes de communication, réclament en fait un rôle et un statut.

En réponse à cette quête sans issue, P.-H. Chombart de Lauwe (1) décrit trois types de comportements : les jeunes soit entrent finalement dans le système, même s'il leur arrive de le critiquer, soit s'engagent dans une action politique constructive, soit enfin rejettent les règles de la société ou rompent totalement avec elle.

Dans ce dernier cas, les passages à l'acte ne sont pas identiques : *la violence, l'errance, l'exaspération des conduites érotiques, certaines conduites suicidaires ou psychopathologiques sont autant d'expressions diverses de la même impossibilité de se faire entendre, de s'adapter aux normes.*

Bien sûr, la déviance a toujours existé, dont Durkheim a bien montré qu'elle ne se réfère pas à une norme théorique, mais à un jugement social : « la variable stratégique importante n'est pas la personne accusée de déviance, mais la réaction des collectivités auxdits actes... Le déviant est donc celui qui est étiqueté comme tel, la conduite déviante est celle qui est stigmatisée comme telle par la collectivité ». Et plus une société se sent incertaine, voire menacée, moins elle tolère ceux qui la contestent.

L'analyse de la déviance permet d'expliquer les divers interdits dont les sociétés ont depuis toujours frappé l'usage de substances toxiques (peine de mort au ^{xvi}^e siècle, en Russie, pour l'usage du tabac, prohibition aux Etats-Unis, etc.). Alors que l'alcool est largement admis dans les sociétés occidentales, il est interdit dans les sociétés de tradition musulmane : c'est l'inverse pour le haschich.

La consommation de substances illicites risque d'entraîner les utilisateurs dans la marginalité, qui peut être assumée délibérément comme un non-conformisme, une forme autre d'existence ou d'identité, où le sujet trouve une réponse à sa quête, ou dans la marginalisation, le plus souvent subie, qui enferme le toxico-mane dans la déviance où il retrouve délinquants, errants, voire suicidants.

(1) P.-H. Chombart de Lauwe : « La culture et le pouvoir. »

A l'égard des marginaux, ou des marginalisés, la société a toujours montré une constante ambivalence. Dans la mesure où elle se croit ou se voudrait libérale, elle comprend, explique, voudrait refuser la différence. Le toxicomane, d'une certaine façon modèle du déviant, lui jette un défi : jusqu'où aller dans la tolérance ? Faut-il soigner, punir ou récupérer ? La société libérale est alors renvoyée à sa contradiction : peut-elle exister sans limites, sans interdits, et où les situer ? C'est cette contradiction que le toxicomane manipule et qui en fait un provocateur, au sens que les sociologues donnent à ce mot.

C. — La toxicomanie : une conduite marginale ou déviante parmi d'autres ?

En abordant cette question, il convient, comme dans l'approche des comportements déviants chez l'adolescent, de « se défendre de deux jugements à priori extrêmes : l'un selon lequel ce comportement ne peut être que le symptôme d'un déséquilibre mental grave, l'autre qui n'y voit que la simple expression d'une mode sévissant dans la jeunesse actuelle » (1).

I. — Toxicomanie et troubles de la personnalité.

Hormis la conception plus « organiciste » évoquée au début de ce chapitre, *la recherche des explications aux comportements toxicomaniaques s'est plutôt orientée en France, au moins il y a quelques années, vers les aspects psychologiques, voire psychiatriques.*

La difficulté apparaît quand il s'agit de pondérer l'importance relative de ces troubles de la personnalité et de les caractériser. Sans entrer dans le détail des débats de spécialistes, on peut cependant souligner que l'idée d'un « profil psychologique » particulier du toxicomane apparaît désormais comme une question piège plus que comme une piste de recherche. La tendance actuelle serait plutôt de parler de conduite toxicomaniaque, appelée alors « conduite d'intoxication volontaire » (2), ce qui met en évidence non plus la personnalité, mais le comportement. Cette distinction a l'avantage de ne pas figer une conduite qui pourra se modifier ou s'inverser, d'éviter le risque qui consisterait à « médicaliser » voire à « psychiatiser » la prévention et le traitement en excluant les aspects sociaux, et enfin de ne pas signifier que le toxicomane est « autre ».

Sans doute la catégorie des grands toxicomanes aux drogues « dures » comporte-t-elle une part importante de sujets atteints de troubles sévères de la person-

(1) D. Wildlöcher, in « Revue du praticien », 1976, p. 2928.

(2) J.-M. Oughourlian : « La personne du toxicomane. »

nalité, ou de troubles mentaux caractérisés qui en rendent difficile la prise en charge en dehors de milieux spécialisés. Mais ce n'est pas la majorité.

Une place plus importante paraît être prise aujourd'hui par de jeunes « déviants » ou marginalisés, dont le malaise s'exprime par diverses conduites d'inadaptation, le recours à la drogue — le plus souvent sous forme d'une toxicomanie polymorphe, « sauvage », sautant d'un produit à l'autre — n'étant qu'un comportement parmi d'autres, qui ne semble plus présenter de caractère spécifique.

Ces conduites paraissent trouver un support commun dans l'ennui, qui s'exprime aussi par des actes agressifs de toute nature (vandalisme, vols, viols collectifs, etc.). La pauvreté des investissements affectifs, la perte d'idéal aboutissent à l'apathie : rien n'est conforme au désir, rien ne peut le susciter.

L'ennui tient aussi à la modification, parfois à la disparition, du rôle de l'imaginaire. Les moyens audiovisuels imposent leurs images, l'individu n'est plus l'inventeur de ses rêves. Au cinéma, à la télévision, tout est vu tout de suite, l'imagination n'intervient plus comme médiateur entre le désir et sa réalisation. La drogue apparaît dans cette perspective comme le moyen de réintroduire la médiation du rêve, de se créer son univers onirique personnel.

Sans rêve et sans rôle, n'acceptant pas de modèle, l'adolescent parvient à une inhibition de ses relations : un adulte en vaut un autre, c'est-à-dire rien. La passivité s'installe et un pseudo-conformisme de façade ne dissimule pas un morne conformisme de fond. S'il n'est pas un élément nouveau, le « spleen », l'ennui, semble aujourd'hui — quel est le rôle des moyens de diffusion de masse, mais aussi de la morosité qui affecte une part accrue de la population adulte ? — s'étendre à un plus grand nombre de jeunes. A cet ennui, symptôme de groupe, peuvent être rattachés les états dépressifs (1), de degrés divers, de sujets qui cherchent dans la toxicomanie un soulagement à leur angoisse. Ces états dépressifs pourraient révéler des structures névrotiques correspondant le plus souvent à une toxicomanie « moyenne », alors que les structures psychotiques faciliteraient l'appétence ou la dépendance aux drogues « dures », la rencontre avec le produit étant dans les deux cas un élément nécessaire.

Bien sûr, ces classifications appellent des réserves et sont atténuées par les variations individuelles. *Mais certains psychiatres vont jusqu'à penser que les conduites toxicomaniaques moyennes peuvent être, pendant un certain temps, un moyen d'éviter le pire (suicide ou conduite délinquante grave).*

II. — La « drogue » et ses significations.

Dans ce contexte, la « drogue », pour s'en tenir à une étiquette globale qui couvre en fait des réalités plus nuancées, revêt des significations diverses, qui ne sont pas exclusives les unes des autres :

(1) Etudiés notamment par J. Bergeret.

— s'agit-il d'un phénomène qui résulte de l'engouement pour quelque chose de nouveau ou est-ce l'esquisse de valeurs nouvelles, voire d'une autre forme de société ? N'est-ce pas aussi un des éléments de ce qui est décrit aujourd'hui comme culture ou « contre-culture » des jeunes, comme une des données, reconnue même par ceux d'entre eux qui ne la pratiquent pas, de la solidarité qui les réunit ?

— c'est un lien entre les jeunes, *le support d'une communauté, réelle ou illusoire, où la communication fonctionne* et où le jeune cherche la chaleur, l'échange qu'il n'a pas trouvés ou qu'il a refusés à la maison, à l'école. Il y a en particulier, dans la consommation des dérivés du cannabis, un aspect convivial que le terme de « joint » et la manière de le passer de l'un à l'autre expriment symboliquement ;

— la drogue est le moyen d'exprimer une angoisse, une demande, un langage auquel on a recours quand aucune autre manifestation n'est possible. L'expression même de « se défoncer » est, à cet égard, révélatrice. Se défoncer, c'est tourner vers soi-même un message, sans doute de violence, qui ne trouve d'autre issue que l'autodestruction ;

— ce langage peut être aussi le substitut d'actions de solidarité qui n'existent plus. Dans le même sens, la drogue et la mystique qui l'entoure pour certains, ne tient-elle pas le rôle que paraissent remplir par ailleurs le regain du mysticisme, le développement rapide des sectes, etc. ? L'aspiration légitime des jeunes à croire à quelque chose qui donne sens à leur vie ne trouve plus son aliment dans la foi religieuse traditionnelle. *Seul peut-être, le militantisme, dans ses formes classiques — parti politique, syndicalisme — ou nouvelles — mouvement écologique — etc., lui offre-t-il une issue : il exclut en tout cas généralement le recours à la drogue ;*

— *la drogue est aussi l'une des dernières possibilités de transgression.* Puisque la transgression sexuelle n'existe pratiquement plus, que la plupart des règles sont contestées, le recours à la violence et à la transgression passe par l'utilisation et la transformation de son propre corps, avec le risque assumé, voire recherché, du jeu avec la mort, comme avec la folie, parce que « les toxicomanes ont le sentiment, unique dans l'espèce humaine, qu'ils peuvent toujours recommencer » (1). Élément important il y a quelques années, notamment après 1968, le rôle de la transgression paraît aujourd'hui s'estomper devant celui de l'ennui (2) ;

— enfin la drogue devient pour certains la recherche d'une nouvelle forme de relation au corps, d'un nouveau rapport au plaisir, où l'adolescent croit découvrir la possibilité de se trouver lui-même, de définir son identité. *Le dialogue impossible avec les parents et les adultes, plus généralement avec l'autre, devient alors dialogue initiatique avec son corps.* Cette possibilité de se retourner en soi pour devenir sa propre source de plaisir, qui fonde le rapprochement, souvent noté, entre la toxicomanie et l'autoérotisme, peut aussi évoquer les recherches d'un nouveau rapport avec le corps qui intéressent une certaine fraction de la société (sexologie, naturisme, etc.).

(1) Claude Olievenstein : Psychologie du toxicomane, in « Esprit ». Janvier 1972.

(2) Dr Tomkiewicz : Communication orale.

Le leurre apparaît plus ou moins vite par le biais de la dépendance et du « manque », mais on ne peut nier qu'au début existait cette recherche du plaisir pris, en soi-même, avec la drogue. Lorsque l'intoxication est chronique et sévère, le caractère régressif de ce comportement est évident, quels que soient les discours ou les expressions artistiques que certains y associent. Chez les toxicomanes aux drogues « dures », surtout chez ceux qui « se piquent », ce rapport au corps, à la recherche du plaisir au moyen de la seringue, devient vite un rapport douloureux. La quête du plaisir par la drogue devient alors la recherche du soulagement de la souffrance. Une préoccupation unique, la quête de la drogue, envahit le champ de conscience à l'exclusion de tout autre intérêt.

— Cette quête, la vie forcément parallèle qu'elle entraîne, peuvent faire illusion et laisser croire que le toxicomane vit une aventure, satisfait ses passions, trouve son plaisir. Cette représentation est induite par le toxicomane qui, enfermé dans son univers, isolé par la drogue, veut y entraîner les autres. *Le prosélytisme* (1), *qu'il soit délibéré et pervers, ou qu'il ait pour but de soulager l'anxiété de celui qui ne supporte plus son exclusion, est une constante du toxicomane* : celui-ci a besoin de convaincre les autres pour se convaincre lui-même ; leur faire partager son « plaisir » devient aussi un moyen de le banaliser, d'atténuer la culpabilité ou le sentiment d'exclusion. La fascination que provoquent facilement les conduites déviantes explique que certains jeunes se laissent séduire : ce sont surtout ceux qui appartiennent à la population que l'on a appelée « drogable ».

III. — Le contexte : des éléments favorisants.

A ces éléments s'ajoutent deux ordres de faits qui jouent probablement un rôle favorisant des conduites toxicomaniaques.

a) Le premier est constitué par l'accroissement de la mobilité sociale, la diffusion d'une culture d'évasion, le goût et la facilité des voyages qui rendent plus faciles à la fois la circulation de la drogue et la circulation des éventuels « drogués ». Le recours à la drogue apparaît ainsi comme un phénomène cosmopolite, en quelque sorte exotique, qui n'est pas sans engendrer chez certains adultes une réaction de xénophobie. Comme s'il y avait de la part des jeunes une sorte d'inconvenance à préférer des herbes d'origine lointaine à une production bien française comme le « gros rouge » qui a été, et reste, la « drogue » populaire.

b) Un second élément essentiel est ce qu'on pourrait appeler *l'irruption du médicament dans la vie contemporaine*. Nous vivons une civilisation de la pharmacologie, dans laquelle l'idée de modifier l'état ou l'humeur du sujet par l'emploi d'une substance chimique est devenue la chose la plus naturelle du monde. Que ce soit chez le nourrisson, pour qui le sirop calmant remplace la fessée du soir, que ce soit chez l'adulte ou le vieillard qui ne peuvent dormir ou sont angoissés,

(1) Qui découle également de la nécessité financière.

que ce soit en milieu hospitalier, asilaire ou carcéral, barbituriques, psychotropes et tranquillisants sont quotidiennement présents.

Ce problème n'est pas propre à la France. Comme le souligne la commission Le Dain (1) : « Notre société fait un usage important de drogues de toutes sortes à des fins non médicales. Dès la plus tendre enfance, nous sommes conditionnés et amenés à penser qu'il y a un remède pharmaceutique à tous les maux. Nous vivons dans une ère chimique et les drogues font partie de notre vie... »

A cette omniprésence du médicament, on ne voit pas par quel miracle seuls les jeunes échapperaient et comment ils pourraient éviter de commencer à la maison, par prélèvement sur la pharmacie familiale, un chemin qui peut les conduire à des cocktails plus explosifs.

*
* *

Au total, même s'il est difficile de pondérer l'importance respective de ces différents éléments, il est possible de recenser un ensemble de traits propres à la société contemporaine, et qui constituent l'environnement dans lequel s'insère le recours à la drogue. Mais celui-ci résulte bien évidemment d'un choix qu'expliquent peut-être des considérations individuelles ou familiales.

D. — Le drogué, sa famille et son image.

Si la drogue est bien un langage parmi d'autres modes d'expression possibles, la question reste de savoir pourquoi à tel moment, tel individu au sein d'une catégorie déterminée choisit ce langage, cette conduite, de préférence à tous les autres.

Les recherches sur le rôle des éléments personnels dans la genèse de la toxicomanie mettent en évidence une origine plausible dans les cas de toxicomanie graves : la drogue permettrait à l'adolescent profondément perturbé de réduire les tensions et les troubles nés de conflits relationnels auxquels il ne voit pas d'autre issue.

D'après les rapports canadiens et hollandais déjà cités, ces éléments personnels joueraient un rôle important dans la période critique entre l'initiation et la dépendance, c'est-à-dire dans le passage d'un comportement occasionnel, expérimental, maîtrisé, à une conduite « d'intoxication » caractérisée.

(1) Commission Le Dain, rapport provisoire, p. 220.

I. — Les données individuelles et familiales.

En France, deux études, l'une de l'I.N.S.E.R.M. (1), l'autre menée par le Centre de formation et de recherche de l'Education surveillée à Vaucresson (2) se sont efforcées de cerner le rôle des éléments individuels et familiaux.

L'étude de l'I.N.S.E.R.M., effectuée en 1972, qui a porté sur un échantillon d'un millier de jeunes ayant fait usage de drogue, montre que les jeunes déviants sont bien plus fréquemment originaires de familles désunies que les autres jeunes. Parmi eux, les toxicomanes présentent l'histoire parentale la plus perturbée.

Les motivations du recours à la drogue les plus fréquemment invoquées par les intéressés sont la curiosité et la recherche d'évasion ; celles qui leur sont le plus souvent prêtées par les autres jeunes — par exemple dans une autre étude de l'I.N.S.E.R.M. sur 2.400 lycéens, (3) — sont « oublier le monde quotidien, échapper à l'ennui » et « diminuer l'anxiété, augmenter la confiance en soi ». Ceci confirme l'importance du rôle de l'ennui évoqué ci-dessus. L'étude conclut que « le désir de faire comme les autres, c'est-à-dire la mode, la curiosité, l'offre par les camarades, la recherche de sensations neuves... joue à l'évidence un rôle dans la diffusion des drogues. Mais l'installation dans la toxicomanie « lourde » et la polytoxicomanie traduit souvent le poids des problèmes personnels, sociaux, familiaux, et relationnels ou psychopathologiques qui ont pu être mis en évidence ».

Deux sondages réalisés en 1969 et 1971 par le Centre de formation et de recherche de l'Education surveillée sur des échantillons — malheureusement peu nombreux — de mineurs de vingt et un ans permettent des constatations analogues concernant le milieu social d'origine des toxicomanes, les perturbations familiales et les difficultés de leurs relations avec leurs parents.

En dépit de leur qualité, le caractère parcellaire de telles études, qui auraient dû être complétées par un ensemble de recherches, comme la Mission le précisera au Ch. X, ne permet guère de conclusions générales. Tout au plus peut-on noter quelques composantes qui paraissent relativement constantes, mais qui étaient déjà connues dans l'étude de la délinquance et ne présentent pas de caractère spécifique : une famille dissociée, ou « fonctionnant mal » lorsqu'elle est en apparence unie ; l'effacement du père, même lorsqu'il n'est pas physiquement absent, ou au contraire sa violence ; les attitudes rigides, possessives, de la mère ; plus généralement une carence affective, une défaillance dans la communication parents/enfants qui apparaît souvent dès le plus jeune âge. Ce dernier point ouvre *une perspective qui doit améliorer la compréhension du phénomène, et non conduire à la conclusion simpliste que tout est la faute des parents.*

(1) F. Davidson, M. Choquet : I.N.S.E.R.M. 1972.

(2) P. Segond, Centre de formation et de recherche de l'Education surveillée, 1969-1971.

(3) F. Davidson, M. Choquet, M. Depagne : I.N.S.E.R.M. 1973 : étude non publiée mais dont les résultats sont analysés dans l'ouvrage de J.-P. Frejaville et F. Davidson : « les jeunes et la drogue », 1977.

Ce défaut de la communication peut apparaître dans tous les types de familles et dans tous les milieux, et n'est lié ni à la désunion, ni à la désinsertion sociale. Lorsqu'il s'agit de familles dissociées, perturbées par la maladie physique ou mentale, les difficultés d'intégration sociale, la toxicomanie peut être alors comprise comme un symptôme du dysfonctionnement parmi d'autres. Mais elle n'est pas le propre de ces familles.

A l'extrême, l'histoire de certains jeunes concentre tous les éléments qui viennent d'être évoqués : marginaux avant d'être toxicomanes, faisant alterner ou coïncider délinquance et toxicomanie, ils sont, pour une part croissante, des enfants d'exclus ou de migrants : adolescents élevés par l'aide sociale à l'enfance, ou pratiquement abandonnés, issus de milieux mal assimilés, *n'ayant jamais rencontré une institution qui ne les ait rejetés*, sans ressources matérielles, affectives ou culturelles, ils constituent une population qui va de la prison à la rue, prise en charge par les équipes de prévention, mais qui apparaît moins à l'hôpital ou dans les consultations. L'abandon familial, l'échec scolaire, l'absence de tout intérêt social, professionnel, culturel, l'ennui, leur font chercher un refuge et l'expression de leur exclusion, dans une drogue qui est souvent l'alcool, seul ou associé à d'autres produits toxiques. Ce cas extrême confirme à la fois qu'on ne peut séparer la toxicomanie des autres conduites déviantes, et que les données individuelles et sociales s'imbriquent et s'aggravent mutuellement.

II. — Les toxicomanes et leurs parents.

La diversité des statuts sociaux, économiques et culturels des familles de toxicomanes témoigne qu'il *n'existe pas une « famille de drogué », pas plus qu'un « cause de la toxicomanie »*. Et il n'y a pas non plus un « modèle type » de parents de toxicomanes puisqu'on reproche à ceux-ci, de façon paradoxale, à la fois leur rigidité et leur laxisme.

Mieux vaut reconnaître qu'il *n'est pas simple d'être parents aujourd'hui et que cela demande à la fois beaucoup de force et beaucoup de nuances*. Les parents ne doivent, en effet, être ni trop angoissés par leurs incertitudes, fournissant un modèle qui ne permet pas l'identification. Ni trop rigides : ils sont rejetés ou induisent une passivité qui n'est pas structurante. Ni trop permissifs ou complices, ne constituant pas l'axe de résistance sur lequel les adolescents vont se construire une personnalité stable : l'évitement du conflit dans le milieu familial entraîne une carence dans la dynamique évolutive de l'enfant.

Mais ces principes admis, où peut-on rencontrer des parents idéaux, stables, capables de doser conflits et tendresse, de remédier aux carences de l'école ou de la société ? L'authenticité de la relation, une affection que chacun reconnaît chez l'autre, et le droit à l'erreur admis pour tous, semblent les bases nécessaires d'une éducation compréhensive ; celle-ci requiert des parents qui osent être des adultes, détenteurs d'une loi, permettant ainsi aux enfants de se « poser en s'opposant » mais avec assez de nuances, pour éviter le mécanisme du « tout ou rien » familial à ceux-ci.

Face à la drogue, les parents sont brutalement confrontés à deux données qui se renforcent l'une l'autre ; *d'une part, une absence d'information, qui les met en mauvaise position pour discuter avec leurs enfants ; d'autre part, une angoisse qui les amène à dramatiser tout contact avec la drogue, même s'il ne s'agit que d'une consommation épisodique de haschich.*

L'origine d'une telle dramatisation tient sans doute à ce que la découverte d'un premier contact avec la drogue peut révéler subitement l'absence d'une communication authentique entre enfants et parents, ce à quoi ces derniers ne peuvent réagir que de cette façon.

Il est indispensable alors de tenter de comprendre et de conserver ou de rétablir le dialogue avec l'adolescent. S'il s'agit d'un premier contact occasionnel avec les drogues dites « douces », il est souhaitable que les parents puissent saisir cette occasion de comprendre, sans surestimer mais sans négliger son importance, la signification de ce comportement.

Les choses sont plus complexes s'agissant de parents de toxicomanes « lourds », dont les réactions peuvent aller d'une attitude de rejet, souvent signalée lorsque les enfants ont déjà souffert d'une désinsertion familiale et sociale, à des relations de fusion dans lesquelles les parents accompagneront leurs enfants tout au long de l'itinéraire cruel des rechutes et des espoirs (1). Quelle que soit l'hypothèse, et en dépit des difficultés, il est souhaitable en tout état de cause que les parents puissent s'exprimer et être entendus : les groupes de parents peuvent offrir à cet égard une possibilité intéressante, surtout quand ils sont « ouverts » et ne se limitent pas aux seuls parents de toxicomanes.

III. — Drogues et « drogables ».

L'attitude des jeunes non toxicomanes à l'égard de la drogue n'a fait l'objet que de l'étude précitée de l'I.N.S.E.R.M. et de quelques sondages. Or, à consacrer l'essentiel de la réflexion aux toxicomanes et leurs motivations, on risque de perdre de vue un autre aspect — d'une égale importance — et qui paraît décisif quant à la possibilité d'une politique de prévention : c'est le fait qu'un nombre important, et semble-t-il encore majoritaire, de jeunes, ne recourt pas à la drogue, pour des raisons qu'il serait fondamental de connaître et de conforter.

L'enquête de l'I.N.S.E.R.M. a porté en mai-juin 1971 sur un échantillon de près de 2.400 lycéens et a cherché notamment à faire apparaître des corrélations entre le degré d'information des intéressés, l'adaptation de leur comportement à l'environnement social, et les risques de les voir recourir à l'usage de drogue. Elle a mis en évidence l'importance de la consommation d'alcool, de tabac et de médicaments chez les lycéens, et le fait que, dans ce groupe de consommateurs de drogues licites, la tendance est à minimiser les dangers des drogues illicites.

(1) B. Orsel : Communication orale.

Elle a fait apparaître, d'autre part, l'existence de deux groupes à « haut risque », l'un correspondant à des personnalités expansives, non conventionnelles, actives (1), ouvertes aux autres, sociables et opposantes, l'autre au contraire, constitué de jeunes peu expansifs, isolés, sans amis, mal à l'aise en famille, en classe, en groupe, et marqués par l'ennui. A ces deux catégories, semblent correspondre, lorsqu'ils y ont recours, deux modes d'usage de la drogue. Chez les premiers, la pression d'un groupe, d'une mode, d'un conformisme dans l'anticonformisme, la recherche d'une philosophie ou de plaisirs nouveaux, vont conduire à des expériences plus ou moins durables avec les drogues — dans une perspective sans doute plus de curiosité ou de recherche que de plaisir. Chez les seconds, des facteurs endogènes, anciens et profonds, se surajoutant aux mêmes conditions favorisantes, vont les faire basculer dans l'usage habituel des drogues ou de l'alcool sans qu'ils disposent des atouts qui permettront probablement aux premiers de « s'en sortir ».

L'un des aspects intéressants de recherches de ce genre, devrait être, dans la perspective d'une politique cohérente d'information, de faire apparaître le lien entre le degré d'information des intéressés sur la drogue, et le risque qu'ils y aient recours.

Or, à cet égard, l'étude de l'I.N.S.E.R.M. donne des résultats ambigus puisque les groupes à haut risque sont à la fois celui des individus extravertis et bien insérés qui sont assez bien informés sur les drogues mais ne les croient pas dangereuses, et celui des personnalités introverties et mal à l'aise, qui sont mal informées sur les drogues mais risquent néanmoins d'en faire usage. Ses conclusions permettent simplement d'affirmer que « l'augmentation de l'information sur les drogues accroît la tolérance à leur égard ». Mais, comme le montrent les études faites à la demande de la Mission et dont les résultats sont décrits en annexe V, la lucidité à l'égard des drogues ne signifie pas désir d'en consommer, en particulier pour les drogues autres que les dérivés du cannabis.

IV. — Le toxicomane et son image.

En l'absence d'éléments pour cerner les contours du phénomène, le personnage du « drogué » a suscité quelques images-types, chacune caractéristique d'une tendance de l'opinion. Tantôt responsable de sa déchéance, tantôt victime, le drogué devient cible ou instrument.

Sous-tendues par les motivations plus ou moins conscientes de l'auteur, par sa conception de la société, par ses fantasmes, les descriptions du « drogué » dépendent de ce qui est imaginé du désir du public. L'image du toxicomane agressif, cherchant son plaisir aux dépens de la société, appelle un système répressif ; celle du sujet dépendant, en danger de mort, fait demander un système de soins médicalisés.

(1) On peut penser, bien que l'enquête ne l'indique pas, qu'il s'agit de sujets luttant contre la dépression par l'hyperactivité.

Le plus souvent, le toxicomane est représenté comme opposé à l'ordre social, ce qui permet de l'exclure avec bonne conscience pour préserver l'intégrité du groupe. Mais le personnage passif, suicidaire, introduit une dimension pathologique qui provoque l'inconfort, l'angoisse, même chez le lecteur ou le spectateur. Il ne joue plus le rôle de l'exclu, « réparateur » du groupe, mais fait surgir l'ambiguïté, la mauvaise conscience, le trouble.

Le toxicomane utilise admirablement ces images contradictoires, oscillant du rôle d'inadapté à celui de malade, renvoyant dos à dos ses interlocuteurs : policiers, juges, médecins et journalistes. La malléabilité de son propos en fonction de l'autre explique peut-être qu'il soit repris si facilement et attribué indifféremment à tel ou tel. *Les mass media reproduisent ce langage manipulateur et l'érigent abusivement en discours authentique pour, selon leur tendance, le rejeter ou l'annexer. Or, l'une des caractéristiques du toxicomane est l'évitement du langage et de la relation.*

Ainsi le désir de signer son appartenance au groupe et son exclusion sociale s'exprime par l'argot : une des manipulations les plus réussies du toxicomane consiste à imposer son argot comme symbole d'une connaissance de la toxicomanie et support d'une communication authentique.

Comment informer l'opinion, sortir des pièges tendus par le langage des toxicomanes et leur absence de relation verbale vraie ? Une information moins passionnelle devrait passer par une étude objective, c'est-à-dire ne pas se limiter au seul discours des toxicomanes et de ceux qui prétendent être seuls à les comprendre.

*
**

En donnant au discours du toxicomane le contenu qu'il n'a pas toujours, l'opinion se prête finalement à son jeu. Si elle réagit pour une large part de façon hostile au phénomène de la drogue, c'est sans doute parce qu'il s'agit d'un comportement des jeunes. Peut-être peut-on voir là la marque d'un refus de la société de dialoguer avec sa jeunesse, voire d'un racisme anti-jeunes. Plus profondément encore, faut-il y rechercher l'effet d'un comportement des jeunes qui, sous un aspect passif, non violent et autodestructeur, peut aussi s'interpréter comme attitude de refus agressif de la société des adultes.

Ce rejet du travail, de la trilogie « métro-boulot-dodo », de l'activité, de l'insertion dans les cadres, en un mot de la société, est sans doute ressenti par certains comme une critique, parfois insupportable, de la société qu'ils ont faite et dans laquelle ils acceptent de vivre. Comme si les jeunes leur renvoyaient, ainsi, l'image de ce que leur propre existence peut avoir de médiocre, de routinier et d'insatisfait.

*
**

CHAPITRE IX

Le problème de la drogue et sa mesure.

L'évaluation du problème posé par l'usage de drogue conditionne l'orientation de la politique des pouvoirs publics. Elle peut être abordée par le biais de deux questions :

— *Y a-t-il ou non une unité du problème de la drogue ?*

— *La drogue constitue-t-elle aujourd'hui un problème réel et grave pour la société française ?*

A. — Y a-t-il ou non une unité du problème de la drogue ?

Chargée d'étudier le problème de la drogue dans son ensemble, la Mission a été sensible à la contradiction entre deux constatations :

— d'un côté, ce problème est souvent perçu comme un tout dans lequel sont traités de la même manière et englobés dans la même réprobation, le fumeur occasionnel de « H » et le véritable toxicomane ;

— de l'autre, les analyses qui peuvent en être faites mettent en évidence les nuances qui doivent être apportées et les distinctions qu'il convient d'introduire entre diverses catégories.

I. — Des comportements différents.

La Mission a été ainsi amenée à se demander s'il n'y avait pas, dans cette pratique de l'amalgame, la source d'une incontestable confusion, et si elle ne contribuait pas en fait à occulter la réalité. *Parler du problème de la drogue d'une façon globale, c'est confondre sous une étiquette commune — commode mais trompeuse — des éléments fort divers.* Y a-t-il identité ou communauté entre le lycéen, fumeur plus ou moins occasionnel de « H », et le « grand toxico » accroché à l'héroïne ? La réponse paraît assez évidente : « Les doux fumeurs occasionnels de haschich ne relèvent pas de notre entreprise, nous les tenons pour des adolescents en crise et non pour des drogués. S'aventureraient-ils chez

nous qu'ils seraient fermement rejetés... » (1). Certes, il serait dangereux de substituer au manichéisme souvent pratiqué par l'opinion entre le mal et le bien, une opposition également sans nuance entre les « grands toxicos » et les fumeurs occasionnels de « H ». Ce serait opposer deux clichés et méconnaître, dans un phénomène riche en nuances et fondamentalement mouvant, les gradations qui peuvent exister entre ces deux comportements extrêmes, et le fait que chacun recoupe des situations et des motivations très diverses.

Cependant, à condition d'utiliser cette notion avec prudence et comme se référant à des lignes de force dominantes plutôt qu'à des tendances exclusives les unes des autres, une distinction fondamentale peut être faite entre ces deux aspects opposés de ce qu'on assimile communément sous l'étiquette (retenue jusqu'ici comme si elle exprimait une entité homogène) d'usage de drogue.

La consommation de « H », de façon plus ou moins occasionnelle, ou en tout cas à un rythme peu soutenu même s'il est régulier, paraît maintenant entrer dans les mœurs et intéresse principalement mais non exclusivement le milieu scolaire et universitaire. Elle se réfère, parmi les explications analysées au chapitre précédent, au moins à titre de dominante, à celles qui se rattachent à la crise de la société et à la crise de la jeunesse, plutôt qu'elle ne traduit une pathologie individuelle particulièrement aiguë. Bien sûr, les problèmes psychologiques individuels — notamment ceux liés à l'adolescence — ne sont pas absents chez certains fumeurs de « H » chez lesquels ce comportement peut constituer un « signal d'alarme », un signe de détresse à ne pas négliger. Mais l'essentiel de celui-ci, dans ce qu'il a de fondamentalement collectif, paraît intéresser des thèmes tels que le souci d'affirmer son appartenance à un groupe, voire à une classe d'âge, le désir de transgression d'un interdit (encore que la banalité du geste puisse faire perdre une part de son intérêt à cette motivation), la curiosité, etc. *C'est donc plutôt un phénomène de société, mode d'affirmation nouveau de l'adolescence*, dont la portée, au moins pour les usagers les plus occasionnels, ne dépasse peut-être pas ce que pouvait représenter — jusqu'aux années 50 — le fait d'aller fumer en cachette dans les lavabos, et qui est ressenti par les intéressés comme analogue à ce qu'est, pour les adultes, l'usage modéré de tabac ou d'alcool.

A l'autre extrême, *la vraie toxicomanie, notamment lorsqu'elle recourt à la voie intraveineuse — l'usage de la seringue paraissant souvent marquer un clivage entre les vrais « toxicos » et les autres —* semble exprimer plutôt (dans un environnement social dont le caractère facilitant, voire favorisant, ne doit pas être méconnu) des problèmes à dominante plus individuelle, liés à l'existence de troubles de la personnalité et du comportement et/ou — dans une proportion qui semble actuellement s'accroître — à un phénomène de désinsertion dont le recours à la toxicomanie n'est qu'un mode d'expression parmi d'autres. Il s'agit là d'un mouvement d'un tout autre ordre, dont le précédent ou l'équivalent ne sont pas le fait de fumer des gauloises en cachette, mais l'expatriation, l'engagement, la fugue, la délinquance, la tentative de suicide.

(1) Claude Olievenstein : Op. cit. p. 286.

La Mission considère comme fondamentale la distinction entre deux types de pratique, dont le second seulement mérite réellement le nom de toxicomanie, même si elle souligne le fait qu'il existe toute une gradation de situations intermédiaires. Elle souhaite que la différence qu'elle introduit *entre des comportements*, ne soit pas confondue avec celle qu'il est souvent proposé de faire entre deux types de drogues dont les unes seraient « dures » et dont les autres seraient « douces » et que, pour sa part, elle ne retient pas.

II. — Drogues « dures » et « douces » : un faux débat.

a) Un premier élément de confusion tient au *thème de la « libéralisation » des drogues dites « douces »* et notamment des dérivés du cannabis. Le fait de dire ce qui précède — c'est-à-dire que fumer occasionnellement du haschich ne signifie pas la même chose que se « shooter » plusieurs fois par jour à l'héroïne — est entendu par certains comme une prise de position en faveur de la libéralisation du haschich, considéré comme une drogue « douce » et donc inoffensive. Or, il y a entre ces deux positions, un écart qui ne permet pas de les confondre.

Sans aborder pour l'instant le problème sous son aspect juridique, la Mission a été sensible à l'aspect passionnel et incertain du débat qui s'est établi quant aux dangers de la consommation de dérivés du cannabis, débat où certains arguments paraissent dénués de fondements scientifiques ou objectifs. Alors que ce sujet ne paraît pas, sur le plan technique, comporter de difficultés d'une ampleur particulière, on constate que — après des rapports récents consacrés exclusivement à ce problème, par exemple au Canada et aux Etats-Unis — on est à peu près au même point que lorsqu'en 1894 l'Indian Hemp Drugs Commission présenta sur ce seul sujet un rapport de 3281 pages. Sous réserve des aspects politiques ou sociaux propres à l'Inde de l'époque, les conclusions nuancées de la commission n'ont rien perdu de leur valeur (1) : « La commission en est venue à la conclusion que l'usage modéré des drogues cannabiques n'entraîne aucun effet nocif sur l'organisme... L'usage excessif, par contre, est cause de dommages réels. Comme dans le cas d'autres substances toxiques, un usage immodéré finit par affaiblir l'organisme et par rendre le consommateur vulnérable aux maladies... L'usage modéré des drogues cannabiques n'entraîne aucun effet dommageable sur l'esprit. Il en va autrement de l'usage excessif qui catalyse et accentue l'instabilité mentale... ».

On n'en sait pas beaucoup plus aujourd'hui car on ne dispose pas d'études épidémiologiques convenables pour les pays où le cannabis est utilisé depuis longtemps, et comme on l'a souligné au chapitre I, une partie des recherches de laboratoires porte sur l'utilisation directe du principe actif du cannabis, c'est-à-dire sur un mode d'absorption différent de celui qui consiste à fumer du haschich.

(1) Citées par la commission Le Dain. Rapport provisoire, page 108 et suivantes.

La Mission souhaite qu'un ensemble d'études menées de façon incontestable soit effectué pour apporter plus de clarté au débat. Dans l'état actuel des choses, il lui semble que trois aspects peuvent être soulignés :

— Les adversaires les plus systématiques du haschich semblent admettre que l'usage réellement occasionnel de celui-ci ne comporte pas de danger physiologique aigu pour les usagers. Mais le débat se réfère aujourd'hui beaucoup plus au symbole que représente le « H » qu'à la réalité.

— A l'autre extrême, on rapporte des cas d'intoxication aiguë dans lesquels l'usage intensif de dérivés du cannabis paraît s'accompagner de troubles d'ordre psychotique sans qu'on sache s'il les provoque ou s'il révèle — après les avoir masqués un certain temps — des troubles préexistants.

— Entre ces deux extrêmes, pour les usagers réguliers (ceux qui fument par exemple 2 ou 3 cigarettes de haschich par jour), le doute subsiste sur la réalité des dangers physiologiques auxquels ils pourraient s'exposer. Mais même ceux qui contestent les conditions dans lesquelles certains de ces dangers ont été mis en évidence, ne croient pas possible de tirer de cette incertitude la preuve d'une éventuelle innocuité. De même, en ce qui concerne le syndrome d'amotivation, qui paraît accompagner l'usage intensif de haschich, on ne peut dire s'il est induit par celui-ci ou si ce dernier n'en est que l'expression.

La Mission pense que, tant qu'on ne disposera pas d'éléments incontestables sur le plan scientifique, la plus grande prudence s'impose. D'autant que le problème n'est pas d'absoudre en bloc un produit donné, en lui accolant l'étiquette de « drogue douce », de tous les risques que son usage peut entraîner, mais de peser les risques relatifs que comportent les différentes modalités et l'intensité relative de cet usage, et de réfléchir à ce que, dans chaque cas individuel, l'usage de « H », avec ses motivations et ses modalités particulières, représente.

Autrement dit, on ne peut passer de la position qu'il paraît possible à la Mission de prendre — à savoir que l'usage réellement occasionnel de haschich n'est pas une toxicomanie, et qu'il importe avant tout de ne pas le dramatiser — à une position qui n'est pas la sienne et qui consisterait à tenir pour établi que l'usage des dérivés du cannabis est toujours sans danger.

b) Une deuxième difficulté à laquelle on se heurte quand on propose de distinguer entre deux pratiques extrêmes (fumer occasionnellement du haschich, user de drogue dure par voie intraveineuse) est l'idée, solidement ancrée, que ces deux pratiques constituent le point de départ et le point d'arrivée d'un chemin que l'on ne peut éviter de parcourir en vertu de la fameuse *théorie de l'escalade*.

Cette théorie de l'escalade a une base scientifique apparente mais fragile : c'est la constatation que, parmi les usagers d'héroïne aux U.S.A., beaucoup avaient été aussi des fumeurs de marihuana, d'où l'idée d'une progression obligée, au moins pour une partie des usagers, du cannabis vers l'héroïne. Mais la constatation faite, au stade de l'héroïne, n'a pas — et pour cause — son corollaire dans une étude analogue faite parmi les usagers de cannabis et permettant de déterminer si certains d'entre eux, et combien, iront jusqu'à l'héroïne. Et l'on peut penser que les grands « toxicos » ont en commun d'autres traits plus profonds — une carence affective, une fragilité particulière, etc. — que d'avoir, à un

moment donné, été des usagers de « H ». Assez largement en déclin à l'étranger, la théorie de l'escalade reste généralement reçue en France, moins parce qu'elle se fonde sur des arguments rationnels que parce qu'elle constitue une des armes essentielles de dissuasion à l'encontre d'une éventuelle libéralisation des drogues « douces ».

Cette théorie paraît difficile à établir sur le plan scientifique. Elle supposerait en effet des phénomènes de dépendance physique ou psychique au cannabis, qui amèneraient à rechercher de façon obligée le passage à des drogues plus « dures » : Or, l'absence d'une telle dépendance paraît, dans la plupart des cas, établie. Seul peut-être pourrait jouer le caractère polymorphe du haschich et le fait qu'étant un peu euphorisant, un peu hallucinogène, etc., son usage entraîne certains à passer à un vrai euphorisant, à un vrai hallucinogène...

Si son aspect faussement scientifique doit sans doute être abandonné, cette théorie a au moins le mérite d'exprimer une réalité : celle du risque qu'encourt l'usager de haschich, dès lors qu'il n'est pas seulement occasionnel, de passer à la vraie toxicomanie. Ce risque ne résulte sans doute pas de la fréquentation de vrais « toxicos », car les fumeurs de « H » constituent des groupes homogènes et réticents, pour ne pas dire hostiles, à l'égard des vrais drogues, et notamment de l'héroïne (1). Il ne provient généralement pas non plus de la fréquentation de trafiquants qui, un jour, prétextant un défaut d'approvisionnement, offriront de l'héroïne, car beaucoup de fumeurs occasionnels de « H » ne sont sans doute pas en relation avec des trafiquants. Mais *l'usage, même occasionnel, de « H » comporte en lui-même — parce qu'il fait entrer dans un milieu, dans un circuit, qui ne sont pas toujours ceux de la drogue, mais qui les côtoient — le risque d'une rencontre fortuite avec la drogue « dure »*, risque qui — dans une proportion impossible à déterminer des cas, et parce que la disponibilité du produit s'ajoutera à des motivations individuelles qui y auraient peut-être conduit de toute façon — marquera le début d'une toxicomanie vraie.

Il n'y a sans doute pas d'escalade physique et de passage obligé du haschich à la drogue « dure », et l'on constate des cas, plus nombreux qu'à l'origine, d'accès direct aux drogues « dures ». Mais le problème que pose la consommation de haschich, c'est qu'elle est principalement le fait d'adolescents, et qu'elle comporte un risque de rencontre avec la « vraie » drogue contre lequel il paraît difficile de prémunir les intéressés. *Sans grand danger pour un jeune « bien dans sa peau », le cannabis peut en présenter pour un adolescent fragile ou en difficulté.*

*
**

Ainsi précisée, la distinction sur laquelle la Mission fonde son analyse, et qui est *une distinction entre des comportements, et non entre des drogues*, pose une autre question : celle de l'opportunité, si on la retient, de la rendre publique et de « l'afficher » comme fondement d'une politique de la drogue. Si cette distinction a un sens, c'est-à-dire si l'on peut mettre à part d'un côté

(1) Ce que confirme l'étude effectuée à la demande de la Mission, dont les résultats figurent en annexe n° 5.

les fumeurs occasionnels de haschich, de l'autre les grands toxicomanes, les premiers mus plutôt, en général, par des motivations tenant à la société, les seconds faisant face plutôt à des problèmes individuels, ce sont deux politiques différentes, en tout cas deux volets d'une politique, qui peuvent en découler : l'un mettant l'accent sur la prévention, l'information, l'amélioration de la communication entre générations, la « ré-animation » de l'école, et qui serait plutôt destiné aux premiers ; l'autre au contraire, plus tourné vers la répression du trafic, le traitement, la réinsertion, dont relèveraient les seconds, alors que les premiers y échapperaient très largement.

En même temps cette distinction est entendue, on l'a souligné, comme fondant une opposition entre drogues « douces » et drogues « dures » et comme conduisant à la constatation de l'innocuité, donc à la « libéralisation », des premières. Il y a là une difficulté importante, qui se situe à la fois sur le plan de l'opinion et sur celui du droit. Sur le premier point, qui sera seul abordé pour l'instant, la Mission estime, compte tenu de l'importance qu'elle attache à cette analyse, qu'elle doit être retenue et rendue publique à condition de s'accompagner de l'effort d'information indispensable pour qu'elle soit perçue comme il convient et non détournée sur le terrain du débat — qui lui paraît un faux débat — entre drogues « dures » et drogues « douces ».

B. — La drogue constitue-t-elle aujourd'hui un problème réel et grave pour la société française ?

C'est la question fondamentale d'une « évaluation » de ce problème, qui cherche moins à l'appréhender dans sa dimension absolue, que par rapport à d'autres problèmes avec lesquels il présente des points communs. Elle peut être abordée sous plusieurs aspects :

I. — Par rapport à d'autres problèmes comparables.

Le premier est celui de l'importance relative de la drogue par rapport à d'autres questions comparables auxquelles la société française a à faire face. On ne peut, en effet, traiter le problème que soulève l'usage de la drogue, sans faire référence à celui que pose, par exemple, l'usage de tabac ou d'alcool. Les jeunes, notamment, soulignent volontiers qu'il n'est pas moralement honnête de mettre l'accent sur la toxicomanie sans parler de l'alcoolisme. Et c'est un point fondamental pour la crédibilité de la politique des pouvoirs publics en ce domaine. Il est vrai que, pour autant qu'on puisse l'esquisser (*cf.* ch. III), l'impact social de la toxicomanie, en la limitant, comme il a été dit ci-dessus, aux « grands toxicos » et à la frange des « grands toxicos potentiels », et quel que soit le caractère dramatique de ses conséquences individuelles et familiales, *ne paraît pas d'une ampleur comparable à celui de véritables fléaux sociaux*

comme les accidents de la route — qui provoquent chaque année un nombre de décès plusieurs dizaines de fois plus nombreux — ou l'alcoolisme, qui est à l'origine d'une bonne part des accidents de la route et du travail, d'un tiers des entrées dans les hôpitaux psychiatriques et constitue, avec le tabagisme, une des causes principales de décès. Les dépenses directes de l'Etat liées à la drogue, en construction ou en fonctionnement d'établissements, sont sans commune mesure avec celles découlant de l'alcoolisme ; de même la prise en compte des journées de travail perdues du fait de la désinsertion des « drogués » ne porte pas l'impact financier et social de la toxicomanie à un niveau approchant celui de l'alcoolisme.

Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas traiter ce problème avec vigueur et la Mission proposera les mesures qui lui paraissent souhaitables. *Mais il n'est pas nécessaire, pour ranimer les énergies, d'en exagérer l'ampleur ou de refuser de le mettre en perspective avec d'autres fléaux sociaux auxquels il n'est pas quantitativement, dans l'état actuel des choses, comparable, et avec lesquels — c'est le cas pour l'alcool et le tabac — de nombreux pays l'associent dans une politique commune.*

II. — Par son intensité actuelle ou ses perspectives d'évolution.

L'usage de drogue peut-il être considéré, pour la société française, *comme un problème grave*, soit par son intensité actuelle, soit par ses perspectives d'évolution ?

a) *L'intensité actuelle* de ce problème n'atteint pas, ou n'atteint pas encore, ce qu'on avait pu redouter au vu des prévisions faites il y a quelques années. Le fond de la question est ici de définir un seuil de tolérance à partir duquel un phénomène est considéré comme insupportable par la société. Aujourd'hui, on peut estimer que, pour la toxicomanie, quelles que soient les réactions passionnelles de l'opinion à tel ou tel aspect spectaculaire, ce seuil de tolérance n'est pas encore franchi : même dans les grandes villes, sauf peut-être dans certains quartiers, la drogue ne pose pas un problème visible dans la rue. C'est un mouvement extrêmement profond, dont il faut s'accommoder pour une longue période ; ce n'est pas aujourd'hui un problème gravissime, comme cela pourrait le devenir s'il y avait 100.000 « grands toxicos » ou 500 morts par « overdose » par an (1).

En outre, alors que la drogue avait été décrite il y a quelques années comme l'amorce d'un vaste mouvement qui allait renverser les bases de la société, on peut constater qu'il n'en a pas été ainsi et que l'effet révolutionnaire qui lui était prêté, n'a pas été, à ce jour, confirmé par l'expérience. Mais ceci ne permet aucun pronostic pour l'avenir.

(1) Même si le nombre actuel des décès dus à la drogue est sans doute supérieur à celui figurant dans les statistiques.

reconnaître. Il est surprenant de constater que les médias paraissent accorder à ce problème plus d'importance — pour ne prendre qu'un exemple — qu'à celui de l'alcoolisme dont le coût social est infiniment supérieur. Faut-il y voir — outre le problème politique et économique sous-jacent à celui-ci — le jeu de valeurs sociales bien intégrées, qui se retrouvent dans l'alcoolisme et qui occultent la composante autodestructive de celui-ci : la virilité du buveur, le caractère « bien français » de la boisson, la compatibilité — au moins temporaire — entre l'alcoolisme et une certaine insertion sociale ? Au contraire, le toxicomane remet en cause une bonne partie des « valeurs » communément reconnues, et parmi elles, la place accordée à l'activité. Ce recours à des substances venues d'ailleurs, qui s'accompagne d'une activité scolaire ou professionnelle volontiers ralentie, met en question le rôle « sacré » conféré au travail. Et la menace est perçue d'autant plus violemment par l'opinion, c'est-à-dire par le corps social adulte, qu'elle émane des jeunes. C'est sans doute parce qu'elle se sent à la fois agressée, comme on l'a vu, et menacée, que la société adulte ne peut que ressentir ce problème d'une façon passionnelle et qui ne repose pas sur une mesure lucide de son ampleur.

*
**

La Mission souhaite que le sens des considérations qui viennent d'être développées, et auxquelles elle attache de l'importance, soit clairement perçu. Elles ne consistent pas à sous-estimer le problème de la drogue, mais à souligner deux points.

Ce serait une erreur de vouloir isoler la drogue et de braquer le projecteur de façon exclusive sur elle, sans mettre sur le même plan l'alcool, le tabac, l'abus des médicaments. Si la société n'aborde pas d'une façon globale ces différents problèmes, la lutte contre l'usage de la drogue ne sera pas crédible pour ceux qui s'y adonnent ou qui seraient tentés de s'y adonner.

Il n'est pas nécessaire, pour que la lutte contre l'usage de drogue soit intensifiée comme cela est indispensable, de surestimer — par le recours à des arguments d'ordre passionnel — l'importance du phénomène et d'encourager ainsi la tendance qui porte naturellement l'opinion à le considérer sous cet angle.

Comme le souligne fort justement le rapport de la commission Shafer aux Etats-Unis, *l'opinion n'a pas saisi le caractère symbolique d'une partie des comportements fondés sur l'usage de « drogue », par exemple l'usage occasionnel de haschich chez les jeunes, comme symbole du conflit entre générations, ni le caractère symbolique de sa propre réponse à ce problème.*

Il paraît donc souhaitable, et ce sera l'un des rôles majeurs de l'information, de ne pas continuer à traiter la drogue comme un phénomène de l'ordre du mythe collectif, alors que, précisément, *toute action pour réduire l'ampleur du problème suppose une approche lucide, sereine et compréhensive de ce qu'il signifie.*

TROISIÈME PARTIE

Les actions possibles.

Préambule.

Chapitre X

Deux actions préalables :

- Améliorer la connaissance.
- Disposer d'une structure administrative adaptée.

Chapitre XI

Prévention, information, formation.

Chapitre XII

L'action des Pouvoirs publics sur l'offre, contrôler l'approvisionnement en drogues.

Chapitre XIII

L'intervention des Pouvoirs publics sur la demande.

Chapitre XIV

Du traitement à la prise en charge.

Chapitre XV

De la prise en charge à la réinsertion.

Préambule.

Avant de présenter les propositions qu'elle formule dans les différents domaines qu'intéresse la « politique de la drogue », la Mission croit utile d'indiquer en guise de préambule, l'esprit dans lequel elle a conçu ces propositions. Celles-ci reposent en effet sur plusieurs convictions.

— La première est qu'il *n'existe pas, dans l'état actuel des choses, une solution unique à un problème de la drogue qui serait lui-même unique, mais des solutions multiples aux problèmes posés par l'usage des drogues*. Sans doute ne peut-on exclure un progrès décisif de la recherche fondamentale qui conduirait à mieux comprendre le mécanisme interne des conduites toxicomaniaques et à leur apporter un remède d'ordre physique : vaccins antagonistes, etc. Mais cela ne permet pas de fonder l'action des pouvoirs publics sur la découverte prochaine d'un tel remède.

Il convient dès lors d'élargir celle-ci à un ensemble d'interventions dans les différents domaines concernés. Si la drogue est bien, comme la Mission pense l'avoir montré, un phénomène multi-factoriel mettant en jeu des données de différents ordres, tant individuelles que sociales, on ne peut considérer qu'une solution unique puisse lui être apportée, et qu'il *n'y ait qu'à développer l'information ou à réprimer le trafic*. Il faut intervenir en fait *à la fois* par la répression, la prévention, l'information, le traitement, etc. en s'appuyant sur une réflexion en profondeur, et qui ne soit pas limitée aux chercheurs spécialisés, sur les rapports entre le toxicomane et son environnement, et sur la nature du phénomène.

— C'est donc un ensemble de mesures que la Mission est amenée à proposer, en le faisant précéder de deux préalables sans lesquels elle pense que rien d'efficace ne pourra être fait : *d'une part l'amélioration des connaissances relatives à la toxicomanie, à propos de laquelle l'incertitude est encore aujourd'hui largement répandue : d'autre part la mise en place d'une structure administrative adaptée*. Les actions proposées intéressent différents domaines et correspondent à des modes d'intervention plus ou moins directs des pouvoirs publics. Les unes font une assez large confiance au jeu spontané des mécanismes sociaux : la Mission pense qu'en favorisant la réflexion des parents et des jeunes, la formation des différents intervenants ayant affaire à des « drogués », etc., une amélioration à terme peut être escomptée. D'autres font appel à une intervention sur l'offre de produits et sur la demande, et concernent tout ce par quoi les Pouvoirs publics peuvent peser plus directement sur la décision individuelle d'user de la drogue. S'inscrivent ici notamment : la répression du trafic, le problème du statut à réserver à l'usager, notamment sur le plan des mécanismes juridiques à mettre en œuvre, ainsi que, plus en aval, les différentes facilités à offrir en matière de traitement et de réinsertion.

— La Mission estime qu'une gamme d'actions diversifiées est nécessaire. Cependant elle pense que le poids relatif de ces diverses interventions doit être modulé en fonction de la distinction qui lui paraît fondamentale entre différents types de pratique, allant de l'usage occasionnel de « H » à la véritable toxicomanie et qui pourrait conduire à deux ordres de solutions : l'une mieux adaptée à l'aspect « phénomène de société », qui sous-tend l'usage de haschich dans la population scolaire et dans lequel l'accent serait mis sur la prévention et l'information ; l'autre prenant en compte les aspects de pathologie individuelle et de désinsertion sociale qui sont sous-jacents aux véritables toxicomanies, et tourné vers le traitement et la réinsertion.

La « politique de la drogue » doit donc, pour la Mission, comprendre des interventions dans les différents domaines mentionnés ci-dessus, en donnant à chacune un poids relatif adapté aux différents comportements en cause et en ne se trompant pas de cible. Le lycéen fumeur occasionnel de haschich ne justifie ni d'un traitement, ni, on le verra, d'une action répressive ; par contre une politique d'information appropriée est souhaitable. En sens inverse, le « grand toxicomane » ne relève plus depuis longtemps d'une action d'information (sauf sur les possibilités de traitement qui peuvent lui être offertes), mais d'une « prise en charge » adaptée.

— *Quant aux mesures techniques à prendre dans les différents domaines concernés, la Mission souhaite qu'elles soient envisagées dans une perspective d'ouverture et de libéralisme.* Même si son rôle avait pu être — ce n'est pas ainsi qu'elle l'a conçu — de distribuer des prix et de décerner des labels de qualité, elle aurait constaté qu'il n'existe pas aujourd'hui, face à un problème difficile, mouvant et multiple, de formule qui ait fait ses preuves d'une manière incontestable et qui puisse être retenue, à l'exclusion de toutes les autres, comme un modèle qui doive être systématiquement et immédiatement transposé.

C'est pourquoi, sauf s'agissant de l'action répressive et de la pratique judiciaire, pour lesquelles l'homogénéité est souhaitable, la Mission croit nécessaire d'offrir, notamment en matière de traitement et de réinsertion, un large éventail de solutions inspirées de principes différents, à condition naturellement que la puissance publique exerce effectivement le contrôle qui doit être le sien sur le sérieux et l'efficacité des initiatives qu'elle finance et encourage.

— Les différentes propositions que la Mission est amenée à formuler s'inscrivent dans une perspective temporelle et ne prennent pas place à la même et immédiate échéance. L'amélioration du fonctionnement interne des établissements de post-cure peut intervenir rapidement, mais n'a pas d'effet sur l'ampleur du problème de la toxicomanie. Par contre, une politique systématique d'information et de réflexion, et plus encore une action tendant à améliorer la communication au sein de la société, si elles peuvent contribuer à réduire cette ampleur, n'auront pas d'effet mesurable avant cinq, dix ou quinze ans.

La nécessité de se situer dans le temps apparaît aussi fondamentale que celle d'aborder la toxicomanie en la débarrassant de tous les aspects passionnels qui lui confèrent valeur de mythe. L'usage des drogues est un problème durable ; la société française doit se préparer à « vivre avec » pendant longtemps. Il faut agir vite, dans tous les domaines, sans se dissimuler que certaines actions n'au-

ront pas d'effet immédiat et en ne renonçant pas, sous ce prétexte, au bout d'un bref délai. La constante est, pour ce problème comme pour d'autres, fondamentale.

— Or, se situer dans le temps est d'autant plus difficile que les perspectives d'avenir font cruellement défaut tant en ce qui concerne l'évolution du problème de l'usage des drogues lui-même (qui peut se maintenir pour cinq à dix ans encore dans ses limites actuelles, ou connaître une progression spectaculaire dans son ampleur et ses modalités) que l'état des mœurs et de la société. Celui-ci peut en effet demeurer pour une période de l'ordre de la décennie ce qu'il est, ou bien au contraire suivre une évolution tellement rapide que dans quelques années, pour ne prendre qu'un exemple, l'usage du haschich devienne une pratique aussi courante que celle du tabac aujourd'hui.

En l'absence d'éléments de pronostic, la Mission a choisi de se situer dans un contexte où les choses resteraient à peu près ce qu'elles sont aujourd'hui, à la fois en ce qui concerne l'ampleur du problème et le degré d'innovation pouvant être supporté par la société. Ce choix rejaillit évidemment sur la nature et l'audace des propositions que la Mission croit possible de faire, et risque de les faire apparaître comme insuffisantes ou démodées si les postulats sur lesquels elle s'appuie se révélaient infondés. C'est pourquoi il lui paraît utile d'envisager que, comme la commission Shafer aux Etats-Unis l'a suggéré, une réflexion analogue à celle qu'elle a tentée puisse être menée, selon la même formule ou non, par exemple dans trois ans, ce qui coïnciderait à la fois avec la fin du mandat confié à la nouvelle structure administrative dont elle propose la mise en place, et avec l'élaboration d'un système juridique nouveau.

CHAPITRE X

Deux actions préalables :

- Améliorer la connaissance.**
- Disposer d'une structure administrative adaptée.**

La Mission croit utile de souligner avec une insistance particulière la nécessité de deux actions qu'elle considère comme préalables parce qu'elles conditionnent l'efficacité des autres interventions proposées. *Il n'est pas possible en effet de mener une « politique de la drogue » qui ait quelques chances de succès tant que le défaut de connaissance qui affecte généralement cette question subsistera et que l'unité d'action des administrations compétentes pour l'aborder ne sera pas assurée.*

A. — Améliorer la connaissance.

La connaissance, dans le domaine de la drogue, devrait être améliorée aussi bien en ce qui concerne la recherche théorique, fondamentale ou appliquée, que l'appréhension statistique du phénomène.

I. — Développer la recherche, la documentation et la circulation de l'information.

a) La recherche.

Analysant récemment l'ensemble des recherches consacrées à la drogue, un groupe d'experts de l'U.N.E.S.C.O. (1) soulignait leur insuffisance, en dépit d'une augmentation sensible de leur nombre depuis 1950, et marquait qu'elles avaient été plus orientées vers l'accumulation de faits et de chiffres, dans des conditions techniques souvent contestables, que vers l'analyse des causes du phénomène. Il ne retenait aucune étude française, alors que la moyenne des pays

(1) U.N.E.S.C.O. : L'étiologie de l'usage non médical des drogues. C. Fazey. 1977.

européens avait réalisé de une à dix études pour la période considérée, et les Etats-Unis plus de cent. Et il est de fait que le problème de la toxicomanie ne paraît pas en France une préoccupation fondamentale des organismes de recherche (I.N.S.E.R.M., C.N.R.S.).

Tout en considérant comme positif tout ce qui pourra être fait pour remédier à l'absence d'éléments scientifiques, auxquels elle s'est souvent heurtée, la Mission ne disposait ni du délai ni des compétences nécessaires pour établir le programme détaillé des recherches à effectuer, dont l'exécution pourrait être confiée aussi bien aux organismes publics ayant déjà travaillé en ce domaine (I.N.S.E.R.M., Centre de formation et de recherche de l'Education surveillée) qu'aux laboratoires de recherche universitaires ou à des organismes privés.

Ces recherches devraient porter aussi bien sur les aspects biologiques et médicaux que sur les données sociologiques, psychologiques et économiques des toxicomanes.

— *Dans le domaine biologique et médical*, on peut mentionner, à titre d'exemple, parmi les travaux qui devraient être entrepris ou étoffés :

- l'étude des effets physiologiques des dérivés du cannabis ;
- *le développement de travaux sur les aspects organiques des toxicomanies, en particulier en tenant compte des perspectives offertes par la découverte des récepteurs de morphine et des endorphines.* Un programme de travaux sur ce point a été envisagé par l'Institut Pasteur et devrait être mis en œuvre ;
- les recherches tendant à la mise au point de drogues de substitution, éventuellement de vaccins ;

— *les aspects sociologiques, psychologiques et économiques des toxicomanies* constituent un vaste domaine dans lequel une connaissance encore insuffisante des aspects réels du phénomène laisse souvent le champ libre aux considérations passionnelles et/ou idéologiques. Pour aborder ce problème dans des conditions satisfaisantes, il conviendrait de développer et de regrouper dans une approche méthodique les recherches qui jusqu'à présent n'ont été qu'esquissées, par exemple par l'étude de l'I.N.S.E.R.M. sur les attitudes des lycéens.

De nouveaux types de travaux seraient sans doute nécessaires, par exemple :

— des « recherches longitudinales » destinées à suivre l'évolution du phénomène, se renouvelant régulièrement dans le temps, sur la même population ou sur une population statistiquement comparable, suivant une méthodologie constante ;

— des études réellement pluridisciplinaires, c'est-à-dire faisant intervenir de façon coordonnée les différentes approches possibles du phénomène, études dont le travail actuellement en cours dans les régions Rhône-Alpes et Provence-Côte d'Azur constitue un bon exemple ;

— des recherches sur des groupes de contrôle, qui font généralement défaut et qui, par référence à un échantillon témoin, permettent d'affirmer que les caractéristiques observées et les résultats obtenus sont bien liés à la toxicomanie.

Parmi les points qui devaient être abordés, on peut citer, là encore à titre d'exemple :

- l'analyse du fonctionnement économique du marché des drogues ;
- *la poursuite d'études approfondies sur les origines, les motivations et les conditions favorisant les comportements toxicomaniaques ;*
- l'analyse comparative des différents systèmes ou modalités de traitement et de post-cure. Il est en effet regrettable que de nombreuses expériences soient lancées et disparaissent sans qu'une évaluation comparative en soit effectuée ;
- l'étude du « destin » des toxicomanes à travers des groupes correspondant soit à une classe d'âge donnée, soit aux « anciens » de telle ou telle structure de soins, etc. ;
- *l'étude détaillée de l'efficacité des mesures prises et la mise au point de programmes d'évaluation* permettant, par référence à des objectifs définis, d'apprécier l'effet des actions de prévention, de soins, d'information, etc.

Sur le plan de l'organisation, la question s'est posée, dans certains pays, de savoir s'il convenait de regrouper dans un organisme de recherche spécifique l'ensemble des travaux relatifs aux toxicomanies, à l'exemple de la formule pratiquée aux Etats-Unis. La Mission ne pense pas que cette solution s'impose pour la France. Il lui semble qu'il suffirait qu'un *programme d'ensemble, couvrant les différents aspects évoqués ci-dessus, soit établi par une instance interministérielle appropriée* dans des conditions indiquées au II ci-après, et notifié par les différents ministères intéressés, chacun pour ce qui le concerne, aux organismes placés sous leur tutelle (C.N.R.S., I.N.S.E.R.M., etc.).

b) La documentation et la circulation de l'information.

Un aspect important de l'amélioration de la connaissance en matière de toxicomanies est constitué par *le rassemblement et la tenue à jour de la documentation et par une circulation convenable de l'information les concernant*. Une documentation appropriée et utilisable est le support nécessaire de l'effort de recherche envisagé ci-dessus, notamment pour cerner convenablement les sujets à aborder et éviter les doubles emplois.

Divers programmes de documentation, automatisés ou non, existent, notamment au C.N.R.S., et à l'Institut de recherches et d'intervention en sciences humaines de Lyon, qui doit constituer dès 1978 un Centre national de documentation sur les toxicomanies. *Il serait nécessaire qu'une évaluation de l'ensemble de ces travaux soit effectuée sur le plan interministériel et que les conclusions en soient tirées quant à la centralisation ou à l'articulation de ces programmes*. Il ne serait pas normal que, comme c'est souvent le cas dans d'autres domaines, la rivalité prévale entre des centres soucieux de s'arroger une situation de monopole, alors qu'une coordination et une répartition des tâches entre eux seraient incontestablement plus efficaces.

Un effort particulier doit également être mené pour favoriser la circulation et la tenue à jour de l'information. Celles-ci peuvent résulter notamment de

l'organisation de rencontres sur le plan régional, national ou international : il convient de les favoriser et de les étendre non seulement aux spécialistes d'une discipline mais à tous ceux qui, dans des domaines divers, s'intéressent à la toxicomanie. De même pourrait être retenue l'idée d'une lettre périodique d'information destinée à l'ensemble de ces derniers et qui serait établie dans le cadre interministériel défini ci-après pour faire le point, à intervalles réguliers, de la situation.

II. — Améliorer l'appréhension statistique du phénomène.

— *L'effort d'amélioration de la connaissance doit viser en second lieu l'appréhension statistique du phénomène.*

Pour les raisons indiquées au chapitre III, la Mission ne tient pas pour actuellement possible l'élaboration de statistiques complètes et à jour des différentes conduites toxicomaniaques. Mais elle ne considère pas non plus comme irrémédiable la situation actuelle et *recommande que, comme en matière de recherche, un programme de travaux statistiques soit établi, dans un cadre interministériel, dont la réalisation pourrait être confiée à l'I.N.S.E.E. ou à l'I.N.S.E.R.M.*

Ce programme devrait se fixer un double objectif :

a) *Rendre homogènes et compatibles les dénombrements statistiques qui sont pour l'instant difficilement exploitables auxquels procèdent les différentes administrations.* L'effort devrait porter notamment sur les points suivants :

— la définition de catégories homogènes, par exemple, pour la répartition en classes d'âge, etc. ;

— l'homogénéité des dénombrements émanant des différentes directions du ministère de la Justice ;

— l'articulation entre les statistiques d'interpellations par la police et les statistiques d'origine judiciaire ;

— la tenue de statistiques permettant d'apprécier l'application de la loi de 1970 ;

— la mise au point d'un mécanisme approprié pour suivre les toxicomanes à travers l'appareil de traitement et de prise en charge.

Sur ce dernier point, il serait bon que l'enquête sanitaire soit continue et non limitée à un seul trimestre de l'année. De même, il faudrait rechercher si le remboursement des prix de journée aux établissements ne pourrait faire l'objet d'une exploitation statistique. Enfin, il faudrait éviter que les toxicomanes soient comptés plusieurs fois dans la même année. A cette fin, on pourrait, avec une marge d'erreurs faible, individualiser chaque fiche par différentes mentions (jour, mois, année, département de naissance), tout en préservant l'anonymat. L'épuisement des formulaires actuels offre l'occasion d'introduire ces modifications.

D'une façon plus générale, il conviendrait de réfléchir au problème de l'anonymat des soins introduit par la loi de 1970 pour les patients se faisant traiter sponta-

nément. Sur le plan théorique, on peut discuter de l'effet d'une intention louable et généreuse, mais qui se prête plutôt au jeu du toxicomane dans sa quête d'une identité qu'il refuse. Sur le plan technique, où l'anonymat s'oppose à la tenue de statistiques convenables, il serait sans doute possible de limiter ses effets à ce qui était vraiment l'intention du législateur — c'est-à-dire éviter l'utilisation en dehors du système de santé des renseignements détenus par celui-ci — tout en organisant la circulation au sein de ce système comme cela est déjà amorcé dans la pratique entre les différents centres intéressés. En sens inverse, s'agissant des patients adressés au système de santé par la justice, il serait nécessaire d'assurer une meilleure protection du secret médical et de conserver un caractère confidentiel aux documents qui les concernent.

b) Mettre au point des mécanismes et des indicateurs permettant de suivre l'évolution de la toxicomanie.

— Ceci pourrait être fait sur le plan national, comme par exemple en Suède, en tirant systématiquement parti de l'occasion unique de contact entre l'administration et chaque classe d'âge que représente, pour les garçons tout au moins, la sélection pour le service militaire.

— A un échelon plus réduit, des travaux analogues pourraient être menés en constituant un échantillon de quelques universités, de quelques établissements d'enseignement, de quelques localités, considérés comme représentatifs d'une catégorie plus vaste, et en suivant de façon approfondie, à travers cet échantillon, l'évolution de l'usage de drogue. A cet égard, le programme D.A.W.N. qui existe aux U.S.A. et qui est mis en œuvre conjointement par les deux principaux organismes publics intéressés au problème de la drogue constitue un précédent très intéressant.

La Mission souhaite que l'ensemble de ces problèmes statistiques, dont elle ne méconnaît pas la complexité technique, fasse rapidement l'objet d'un programme de travail global dans le cadre interministériel qu'elle définira ci-après.

*
**

Au total la Mission estime important que par un effort de recherche d'une part, par un ensemble de travaux statistiques d'autre part, le problème de la toxicomanie puisse être abordé avec un niveau de connaissance analogue à celui dont on dispose pour traiter les autres problèmes de pathologie individuelle ou sociale qui lui sont comparables, de façon à éviter que les affrontements personnels et le discours théorique pèsent d'un poids parfois excessif.

B. — Disposer d'une structure administrative adaptée.

S'agissant de l'organisation administrative, la Mission considère comme également impératif de mettre un terme à l'état de choses actuel marqué par la coexistence

de services dont chacun a une part de compétence, mais dont aucun ne maîtrise le problème dans son ensemble. *Ceci suppose que la toxicomanie devienne une question comme les autres, comme la délinquance juvénile ou la prévention des accidents, que les conflits qu'elle suscite ne dépassent pas le degré normal des rivalités entre services, et que la répartition des responsabilités entre plusieurs administrations soit tempérée par la mise en place de structures de coordination convenables, tant sur le plan national que sur le plan départemental.*

I. — Sur le plan national.

Sur le plan des administrations centrales, il faut éviter que, face à la répartition actuelle des compétences entre une dizaine de ministères, toute intervention dans le sens de la coordination soit immédiatement ressentie comme un signe d'impérialisme.

1. — Les principes.

— Si l'on s'en tient aux principes, trois formules peuvent être envisagées :

La première est celle de *constituer, au niveau du Premier ministre, un conseil de personnalités*, en s'inspirant d'exemples tels que celui du Haut Comité d'études sur l'alcoolisme, ou du Haut Comité sur la jeunesse, et en mettant en place un Haut Comité d'études sur les toxicomanies. Cette formule peut sembler séduisante, notamment parce qu'elle permettrait — au risque d'une formation pléthorique — de faire une place à une bonne part des experts. Mais quelle efficacité pratique attendre d'un conseil trop nombreux, où les influences se neutraliseront, et dont l'action se ressentira de l'absence d'un dispositif opérationnel permanent permettant de donner une suite concrète aux études, certainement remarquables, qui y auront été présentées ?

Une deuxième hypothèse serait de *confier à un des ministères intéressés un rôle de coordination de l'ensemble des administrations concernées*. Mais les tentatives en ce sens, réfléchies ou improvisées, se sont traduites par un échec, puisqu'il a fallu rechercher un certain rééquilibrage pour compenser au profit d'un ministère la place temporairement prise par un autre. D'autre part, cette mission de coordination devrait être confiée — le ministère de l'Education ne souhaitant probablement pas assumer cette responsabilité — à un ministère « social », soit celui de la Santé, auquel on pense en premier lieu, soit celui de la Jeunesse et des Sports. Mais elle se heurterait à l'insuffisance des moyens administratifs et humains des ministères sociaux, et au fait que toute la partie policière et judiciaire du problème demeurerait hors de son champ normal d'action : il y aurait alors une double coordination, avec deux groupes de ministères : Santé, Jeunesse et éventuellement Education d'un côté, Justice et Intérieur de l'autre, dont la coopération ne pourrait être assurée en fait qu'au niveau du Premier ministre.

Une troisième hypothèse, qui n'est pas exclusive de la première présentée ci-dessus, serait de *créer auprès du Premier ministre une délégation permanente*

chargée des problèmes de la toxicomanie, en reproduisant le précédent déjà utilisé pour la sécurité routière, les économies d'énergie, les énergies nouvelles, la lutte contre le bruit, etc.

Une telle formule a l'avantage de mieux faire apparaître que la toxicomanie constitue réellement un problème interministériel et de créer un pôle permanent où le souci de relancer l'action se manifeste utilement. Elle personnalise ainsi l'action dans un domaine où les structures administratives classiques apparaissent d'une efficacité relative. Or cette personnalisation, qui permet à l'opinion de savoir qui est responsable, apparaît comme essentielle : la Mission a pu le mesurer à travers les nombreuses demandes qui lui ont été adressées tout au long de ses travaux.

Sans doute cette formule présente-t-elle certains inconvénients : elle isole de façon un peu factice la toxicomanie par rapport à d'autres problèmes analogues, alors qu'il est par ailleurs souhaité de ne pas lui reconnaître un caractère spécifique ; d'autre part elle crée une cellule d'animation et d'impulsion dépourvue, pour tout ce qui relève du champ de compétence des diverses administrations, de possibilités directes d'action puisque l'action répressive restera assurée par l'Intérieur, la gestion des établissements de soins par la Santé, etc., d'où des risques de conflit ou d'inefficacité qu'il convient de prévenir.

2. — Les solutions pragmatiques.

— Des solutions pragmatiques peuvent remédier à ces difficultés en prenant en compte l'ampleur des besoins réels de coordination et les éléments des structures existantes qui peuvent être réorientés ou transformés.

a) Sur quoi porte en effet le besoin de coordination ? *Il ne s'agit aucunement de substituer sous ce prétexte une structure supplémentaire à la compétence normale des administrations, mais de faire assurer convenablement un certain nombre de tâches qui ne le sont pas aujourd'hui.*

— La première est ce que l'on pourrait appeler « *maintenir la tension* », c'est-à-dire *veiller à ce que l'action administrative demeure à un degré de zèle normal*, et ne passe pas par des phases d'hyperactivité alternant avec des périodes de tassement. Ceci ne peut être le fait que d'un chef de file qui ne soit pas directement engagé dans l'action quotidienne.

— Une deuxième tâche est *la définition d'orientations générales et le contrôle de leur mise en œuvre*. Il est en effet indispensable que l'ensemble des mesures qui découlent d'une « politique de la drogue » soit adopté conjointement par les différentes administrations, et que leur exécution fasse l'objet de bilans réguliers. Il serait souhaitable, entre autres, qu'un rapport annuel sur l'évolution de la toxicomanie soit soumis chaque année par le Gouvernement au Parlement, par exemple en annexe au projet de loi de finances. Pour formaliste qu'elle soit parfois, une telle obligation peut en effet jouer un rôle non négligeable de stimulant.

— En corollaire à cette tâche pourrait figurer *la coordination de l'ensemble des activités de coopération internationale intéressant la toxicomanie*, actuellement suivies par des services différents selon le cadre international dans lequel elles se situent : c'est ainsi par exemple que la participation aux travaux du Conseil de l'Europe ou de l'O.M.S. est à dominante « Santé publique », alors que c'est le ministère de l'Intérieur qui suit les activités de coopération européenne consécutives à « l'initiative Pompidou ». Cette répartition des compétences se traduit parfois par des différences de conception, et par des politiques différentes, selon les interlocuteurs auxquels ont affaire les partenaires internationaux de la France, et il paraît indiqué d'y mettre fin en les regroupant au sein d'une instance appropriée.

— Un autre aspect, déjà évoqué ci-dessus, consiste dans *la coordination de l'ensemble des programmes de recherche, de documentation et de travaux statistiques* concernant la toxicomanie, et dans le contrôle de leur mise en œuvre. Cette tâche ne peut être assurée que sur le plan interministériel, puisqu'elle suppose une répartition du travail entre les différentes administrations concernées, et le suivi de l'exécution des programmes par les différents organismes techniques (C.N.R.S., I.N.S.E.E., I.N.S.E.R.M., etc.) auxquels ils seront confiés.

— Enfin un dernier domaine de compétence interministérielle concerne *l'information et la formation, pour lesquelles la définition d'orientations générales est indispensable*. Il ne s'agit pas de se substituer aux différents services concernés, ni de faire à leur place des documents d'information qu'ils réaliseront fort bien eux-mêmes. Mais il faut définir une position commune sur les grands problèmes de principe et veiller à sa mise en œuvre en assurant à la fois la liaison avec les structures départementales, la coordination de la formation, l'organisation de journées d'études, l'envoi de la lettre d'information évoquée ci-dessus, etc. : ce rôle d'animation est fondamental.

b) Pour faire face à ce besoin, de quels éléments dispose-t-on au sein des structures existantes ?

Un bref recensement fait apparaître :

— D'une part deux instances à vocation de coordination interministérielle : la première est la Commission interministérielle des stupéfiants, dont la composition est peut-être un peu large, mais lui assure une compétence technique incontestée et dont le principal handicap est d'être placée auprès d'un ministère déterminé, ce qui nuit à l'exercice de la fonction interministérielle qui lui est en principe dévolue. La seconde est le groupe de travail interministériel placé auprès du ministre de l'Intérieur pour suivre les activités de coopération européenne, qui pour certains fait double emploi avec la commission interministérielle ;

— d'autre part, parmi les organismes ayant pour compétence exclusive les problèmes de toxicomanie, la place particulière tenue par l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants, dont la compétence technique et le rôle international dépassent largement les seules tâches de répression du trafic stricto sensu.

c) **C'est en combinant ces éléments existants** avec celle des solutions de principe qui a sa préférence, que la Mission croit possible d'esquisser la structure suivante :

— *Il est créé auprès du Premier ministre une délégation, composée d'un délégué et d'une équipe permanente, et chargée des missions de coordination et d'animation* définies ci-dessus (animation de l'action administrative, coordination des travaux de recherche, de documentation et de statistique, animation des actions d'information, etc.). Pour ne pas superposer de façon durable cette structure à l'organisation administrative préexistante, *son mandat devrait être limité à une durée fixée au préalable, trois ans par exemple.*

— Tout en étant consciente de dépasser l'objet propre de son mandat, *la Mission propose que cette délégation soit en charge de l'ensemble des toxicomanies*, de façon à ne pas isoler l'action contre l'usage des drogues et à l'articuler, dans une politique diversifiée mais cohérente, avec la lutte contre les autres formes de dépendance, telles que l'alcoolisme et le tabagisme.

— *La délégation est assistée d'une instance consultative composée à la fois des représentants des différentes administrations concernées, et de spécialistes*, et ayant pour objet la définition d'orientations générales dans les domaines indiqués ci-dessus et le suivi de la conjoncture en matière de toxicomanies. L'on pourrait, en principe, imaginer deux instances différentes regroupant respectivement les fonctionnaires et les spécialistes ; il paraît plus expédient de transférer auprès du Premier ministre, en la faisant présider soit par le délégué, soit par une personnalité indépendante, la part essentielle de la Commission interministérielle des stupéfiants, dont seule restera au ministère de la Santé la partie proprement technique concernant les délivrances de visas et les classements aux tableaux. Parallèlement, le groupe de travail interministériel existant auprès du ministre de l'Intérieur est supprimé et sa tâche est transférée à la délégation.

— *La délégation se voit désigner auprès de chacun des ministères concernés un service qui est son correspondant unique et siège au sein de la commission.* Ce n'est pas à elle d'assurer la coordination des services au sein de chaque ministère : il serait absurde qu'elle doive traiter, pour ne prendre que l'exemple du ministère de la Santé, avec un représentant de chacune des directions concernées de ce ministère parce qu'elles suivent chacune un aspect du problème : c'est à chaque ministère d'assurer, par le système de son choix — coordination au niveau du Cabinet, désignation d'une « direction pilote » — une unité de responsabilité que devra incarner son représentant, lequel devra être d'un niveau suffisamment élevé pour parler réellement en son nom. Le caractère unique de ce correspondant n'exclut naturellement pas qu'il soit accompagné, si l'affaire l'exige, d'autres fonctionnaires du même ministère.

La mise en place d'une telle délégation s'appuyant sur une commission interministérielle aux compétences mieux assurées, disposant, dans chaque ministère, d'un correspondant unique du niveau de responsabilité approprié, devrait constituer, surtout si son mandat s'étendait à l'ensemble des toxicomanies, un dispositif plus efficace que le système actuel, à condition que l'impulsion soit donnée et entretenue par le Gouvernement.

II. — Sur le plan départemental.

De façon analogue, une redistribution des rôles apparaît souhaitable sur le plan départemental. Quelle qu'en ait été l'utilité comme lieu de rencontre entre responsables, le bureau de liaison départemental ne fonctionne pas partout d'une manière satisfaisante parce que ses trop rares réunions ne sont pas consacrées à la recherche réelle de solutions.

La Mission pense qu'une plus grande efficacité pourrait être obtenue en scindant en deux un dispositif qui cherche à faire assurer par une instance unique deux fonctions qui devraient être distinguées. D'une part, il faut disposer d'une structure de responsabilité en charge des problèmes de toxicomanie dans le département. Ce ne peut être que la réunion, autour du préfet lui-même, à intervalles fréquents, des quelques responsables les plus directement intéressés et siégeant personnellement : Président du tribunal, Procureur de la République, D.A.S.S., etc. Cela semble le seul moyen pour que ces fonctionnaires se sentent réellement en charge du problème, au lieu de se faire représenter à des réunions épisodiques. Dans les départements les plus importants, ce groupe de travail aurait comme support un chargé de mission à plein temps (sous-préfet, par exemple).

D'autre part, il faut associer à cette « politique départementale de la drogue » un nombre important de personnalités en raison de leur compétence (médecins, etc.), ou des initiatives qu'elles ont prises au sein d'associations, etc. Ce devrait être l'objet d'une commission consultative élargie placée auprès du groupe de travail restreint, et présidée par une personnalité qui, en cette qualité, siégerait au sein de ce dernier. On aurait ainsi un système dualiste qui devrait être efficace : le président de la commission recueillant et faisant connaître au groupe de travail restreint les préoccupations des intervenants de base, qui ne s'expriment pas toujours au sein du bureau de liaison ; le préfet pouvant réellement exercer sur les responsables du département une impulsion qui, aujourd'hui, risque de se diluer dans une réunion trop nombreuse.

Sans chercher un parallélisme absolu, on pourrait confier à cette nouvelle structure, qui devrait être étroitement coordonnée avec la délégation nationale, notamment par l'organisation de réunions de tout ou partie des présidents des commissions départementales, un certain nombre des tâches définies ci-dessus comme relevant d'une coordination sur le plan national, telles que l'impulsion et le contrôle de l'action des services, la recherche d'une connaissance statistique convenable de la toxicomanie, l'établissement d'un bilan annuel de son évolution, et, éventuellement, la conduite des actions d'information sur le plan départemental.

*
* *

En proposant ces modifications, la Mission ne pense ni céder à un penchant réformiste, ni surestimer le rôle des structures dans une affaire qui relève aussi, et principalement, de l'action des hommes. *Il lui semble souhaitable de mettre fin à une situation où le problème de la toxicomanie est posé et reçu comme un pro-*

blème exceptionnel, mais suivi et traité sur le plan de l'organisation administrative, de façon plus routinière. C'est précisément pour en faire une question comme les autres qu'il est nécessaire de l'aborder en définissant clairement les responsabilités, et en cherchant à dissiper le brouillard qui aujourd'hui résulte de ce que l'on ne sait pas grand-chose du phénomène et que l'on ne voit pas toujours clairement qui a la responsabilité de l'endiguer.

Rappel des propositions du chapitre.

Améliorer la connaissance.

A. — Développer la recherche, la documentation et la circulation de l'information.

a) Recherche.

1. *Etablir sur le plan interministériel un programme d'ensemble des recherches à effectuer concernant :*

- les aspects biologiques et médicaux ;
- les données sociologiques, psychologiques et économiques des toxicomanies.

2. Contrôler dans le même cadre interministériel la mise en œuvre de ce programme par les différents organismes de recherche qui en seront chargés.

b) Documentation et circulation de l'information.

3. *Evaluer et articuler entre eux les différents systèmes de documentation relatifs à la toxicomanie actuellement en service ou en projet.*

4. *Favoriser la circulation et la tenue à jour de l'information par l'organisation de rencontres régulières entre spécialistes des différentes disciplines, l'envoi d'une lettre périodique d'information, etc.*

B. — Améliorer l'appréhension statistique du phénomène de l'usage de drogue.

5. *Etablir sur un plan interministériel un programme d'ensemble de travaux statistiques pour :*

- suivre l'évolution des toxicomanies sous leurs différents aspects ;
- rendre homogènes et comparables les dénombrements effectués par les différentes administrations ;

— mettre au point des mécanismes et des indicateurs permettant de mesurer l'extension du phénomène.

Disposer d'une structure administrative adaptée.

a) Sur le plan national.

6. *Créer auprès du Premier ministre, pour une période de temps déterminée — trois ans par exemple — une délégation composée d'un délégué entouré d'une petite équipe permanente, et dont le mandat pourrait être étendu à l'ensemble des toxicomanies.*

La délégation devra notamment :

- définir des orientations générales et contrôler leur mise en œuvre ; les adapter de façon souple et rapide à l'évolution du phénomène ;
- animer et coordonner l'ensemble des activités nationales et départementales ;
- coordonner et faire exécuter les travaux de recherche, de documentation et de statistique ;
- définir et contrôler la politique de l'information et de la formation, ainsi que l'orientation du public vers les structures existantes ;
- coordonner l'ensemble des actions de coopération internationale en ce domaine ;
- établir un bilan annuel de son action en vue de sa présentation au Parlement.

7. *Mettre en place auprès de la délégation une instance consultative composée à la fois de représentants des administrations concernées et de spécialistes, et qui devrait reprendre l'essentiel des attributions de l'actuelle commission inter-ministérielle des stupéfiants, ainsi que celles du groupe de travail existant auprès du ministre de l'Intérieur.*

8. Désigner au sein de chaque ministère un responsable qui soit le correspondant unique de la délégation et qui puisse s'engager au nom de son administration.

b) Sur le plan départemental.

9. *Créer un bureau de liaison restreint regroupant régulièrement autour du préfet les responsables départementaux les plus directement intéressés, et disposant, dans les départements les plus importants, d'un chargé de mission à temps plein.*

10. *Lui associer une commission consultative élargie, chargée de coordonner la politique d'information, de formation, de prévention et de suivre la mise en place des structures d'accueil et de soins nécessaires, et dont le Président, siégeant au sein du bureau de liaison restreint, sera l'interlocuteur du préfet pour l'ensemble des problèmes de toxicomanie dans le département.*

CHAPITRE XI

Prévention, information, formation.

Un premier ordre de propositions, qui doit s'appuyer sur l'effort de réflexion et de recherche évoqué au chapitre précédent, regroupe celles qui relèvent de la prévention, de l'information et de la formation, et qui, d'inspiration plutôt libérale, misent sur le jeu spontané des mécanismes sociaux. Il s'agit, non d'intervenir directement sur la décision individuelle d'user de la drogue, mais de créer, par un ensemble de mesures situées en amont, un contexte plus défavorable à cet usage.

Prévention, information, formation — que l'on examinera dans cet ordre pour commencer par ce qui présente le degré de généralité le plus marqué — sont, par bien des aspects, proches. C'est ainsi qu'on inclut parfois dans la « prévention » des campagnes d'information systématiques destinées aux jeunes ou sous la rubrique « formation » ce qui reste, en fait, une information assez générale. Pour clarifier le débat, on définira, un peu arbitrairement, la prévention comme l'ensemble des actions qui pourraient, par un effet plus ou moins direct, détourner les jeunes de l'usage de drogue ; l'information comme visant à diffuser une certaine connaissance générale sur la drogue ; la formation comme tournée vers l'acquisition de connaissances à caractère plus technique, dans la perspective d'une pratique professionnelle.

A. — Les actions de prévention.

Le domaine de la prévention apparaît à la fois comme vaste et imprécis = il s'agirait de rechercher, de comprendre et de faire comprendre, d'atténuer les difficultés, carences, dysfonctionnements qui, sur le plan social ou individuel, sont considérés comme étant à l'origine plus ou moins directe de l'usage de drogue (cf. chapitre VIII, p. 124). En fait, il y a probablement peu d'actions qui contribueraient à une prévention spécifique de ce dernier, sauf la répression du trafic afin de limiter l'approvisionnement et une action tendant à diminuer la surconsommation des médicaments dans la société. Par contre, peuvent concourir à cette prévention toutes les mesures susceptibles de prévenir l'inadaptation et la désinsertion sociales en général.

Sans doute pourrait-on aussi inclure dans une conception extensive de telles actions, toutes celles qui viseraient à améliorer le fonctionnement de la société,

à changer la vie, à changer la ville. Sans retenir une approche aussi large, qui reporterait à l'échéance d'au moins une génération l'effet de toute action en matière de toxicomanie, il faut encourager tout ce qui peut permettre de comprendre ce qui ne va pas dans l'individu et entre les individus, améliorer les relations entre les jeunes et la société et rétablir la communication entre parents et enfants. De même, tout ce qui peut être apporté aux parents — dans le cadre des centres de pédagogie familiale, des écoles de parents, des associations familiales, des centres sociaux — pour les préparer à leur tâche éducative et les encourager à s'intéresser à leurs enfants, dès leur plus jeune âge, est utile.

I. — Le fonctionnement de l'institution scolaire.

Parmi les mesures concernant les jeunes, une part importante intéresse le fonctionnement de l'institution scolaire « milieu de vie » obligé de l'ensemble des jeunes jusqu'à seize ans, et d'une bonne part d'entre eux après seize ans. De nombreuses modifications pourraient être envisagées pour que ce « milieu de vie » soit mieux supporté par les intéressés, et cesse de leur apparaître comme largement générateur d'ennui. On peut regretter, en particulier, qu'un progrès social incontestable, comme la prolongation de la scolarité à seize ans et l'orientation vers des études plus longues, soit vécu par certains jeunes comme les maintenant dans des études aux débouchés incertains et dans un mode de vie qu'ils rejettent. Il serait souhaitable que les structures scolaires puissent être modifiées assez sensiblement pour regagner l'intérêt des jeunes et que les débouchés auxquels elles conduisent puissent être rendus plus attractifs.

Ce problème dépassant largement le cadre de son mandat, la Mission se bornera à évoquer certaines des propositions qui peuvent être faites en ce sens :

— *la taille des établissements devrait être revue* pour substituer aux établissements de grande dimension, difficiles à contrôler et à animer, des établissements limités à quelques centaines d'élèves, plus favorables à la qualité des relations entre eux et avec l'institution ;

— *l'équipe éducative devrait disposer des moyens nécessaires* pour assurer sa fonction d'éducation et d'animation. Cette équipe, qui comprend l'ensemble des personnels intéressés à la vie de l'établissement, doit jouer un rôle dans la connaissance de l'élève et dans la recherche de ce que peut lui apporter l'institution scolaire. Elle est un des moyens de rétablir un lien personnel et direct entre enseignant et enseigné. Elle doit aussi faire une place particulière au médecin scolaire et à l'assistante sociale, auxquels les élèves se confient plus facilement ;

— *la structure des établissements devrait leur permettre une plus grande ouverture sur la vie et le monde des adultes*, soit en les intégrant dans des équipements plus vastes comportant des éléments destinés aux adultes (comme l'expérience en a été faite au C.E.S. d'Yerres), ce qui facilite le plein emploi des locaux scolaires et une vie collective plus intense, soit, à tout le moins, en les ouvrant en dehors des heures de classe à des activités pour adultes (comme cela se fait couramment en Grande-Bretagne), en dépit des difficultés techniques et pratiques que peut comporter une telle solution.

— la mise en place de structures d'animation à l'intérieur des établissements devrait être systématiquement encouragée. Une équipe d'animation devrait comprendre des responsables de l'établissement, des enseignants, des parents et des élèves, de façon à renforcer la relation entre jeunes et adultes. Elle pourrait avoir la charge de « clubs » susceptibles d'intéresser les jeunes à diverses activités (loisirs, sports, environnement, etc.) ou permettant de les accueillir et de les aider (clubs d'accueil à rôle d'information et d'aide, clubs « qualité de la vie » orientés plus vers la prévention sanitaire et sociale). Sans être une panacée, la création de tels clubs à l'intérieur des établissements permettrait d'offrir aux jeunes une structure plus accessible que les foyers socio-culturels qu'ils fréquentent relativement peu, de leur proposer des activités intéressantes, de faire participer les adultes à la vie des établissements et de favoriser les échanges. Ils pourraient être constitués sous forme de coopérative, de façon à assurer une gestion paritaire et à donner aux jeunes le sens des responsabilités.

Au sein de cette structure, les problèmes de la drogue pourraient être abordés, sous l'angle de l'information et de la prévention, d'une façon moins restrictive et moins voyante que dans les « clubs santé » actuellement en cours de mise en place dans certaines académies. *L'important est que le jeune ou le groupe de jeunes en difficulté, notamment par rapport à la drogue, puisse en parler avec un adulte disponible et en qui il ait confiance.* Ce sera, selon les cas, un chef d'établissement, un conseiller d'éducation, un enseignant ou une personne extérieure à l'établissement. Ce rôle, qu'il ne saurait être question d'institutionnaliser, exige une disponibilité et une faculté d'écoute réelles, sur lesquelles il paraît utile d'appeler l'attention de tous ceux qui participent au fonctionnement de l'institution scolaire.

Pour éviter que ces diverses propositions, par leur caractère souvent technique, apparaissent comme plaquées de façon artificielle sur la réalité, *la Mission souhaite qu'elles s'intègrent dans une réflexion d'ensemble sur le fonctionnement de l'institution scolaire qui lui paraît indispensable.*

II. — En dehors des établissements.

En dehors des établissements scolaires, la prévention doit s'organiser dans le cadre du quartier, où toutes les initiatives, associations, etc., permettant le dialogue et la communication entre jeunes et adultes, doivent être encouragées.

Les moyens disponibles devront être notamment redéployés en direction des préadolescents. Proposer aux jeunes de neuf à quinze ans des possibilités de loisirs, de sports, d'animation culturelle, devrait permettre de prévenir à terme des formes ultérieures d'inadaptation. On mesure le risque que courent ces jeunes, qui disposent dans l'année de plus de deux cents jours de congés scolaires, lorsqu'on sait la difficulté, dans les foyers à revenus modestes et où la mère travaille, d'organiser — et de financer — des loisirs convenables. C'est une véritable politique en faveur des jeunes de neuf à quinze ans qui doit être menée.

Dans le même sens, alors que les mouvements de jeunesse — qui peuvent jouer un grand rôle dans l'accueil de ces préadolescents — connaissent des difficultés d'encadrement, la Mission souhaite que soient étudiés les différents moyens de leur apporter une aide accrue, soit sur le plan financier, soit en prévoyant pour leurs cadres une dispense partielle du service national. Pour doter les associations d'animateurs professionnels, le VII^e Plan a prévu le développement du F.O.N.J.E.P. : il convient de veiller à l'exécution complète de ces objectifs et d'associer à leur réalisation d'autres départements ministériels que les secrétariats d'Etat à la Jeunesse et aux Sports et à l'Action sociale, qui en assument seuls actuellement la charge.

III. — Pour les jeunes « en difficulté ».

Dans une perspective plus orientée vers les jeunes « en difficulté », deux ordres de solutions retiennent l'attention :

— La première est celle mise en œuvre aux Pays-Bas, sous forme de « *consultations d'accueil pour jeunes* », structures extrêmement souples qui consistent pour l'essentiel en un « club sans activités » c'est-à-dire en un local, où, selon un horaire assez large, ces jeunes peuvent venir et trouver un interlocuteur (psychologue, travailleur social) avec qui parler de leurs problèmes. Ces « consultations » sont ouvertes à tous les jeunes et n'ont pas une orientation particulière vers les problèmes de toxicomanie, mais elles jouent un rôle important de prévention.

La distinction doit clairement être faite entre des consultations de cette nature, assez proches des expériences réalisées à Metz, Nice ou Paris par exemple, et une formule telle que celle du Centre d'information et de documentation pour la jeunesse, créé il y a quelques années à Paris, et qui a connu un grand succès. Il s'agit d'une action décentralisée, à l'échelon du quartier, qui consiste non à apporter aux jeunes des renseignements concrets de nature à faciliter leur vie pratique, mais à mettre à leur disposition des locaux où ils se sentent à l'aise, où ils puissent venir et communiquer avec un adulte formé à cela et disponible, à charge pour lui de les orienter, le cas échéant, vers la structure la mieux adaptée.

— Une autre formule, déjà pratiquée en France, et qui mériterait d'être mieux connue et développée, est celle des *clubs et équipes de prévention*, dont le rôle est à la limite de la prévention et de l'intervention en vue d'un éventuel traitement. Ce système — qui consiste dans la présence de travailleurs sociaux « dans la rue », qu'ils disposent ou non d'un local d'accueil, de façon à être plus proches des milieux de vie habituels des jeunes en voie de désinsertion — a été progressivement défini et connaît depuis quelques années un réel développement. Aujourd'hui, quelque 300 clubs, financés de 80 à 95 % par l'Etat, sont répartis sur le territoire national. Il est prévu d'en doubler les effectifs au cours du VII^e Plan.

Bien que la politique générale de ces clubs et équipes de prévention exclue de mettre l'accent sur une forme particulière d'inadaptation, certains se sont spécialisés dans l'accueil et la prise en charge des toxicomanes (plusieurs à Paris et dans la région parisienne, à Marseille, Bordeaux, Rouen, Metz, etc.).

Quelles que soient les formules des uns et des autres, avec possibilités d'hébergement ou non, ces clubs se fixent comme but de mener, dans un milieu souvent inadapté, une action au bénéfice de jeunes venus librement, en respectant leur anonymat. L'extension de ces diverses formules, la formation permanente et la reconversion des travailleurs sociaux désireux de les développer et qui acceptent les servitudes particulières de cette forme d'intervention, doivent être encouragées, notamment en reconnaissant l'ambiguïté d'une situation qui amène parfois ces équipes, pour demeurer proches des jeunes en difficulté, à s'opposer à d'autres institutions.

*
* *

La Mission pense que *les propositions qui précèdent, sans comporter de formule spécifique à la prévention de la toxicomanie, constituent une gamme de solutions pouvant améliorer le fonctionnement du corps social, et dont l'effet se répartit dans le temps :*

— à long terme, il convient de remédier, si cela est possible, aux principaux aspects de ce qui a été décrit au chapitre VIII comme une crise de la société et une crise de la jeunesse ;

— à moyen terme, il faut mettre l'accent sur la réforme du système éducatif, au sens le plus large, les quelques mesures évoquées ci-dessus n'étant que des aspects partiels de la réflexion d'ensemble qui doit être menée ;

— à court terme, il existe et il existera, en tout état de cause, des jeunes « en difficulté », cette difficulté pouvant aller du vague à l'âme de l'adolescence au vrai risque de désinsertion sociale : il paraît utile qu'ils puissent trouver dans différents lieux, associations, etc., dans les « consultations » décrites ci-dessus, et, si nécessaire, dans la présence d'équipes de prévention, une structure d'accueil à laquelle s'adresser, puisqu'ils refusent celles qui peuvent leur être offertes dans le cadre de la famille et du système éducatif ou de loisirs.

B. — Les actions d'information.

L'information, souvent entendue comme l'ensemble des actions visant à apporter — unilatéralement plutôt que dans une perspective de dialogue plus pédagogique — une certaine connaissance générale (et non une formation spécialisée) sur les drogues, est le thème d'un vif débat : la conviction farouche de certains, selon laquelle l'information est la clé de toutes les autres solutions et doit être largement pratiquée, se heurte à la détermination non moins ferme d'autres, pour qui l'information a valeur d'incitation et doit être limitée au minimum.

Le débat ne se pose pas toutefois en terrain neuf : depuis 1970, plusieurs politiques ont été suivies et diverses actions menées, dont il n'est pas inutile de faire le bilan avant de proposer les solutions qui peuvent être retenues aujourd'hui.

I. — Le bilan des actions menées.

Depuis 1970, il est un bon exemple de la dispersion des responsabilités décrite ci-dessus, ainsi que des incertitudes que comporte le choix d'une politique d'information.

a) Les étapes.

Une première étape en 1969-1971 est caractérisée par un parti pris de discrétion. On veut éviter d'éveiller la curiosité et d'alerter indûment l'opinion, et écarter l'effet incitatif possible d'une publicité excessive autour de la drogue, d'autant qu'il n'existe encore aucun programme cohérent de lutte contre celle-ci. Dans cette optique, est lancée, sur le plan interministériel, une action d'information limitée aux relais (médecins, enseignants), à l'exclusion du grand public, sous forme notamment de brochures destinées respectivement aux enseignants du second degré et aux médecins non spécialistes.

Dès 1971 s'esquisse toutefois une seconde étape, où la nouvelle dimension du problème de la drogue conduit à une attitude plus active. Après divers travaux préparatoires menés au niveau du Premier ministre, une « Commission interministérielle d'information sur la drogue » est créée en octobre 1971 sous l'égide du Comité interministériel de l'information, et chargée de définir une politique d'ensemble, de coordonner les actions d'information des différents ministères et de réaliser les moyens d'une information adaptée et sûre. Le bilan de cette commission consiste, outre l'élaboration de différents documents, dans :

— la préparation d'une « charte de l'information sur la drogue » adoptée en 1972 par le Premier ministre et adressée par lui aux organes de presse et aux différentes administrations. Même si le texte en est quelque peu daté, et a été depuis, sur certains points, dépassé par l'évolution des idées ou des faits (1), il n'en reste pas moins, par de nombreux aspects, utilisable ;

— la création d'un service interministériel de l'information sur la drogue (S.I.I.D.), à compétence interministérielle mais placé auprès du ministère de la Santé, et chargé de préparer des documents d'information et d'apporter une aide technique aux différents ministères.

Au milieu de 1972, s'amorce une nouvelle étape marquée à la fois par l'abandon de la politique interministérielle en ce domaine, et par l'échec du S.I.I.D. qui, accusé d'avoir mené une action de propagande en faveur de la drogue, disparaît en 1974, après avoir réalisé une brochure « Drogue : un guide pour parents

(1) Ce que ses auteurs avaient d'ailleurs pressenti, puisqu'ils en préoyaient la mise à jour semestrielle.

et éducateurs », tirée à 300.000 exemplaires, un film et un disque destinés aux médecins.

b) Les positions prises.

La fin de la coordination interministérielle va laisser le champ libre aux initiatives des ministères, qui vont varier selon la manière dont chacun conçoit la place de l'information dans le domaine de la drogue.

Deux ministères paraissent plus que réservés : la Santé publique — qui souffre de l'expérience du S.I.I.D. — et l'Education, dont les différentes circulaires (1) montrent à la fois une certaine évolution et une grande réticence. Le ministère préfère aborder le problème par des biais — ceux de l'enseignement de la biologie ou des « clubs santé » — encore qu'il ait entrepris une action d'information périodique destinée aux enseignants (Courrier de l'Education) et aux délégués de classe (Courrier « Spécial Elèves »).

D'autres ministères, au contraire, mènent une politique active d'information. Ce sont d'une part, le secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports, ce qui correspond assez bien à l'approche plutôt compréhensive qu'il a généralement de ces problèmes (2) et, d'autre part, les armées et les services de police, dont l'orientation a priori aurait plutôt semblé en sens inverse. Les armées, indépendamment de cours de formation et de perfectionnement des médecins et pharmaciens militaires, ont mené depuis 1972, un ensemble d'actions d'information par des conférences, films, etc. destinés aussi bien aux cadres qu'aux hommes de troupe. Les services de police ont souvent une action d'information soit vers le public, soit dans le cadre des établissements d'enseignement, généralement privés. C'est notamment le cas à Rennes et à Marseille.

Enfin, il convient de mentionner, parmi les initiatives d'origine privée, celles menées par le centre Didro, qui s'est orienté principalement vers l'information et qui a constitué et tient à jour une documentation importante en même temps qu'il assure des conférences d'information à la demande de groupes divers. De même, dans plusieurs départements, de nombreuses réunions d'information se tiennent, à l'initiative de spécialistes ou d'associations.

Le bilan des actions menées depuis 1970 conduit à regretter qu'en quelques années se soient succédé au moins trois politiques différentes — la continuité est

(1) Circulaire du 22 juin 1969 annonçant la mise à l'étude d'une action pédagogique préventive devant être menée avec les plus grandes précautions, afin de ne pas aller à l'encontre du but poursuivi ; circulaire du 3 novembre 1971 relative à la mise en œuvre de la loi du 31 décembre 1970, suivie de l'organisation de réunions d'information principalement destinées aux chefs d'établissements et confirmée par des circulaires du 27 mars 1973, recommandant à ces derniers de ne plus recourir à l'exclusion des élèves toxicomanes, et du 11 juin 1975 ; circulaire du 7 octobre 1975 ajoutant à l'enseignement des sciences biologiques en 3^e, un chapitre sur l'usage des médicaments et des drogues ; circulaire du 17 mars 1977 relative à la mise en place des « clubs santé ».

(2) Le secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports a assuré un service d'information téléphonique en 1972-1973 et réalisé plusieurs documents importants : pour les jeunes de seize à dix-sept ans, une revue en couleurs, genre « bande dessinée », « Raibol la drogue », diffusée en 1973 à 150.000 exemplaires ; des brochures pour les éducateurs : « L'Educateur devant la drogue » et pour l'ensemble des adultes spécialisés : « La drogue - information pour prévenir » ; enfin, une anthologie de textes divers destinés à tous les publics : « Point de vue sur la drogue » (dernière édition - 1974).

encore plus nécessaire en ce domaine que dans d'autres — et que des actions d'information aient été menées en ordre dispersé par les différentes administrations, alors que la cohérence est — là encore — indispensable.

II. — Les principes des actions d'information à mener.

Ils paraissent devoir être les suivants, en fonction de la nature des publics auxquels elles s'adressent :

a) *Pour plusieurs types de « publics », les choses sont relativement claires et un assez large accord se fait sur l'opportunité d'une information qui leur soit destinée.*

Les parents, en premier lieu, souffrent d'une sous-information chronique qui est pour une part à l'origine de leur tendance à considérer de façon dramatique tout comportement ayant un rapport avec la drogue. Si l'intérêt d'actions d'information qui leur soient propres est incontestable, et constitue même une priorité, il convient d'en définir avec précision le contenu et les modalités.

Quant au contenu, cette information doit certainement comporter des éléments relatifs aux différentes drogues, à leur usage, à leurs dangers : il n'est pas mauvais que les parents en sachent, sur ce terrain, à peu près autant que leurs enfants. Mais ce serait sans doute une erreur que de mettre l'accent de façon exclusive sur la toxicomanie, au risque de renforcer le caractère dramatique et fascinant dont les parents la revêtent. *Il est souhaitable que cette information présente un aspect beaucoup plus général et porte sur les problèmes de l'enfance, de l'adolescence, et leur approche éducative, et sur les difficultés psychologiques et affectives des jeunes, etc.,* de façon à ce que les parents puissent mieux cerner le contexte dans lequel évoluent leurs enfants, se sentir moins éloignés d'eux et plus conscients de la nécessité d'un dialogue.

La diffusion de cette information se heurte à une double difficulté : la relative indifférence des parents et leur tendance à s'en remettre à l'école seule de l'éducation de leurs enfants — ce que montre par exemple le faible degré de participation aux activités des associations de parents d'élèves, même si le thème de la drogue suscite une participation des parents plus active que lorsqu'ils sont conviés à d'autres débats — ; le fait que les grands moyens d'information — journaux, télévision — ne sont pas spécifiques aux parents et que l'on atteint par leur canal l'opinion publique tout entière.

Il semble qu'on pourrait retenir :

— d'une part, *d'utiliser les grands moyens d'information pour l'information des parents sur les problèmes de l'enfance et de l'adolescence, plutôt que sur les problèmes spécifiques de la toxicomanie.* Il serait souhaitable que la télévision par exemple, aborde largement — et à des heures de grande écoute — les questions d'éducation, de relations avec les enfants. C'est ce que la radio fait sous une forme qui peut apparaître comme une vulgarisation contestable,

mais qui répond certainement à un besoin. Ceci devrait s'accompagner d'un effort pour éviter d'aborder sous un angle dramatique les problèmes de la drogue ;

— d'autre part, *de dispenser l'information générale sur l'adolescence et l'information spécifique sur la « drogue » dans les conditions suivantes :*

- par le canal de groupes, de réunions où l'information n'est pas « brute » mais est suivie de discussion, etc., ainsi que de brochures simples, mises à la disposition du public dans des lieux banalisés ;
- en encourageant systématiquement, sans qu'aucune formule fasse l'objet d'un monopole ou d'un label officiel, les initiatives que peuvent prendre — pour développer l'information des parents — les établissements d'enseignement, les associations de parents d'élèves, les groupes de parents ou les associations de divers ordres ;
- en confiant ces actions d'information à des personnes compétentes, préparées à le faire, et sachant éviter aussi bien le dogmatisme que le goût du sensationnel.

D'autres actions d'information sont destinées à des catégories déterminées :

— *Les enseignants et éducateurs au sens large — chefs d'établissement, conseillers d'éducation, professeurs, etc.* — doivent faire l'objet d'un effort particulier sous forme de réunions de réflexion, de journées d'information qui, bien entendu, ne soient pas orientées autour du thème : « A quels signes infailibles reconnaître les toxicomanes parmi vos élèves ? », mais permettent une appréhension plus lucide de ces problèmes. La responsabilité de ces actions devrait normalement incomber aux Centres régionaux de documentation pédagogique.

— *Les médecins, pharmaciens, personnels de santé*, relèvent également d'une action d'information particulière, qui pourrait porter à la fois sur les drogues et toxicomanies en général et sur les aspects que celles-ci peuvent revêtir dans leur pratique quotidienne. En ce qui concerne les médecins, une action vigoureuse, que l'ordre des Médecins a amorcée, devrait être entreprise sous l'égide du ministère de la Santé, pour appeler leur attention sur les problèmes posés par l'usage des médicaments et souligner leur responsabilité dans les prescriptions abusives.

— *Les policiers*, en dehors de ceux qui sont affectés dans les services spécialisés, peuvent être — à un moment ou à un autre — en contact avec des toxicomanes ; ils devraient faire l'objet d'une action de sensibilisation et d'information générale.

— Il en est de même pour les *magistrats*, pour lesquels l'initiative récente de la Chancellerie, visant à organiser, dans le ressort de quelques tribunaux, des conférences-débats avec la participation d'un médecin et d'un magistrat spécialisés, pourrait être étendue.

b) *En dehors de ces diverses catégories, deux problèmes suscitent plus de discussion :* ils concernent l'information du public et celle des jeunes.

1° *S'agissant de l'opinion publique en général, la Mission a souligné à de nombreuses reprises, le faible degré de son information et le caractère passionnel*

de ses réactions. Et un des aspects essentiels de l'action qu'elle propose consiste à amener l'opinion publique à considérer de sang-froid et avec lucidité le problème de la drogue. Or, la tâche est difficile car, comme on l'a souligné (1), l'information brute du genre : « Voilà ce que l'on sait » laisse les gens désorientés parce qu'ils ne savent pas ce qu'elle veut dire et le discours de propagande : « Voilà ce qu'il faut penser » leur demeure extérieur. Le vrai problème est de développer, par une action appropriée, l'aptitude de l'opinion à comprendre ce qu'il signifie.

La Mission suggère de *développer une approche relativement « publique » du problème de la drogue, pour que celui-ci devienne un problème parmi d'autres, dont les moyens d'information parlent normalement.* Elle recommande en particulier que la politique choisie par les pouvoirs publics, en matière d'information, soit menée avec *constance* sur plusieurs années et que l'on évite de prendre, sur une assez courte période, des attitudes opposées. Dans cette perspective, la Mission considère comme souhaitable qu'une des premières tâches de la délégation interministérielle soit de réviser et d'actualiser la « Charte pour l'information en matière de drogue » établie en 1972, d'établir à partir de celle-ci un nouveau document définissant la politique d'information commune aux différentes administrations et de contrôler son application, notamment en mettant en place, parallèlement à toute campagne d'information, les moyens d'évaluer les résultats de celle-ci. Parmi d'autres aspects, elle devra veiller également à ce que soient évitées des informations ayant le caractère d'une propagande en faveur de l'usage de drogue et s'assurer que les dispositions de la loi de 1970 relatives à la répression de celle-ci sont effectivement appliquées ; certaines revues, brochures et disques ont un effet incitatif non négligeable.

2° Un autre débat délicat, concerne le problème de l'information des jeunes, que les uns contestent comme inutile — les jeunes n'en sachant déjà que trop — que les autres dénoncent comme dangereuse et incitatrice, et que les plus nombreux considèrent comme indispensable, à condition qu'elle soit objective et vraie. Un sondage effectué à la demande de la Mission et dont les résultats sont analysés en annexe n° 5 montre en effet que :

- 62 % des personnes interrogées s'estiment peu ou mal informées ;
- 92 % pensent qu'il serait utile d'informer les jeunes sur les drogues ;
- 44 % de ces dernières pensent qu'il faudrait donner cette information entre dix et douze ans.

On peut toutefois se demander si cet âge est bien approprié et s'il ne convient pas, comme on le pense aux Etats-Unis, de donner cette information beaucoup plus tôt, vers six-huit ans.

L'étude qualitative effectuée parallèlement à ce sondage indique que les personnes interrogées critiquent l'information apportée jusqu'à présent par la grande

(1) Edgar Morin : Communication orale.

presse et les journaux télévisés, comme étant — selon les termes relevés — « matraquante, incomplète, mensongère, dramatisante » et donc inutile, car inadaptée. La nécessité d'une information « vraie, claire, objective, dédramatisante », largement diffusée auprès des jeunes, est ressentie comme un préalable, certains la considérant même comme la seule action crédible et efficace.

Cependant, une information systématique des jeunes, consistant par exemple à réunir pour des conférences plusieurs classes dont les élèves n'ont exprimé aucune demande particulière, est probablement inutile et peut — dans certains cas — être dangereuse : il est possible que pour certains, le fait de montrer des objets « prohibés », tels que drogues, seringues, etc., puisse en renforcer l'attrait en soulignant la portée de l'interdit à transgresser.

En second lieu, la demande d'information des jeunes, lorsqu'elle s'exprime, marque leur désir d'en savoir plus sur les drogues et surtout leur besoin de pouvoir faire part des questions et des préoccupations qui sont les leurs, souvent sur des sujets très éloignés de la toxicomanie ; elle ne se découpe pas en demandes bien distinctes sur la drogue, la sexualité, la famille, etc., mais est le plus souvent une interrogation globale et parfois confuse.

Ceci conduit à penser qu'une action systématique d'information des jeunes visant à faire absorber à tous, en des groupes nombreux, un message type sur la toxicomanie, n'est sans doute pas opportune. *Mais il est souhaitable que toute demande d'information émanant d'un jeune ou d'un groupe de jeunes puisse être satisfaite*, dans le cadre de groupes plus restreints, soit au sein des établissements scolaires, dans les « clubs » dont la mise en place a été évoquée ci-dessus, soit en dehors de ceux-ci dans les « consultations » pour jeunes qu'il est proposé de créer, soit par l'organisation, à la demande, de réunions d'information, pour lesquelles il devrait être fait appel plus largement à des personnalités extérieures à l'institution scolaire, devant lesquelles les élèves s'exprimeront sans doute plus librement.

Il est nécessaire que les personnes assurant cette tâche, même dans le cadre de simples réunions, non seulement possèdent les connaissances techniques minimales pour parler de drogue, mais également soient préparées à assurer un dialogue avec les jeunes qui normalement ne doit pas manquer de s'établir et de dépasser, par son objet, la seule toxicomanie. *L'information n'est pas une action neutre qui peut être confiée à des amateurs plus ou moins éclairés, c'est une intervention qui doit être le fait de personnes formées et préparées à la dispenser.*

Pour assurer une certaine homogénéité des actions d'information à l'échelon local, notamment de celles destinées aux jeunes, et pour éviter la dispersion d'initiatives parfois mieux intentionnées que techniquement solides, *la Mission pense souhaitable de confier une responsabilité en ce domaine à la commission consultative qu'elle propose de créer dans chaque département* ; elle suggère que, par exemple, le président ou le secrétariat de cette commission soit destinataire de toutes les demandes de conférences ou réunions d'information émanant d'individus ou de groupes, de façon à les orienter vers les formules les plus adaptées, ainsi que de tous les programmes d'information établis par les centres publics ou privés, pour en assurer un certain contrôle.

C. — Les actions de formation.

L'impératif de formation généralement proclamé en matière de toxicomanie recouvre en fait deux constatations différentes :

— d'une part, il est reconnu que tous ceux qui ont, dans le cadre des procédures décrites au chapitre III, affaire à des « drogués », sont souvent mal préparés à le faire : il convient donc de donner à diverses professions, dont la thérapie des toxicomanes n'est pas l'activité première, un complément de formation-information professionnelle ;

— d'autre part, s'agissant cette fois de la thérapie des toxicomanes, il n'existe pas de formation particulière de véritables spécialistes, et peu de possibilités de formation permanente pour ceux qui pratiquent cette activité.

Il se pose donc en fait deux ordres de questions qu'il importe de distinguer.

I. — « Formation générale » sur les toxicomanies.

Il s'agit ici d'assurer la formation des personnes qui, dans le cadre de leurs activités professionnelles, même et surtout lorsqu'elles ne concernent pas la toxicomanie, peuvent être en contact avec des toxicomanes ou qui, à un moment donné de leur carrière, peuvent être appelées à s'occuper de toxicomanies. Ceci concerne des catégories fort diverses :

a) **Médecins** : On vise ici les médecins généralistes, non spécialisés de toxicomanie. Il est souhaitable que le cursus des études médicales comporte, à titre non facultatif, des éléments relatifs aux toxicomanies, par un renforcement des différentes disciplines intéressées : toxicologie, médecine légale, psychiatrie, hygiène, pédiatrie. De même, des informations très précises devraient y être données sur l'ampleur des toxicomanies médicamenteuses et sur le risque des prescriptions abusives. *La formation des médecins au bon usage des prescriptions — c'est-à-dire en fait à la relation avec le malade — devrait être la préoccupation première des responsables de leur formation.*

Une telle orientation pourrait être également retenue dans les actions d'enseignement post-universitaire, ainsi que dans les manifestations destinées aux médecins praticiens, telles que les entretiens de Bichat, les « journées » organisées par certains services spécialisés, etc.

Des éléments analogues devraient figurer dans les études et le perfectionnement, en cours de carrière, des pharmaciens et des auxiliaires de santé : infirmières, assistantes sociales. En particulier, le personnel des hôpitaux et secteurs psychiatriques devrait faire l'objet d'actions de formation particulières.

Dans le même domaine, les dispositions nécessaires doivent être prises pour les personnels du système de santé scolaire (médecins, assistantes sociales, infirmières) qui sont souvent à même de connaître des cas de toxicomanie et qui

doivent être préparés à les orienter convenablement, notamment par une information à jour sur les différentes structures auxquelles ils peuvent faire appel.

b) Responsables des établissements scolaires et enseignants : *La formation initiale des responsables d'établissement, des conseillers d'éducation et des enseignants, devrait comporter des éléments de biologie et de psychologie de l'adolescence, puisque l'objet même de leur activité est de s'occuper d'enfants et d'adolescents, et des données techniques sur les problèmes de toxicomanie.* Ces éléments devraient, pour les personnels actuellement en place, être apportés par un recyclage en cours de carrière.

La Mission tient à souligner la nécessité de ces formations, dont la mise en œuvre relève du ministre de l'Education. Plusieurs formules sont en effet possibles : l'une, en confiant la responsabilité aux recteurs pour l'ensemble des enseignants de leur académie, l'autre, en chargeant les inspections générales pour les personnels des différentes disciplines, notamment pour celles qui exigent une approche particulière du problème (1).

c) Magistrats : Les difficultés rencontrées dans le fonctionnement du système judiciaire, et notamment les disparités de procédure et de décision, ont, pour une part, leur origine dans les inégalités de l'information des magistrats, la plupart de ceux qui sont en fonction depuis un certain temps n'ayant jamais été sensibilisés de façon particulière au problème de la toxicomanie.

Au titre de la formation initiale, les auditeurs de justice reçoivent maintenant une formation en ce domaine, soit sous forme de cours destinés à l'ensemble de la promotion, soit dans le cadre des activités d'information et de recherche d'une partie de celle-ci. De même, la formation spécialisée des jeunes magistrats (un mois par an pendant les quatre ans suivant leur entrée en fonction) peut comporter un séminaire sur la toxicomanie : il serait souhaitable de le rendre obligatoire. La formation permanente des magistrats inclut, pour une trentaine d'entre eux par an, une session d'une semaine sur le problème de la drogue. L'ensemble de ces actions devrait être mené de façon plus organisée et systématique.

d) Policiers : Le problème intéresse, d'une part, ceux qui seront affectés aux groupes spécialisés dans la lutte contre le trafic des stupéfiants, pour lesquels une formation assez poussée devrait être prévue avant leur affectation, alors qu'elle semble à l'heure actuelle largement assurée sur le tas ; d'autre part, l'ensemble des personnels de police de tous niveaux qui, à un moment ou à un autre, peuvent être en contact avec des toxicomanes. L'action de formation, conduite jusqu'à présent dans les services de police, a été surtout destinée aux personnels d'encadrement : il faudrait l'étendre à une part plus large du personnel et mettre en œuvre les projets envisagés par l'Office central.

(1) C'est le cas par exemple de la biologie où l'information prévue ne doit naturellement pas se traduire par une heure de cours sur « la drogue », mais être répartie de façon appropriée entre les différents aspects du programme suivi.

e) **Travailleurs sociaux** : Cette rubrique, volontairement générale, regroupe l'ensemble des personnels — éducateurs, psychologues, assistantes sociales, etc. — des organismes, foyers, centres d'accueil, qui ne sont pas exclusivement destinés aux toxicomanes, mais qui doivent avoir sur ce problème une formation minimale. Il ne s'agit pas ici de former des spécialistes, mais de prévoir dans les actions destinées à la formation initiale et au recyclage des différents personnels, des éléments relatifs à ces problèmes.

II. — Formation des spécialistes.

Parallèlement à la formation de base dont doivent disposer ceux qui auront un contact plus ou moins occasionnel avec la toxicomanie, doit être assurée la formation des spécialistes qui vont y consacrer leur activité, en particulier dans la perspective du traitement des toxicomanes. *Même si cette activité doit normalement n'être exercée que pendant une période relativement brève, de l'ordre de quelques années, et non toute une vie, il faut des personnels formés dans les différentes disciplines.*

A l'heure actuelle, faute de formation spécialisée, la « prise en charge » des toxicomanes est assurée soit par des médecins et/ou des psychiatres qui ont été amenés, à partir de spécialités différentes (psychiatrie, réanimation, etc.), à orienter leur pratique en ce sens, soit notamment dans les foyers de post-cure, par des personnels « autoformés », par des autodidactes de la toxicothérapie, dont l'intérêt pour le sujet n'est pas toujours exempt de la projection d'éléments personnels, mais dont l'enthousiasme et la générosité compensent l'inexpérience.

Le choix des solutions à ce problème soulève de nombreuses questions. D'abord, celle de savoir si la prise en charge des toxicomanes doit être le monopole d'une compétence déterminée — par définition celle du médecin et/ou psychiatre — ou si elle doit être ouverte à des personnels d'origine et de formation diverses — médecins, travailleurs sociaux, éducateurs, anciens toxicomanes — comme cela est réalisé dans certains pays et en pratique en France.

Sous une forme aussi tranchée, ce débat de principe est sans doute un faux débat : *la prise en charge des toxicomanes ne peut être le fait d'un seul ou le monopole d'une formation donnée. Elle ne peut être assurée que par des équipes comportant des spécialistes formés des différentes disciplines, et dont la part respective dépend des différentes étapes d'un processus complexe qui est en tout état de cause long et sinueux : selon les moments, la dominante sera plus médicale, psychologique, sociale, et chaque équipe devra organiser son travail en conséquence.*

Si l'on renonce à l'idée d'un monopole et si l'on admet que les spécialistes de la prise en charge des toxicomanes peuvent être de diverses origines et formations, leur préparation à cette activité est beaucoup plus compliquée à organiser. Au lieu que ce soit dans la ligne d'un seul cursus qu'il faille inclure une spécialité de « toxicothérapie », c'est au cours ou au débouché d'un certain nombre de formations différentes, voire en l'absence de formation initiale, qu'il faut l'organiser.

On pourrait concevoir, en théorie, une formation unique regroupant ces personnels de diverses origines, voire même, en poussant dans le systématisme, un établissement unique — Centre des hautes études sur la toxicomanie — par exemple. Dans la pratique, une telle formule, outre l'inconvénient majeur de formaliser les choses et de trop polariser l'intérêt, se heurterait aux difficultés d'ajuster, dans une organisation commune, des formations et des carrières passées et futures complètement dissemblables.

De même pourrait-on penser s'en remettre à un spécialiste — ou à une institution existante — du soin de former tous les futurs spécialistes : « nul ne s'établit comme toxicothérapeute s'il n'est agréé par... ». Mais, outre ses difficultés matérielles de mise en œuvre, une telle solution de monopole n'est pas concevable dans la mesure où le choix du « formateur » infléchirait en effet dans un sens irréversible l'ensemble du système.

Faute de pouvoir retenir une organisation d'ensemble qui soit à la fois unitaire et cohérente, la Mission pense qu'une démarche plus pragmatique pourrait consister dans une série de mesures s'inscrivant dans un système relativement souple.

• *Dans le domaine médical, le renforcement de la formation peut être envisagé sous deux aspects :*

— d'une part, par le développement de l'enseignement de la toxicologie, pour lequel de nouvelles chaires pourraient être créées ;

— d'autre part, par la création d'un enseignement spécialisé relatif aux toxicomanies. Cette création, actuellement en cours sous forme d'enseignement associé, pourrait s'accompagner de celle d'un certificat d'études de spécialité qui consacrerait la qualification des personnels de formation médicale. Et il serait logique alors d'étendre ce système à deux ou trois grandes villes de province.

On peut cependant se demander si, en mettant l'accent sur un « modèle médical » de la toxicomanie, une telle formule ne réduit pas le problème à une approche unique destinée à des étudiants peu nombreux, et qui gagnerait sans doute à être étendue à une perspective plus large de médecine « sociale » concernant les divers modes de déviance.

• *En dehors de la voie médicale, la priorité souhaitable paraît être d'assurer la formation permanente des personnels qui exercent actuellement la toxicothérapie* sans avoir reçu de formation initiale, plutôt que celle d'organiser une formation universitaire pour les futurs toxicothérapeutes. Il est en effet préférable de faire appel à des personnels ayant déjà une certaine expérience pratique, plutôt qu'à des étudiants qui n'auraient qu'une formation théorique.

Dans cette perspective, il conviendrait d'élargir et de systématiser la formation permanente qui commence à se mettre en place dans les U.E.R. de sciences humaines, à Lyon par exemple, pour les actuels praticiens de la toxicothérapie.

En dehors du cadre universitaire, il pourrait être envisagé d'adopter le système de formation par des associations agréées, retenu pour les personnels techniques exerçant dans des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, et dans les centres de planification ou de conseil familial. Mais il

conviendrait alors de doter ces associations — qui seraient pour une large part les centres actuels — des moyens nécessaires pour assurer la formation de leurs personnels.

Dans un second temps, et en évitant que l'existence d'une formation universitaire ferme l'accès de la toxicothérapie à d'autres postulants, pourraient être envisagés, dans les U.E.R. de sciences humaines, des enseignements spécialisés qui pourraient correspondre à deux niveaux : celui de praticien ne nécessitant ni baccalauréat ni scolarité de type classique, et celui de responsable d'une équipe, pour lequel un D.E.S.S. (1) tiendrait lieu « d'école d'application » à tous les titulaires d'une maîtrise ou assimilés (médecins, etc.) en même temps qu'il permettrait en plusieurs années la promotion interne des personnels de la catégorie précédente.

La Mission souhaite que le problème de la formation des spécialistes de la prise en charge des toxicomanes, auquel elle ne peut à ce jour proposer une solution d'ensemble, soit rapidement examiné, de façon conjointe par le ministère de la Santé et le secrétariat d'Etat aux Universités, sous l'égide de la délégation interministérielle. Celle-ci pourrait également avoir pour tâche, s'agissant alors cette fois de la « formation générale » des non-spécialistes, de veiller à ce que les différents ministères prennent des dispositions appropriées concernant la formation des personnels relevant de leur autorité.

*
**

La Mission attache une grande importance aux actions intéressant la prévention, l'information et la formation, qui se rattachent toutes à l'idée d'obtenir, à moyen terme, une stabilisation — voire une régression — de la toxicomanie par une modification du contexte dans lequel elle se situe.

Ces actions ont en commun l'exigence fondamentale de devoir être menées par des personnels compétents et qualifiés. Il est essentiel que la drogue ne soit plus un domaine tabou dans lequel on puisse dire, entendre et parfois faire, n'importe quoi. Cela ne signifie pas que l'on doive s'en remettre à la compétence de quelques experts chargés à la fois de prophétiser et de guérir, mais qu'il est nécessaire que ceux qui interviennent dans ce secteur soient de véritables professionnels, convenablement préparés, et que l'opinion soit mieux informée de ce problème. Ce n'est qu'à cette condition qu'il deviendra ce qu'il est fondamentalement : l'affaire de tous.

(1) Diplôme d'études supérieures spécialisées.

Rappel des propositions du chapitre.

A. — Prévention.

1. — Améliorer le fonctionnement de l'institution scolaire.

— Réduire la taille des établissements.

— *Donner à l'équipe éducative, en mettant l'accent sur la relation enseignant/enseigné, les moyens d'assurer à part entière la fonction d'éducation et d'animation qui est la sienne* et y associer les personnels de santé (médecin scolaire, assistante sociale).

— Ouvrir les établissements aux adultes, aux associations, leur donnant ainsi l'occasion de mettre fin à la ségrégation de fait des classes d'âge.

— *Généraliser les structures d'animation à l'intérieur des établissements par la création de « clubs » de la qualité de la vie*, qui seraient notamment le lieu de la prévention sanitaire et sociale. En confier la responsabilité et la gestion paritairement aux représentants des jeunes, des associations de parents d'élèves et des représentants de l'établissement.

— *Insérer ces différentes mesures dans une réflexion d'ensemble sur le fonctionnement du système scolaire*, de façon à ce qu'il puisse à nouveau susciter l'intérêt des jeunes dont il constitue le « milieu de vie ».

2. — En dehors des établissements scolaires.

— *Favoriser la vie associative de quartier* en encourageant toutes les formes d'action de nature à améliorer la communication entre les jeunes et les adultes.

— Mettre en place, en faveur des jeunes de neuf à quinze ans, une politique globale leur ménageant des possibilités d'accueil, de sports, de loisirs et devant permettre de prévenir plus utilement les formes ultérieures d'inadaptation sociale.

— *Etudier les moyens d'apporter aux associations sportives et culturelles et de loisirs et aux mouvements de jeunesse, une aide accrue*, soit sur le plan financier, soit par des avantages offerts à ceux qui acceptent d'y exercer une responsabilité dans l'encadrement des jeunes.

3. — Développer des actions de prévention tournées vers les « jeunes en difficulté ».

— *Créer des lieux d'accueil polyvalents (analogues à ceux existant aux Pays-Bas)* offrant dans le cadre de structures souples et informelles d'accueil la possibilité

d'entretiens et une orientation éventuelle vers d'autres structures de prise en charge.

— Développer les clubs et équipes de prévention, en assurant aux travailleurs sociaux qui les animent une formation en cours de carrière et des possibilités de reconversion, et en donnant à tous ceux qui désirent y participer une formation initiale et continue.

B. — Information.

1. — A destination des parents.

— *Encourager la diffusion — à une heure de grande écoute — par la télévision et la radio, d'émissions régulières sur l'ensemble des problèmes de l'enfance et de l'adolescence*, dans le cadre desquelles une information sur la toxicomanie aurait sa place.

— Développer des réunions centrées non exclusivement sur la toxicomanie, mais sur les problèmes généraux de l'adolescence et leur approche éducative.

— Diffuser, dans des lieux banalisés, des brochures simples d'information.

— Donner aux associations spécialisées, les moyens de promouvoir l'éducation familiale et l'information des familles ; développer les stages de formation à l'éducation dispensés par les écoles des parents, les centres de pédagogie familiale, les centres sociaux, les associations familiales, etc.

2. — A destination de certaines catégories.

— Prévoir des actions d'information appropriées pour :

- enseignants et éducateurs ;
- médecins, pharmaciens, personnels de santé, en liaison notamment avec les ordres professionnels ;
- policiers ;
- magistrats.

3. — S'agissant de l'opinion publique en général.

— *Prendre le parti d'une information dynamique et adaptée aux différents publics, en définissant une politique qui sera menée avec constance sur plusieurs années* sous l'impulsion de la délégation, relayée sur le plan local par les commissions consultatives départementales.

— Réviser et mettre en œuvre la « charte pour l'information en matière de drogue » établie en 1972.

— Mettre en place, parallèlement à toute campagne d'information, les moyens d'évaluer les effets de celle-ci.

4. — A destination des jeunes.

— *Ne pas pratiquer une politique d'information systématique à l'égard des jeunes, mais faire en sorte que toute demande d'information émanant de ceux-ci puisse être satisfaite, à l'intérieur des établissements scolaires ou dans un autre cadre.*

— Préférer les petits groupes aux grandes réunions, en s'en tenant à la demande exprimée, sans l'éluder ni la dépasser.

— Reconnaître le droit de prendre des initiatives en ce sens et de faire appel à des intervenants extérieurs à l'établissement.

— Faire assurer ces différentes interventions par des personnels aptes et formés, sous la « supervision » des commissions départementales.

C. — Formation.

1. — *Assurer une formation générale sur les toxicomanies aux personnels qui peuvent être en contact avec des toxicomanes :*

- médecins généralistes, pharmaciens, auxiliaires de santé ;
- responsables des établissements scolaires et enseignants ;
- magistrats ;
- policiers ;
- travailleurs sociaux.

Prévoir, pour ces mêmes catégories, la possibilité d'un recyclage en cours de carrière.

2. — *Assurer la formation de spécialistes.*

— *dans le domaine médical*, développer l'enseignement de la toxicologie et créer un enseignement spécialisé relatif aux toxicomanies ;

— *en dehors de cette voie*, donner la priorité à la formation permanente des personnels exerçant actuellement la toxicothérapie, soit dans un cadre universitaire (sciences humaines) soit avec le concours d'associations agréées, selon le système adopté en matière de conseil familial.

CHAPITRE XII

L'action des pouvoirs publics sur l'offre : contrôler l'approvisionnement en drogues.

Les pouvoirs publics ne peuvent se borner à attendre l'échéance relativement lointaine à laquelle les mesures proposées en matière de prévention, d'information et de formation produiront leurs effets. *Ils doivent intervenir plus directement sur la rencontre de l'offre et de la demande de drogue : sur l'offre en tentant de contrôler l'approvisionnement en drogues ; sur la demande en pesant sur la décision individuelle de recourir à la drogue.*

S'agissant de l'offre, on peut se demander, compte tenu des caractéristiques de ce marché et notamment de la faible élasticité de la demande par rapport au prix, si la solution doit être recherchée dans le sens de « l'assèchement » de l'offre ou bien au contraire dans la présence d'une offre « publique » abondante et à bas prix.

Au nom des principes de l'économie de marché, des propositions en ce dernier sens, visant à assurer, dans un circuit contrôlé par la puissance publique, la distribution de drogues « dures », ont été présentées (1), qui, en dépit de leur caractère volontiers provocateur, ne paraissent pas dépourvues de fondement théorique. Le jeu des lois du marché devrait en effet, dans le cas de distribution contrôlée et à bas prix de drogues « dures » à des usagers « reconnus », conduire à une disparition quasi complète du trafic illicite, puisque les trafiquants n'auraient plus d'espérance de gain, leur clientèle s'étant transférée vers l'offre « licite ». Mais, même sans faire référence au précédent de la distribution d'héroïne en Grande-Bretagne ou à l'exemple des Etats-Unis avec la méthadone qui ne sont pas convaincants, ces propositions se heurtent à une incertitude et à une difficulté.

L'incertitude est de prêter aux trafiquants et aux toxicomanes un comportement de pure rationalité économique : il n'est pas sûr que les premiers ne fassent pas du « dumping » au lieu de renoncer, ni que, par un mécanisme de transgression, une bonne part des seconds ne continuent pas à préférer un approvisionnement illicite et coûteux, mais interdit, à un approvisionnement public et peu coûteux, mais « aseptisé » et sans grand attrait, d'autant que la drogue illicite sera sans doute présentée par les trafiquants comme étant de meilleure qualité.

(1) Frédéric Jenny et André Paul Weber. — *Le Monde*, 10 mai 1977.

La difficulté est l'arrivée sur le marché de nouveaux usagers : si l'on peut imaginer à un moment donné de substituer l'approvisionnement public au trafic illicite pour tous les toxicomanes reconnus à cette date, faudrait-il l'ouvrir à ceux qui prétendraient l'être devenus par la suite ? Dans l'affirmative, c'est l'Etat lui-même qui organiserait l'extension de la toxicomanie. Dans la négative, on risquerait d'inciter les trafiquants à faire un effort important pour la conquête d'une nouvelle clientèle.

Au demeurant, et quelque séduisantes que puissent apparaître par certains aspects de telles hypothèses, les conclusions de l'étude R.C.B. rappelées au chapitre II font nettement ressortir que *l'action la plus efficace, pour réduire les coûts sociaux, consiste à s'efforcer de tarir les sources d'approvisionnement du marché de la drogue, en particulier de la drogue « dure ».*

Pour parvenir à ce résultat, trois ordres d'interventions sont possibles :

— S'attaquer directement à la production — première idée qui vient à l'esprit — se heurte à la difficulté que les lieux de production — tant de la matière première que des produits transformés — ne se situent pas en France (1). Dès lors l'action sur la production ne peut être menée que sur le plan international, avec les incertitudes propres à celui-ci.

— Il faut donc intervenir pour l'essentiel au stade du trafic, pour la partie qui se déroule sur le territoire national, en tenant compte des aspects internationaux de ce trafic et des difficultés qui tiennent aux nouveaux caractères de celui-ci.

— Enfin, une part de l'approvisionnement en « drogues », ou en substances utilisées comme telles, a sa source en France même : elle provient pour l'essentiel de l'utilisation de médicaments « détournés » de leur voie normale, par des cambriolages de pharmacies, l'emploi d'ordonnances volées ou falsifiées, le recours à des prescriptions complaisantes. Il est nécessaire de mieux la contrôler.

A. — L'action internationale sur les pays producteurs.

L'Organisation des Nations unies, en même temps qu'elle élaborait un dispositif juridique international, s'est efforcée de limiter la production mondiale des stupéfiants au volume correspondant aux seuls besoins médicaux et scientifiques.

(1) A l'exception de quelques cultures de cannabis qui posent d'ailleurs un problème juridique particulier. En effet, si l'article R. 5166 du Code de la santé publique interdit la production du chanvre indien, qu'il définit comme « les sommets florifères et fructifères de la plante femelle du cannabis sativa... variété dite indienne », rien ne permet, *sur le plan botanique*, de différencier celui-ci, d'où la difficulté de poursuivre l'infraction. L'élaboration d'un nouveau texte, se référant à des données scientifiques et techniques et non plus botaniques, permettrait de résoudre cette difficulté soulignée par de nombreux magistrats.

Diminuer sensiblement cette production n'est guère praticable pour le cannabis, cultivé et régulièrement consommé à peu près dans toute l'Asie et dans toute l'Afrique, et pour lequel une action internationale ne semble pas possible avant de nombreuses années. Il en va de même pour la culture du cocaïer en Bolivie et au Pérou, où la production de feuilles de coca dépasse de plus de dix fois les besoins mondiaux en cocaïne.

L'idée a par contre retenu l'attention pour l'opium, en raison de l'acuité du problème, bien que les difficultés soient également considérables : dispersion de la production dans les pays du « triangle d'or » — Thaïlande, Birmanie, Laos —, dans l'ensemble du Moyen-Orient, ainsi qu'en Inde et au Mexique, au sein de régions d'un accès souvent difficile ; insuffisance de l'organisation administrative de certains Etats et de réglementations souvent inadaptées. Plusieurs formules peuvent être envisagées :

1. — *La solution la plus rationnelle consiste à amener les pays concernés à remplacer la culture de pavot par d'autres cultures.* C'est ce que les Nations unies cherchent à obtenir dans le cadre de plans financés par le F.N.U.L.A.D. (Fonds des Nations unies pour la lutte contre l'abus des drogues).

De telles reconversions sont tentées depuis plusieurs années dans la zone thaïlandaise du triangle d'or, où des experts enseignent aux paysans méos à cultiver comme cultures de substitution le café, le fraisier ou le pêcher.

La pratique des cultures de substitution rencontre deux difficultés majeures : la première est que la culture du pavot représente aujourd'hui pour les paysans qui s'y adonnent leur meilleure source de revenus. La seconde est que les cultures de remplacement jusqu'ici envisagées se sont révélées mal adaptées aux conditions géographiques et économiques locales (éloignement des lieux de production, problèmes de conditionnement et de transport, faiblesse des débouchés locaux, etc.).

Si pour l'instant les résultats sont encore minces, l'idée ne peut cependant être écartée car, au prix d'un effort tenace et prolongé, elle est sans doute, parmi les actions possibles, la plus satisfaisante à long terme, et la récente conférence des ministres européens en a encore souligné l'intérêt. A cet égard il serait souhaitable que la France marque son soutien aux activités du F.N.U.L.A.D. par une contribution plus substantielle à son financement, qui pourrait être doublée pour s'aligner sur celle des pays voisins.

2. — On pourrait imaginer une seconde solution, qui consisterait pour les nations industrielles les plus riches, qui sont les plus menacées par le développement de l'usage de drogue, au lieu de chercher à remplacer le pavot par d'autres cultures, *à se porter acquéreur de la totalité de la production, pour contrôler la partie de celle-ci destinée au commerce licite et veiller à la destruction du surplus.*

Il s'agirait d'étendre et de généraliser le système appliqué en Turquie, où, lorsqu'il a été décidé, à la fin de 1973, après un an d'interdiction totale, de reprendre la culture du pavot, les autorités se sont conformées à une recommandation d'une mission d'experts des Nations unies. Le pavot *non incisé* n'est plus cultivé qu'en vue de la production de paille de pavot, qui ne peut être traitée que dans de

véritables usines, de dimensions beaucoup trop importantes pour demeurer clandestines.

Une garantie d'achat public risquant d'entraîner une augmentation des surfaces cultivées et des quantités produites, une telle politique impliquerait une réglementation stricte des plantations, une surveillance rigoureuse de la non-incision en vert, des engagements réciproques d'achat et de livraison entre l'Etat concerné et les producteurs agréés.

Pour importantes qu'elles soient compte tenu de la nécessité d'offrir des prix suffisamment rémunérateurs au producteur, et donc de prendre en charge le déficit des usines de traitement, les ressources à engager seraient, sans doute, inférieures au coût social de la drogue, et encore plus au coût prévisible dans quelques années si l'usage de celle-ci continue de se développer.

Une convention internationale engageant les Etats producteurs à livrer l'ensemble de leur production à des conditions suffisamment rémunératrices et en devises appréciées, pourrait permettre d'exiger qu'ils acceptent de surveiller eux-mêmes l'ensemble du marché et de consentir à une inspection sur leur territoire par une police internationale. L'intérêt de rentrées financières indispensables à leur économie pourrait les inciter à accepter cette entorse à leur souveraineté.

L'élaboration détaillée et éventuellement la mise en œuvre de telles propositions ne pourraient naturellement être conduites qu'en accord avec les principaux pays consommateurs, et notamment avec les U.S.A. Mais elles peuvent offrir sans doute, quel que soit un apparent irréalisme, une chance réelle de parvenir à un « assèchement » du marché des drogues « dures », de l'héroïne en particulier.

A défaut d'une telle solution, la seule action possible, en dépit de ses incertitudes, demeure la répression du trafic.

B. — La répression du trafic et ses moyens.

Jusqu'à ces dernières années, la France tenait une place à part sur le marché de l'héroïne dans le monde, par l'existence de la « French connection » que les services de répression ont démantelée au cours des années 1972-1974. L'action menée alors présente un intérêt suffisant pour qu'il ait paru utile d'en rappeler brièvement, à titre de préambule, le déroulement et les conséquences.

I. — L'expérience marseillaise et les nouvelles données du trafic.

a) L'expérience marseillaise.

Au milieu de 1971, la production et le trafic de drogue ont pris à Marseille une importance telle qu'ils suscitent la réprobation quasi unanime de la population, convaincue de la collusion entre policiers et trafiquants.

Cette situation conduit à engager la lutte hors des circuits traditionnels. La brigade des stupéfiants est réorganisée comme une section à peu près autonome du S.R.P.J., en liaison permanente avec l'Office central. Ses moyens sont renforcés en hommes et en matériel. De nouvelles méthodes sont mises en œuvre, qui vont rapidement démontrer leur efficacité : disponibilité permanente du personnel, politique résolument offensive, provoquant le renseignement, l'exploitant avec vigueur et rapidité ; collaboration confiante avec le Parquet et l'appareil judiciaire.

Très rapidement, aucun trafiquant ne peut plus se sentir à l'abri. Les réseaux nationaux et internationaux sont démantelés au terme d'enquêtes poussées, facilitées par la coopération des autorités américaines et allant jusqu'à des investigations auprès des banques sur l'origine des fortunes amassées par les trafiquants. La poursuite du recel de sommes provenant du trafic de drogue constitue une nouvelle arme qui se révélera souvent déterminante.

Les résultats ont été à la mesure des efforts. Alors que de 1968 à 1971 une vingtaine de laboratoires avaient transformé et réexporté sous forme d'héroïne aux Etats-Unis cinq à dix tonnes de morphine base par an, en 1974, les réseaux locaux ont été pratiquement détruits. Six laboratoires ont été découverts et une centaine de trafiquants internationaux arrêtés. L'arrivée de la morphine base a été bloquée et les réseaux d'expédition sur les U.S.A. démantelés, tandis que divers règlements de compte entraînaient la disparition de quelques personnalités importantes du milieu marseillais.

Le succès de cette action, essentiellement dû à un état d'esprit qui a réconcilié la population avec la police et a permis sa participation à la tâche entreprise, semble bien confirmer, sur un plan plus général, que la répression du trafic constitue un moyen efficace de prévention. En 1972, on estimait qu'il existait à Marseille plusieurs milliers de toxicomanes ; la drogue était offerte dans la rue et le prosélytisme habituel aux toxicomanes s'en trouvait facilité. On pouvait penser qu'à partir de ce pôle, la France allait, tout au moins dans ses régions méridionales, connaître un développement très rapide de l'usage de drogue. Aujourd'hui, la situation est renversée. Le nombre des héroïnomanes ne se compte plus par milliers mais par quelques dizaines et, par exemple, le nombre de ceux internés aux Baumettes a connu une chute spectaculaire.

Sans doute peut-on soutenir, comme le font certains, que l'opération marseillaise — incontestablement réussie sur le plan international — n'aurait fait, pour ce qui concerne la France, que déplacer le problème, puisque les toxicomanes, chassés de Marseille, se seraient disséminés sur l'ensemble du territoire. A la supposer fondée, car elle repose sur l'idée d'une contagion presque physique par la drogue, l'objection ne serait valable que s'il n'apparaissait pas possible d'obtenir, en matière de trafic, des résultats équivalents sur l'ensemble du territoire.

b) Les nouvelles formes du trafic et leur répression.

Mais si tel est bien l'objectif à poursuivre, les méthodes utilisées à Marseille ne sont plus aujourd'hui transposables telles quelles. Alors qu'en 1971 il fallait

découvrir et détruire les laboratoires situés en France et destinés à transformer une matière première importée, aujourd'hui, ce n'est plus au stade du laboratoire de production qu'il est possible d'agir. La police doit maintenant s'attaquer à la distribution de la drogue, problème infiniment plus difficile, d'autant que les circuits de distribution eux-mêmes ont tendance à se démultiplier à l'infini avec l'apparition et la multiplication rapide des petits trafiquants. *Les grandes opérations spectaculaires doivent céder la place à une multitude de contrôles et de vérifications*, tâche qui doit plus à l'opiniâtreté qu'à l'exaltation de la « grande époque » de 1972-1973.

Les formes du trafic ont en effet connu un grand nombre de modifications analysées au chapitre II et dont on rappellera brièvement les principales :

- multiplication des affaires de « brown sugar » en provenance des Pays-Bas ;
- multiplication des affaires de haschich dont le trafic multiforme dépasse de plus en plus les possibilités d'investigations policières ;
- diversification dans la présentation du chanvre indien et multiplication des affaires de résine liquide dont la forte concentration et le faible volume favorisent le trafic ;
- diversification dans le conditionnement du L.S.D. 25, allant du comprimé à la micro-pilule, ce qui en rend plus ardue l'interception ;
- apparition enfin de l'héroïne n° 4 due aux « chimistes » asiatiques. Très proche de l'ancienne héroïne marseillaise par sa qualité, ce produit revient sur le marché européen suivant des filières nouvelles et multiples, sans rapport avec les anciennes structures du trafic international.

L'organisation actuelle du trafic fait que, sauf exception, la police française n'a plus en face d'elle que de simples commis, courriers ou hommes de main, que les véritables responsables du trafic — installés à l'abri à l'étranger — n'ont aucun mal à remplacer au fur et à mesure de leur arrestation. En raison de la réticence des pays producteurs du Sud-Est asiatique, une législation inadaptée fait que la mise en cause formelle par des courriers, arrêtés en France, d'individus résidant en Thaïlande, en Malaisie ou à Hong-Kong, n'aboutit pratiquement jamais à l'arrestation de ces pourvoyeurs qui sont pourtant les véritables organisateurs du trafic.

Dans ces conditions et tout en donnant suite aux propositions qui peuvent être faites pour la coopération des divers pays en vue de la répression du trafic international, *il convient d'agir en France même pour réduire l'approvisionnement en drogue assuré par le « trafic de fourmi » en provenance, pour l'héroïne, essentiellement d'Amsterdam — mais de plus en plus directement des pays producteurs — et, pour le cannabis, des pays africains.*

En ce qui concerne le « trafic de fourmi » en provenance d'Amsterdam, dont la répression est particulièrement difficile, la solution est, pour la plus grande part, entre les mains des autorités néerlandaises, qui — en raison de principes libéraux et d'une solide tradition de non-intervention policière — répugnent à des mesures auxquelles seule la pression de l'ensemble des Etats concernés — Etats-Unis compris — pourrait les amener.

Devant l'impossibilité d'agir plus en amont, c'est donc principalement sur l'action des services locaux de répression — police judiciaire de la Préfecture de police, services régionaux de police judiciaire, sécurité urbaine, gendarmerie et, sur un terrain un peu différent, douanes — qu'il convient de compter, et c'est cette action qu'il faut adapter aux nouvelles données du problème.

II. — L'adaptation de l'appareil policier.

a) Le renforcement des moyens.

S'agissant des moyens en personnel, quelques chiffres sont éloquentes. La brigade des stupéfiants de la Préfecture de police ne dispose, pour la répression du trafic des stupéfiants, pour l'ensemble de Paris et de la petite couronne, que de 40 agents au total. *C'est moins de la moitié de l'effectif indispensable pour assurer un minimum de surveillance en un point particulièrement névralgique et pour mettre en place, comme cela paraît souhaitable, des antennes suffisamment étoffées dans les départements contigus à Paris.* Dans les S.R.P.J. de province, l'insuffisance des moyens est parfois criante. *Le nombre des inspecteurs spécialisés est de l'ordre de 90 : il devrait être au moins du double.*

Si l'unité d'action de la police apparaît indispensable, et s'il serait néfaste de créer un cloisonnement sous prétexte de spécialité, il peut apparaître souhaitable de mettre sur pied des équipes départementales spécialisées dans la répression du trafic de drogue, dont les agents ayant reçu une formation appropriée n'en continueraient pas moins d'assurer leurs tâches courantes. Mais ces équipes, pourvues des moyens nécessaires, pourraient — à l'initiative de leur chef direct ou à la requête du S.R.P.J. — se voir chargées en tant que de besoin d'enquêtes particulières et constitueraient, par leur polyvalence et leur mobilité, un moyen d'action efficace.

L'augmentation des moyens en personnels consacrés à la répression du trafic de drogue ne doit entraîner aucune réduction des effectifs de police qui se consacrent à d'autres tâches — qui ne peuvent toujours pas être considérées, au demeurant, comme dépourvues de lien avec la drogue. Elle doit s'accompagner comme cela a été indiqué au chapitre précédent d'une action d'information et de formation s'étendant à tous les services de répression, c'est-à-dire à l'ensemble des fonctionnaires de police, des douanes et de la gendarmerie : ces stages communs permettent de renforcer l'indispensable collaboration de ces services.

Parallèlement à cet accroissement des effectifs, l'amélioration des moyens matériels mis à la disposition des services spécialisés présente une égale nécessité : fichier électronique, laboratoires d'analyse (1), moyens de déplacement, équipements modernes de transmission. Le sous-équipement des

(1) Pour l'analyse des produits saisis, police et justice peuvent faire appel à Paris, au laboratoire de la Préfecture de police et en province, aux quatre laboratoires interrégionaux de police scientifique, dont les moyens devraient être développés, en liaison, le cas échéant, avec des laboratoires universitaires.

services les place trop souvent en état d'infériorité face à des organisations d'envergure internationale dont les moyens financiers et techniques sont évidemment à la mesure des bénéfices réalisés.

b) La réorganisation des structures.

1. — *Les objectifs.*

Destinée à assurer l'adaptation des services aux formes nouvelles du trafic, la réorganisation des structures doit également permettre :

— D'une part, *d'améliorer la coopération entre les principales administrations intéressées à l'action répressive : police, gendarmerie, douanes.*

Mais il semble que ce soit plus par des contacts répétés et organisés sur le plan local que par la mise en place de structures particulières que ces administrations parviendront à mieux coordonner leur action. Ceci peut se faire dans le cadre des réunions du bureau de liaison rénové (voir chapitre X) ou par des contacts organisés périodiquement à l'initiative des responsables locaux.

— D'autre part, *d'assurer une certaine collaboration des services répressifs dans leur ensemble, avec, en amont, les services qui peuvent être appelés à jouer à des degrés divers un rôle de prévention — Education et services sociaux — et, en aval, avec ceux qui sont amenés à prendre en charge les toxicomanes, services sanitaires, médecins, services sociaux, etc.,* qui sont, les uns et les autres, assez réticents à cette idée. Une coupure de fait existe entre ceux qui ont pour tâche de réprimer le trafic et ceux qui ont la charge des toxicomanes, et qui refusent le plus souvent de s'intéresser au marché de la drogue. Ceci n'est évidemment qu'un aspect du problème plus général de l'attitude de la nation à l'égard de sa police, problème qu'il n'est pas possible d'envisager ici dans son ensemble.

2. — *Les orientations.*

Le bilan de l'organisation actuelle, brièvement décrite au chapitre V, et de son fonctionnement, s'il met en évidence en premier lieu la qualité humaine et professionnelle des hommes qui, au sein de l'Office, de la Préfecture de police ou des différents S.R.P.J., s'occupent de la drogue et des toxicomanes, montre aussi que, quant aux missions et aux structures, certaines remises en cause sont aujourd'hui envisagées, souvent par les intéressés eux-mêmes, en raison des changements intervenus ces dernières années dans la nature du trafic. C'est ainsi que certains regrettent que l'Office ait eu tendance à concentrer son activité sur le grand trafic international, se contentant trop souvent d'un rôle de coordination sur le plan national. De même il est également proposé d'étendre ses attributions, actuellement restreintes au trafic de la drogue, à l'usage de celle-ci dont la répression est trop souvent le fait de forces de police mal préparées à ce travail.

Par ailleurs l'évolution de la toxicomanie et du trafic doit conduire à renforcer les pouvoirs de l'Office, afin de lui conférer un rôle d'animation et de

conseil non seulement auprès des différents services répressifs spécialisés en matière de drogue, mais aussi auprès de l'ensemble des forces de police agissant sur le territoire dans le cadre de leurs activités normales. Ses tâches actuelles — opérations, documentation, information — doivent être maintenues et élargies. En ce qui concerne les tâches opérationnelles, les moyens du service doivent être augmentés, et, sur la base des formules mises en œuvre ces dernières années, s'articuler autour de deux grands secteurs : un service de *recherches et interventions*, susceptible d'intervenir en tout point du territoire, agissant essentiellement par surveillance et filatures pour aboutir à l'arrestation du trafiquant en flagrant délit et à la saisie des produits. Un service d'*enquêtes générales* qui devra être étoffé par des enquêteurs confirmés capables d'investigations longues et minutieuses sur le plan national et international. Ces enquêteurs doivent pouvoir, à la demande des S.R.P.J. locaux ou à l'initiative de l'Office, renforcer une délégation régionale dans les cas susceptibles de conduire soit à des filières importantes, soit à des affaires présentant des implications internationales.

A l'appui de ces tâches opérationnelles, la documentation doit s'appuyer sur un fichier électronique — commun à d'autres services — regroupant la totalité des renseignements de toute nature existant dans chaque région. Son exploitation, en permettant de multiplier les synthèses de tous les éléments ainsi recueillis et donc de mieux cerner les modalités et les variations de l'approvisionnement local, faciliterait l'envoi de renforts dans les secteurs où les recoupements ainsi effectués, à partir d'éléments difficiles à percevoir sur place, pourraient le révéler nécessaire.

3. — *Les structures.*

- *Sur le plan central* : afin de conférer à l'Office nouvelle manière le maximum d'initiative et de souplesse, on pourrait envisager, pour bien marquer l'importance du problème de la drogue, de le détacher de la direction des Affaires criminelles pour en faire un service ou une sous-direction directement rattachée à la direction centrale de la Police judiciaire.

Mais deux écueils sont à éviter. Le premier serait qu'il devienne un organe de centralisation bureaucratique. Si une certaine centralisation est nécessaire, par exemple pour la gestion d'un fichier informatique, elle se révélerait néfaste à l'action sur le terrain. *Le second consisterait, en oubliant l'unité et la complémentarité des différents aspects de l'action policière, à isoler l'Office des différents services chargés de la répression des autres formes de délinquance et de criminalité.* Il est donc essentiel de veiller à son articulation :

— Avec les autres services de polices — puisque les fonctionnaires s'occupant des affaires de stupéfiants, s'ils étaient séparés des services de police chargés de la répression des autres formes de criminalité, perdraient beaucoup de leur efficacité — et avec les services chargés, à ce titre ou à un autre, de la répression, et notamment les services des Douanes et de Gendarmerie.

Pour ce faire, il serait bon que la direction de la Gendarmerie, la direction des Douanes et la direction de la Sécurité publique détachent à l'Office un fonctionnaire de rang suffisant pour s'engager au nom de son administration.

— Avec les autres administrations et les structures mises en place sur le plan interministériel. *Il est en effet nécessaire que les interventions de l'Office, dès lors qu'elles dépassent le cadre strict de la police, et s'étendent par exemple, ce qui est souhaitable, à des actions de prévention ou d'information, s'articulent avec celles des autres administrations.*

L'association des différents ministères intéressés à l'action de l'Office pourrait se réaliser dans le cadre d'un conseil d'orientation propre à celui-ci, et qui regrouperait leurs représentants. Mais un tel conseil risquerait de faire double emploi avec la Commission placée auprès de la délégation interministérielle, au sein de laquelle le responsable de l'Office serait le représentant naturel du ministère de l'Intérieur. C'est donc la délégation qui aura à veiller à l'articulation des activités de l'Office autres que celles de police, étant bien entendu que ce « pilotage » n'interférerait en rien avec la répression du trafic.

• *Sur le plan régional* : certains souhaitent la création dans chaque région d'une antenne régionale de l'Office central, appelée à collaborer d'une manière très étroite avec les différents services de police locaux et pouvant offrir l'avantage d'une communication directe et donc plus rapide avec celui-ci.

Une formule plus souple, risquant moins de heurter les susceptibilités locales, consisterait à considérer comme antenne régionale l'actuelle délégation « stupéfiants » des différents S.R.P.J. Cette délégation, et le chef du S.R.P.J. qui en demeurerait bien entendu le responsable, représenterait l'Office sur le plan régional, et pourrait être renforcée, dans des circonstances particulières, par des fonctionnaires de l'Office mis à la disposition du S.R.P.J.

La présence à l'échelon central de l'Office de représentants de la Gendarmerie, de la Douane ou de la Sécurité publique devrait faciliter les relations interservices sur le plan régional et permettre de mieux faire admettre par tous ses directives.

Pour améliorer la coordination entre l'Office et ses représentants régionaux et locaux, *une équipe de fonctionnaires itinérants spécialisés dans les problèmes de drogue pourraient entretenir une liaison permanente avec les régions.* Non pas représentants du pouvoir central investis de pouvoirs spéciaux, mais chargés de s'informer, d'informer et d'aider les initiatives locales, ils devraient constituer entre l'Office et ses délégations régionales un moyen de liaison, de manière à aplanir les difficultés et à faciliter la réussite de la réforme.

III. — L'aggravation de la répression du trafic.

Parallèlement à l'adaptation de l'appareil policier au sens large, on doit souligner le rôle joué, dans la répression du trafic, *par les juridictions pénales qui, en*

frappant de lourdes peines les trafiquants traduits devant elles, ont exercé une action dissuasive certaine.

Ces résultats incontestables ne doivent cependant pas conduire à écarter *a priori* certaines des modifications qu'il est proposé d'apporter à la répression du trafic.

a) La « criminalisation » du trafic.

Il est parfois envisagé dans certains milieux — qui ne sont d'ailleurs pas les milieux judiciaires ou celui des praticiens du droit — de renforcer cette répression (qui peut donner lieu actuellement à une peine de prison de vingt ans, portée à quarante ans en cas de récidive) en distinguant deux niveaux :

— un trafic « ordinaire » qui resterait comme actuellement un délit correctionnel ;

— un trafic « qualifié » portant sur les mêmes opérations, mais qui comporterait des circonstances aggravantes — soit par les quantités en cause, soit par la nature des drogues, soit par le délit « d'association de malfaiteurs ou d'entente en vue de... » — ce trafic « qualifié » constituant alors un crime, sanctionné comme tel par une peine de prison allant de cinq ans à la réclusion à perpétuité.

Un tel système, dont l'inspiration est évidemment le désir d'apporter une satisfaction à l'opinion publique, comporterait un inconvénient majeur : si une part du trafic reçoit la qualification de crime, l'autre partie, qui reste correctionnelle, se voit appliquer les normes correctionnelles, c'est-à-dire redevient passible d'une peine de cinq ou dix ans maximum. Ce serait donc, sous prétexte de punir plus durement les uns, réprimer plus légèrement les autres — les plus nombreux — alors qu'actuellement l'élévation exceptionnelle en matière correctionnelle des peines pour trafic à vingt ans — tout en leur conservant leur caractère correctionnel — semble conférer une efficacité incontestable à la répression. Et ceci au nom d'une image du trafic qui ne correspond sans doute plus à ce qu'il est aujourd'hui.

Si des améliorations doivent être recherchées sur ce point au système actuel, c'est moins semble-t-il en ce qui concerne le caractère correctionnel ou criminel du trafic, pour lequel la solution de la loi de 1970 paraît convenable, que dans certaines modalités prévues par celle-ci.

b) L'élargissement de la composition du tribunal.

Certains magistrats estiment difficile de prononcer des peines aussi lourdes — pouvant aller jusqu'à vingt ans — dans la formation normale du tribunal correctionnel (3 membres). Or, le partage peut être fréquent, car, par suite des précautions prises par les trafiquants « sérieux », la matérialité de l'infraction est souvent difficile à établir. Ils suggèrent donc que, compte tenu du caractère exceptionnel de la peine qu'il peut prononcer, le tribunal correctionnel statue alors dans une formation élargie.

La Mission ne s'est pas prononcée sur ce point de technique juridique, qui nécessite des études plus approfondies, mais qui, dans son principe, aurait l'inconvénient de conduire à l'institution d'une juridiction spéciale.

c) L'allongement des prescriptions.

— Une insuffisance incontestable du système actuel réside dans la brièveté de la prescription de la peine, qui est la prescription habituelle en matière correctionnelle — soit cinq ans —. Cela n'est pas cohérent avec l'allongement exceptionnel de la peine qui peut être prononcée : c'est ainsi que des individus condamnés par défaut en 1973 à quinze ou vingt ans de prison et qui courent toujours, sont susceptibles de voir, dès l'année prochaine, leur peine prescrite. On pourrait admettre que, à titre exceptionnel, la prescription soit de dix ans lorsque la peine effectivement prononcée est égale ou supérieure à dix ans.

— De même la prescription des poursuites par trois ans — prescription normale en matière correctionnelle — est mal adaptée dans le cas de trafic, compte tenu de la nature du délit et des difficultés rencontrées pour rassembler des preuves contre des trafiquants qui souvent sont des « organisateurs » n'exerçant eux-mêmes aucune opération matérielle de trafic. Il conviendrait de porter cette prescription à cinq ans.

d) La confiscation des profits.

Il est nécessaire de prévoir la confiscation des profits tirés du trafic de drogue, alors que les dispositions applicables ne concernent que la confiscation des drogues elles-mêmes. Une telle disposition, sans effet pour les usagers-revendeurs, pourrait se révéler d'une portée non négligeable pour les véritables trafiquants.

e) L'exécution intégrale des peines prononcées.

Enfin il paraît souhaitable que, en matière de trafic, les peines prononcées soient intégralement exécutées.

C. — Le problème de l'approvisionnement en médicaments.

L'utilisation comme « drogues » de médicaments « détournés » de leur usage légal s'alimente principalement à trois sources : les cambriolages de pharmacies, les vols et falsifications d'ordonnances, les prescriptions complaisantes ou abusives.

A titre préalable, il faut souligner l'intérêt qui s'attache à ce que, au stade de la délivrance du visa, lorsqu'il s'agit de médicaments susceptibles d'être « détournés » et utilisés à titre de drogue, *une évaluation rigoureuse puisse être faite par des pharmaciens et médecins informés des problèmes de toxicomanie, pour apprécier les possibilités d'une utilisation détournée et mesurer par rapport à celles-ci les avantages réels de l'utilisation thérapeutique.*

De même, il conviendrait d'établir la liste des produits pharmaceutiques actuellement utilisés par les toxicomanes, qui pourraient être retirés de la vente sans inconvénient majeur. Un avis favorable de l'Académie de médecine permettrait par exemple, comme le proposent de nombreux pharmacologues, de supprimer l'utilisation thérapeutique de la cocaïne et, sauf cas exceptionnels, de la morphine.

I. — Les cambriolages de pharmacies.

Ils ont tendance à se multiplier quand, à la suite d'une intervention policière ou douanière, la quantité de drogue en général, d'héroïne en particulier, disponible sur le marché local, se fait plus rare. Les toxicomanes en état de « manque » ou à la recherche de produits de substitution s'attaquent aux pharmacies. Si l'action policière devient demain plus efficace, ce problème se posera avec encore plus d'acuité qu'aujourd'hui.

Pour réduire l'ampleur de la source d'approvisionnement en « drogues » que constituent les cambriolages de pharmacie, plusieurs ordres de mesures doivent être envisagés.

— Il faudrait d'abord inviter les pharmaciens inspecteurs régionaux à veiller à une application très stricte des instructions données à l'ensemble des pharmaciens de ne conserver dans leurs officines que les quantités strictement nécessaires aux besoins courants de leur clientèle. Dans certaines régions, ces instructions ont été mal respectées et des stocks importants existent encore.

— Contrairement à la pratique habituelle, peut-être conviendrait-il de disperser au milieu du stock général, selon une technique laissée à l'initiative de chaque pharmacien, les produits incriminés plutôt que de les regrouper comme cela se fait actuellement, ce qui les rend plus aisément accessibles au voleur éventuel.

— Deux autres propositions, pourtant les plus efficaces sans doute, sont mal accueillies par les pharmaciens d'officine. Il s'agit de l'exigence d'un coffre-fort pour abriter les produits les plus dangereux et d'un système d'alarme sonore, relié si possible avec la police, permettant ainsi une intervention rapide mais ayant surtout le mérite — l'expérience semble le montrer — de mettre en fuite des cambrioleurs pour la plupart non expérimentés. Ces mesures sont contestées par les pharmaciens, qui redoutent que ce renforcement du dispositif de protection incite les toxicomanes à des attaques à main armée, voire à des prises d'otage, mettant en danger des vies humaines. Des dispositions de ce genre existent en Allemagne fédérale où il ne semble pas qu'elles aient entraîné de telles conséquences.

— En ce qui concerne les pharmacies d'hôpital, les vols sont le fait soit d'un personnel insuffisamment sélectionné au moment du recrutement, soit de familiers des lieux. Il appartient à l'Inspection de la pharmacie de s'assurer que les armoires contenant les stupéfiants et les produits psychotropes dans les différents services ne reçoivent que les quantités exigées par le soin courant des malades. Par ailleurs, chaque pharmacie hospitalière devrait être dotée d'armoires fortes suffisantes pour recevoir la totalité du stock nécessaire.

— Devant la complexité du problème et la diversité des situations locales, il convient de mettre en œuvre la solution envisagée par la Commission interministérielle des stupéfiants et consistant à *créer dans chaque département, sous la présidence du Préfet, une commission ad hoc composée de l'inspecteur de la pharmacie, du médecin inspecteur départemental de la Santé et d'un représentant des forces de police pour étudier et proposer, pour les établissements hospitaliers et les officines de département, les mesures de protection nécessaires.*

La mise en place et le fonctionnement de ces commissions pourraient être grandement facilités par la réforme proposée du bureau de liaison départemental, dont pourrait émaner cette commission *ad hoc*, et de l'Office central, qui pourrait apporter son concours à la définition, sur le plan local, de mesures adaptées pour éviter les vols et détournements de médicaments.

II. — Les vols et falsifications d'ordonnances.

Une part relativement importante des médicaments détournés de leur usage normal semble provenir de l'emploi auprès des officines pharmaceutiques d'ordonnances volées ou falsifiées.

Il conviendrait d'appeler l'attention des médecins sur la fréquence et le risque de ces vols, qui sont souvent facilités par le manque d'attention des praticiens, et d'inciter les pharmaciens à vérifier, lorsqu'il y a doute, l'origine et la réalité des ordonnances qui leur sont présentées.

La possibilité pourrait également être étudiée :

- de contrôler et de réglementer les conditions, incontestablement trop libérales, dans lesquelles sont actuellement imprimés les carnets d'ordonnances ;
- de rechercher, en accord avec le corps médical et les pharmaciens, une amélioration dans la présentation du système d'ordonnances spéciales pour la prescription de produits du tableau B, de façon à en permettre un contrôle réel en cas de perte ou de vols.

III. — Les prescriptions complaisantes ou abusives.

S'ils se procurent des médicaments en dévalisant des pharmacies ou en dérobant ou falsifiant des ordonnances, les toxicomanes peuvent également en obtenir par

l'utilisation de véritables ordonnances émanant de praticiens, qui, *soit ordonnent en connaissance de cause des stupéfiants, par faiblesse, par complaisance, parfois par lucre, le plus généralement avec le désir de procéder à un sevrage ambulatoire, soit, prescrivant un peu abusivement des quantités importantes de médicaments à des patients, courent le risque de voir une partie de ceux-ci détournés par l'entourage de ces derniers (enfants, etc.). Ils peuvent également, semble-t-il, obtenir dans certains cas, en pharmacie, des médicaments délivrés normalement sur ordonnance.*

Sauf lorsqu'un délit pénal peut être établi, ce qui est exceptionnel, ces différentes pratiques se révèlent particulièrement difficiles à sanctionner en raison de la déontologie médicale française qui considère comme essentielle la liberté de prescription. Une amélioration en ce domaine passe en fait par un important effort d'information et de formation des médecins qui doit être mené à la fois :

- sur le plan général des actions d'information et de formation définies au chapitre XI ;

- sur le plan local, à l'initiative de la Commission consultative dont la création est proposée et aux travaux de laquelle les organisations de médecins — Ordre notamment — devraient apporter leur collaboration. Il conviendrait par exemple de prévoir la possibilité pour tout praticien se trouvant en présence d'une demande de toxique, de s'informer auprès d'un spécialiste désigné par la D.A.S.S.

Dans l'immédiat, s'agissant des produits du tableau B, trois mesures peuvent faire l'objet d'une mise en œuvre rapide :

- reprendre les contrôles effectués par l'Inspection de la pharmacie à partir des doubles de prescriptions de produits du tableau B conservés par les officines, et qui permettent de mettre en évidence, s'il y en a, les prescriptions laxistes de tels produits ;

- réexaminer les conditions dans lesquelles les carnets à souches sont délivrés aux médecins et étudier la possibilité de transférer cette tâche du Conseil départemental de l'Ordre — où elle est en fait dévolue au secrétariat — à l'autorité sanitaire, de façon à faciliter le contrôle de l'utilisation de ces carnets ;

- revoir les conditions de la prescription et de la délivrance des produits du tableau B, soit en examinant la possibilité de les concentrer sur quelques pharmaciens et quelques médecins de chaque localité — sans sous-estimer les risques pratiques d'une telle formule — soit même en envisageant l'inscription de l'usager auprès d'un médecin et d'un pharmacien de son choix.

*
* *

L'importance qu'attache la Mission à l'ensemble des problèmes posés par l'approvisionnement en drogues, et notamment à la lutte contre le trafic et les détournements de médicaments, ne répond pas de sa part à un souci de mettre l'accent sur la répression. *Mais il lui semble que l'attention apportée au destin pénal ou à la prise en charge des toxicomanes ne doit pas détourner les pouvoirs publics d'accorder la place qu'elles méritent aux actions tendant à diminuer la disponibilité des drogues sur le marché, qu'il lui paraît important de relancer.*

Rappel des propositions du chapitre.

A. — Développer l'action internationale sur les pays producteurs.

1. — *Doubler la contribution de la France au F.N.U.L.A.D. (Fonds des Nations unies pour la lutte contre l'abus des drogues)*, actuellement de 100.000 dollars par an, pour l'aligner sur celle des pays voisins et manifester ainsi l'intérêt porté par la France à ce programme portant principalement sur le développement de cultures de substitution.

2. — Etudier les possibilités d'une coopération des principaux pays « usagers » pour acquérir la production d'opium des pays producteurs et assurer la destruction de la partie de celle-ci non destinée à des usages licites.

B. — Adapter la répression du trafic aux formes nouvelles de celui-ci.

3. — *Doubler les effectifs des personnels affectés à cette tâche et les doter des moyens nécessaires.* Développer une formation commune aux différents services répressifs.

4. — *Adapter les structures de l'Office central de façon à ce qu'il puisse coordonner les activités de répression du trafic et intervenir sur le plan régional et local.* Améliorer son articulation avec les autres services répressifs, et avec celle des différentes administrations, notamment dans le domaine de l'information.

5. — Sur le plan judiciaire, conserver à la répression du trafic son caractère correctionnel, mais :

- étudier la possibilité d'une modification dans la composition du tribunal ;
- allonger la durée de la prescription, tant pour les poursuites que pour la peine ;
- prévoir la confiscation des produits tirés du trafic de drogue ;
- veiller à l'exécution intégrale des peines prononcées.

C. — Freiner l'approvisionnement en médicaments.

6. — *Examiner la possibilité de retirer de la pharmacopée certains des produits actuellement détournés par les toxicomanes et de limiter la délivrance de visas à de tels produits.*

7. — Veiller à l'application des instructions visant à limiter les stocks de médicaments détenus par les officines :

— contrôler de façon plus stricte le stockage et la délivrance des médicaments par les pharmacies hospitalières.

8. — *Etablir, sur le plan départemental, au sein d'une commission ad hoc, un programme de mesures destinées à limiter les cambriolages de pharmacies.*

9. — *Prendre en liaison avec les médecins et pharmaciens, les mesures nécessaires pour éviter les vols et détournements d'ordonnances.* Revoir les conditions dans lesquelles sont imprimés les carnets d'ordonnances et étudier la possibilité d'améliorer la présentation des ordonnances spéciales pour les produits du tableau B.

10. — *Développer un effort particulier d'information pour appeler l'attention des médecins sur les risques des prescriptions complaisantes et/ou abusives.*

11. — Reprendre les contrôles effectués à partir des doubles de prescriptions de produits inscrits au tableau B :

— réexaminer, avec l'Ordre des médecins, les modalités de délivrance de carnets à souches pour la prescription de ces produits ;

— revoir les conditions de prescription et de délivrance des produits du tableau B.

*
**

CHAPITRE XIII

L'intervention des pouvoirs publics sur la demande.

L'intervention directe sur la décision d'user de la drogue, si elle peut agir par une limitation de l'offre, peut également chercher à peser sur la demande : *c'est tout le problème de la dissuasion qui peut être exercée par le statut juridique — pénal ou civil — réservé à l'usage des drogues.*

Si tout le monde s'accorde pour pénaliser durement le trafiquant, le débat sur le sort à réserver à l'usager est plus confus. Il mélange à plaisir ce qui touche aux principes et ce qui concerne leur mise en œuvre pratique, et il confond sous le même vocable celui qui, consommateur occasionnel, ne présente pas de signe de dépendance, et celui qui, toxicomane réellement dépendant, ne peut plus, de son plein gré, se soustraire au besoin de drogue.

A. — Les questions de principe et leur portée pratique.

Elles se ramènent à deux énoncés simples : faut-il ou non poursuivre l'usage des drogues ? Si oui, faut-il poursuivre l'usage de toutes ou de certaines seulement ? Mais comme on le verra, leur portée pratique n'est pas toujours claire.

1. — Faut-il ou non poursuivre pénalement l'usager de drogues ?

Posée de façon aussi brutale, la question peut choquer, puisque la réponse implicitement reçue à ce jour est incontestablement positive. On a vu par exemple que, lors de l'élaboration de la loi du 31 décembre 1970, le principe de la répression de l'usage n'avait pas été mis en cause.

Néanmoins, pour évident qu'il ait alors été tenu, ce principe est aujourd'hui contesté par ceux qui lui reprochent d'être l'expression d'un droit archaïque, celui que se donne la société de contrôler l'intégrité ou la sécurité de ses membres. A leurs yeux, l'interdit de l'usage de stupéfiants rejoint l'interdit du suicide, de l'homosexualité, jusqu'à récemment de l'avortement. Il perpétue « la prise en charge du corps par le pouvoir », et constitue une atteinte à la liberté du citoyen.

Sur un plan plus concret, on pourrait attendre d'un système de libéralisation totale certains avantages : diminution des prix et possibilité de contrôler la qualité des drogues, d'où réduction des risques d'accident ; dédramatisation de la drogue, qui, socialement acceptée, ne serait plus un signe de révolte ; disparition de la délinquance provoquée aujourd'hui par le trafic et le coût des drogues ; ces différents aspects relevant peut-être d'une vue optimiste des choses, mais ne pouvant pas être écartés *a priori*.

Il est vrai que la répression de l'usage de drogue, pour peu qu'on veuille en expliciter le bien-fondé, ne semble pas reposer sur des bases incontestables. Elle tranche par rapport au sort fait à d'autres pratiques qui ne sont pas moins auto-destructrices : le fait de boire chez soi et de s'écrouler « ivre mort » ne constitue pas un délit, et peut être quotidiennement répété. De même la tentative de suicide n'est pas une infraction pénale. Et, dans de nombreux domaines, la liberté est admise sauf lorsqu'il y a, soit caractère public du comportement (ivresse sur la voie publique, outrage public à la pudeur), soit menace pour autrui (cf. par exemple la loi de 1954 sur les alcooliques dangereux). Sur le plan technique, il serait possible de concevoir un système dans lequel l'usage individuel des drogues ne constituerait pas une infraction, et où seraient seulement réprimés l'usage collectif, la démonstration publique et le prosélytisme. C'était, au moins en partie, l'esprit de la législation antérieure à 1970, puisque l'usage n'était alors réprimé que s'il était collectif. Et l'opinion publique n'a pas souhaité de répression particulière de la toxicomanie lorsqu'elle est demeurée ce qu'elle était entre les deux guerres, c'est-à-dire un comportement d'adultes — mondains ou artistes — relativement maîtrisé.

On ressent bien en effet que, si un tel système — techniquement envisageable — ne paraît pas acceptable par la société française d'aujourd'hui, c'est parce que l'usage des drogues concerne les jeunes. Or, la société ne supporterait pas qu'on les laisse « se détruire » (bien qu'ils puissent le faire sans commettre d'infraction pénale, en buvant ou en roulant à moto) ou qu'on les laisse « aliéner leur liberté dans la dépendance à la drogue », alors que l'action éducative menée par la société a pour but de préparer l'accession des jeunes à la responsabilité et à la liberté : la toxicomanie ne peut donc être tolérée, la dépendance à la drogue et l'aliénation qui en résulte marquant l'échec d'une action qui se voulait apprentissage de la liberté.

Ce qui découlerait logiquement de ces arguments, tirés du fait que les toxicomanes sont des jeunes et qu'on ne peut les laisser se détruire ou aliéner leur liberté, ce serait de limiter l'infraction aux seuls mineurs en considérant que, pour les majeurs, l'usage de la drogue redevient un élément de la liberté individuelle. Ce système aurait été plus cohérent avec la majorité à vingt et un ans et l'opinion aurait sans doute des difficultés à admettre que dix-huit ans soit une bonne limite pour déterminer si l'usage de drogue constitue ou non une infraction pénale. D'autant qu'une telle formule serait à l'exact opposé de celle habituellement retenue, où un comportement donné, qui ne constitue pas une infraction quand il est le fait d'un mineur, revêt ce caractère s'il émane d'un majeur.

Au demeurant, un tel système de libéralisation — pour les adultes ou pour tous — de toutes les drogues, trouve aujourd'hui peu de partisans déclarés parmi

les spécialistes. Ceci tient sans doute au problème de l'interdit et au sentiment que « quand les bornes sont franchies, il n'y a plus de limites ». Or, s'agissant de l'évolution des mœurs, de la sexualité, etc., beaucoup d'interdits ont été levés. *Celui qui frappe la drogue est à peu près le dernier qui subsiste et on ne conçoit effectivement pas qu'il puisse être levé, car on voit par quels comportements (violences, suicides) pourrait alors s'exprimer le désir de transgression qui subsisterait sans aucun doute.* Enfin, à une époque où les citoyens demandent à l'Etat de protéger leur santé et leur sécurité, d'écarter les risques qui les menacent et où l'Etat intervient pour répondre à cette demande, il serait incompréhensible que l'usage de drogue échappe à son action.

A supposer d'ailleurs que l'état de l'opinion publique permette un jour de les envisager, *des formules fondées sur la dépénalisation de l'usage des drogues laisseraient entier le problème de l'approvisionnement et du trafic.* C'est pourquoi on peut considérer que se rattachent à la même philosophie les propositions qui reposent sur l'idée d'un circuit de distribution officiel des drogues, même pour celles considérées comme « dures » ; elles ont le mérite d'aller jusqu'au bout d'une certaine logique. Dans les formules qui ne retiendraient en effet que la libéralisation de l'usage, le trafic demeurant réprimé pénalement, on ouvrirait aux intéressés une possibilité d'utiliser des substances qu'ils ne pourraient se procurer licitement.

Ces considérations relatives au trafic font apparaître que, au moins en ce qui concerne les drogues « dures », le débat relatif au sort de l'utilisateur simple est un faux débat : *l'usage de ces drogues s'accompagne de plus en plus généralement de trafic et revente ou de délits connexes de droit commun. Alors que la loi de 1970 ne prévoit pas le cas de l'utilisateur trafiquant et se fonde sur une distinction tranchée entre l'usage et le trafic, il existe en pratique, entre les deux, toute une gamme de situations intermédiaires (1).*

Or deux préoccupations différentes doivent être conciliées. La première, si l'on admet que l'usage simple ne constitue pas un délit, est de réserver un sort analogue à toutes les situations dans lesquelles l'usage, même lorsqu'il se combine à d'autres éléments et s'associe par exemple au trafic, constitue incontestablement l'aspect prédominant. La seconde est que la toxicomanie ne soit pas considérée comme une atténuation de responsabilité, voire une excuse, pour les infractions dont elle peut être l'origine ou l'occasion : sauf à estimer en effet que tous les toxicomanes sont des malades irresponsables et donc à n'en poursuivre aucun, il est difficile d'admettre que le cambriolage de pharmacie ne soit pas réprimé pénalement s'il est le fait d'un toxicomane plus ou moins en état de « manque », alors qu'il le sera s'il s'agit d'un délinquant ordinaire partant avec la caisse.

Entre ces deux limites relativement claires, le cas le plus discutable est évidemment le cas intermédiaire, c'est-à-dire celui de l'utilisateur effectuant un trafic modeste dans le seul but de se ravitailler, et à qui il paraît normal de faire suivre le sort de l'utilisateur si l'on admet que la revente pour approvisionnement personnel est, au moins pour les drogues coûteuses, un aspect à peu près indis-

(1) Conseil de l'Europe, Conférence sur la pharmacodépendance ; mars 1972.

sociable de l'usage. Ceci conduit alors à fixer de façon précise un plancher au-delà duquel le trafic, même associé à l'usage, est considéré comme un trafic « professionnel » que la notion d'usage à des fins personnelles ne saurait excuser.

Faut-il pour autant faire de l'usager-petit trafiquant, au sens qui vient d'être précisé (car il paraît normal d'admettre que l'usager qui fait du trafic pour gagner de l'argent ou le trafiquant reconnu qui deviendrait aussi usager, suivent le sort du trafiquant), une catégorie juridique à part ? Cela ne paraît pas nécessaire. La loi ne peut prévoir dans le détail toutes les situations. Surtout on peut considérer que, dans l'état actuel du droit, son cas peut être laissé à l'appréciation des tribunaux, qui disposent des moyens nécessaires pour lui faire suivre en fait, en fonction des circonstances de l'affaire, un sort analogue à celui réservé à l'usager simple.

Il en serait tout autrement si l'usage de stupéfiants venait à n'être plus considéré comme une infraction. Il serait alors nécessaire que la loi prévoie le régime auquel serait soumis celui qui — usant de stupéfiants pour son usage personnel — se livrerait à des opérations de distribution, de revente, portant sur des quantités si modestes qu'il serait difficile de l'assimiler à un véritable trafiquant.

L'expérience a aussi montré que tout usager, quel qu'il soit, avait tendance à faire acte de prosélytisme, et un tel danger ne saurait être sous-estimé. La sauvegarde de toute la population — spécialement dans ses couches les plus jeunes — non touchée par le phénomène, requiert qu'un usager, au cas où il ne tomberait plus à ce seul titre sous le coup de la loi pénale, s'expose à l'action répressive s'il cherche à faire des adeptes.

Enfin, toujours dans la même hypothèse, un usage toléré ne devant pas faire courir de risques à l'ensemble de la population, il faudrait créer des incriminations nouvelles telles que celle de conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état toxicomaniac, etc.

II. — Faut-il limiter la répression de l'usage à certaines drogues ?

Si l'idée d'une libéralisation de l'usage de toutes les drogues est rarement soutenue, le débat est plus vif à propos de la distinction que certains souhaitent voir opérer entre les drogues et notamment du sort particulier à réserver aux dérivés du cannabis, essentiellement en France le haschich à fumer (1), à l'image de ce qui est fait aux Pays-Bas ou envisagé aux Etats-Unis.

a) Les éléments du débat.

Le débat entre partisans et adversaires d'un changement du système actuel est d'ailleurs obscurci par le fait que ce changement n'est pas toujours clairement

(1) Le haschich liquide demeurant normalement exclu du débat, car considéré comme drogue « dure ».

défini. Selon les cas, on propose une *décriminalisation*, où l'usage du « H » cesserait d'être considéré comme une infraction, une *libéralisation*, c'est-à-dire un système dans lequel le libre usage du « H » s'accompagnerait de la mise en place d'un circuit officiel de distribution, une *dépénalisation*, où l'usage du « H » constituerait toujours une infraction, mais ne serait passible que de sanctions peu élevées, du type contraventionnel, et jamais de peines privatives de liberté, tandis que le trafic demeurerait interdit et réprimé comme actuellement, voire même une *non-pénalisation* qui laisserait subsister le principe de l'interdiction d'usage sans prévoir de peine correspondante.

La décriminalisation totale et la libéralisation n'étant juridiquement pas possibles, du fait notamment des dispositions de la convention unique de 1961 et la non-pénalisation étant irréaliste car on ne saurait concevoir de délit légalement impuni, on ne parlera ici que de *dépénalisation*. Cette distinction a une portée plus théorique que pratique : il suffit en effet, dans un système de dépénalisation, qu'on convienne de ne pas poursuivre (formule adoptée officiellement aux Pays-Bas) pour parvenir à une « libéralisation » de fait.

Le problème du sort à réserver aux dérivés du cannabis a été longuement évoqué dans les rapports consacrés aux problèmes de la drogue au Canada (Le Dain) et aux Etats-Unis (Shafer). Bien qu'il s'agisse dans ce cas de marihuana et ici de haschich (beaucoup plus riche en principe actif), distinction que l'on a trop tendance à perdre de vue, les arguments échangés dans le débat peuvent être transposés au cas de la France.

1. — *Les arguments en faveur d'un statut particulier fait à l'usage des dérivés du cannabis sont de plusieurs ordres.*

Il est fait état tout d'abord de la relative innocuité de ces substances, ou en tout cas de ce que leurs dangers ne sont pas démontrés. Puisque l'interdiction des drogues repose sur les dangers qu'elles présentent pour les jeunes, il faut, s'il en est ainsi, permettre l'usage de celles qui ne seraient pas dangereuses.

D'autre part, l'examen réaliste des conséquences qu'a eues jusqu'à présent l'attitude répressive à l'égard des utilisateurs de haschich montre que le prononcé de sanctions, même de principe, n'a pas eu l'effet de dissuasion qu'elles étaient censées comporter et n'a pas réussi, à lui seul, à endiguer le phénomène. La législation actuelle et la façon dont elle a été appliquée ont tout au plus limité une pratique que l'on a vu — dans d'autres pays — se développer de façon plus rapide. On peut estimer que le maintien de cette attitude répressive risque de conduire un certain nombre d'usagers actuels à s'identifier à de véritables toxicomanes et de les amener, par un mouvement délibéré de transgression, à une escalade vers d'autres drogues que rien ne permet de tenir pour inéluctable, ou à une désinsertion sociale plus marquée, résultats opposés à ceux que l'on se proposait d'atteindre.

Un autre argument est principalement mis en avant aux Etats-Unis et aux Pays-Bas. Il faut que la loi soit en accord avec le fait ; or le fait, c'est l'extension de l'usage des dérivés du cannabis : on dévalorise la loi si on admet que, devant l'ampleur du phénomène qu'elle est censée interdire et devant l'impossibilité technique d'assurer la répression, par exemple parce qu'il vaut mieux

consacrer les moyens de la police à d'autres tâches, ses dispositions demeurent lettre morte.

D'autres considérations se réfèrent aux relations entre les jeunes et les adultes, dans une double perspective. *En faisant état des dangers du cannabis — que l'expérience ne confirme pas à leurs yeux — les adultes sont considérés par les jeunes comme les trompant sciemment.* Dès lors ils ne sont pas crus non plus quand ils font état des dangers des autres drogues. « Les jeunes, ayant l'impression qu'on leur ment sur les dangers du cannabis, sont portés à se méfier ou à ne pas tenir compte des avis que leur donnent, sur les autres drogues, les détenteurs traditionnels de l'autorité » (1).

Sur un plan un peu différent, *on souligne également, en constatant l'ampleur du clivage entre les jeunes et les adultes, que le haschich fait aujourd'hui partie, au même titre que la pop music, etc., de la subculture des adolescents.* En refusant d'en admettre l'usage, les adultes se coupent encore plus des jeunes, alors que s'ils l'autorisaient, ils marqueraient leur désir de faire un pas vers eux et d'amorcer un dialogue sur les valeurs culturelles proposées par les uns et les autres.

2. — *Mais des éléments contraires, et non dépourvus de pertinence, sont invoqués par les adversaires du changement envisagé.*

Ils ont d'abord beau jeu de souligner le caractère hypocrite de la position favorable à la dépénalisation. Admettre que l'usage ne soit plus réprimé alors que le trafic le demeurerait, c'est se voiler la face, puisque c'est reconnaître en droit une possibilité qui pratiquement ne pourrait s'exercer faute d'approvisionnement.

Quant à l'innocuité des dérivés du cannabis, ce n'est pas parce qu'on connaît mal leurs dangers qu'il faut la tenir pour établie (2). Puisque incertitude il y a, le doute ne doit pas profiter aux défenseurs de l'usage, mais justifier une très grande prudence. D'autant qu'il existe des dangers non contestés, d'une part de véritables intoxications, d'autre part de contacts conduisant certains aux drogues « dures ». L'usage de « H » ne peut donc être considéré comme normal et anodin. *Pourquoi proposer, au nom du réalisme, d'aller plus loin que la situation actuelle, où au moins à Paris et dans les grandes villes, la police n'interpelle qu'avec discernement, et en tout cas ne défère plus systématiquement à l'autorité judiciaire, les simples usagers de « H » ?* Pourquoi modifier le droit alors qu'il suffit, avec l'accord des autorités de poursuivre, d'étendre cette pratique ?

Sur le plan des principes, et par rapport notamment au rôle du haschich comme élément de la subculture des jeunes comme mode d'expression, etc., va-t-on dans le bon sens en admettant son usage ? Si c'est, pour certains, un langage de protestation, faut-il lui enlever cette signification et serait-ce un changement positif ? Et y a-t-il intérêt à lui retirer son caractère interdit face à un désir de transgression qui se traduira forcément par d'autres comportements, plus dommageables ?

(1) Commission Le Dain, rapport provisoire, page 245.

(2) Ce qu'on a cru longtemps de l'usage du tabac avant d'en découvrir le danger.

Enfin il existe de grandes différences entre les exemples étrangers que l'on invoque comme précédents et le cas de la France. Aux Etats-Unis, la dépénalisation de la marihuana paraît répondre à la demande de nombreux usagers adultes qui protestent contre son interdiction alors que l'usage du tabac et de l'alcool est libre. Aux Pays-Bas, il s'agit surtout de pouvoir concentrer sur la répression de l'usage des autres drogues des moyens limités. En France, on admettrait l'usage du « H » pour que les jeunes, qui sont de loin le gros des usagers, ne se sentent pas coupés des adultes : mais dans une société dont on souligne les difficultés à maintenir une certaine cohérence et certaines valeurs, le rôle des adultes est-il précisément de courir devant les jeunes pour éviter d'être dépassés par eux ?

b) Les orientations retenues.

La Mission ne prend pas parti dans ce débat de principe, dans lequel la controverse suscitée par l'idée de dépénalisation confère un caractère passionnel à un problème qui justifie un examen d'ordre technique.

En mettant l'accent sur la nature de la substance utilisée et sur la fausse notion de « drogue douce », cette controverse a mis au second plan le fait que la prise en considération du comportement personnel de l'usager est bien plus importante que celle du produit utilisé. Or, il est impossible de ramener la consommation de haschich à un acte courant, dénué de signification profonde. Dès qu'elle s'installe de façon habituelle, elle est révélatrice de difficultés personnelles et ne peut être expliquée par la simple recherche d'un plaisir fugitif.

La Mission tient à souligner que, par le comportement qui le sous-tend, cet usage ne doit pas, en tant que tel, être considéré comme banal. Sous prétexte que la nocivité du produit ne peut être scientifiquement établie, cet usage ne peut non plus être considéré comme anodin. Chaque fois qu'on la constate, cette pratique nécessite une intervention qui doit être une tentative pour analyser et comprendre ce qu'elle signifie dans chaque cas individuel, et non se situer dans une perspective de répression ou de prise en charge systématique.

Mais la Mission est animée d'une deuxième préoccupation : dédramatiser un comportement souvent perçu par les parents comme catastrophique, parce qu'il s'inscrit dans un climat parfois teinté de peur et d'obscurantisme, qui a rendu difficiles les tentatives pour réaliser une information objective et pour en discuter sereinement.

Cette double volonté d'éviter la « banalisation » de l'usage de « H » et sa dramatisation, s'ajoutant aux résultats peu convaincants de la politique répressive, conduisent la Mission à rechercher une nouvelle approche du problème et à mettre l'accent sur la prévention, l'information et l'éducation pour exercer une action dissuasive de cet usage.

Au demeurant, la controverse qui s'est instaurée autour du haschich est dans une large mesure un faux problème, puisque dans la réalité l'usage du « H » n'est pas aussi sévèrement réprimé que certains le prétendent. En dehors de certaines exceptions limitées, que l'on peut considérer comme des accidents

de parcours inévitables, l'incarcération pour le seul usage de « H », ou pour la seule détention de quelques grammes de produit, relève de l'ordre du mythe, entretenu sans doute par certains toxicomanes comme un élément de la persécution dont ils se croient victimes. Il peut être vrai par contre que la détention d'une quantité peu importante soit tenue pour révélatrice de trafic, alors qu'elle n'est peut-être que l'indice de l'usage personnel.

L'analyse qu'elle fait du problème, et qui repose sur une distinction entre l'usager occasionnel de « H » et le véritable toxicomane, conduit la Mission à considérer que cet usage occasionnel n'est pas un comportement justiciable d'une peine de prison, fût-elle de principe.

c) Les solutions pratiques.

Mais, comme on l'a souligné, cet objectif peut être atteint en pratique par plusieurs démarches distinctes :

La première, la plus cohérente sur le plan juridique, est aussi celle qui souligne le plus nettement — ce qui peut être un inconvénient — que l'on « déplace la limite ». Elle consisterait à modifier la loi de 1970 et à y introduire une distinction entre les dérivés du cannabis et les autres drogues. Puisque la convention unique de 1961 exclut que l'usage des dérivés du cannabis soit considéré comme libre, il faut en maintenir le caractère délictueux, mais en l'assortissant de peines beaucoup moins fortes. On pourrait par exemple prévoir soit que leur usage constitue une contravention passible seulement d'une amende (ou d'une sanction allant d'une amende à un mois de prison), soit que la contravention n'existe que lorsqu'il y a détention d'une quantité supérieure à un certain seuil (c'est le système retenu par les Etats-Unis et les Pays-Bas avec une limite fixée respectivement à vingt-huit ou trente grammes).

Une seconde procédure, moins satisfaisante sur le plan des principes, est celle qui modifierait le moins le « statut social » de la drogue ; elle consisterait à systématiser, à titre expérimental, pendant une période de temps limitée, la pratique déjà effective actuellement en région parisienne et dans quelques grandes villes, et à ne plus poursuivre systématiquement les usagers simples de haschich.

Plusieurs formules peuvent être utilisées à cet effet :

La solution consistant à donner instruction à la police de ne plus interpellier les usagers de « H » ne peut être retenue. Dans la mesure où la consommation du produit reste illégale, les infractions doivent être constatées, sauf à violer délibérément la loi. Au surplus, l'interpellation présente certains avantages : la répression du trafic reste l'un des objectifs essentiels et la possibilité pour les services de police d'entendre ceux que l'on appelle les petits porteurs peut leur permettre de remonter les filières. Les en empêcher priverait leur action d'une partie de son efficacité. D'autre part, la constatation de l'acte répréhensible peut être l'occasion d'une intervention attentive pour essayer de comprendre ce qu'il signifie, même si, dans la plupart des cas, elle n'entraîne pas une prise en charge systématique.

La solution consistant à laisser la police constater les faits mais à ne pas déférer les personnes interpellées au parquet, n'est pas non plus convenable : le classement d'une affaire ou l'orientation à lui apporter ne peut être le fait de ceux dont la mission est de constater les manquements à la loi. C'est le rôle du parquet d'examiner chaque affaire en fonction de ses données individuelles et d'éviter tout arbitraire administratif.

Il convient donc que la police continue à transmettre ses procédures au parquet, qui dispose du pouvoir d'appréciation sur la suite à y apporter pour les affaires méritant cet examen. Mais le parquet doit donner aux services de police les instructions nécessaires pour savoir quelles seront, parmi les personnes arrêtées, celles qui devront être conduites devant lui et celles pour lesquelles cette conduite n'apparaîtra pas opportune, la transmission de la procédure écrite restant en toute hypothèse obligatoire.

Dans cet ordre d'idées, il importe que soient nettement distingués les gros trafiquants (qui doivent être l'objet de la répression la plus sévère) et les petits porteurs qui ne peuvent être hâtivement assimilés à des trafiquants, sous prétexte qu'ils sont détenteurs d'une petite quantité de produits interdits. *A cet égard, il est souhaitable de fixer clairement, en accord avec les spécialistes concernés, un seuil quantitatif au-dessous duquel tout porteur serait, sauf preuve contraire, assimilé à un simple usager et non à un trafiquant, et de recommander que, au-dessous de ce seuil, le détenteur du produit ne soit pas déféré au Parquet.*

En définitive, la clé de l'application de la loi de 1970, sur ce point, repose autant sur la police que sur la justice et sur la bonne délimitation, déterminée par les instructions du ministère public, de leurs attributions respectives. Si la police interpelle moins et si elle est autorisée à ne pas déférer systématiquement les usagers de « H », la justice n'en sera pas moins saisie de leur cas par la procédure écrite, mais appliquera à leur égard — de la façon la plus nuancée — le principe traditionnel de l'opportunité des poursuites.

Une telle façon de procéder permettra de faire l'expérience, pendant une période de temps limitée, d'un système où la dissuasion de l'usage du « H » ne serait plus recherchée principalement dans une action répressive mais dans la mise en œuvre systématique des actions préventives et éducatives définies au chapitre XI.

B. — Les principales étapes d'une « stratégie juridique » possible.

Le mécanisme proposé ci-dessus ne touche pas l'ensemble de la loi de 1970, par rapport à laquelle trois attitudes sont aujourd'hui possibles. *Elles correspondent non à des stratégies alternatives, mais aux trois étapes de la démarche que propose la Mission.*

I. — Appliquer loyalement la loi de 1970.

Une première attitude consiste à considérer que, dans les critiques adressées au système actuel, beaucoup s'adressent à l'application qui en a été faite, plutôt qu'aux principes mêmes. On peut en effet estimer que les conditions prévues par la loi pour son application n'ont pas été réunies et que, faute par exemple d'établissements agréés, les pratiques judiciaires se ressentent ou d'un manque d'équipement local ou d'un manque de certitude sur les meilleurs moyens d'action. L'idée serait donc de donner une « nouvelle chance » à la loi de 1970, en mettant en place les conditions d'application de celle-ci, et en cherchant à rendre plus aisé le fonctionnement du système.

a) Mettre en place les conditions d'application de la loi de 1970.

Si l'on part du principe que la loi n'a pas toujours été appliquée dans son esprit, il convient que sa mise en œuvre soit faite sans arrière-pensée des uns et des autres et avec les moyens matériels appropriés. Ceci suppose :

1. — *L'élaboration de circulaires d'application précises rappelant certains principes perdus de vue ou consacrant certaines orientations plus récentes, et qui devraient notamment :*

— préciser que l'usage du « H » sans trafic ne donne pas lieu systématiquement à poursuite judiciaire et assimiler à l'usage, sauf preuve contraire, la détention d'une quantité pouvant raisonnablement être tenue pour destinée à la consommation personnelle ;

— rappeler que la constatation de l'infraction peut être l'occasion d'une intervention pour comprendre le sens de ce comportement et, si besoin est, orienter l'intéressé ;

— veiller en contrepartie à ce que les produits saisis soient systématiquement confisqués ;

— rappeler que l'amélioration du système de l'injonction thérapeutique passe par l'établissement de liaisons régulières entre les parquets et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales : simplifier les transmissions administratives (carnet de fiches) et en accélérer le cours ; ne pas exclure la liaison directe entre le parquet et le médecin ou le service spécialisé chargé de la cure ou de la surveillance ; rappeler au corps médical son rôle de collaboration et les obligations qui en découlent ;

— concevoir la rechute comme une étape quasi inéluctable du traitement et développer ou généraliser en cas de réitération d'usage les possibilités de renvoi au traitement médical prévues par la loi de 1970 ;

— pour les mineurs de moins de dix-huit ans, préférer l'ouverture d'une procédure d'assistance éducative à une procédure pénale (1) ;

(1) Cf. Jean-Louis Costa : « Aspects nouveaux de la pensée juridique ». Recueil Ancel, 1975, page 319.

— recommander aux parquets de ne requérir le mandat de dépôt, lorsque sa délivrance est possible, que dans les cas où la cure de sevrage ne pourrait être prescrite dans un autre cadre ;

— faciliter la délivrance des permis de visite aux éducateurs et médecins des organismes sociaux ou sanitaires ayant établi avec le toxicomane une relation privilégiée ;

— préconiser avant le jugement toutes les méthodes de transaction entre le toxicomane et l'administration des douanes dans un esprit de large compréhension, afin de ne pas handicaper l'intéressé dans son effort de réinsertion ultérieure ;

— prévoir une visite semestrielle, par le procureur de la République et par un magistrat du siège, de tous les établissements recevant en soins ou en post-cure des toxicomanes faisant l'objet d'une procédure pénale.

2. — *La disposition des moyens matériels et financiers* pour que les modalités de traitement prévues se réalisent, tant sur le plan médical que judiciaire. Il convient par exemple de développer les services de contrôle judiciaire par un recrutement régulier « d'éducateurs de justice » ou l'habilitation de services privés afin de procurer au contrôle judiciaire la permanence et l'intensité des contacts utiles à son efficacité.

3. — *La création des équipements nécessaires* sur le plan sanitaire, éducatif et pénitentiaire : création de centres d'accueil pour les toxicomanes suivis par les instances judiciaires ; aménagement des conditions de la détention, en vue de préparer efficacement la sortie, en offrant au toxicomane la possibilité de relations suivies avec l'éducateur ou le thérapeute ; mise en place par l'administration pénitentiaire de centres médico-psychologiques dans les principales maisons d'arrêt afin d'y permettre l'admission des toxicomanes dont le comportement ne s'accommode pas du régime pénitentiaire ordinaire.

4. — *L'établissement d'une réelle collaboration médico-judiciaire*, que l'on peut faciliter par un effort d'information réciproque permettant à chacune des parties d'être plus sensible aux préoccupations de l'autre.

b) Faciliter le fonctionnement du système.

Un des principaux reproches que l'on fait à l'application de la loi de 1970 est son défaut d'homogénéité. L'idée d'homogénéiser la pratique judiciaire peut surprendre, et il serait aussi illusoire de vouloir y parvenir en matière de toxicomanie qu'en ce qui concerne le vol, l'outrage public à la pudeur, ou les coups et blessures volontaires. Mais une justice moins disparate est un objectif réalisable, qui peut être recherché par une meilleure formation de ceux qui sont chargés de la rendre et par une spécialisation plus ou moins poussée des juridictions et de ceux qui les composent.

1. — Sur le plan de la *formation*, on a déjà indiqué au chapitre XI les mesures souhaitables, dont une partie est déjà mise en œuvre par la Chancellerie.

2. — Dans le sens de la *spécialisation*, deux formules peuvent être envisagées :

a) La première serait de spécialiser certaines juridictions pour la poursuite, l'instruction et le jugement des infractions à la législation sur les stupéfiants. On pourrait s'inspirer ici de précédents tels que celui constitué par la loi du 6 août 1975 en matière économique et financière. Mais une telle spécialisation, qui ne peut intervenir que pour des affaires d'une grande complexité et non pour des affaires banales ne comportant pas de problèmes particuliers (qui sont plutôt celles que l'on envisage ici), soulève des difficultés pratiques et ne recueille pas l'adhésion des magistrats.

b) Une seconde formule pourrait consister alors à faire désigner chaque année, dans chaque tribunal de grande instance, par le premier président, un vice-président et un juge d'instruction, et, par le procureur général, un magistrat du parquet, chargés, dans la limite de leurs attributions respectives, de juger, instruire et poursuivre toutes les infractions aux articles L. 627-628 du Code de la santé publique. La désignation pour un an permettrait de ne pas prolonger les affectations dont les intéressés ne souhaiteraient pas le renouvellement.

Une telle spécialisation faciliterait la formation des magistrats, à la fois par l'expérience et sur le plan théorique. Les magistrats désignés auraient l'obligation de suivre une session d'information dans le cadre de l'Ecole nationale de la magistrature. En quatre ans, au rythme de deux sessions par an, presque tous les magistrats spécialisés auraient été formés, d'autant qu'à ce système s'ajouterait la formation spécialisée des jeunes magistrats dans les quatre ans de leur sortie de l'école.

*
**

Grâce à ces améliorations pratiques, il serait possible de conserver la loi de 1970. *Cet effort de formation et de spécialisation devrait permettre d'en éviter une application trop disparate, tandis que la mise en œuvre des dispositions analysées ci-dessus quant aux modalités d'intervention de la police permettraient, pour l'usager occasionnel de haschich, d'étendre, à titre expérimental, à toute la France les pratiques actuellement suivies en région parisienne.*

Sans comporter d'aspect spectaculaire, cette première démarche a le mérite de ne pas entraîner la remise en cause d'un système législatif qui est critiqué par tous, mais sans que personne ne propose un système de remplacement, et qui offre l'avantage considérable d'une souplesse laissant aux policiers, aux juges et aux médecins, une gamme très large de possibilités d'action.

II. — Rajeunir la loi de 1970.

Une deuxième étape sur le plan législatif et juridique consisterait à rajeunir la loi de 1970 tout en en conservant les principes généraux et le dispositif et à lui apporter des modifications techniques pour remédier à certains inconvénients apparus en pratique. Il s'agit généralement de modifications ponctuelles réalisables isolément, mais dont l'adoption simultanée conférerait à la législation une efficacité accrue.

— La possibilité pour le parquet de recourir à l'injonction thérapeutique, même en cas de réitération d'infraction ou de récidive, donnerait une assise législative à une pratique habituellement suivie, vivement préconisée par la Mission et souhaitée par le corps médical, mais que le Parlement n'avait pas retenue en 1970.

— Le problème a été posé de savoir s'il ne conviendrait pas de prévoir que les médecins et pharmaciens, et plus généralement toute personne ayant connaissance par profession de cas de toxicomanie (tels les directeurs d'établissements scolaires) peuvent faire appel à l'autorité sanitaire, de façon à améliorer l'information de celle-ci et à accélérer la prise en charge des toxicomanes. La difficulté considérable serait d'éviter qu'une telle « autorisation » soit entendue en fait comme une incitation, puis comme une obligation de déclaration ou de signalement. Comme à chaque fois que le secret professionnel est en cause, cette proposition paraît comporter plus de risques que de réels avantages.

— Puisque la toxicomanie est le comportement de sujets jeunes, un régime particulier devrait être réservé aux majeurs de dix-huit à vingt et un ans. On pourrait à cet égard s'inspirer des dispositions du décret du 18 février 1975, instituant une protection judiciaire en faveur des jeunes majeurs, et envisager la possibilité pour les magistrats du parquet, saisis de faits d'usage concernant ces derniers, de requérir l'ouverture d'une procédure de protection judiciaire afin de rechercher, dans un cadre autre que pénal, l'instauration d'un traitement efficace et contrôlé, en réservant la possibilité de poursuivre la voie pénale si la protection judiciaire s'avérait inefficace.

— Pour tenir compte des efforts accomplis par un toxicomane pour se réinsérer, il convient de donner au juge d'instruction la possibilité de rendre une ordonnance de non-lieu lorsque l'inculpé se serait effectivement soumis au contrôle ou au traitement médical ordonné.

— *De même, pour faciliter, surtout sur le plan local, la réinsertion sociale et professionnelle des toxicomanes, il serait opportun d'interdire à la presse de faire état de l'identité complète des personnes interpellées, arrêtées ou condamnées pour usage, et de rendre obligatoire l'emploi de simples initiales pour leur désignation.* Dans le même esprit, il devrait être possible au condamné pour usage de drogue de demander le retrait de cette condamnation du casier judiciaire après trois ans d'efforts couronnés de succès.

— *L'harmonisation de la législation douanière avec les objectifs et les principes directeurs de la loi de 1970, répond à un vœu unanime des praticiens (magistrats*

et avocats), des médecins et des toxicomanes eux-mêmes. Sans entrer dans le détail, la Mission formule les recommandations suivantes :

- Réserver l'exercice des poursuites, tant sur le plan des délits douaniers que des amendes fiscales, au ministère public, après que celui-ci — en liaison étroite avec l'administration des douanes — se fut assuré que l'abandon des marchandises, la confiscation des produits, ou la transaction intervenue sous son égide, ne suffit pas à éteindre l'action publique pour l'application des sanctions fiscales.
- Conférer au tribunal correctionnel, dans la fixation des amendes fiscales, un plus grand pouvoir d'appréciation.
- Placer les transactions entre l'administration des douanes et le condamné, après jugement, sous un arbitrage judiciaire, qu'il s'agisse de celui du procureur de la République ou éventuellement du tribunal ayant prononcé la décision initiale.

— Pour éviter que le recouvrement des frais de justice importants décourage un toxicomane condamné de chercher à se réinsérer, la possibilité devrait être offerte de demander au tribunal du lieu de condamnation, ou au tribunal de son domicile, une dispense totale ou partielle des frais de justice ou l'octroi de délais, par une requête suspensive de l'exécution de la contrainte par corps.

— Enfin, devant les dangers que constitue l'usage de substances des tableaux A et C, on peut s'interroger sur l'opportunité de prévoir des dispositions législatives nouvelles qui permettraient de sanctionner l'usage *illicite* de ces substances.

Ces diverses modifications, qui n'auraient pour objet que de remédier à certaines imperfections techniques de la loi de 1970, ne remettraient pas en cause les principes de celle-ci. La difficulté est qu'elles supposent un recours à la procédure législative, relativement lourde, et un débat parlementaire, sans que le véritable problème soit abordé au fond. A supposer que ce débat puisse être circonscrit aux seules questions posées et ne déborde pas sur l'ensemble du problème, on n'aboutit qu'à une loi « rajeunie » et non à un système juridique réellement nouveau.

III. — Elaborer un régime juridique nouveau.

— *L'élaboration de celui-ci pourrait être l'objet de la troisième étape qui peut être envisagée.*

La difficulté considérable de cette démarche est qu'elle suppose au préalable des réponses à des questions de fond telles que celles-ci :

— Faut-il maintenir comme une infraction pénale l'usage des drogues ?

— Sauf si l'on répond non à la question précédente, faut-il faire un sort particulier à l'usage de certaines substances, et notamment prévoir une dépénalisation totale de l'usage du haschich ou restreindre notablement les peines qui le sanctionnent ?

— Pour toutes les drogues, ou seulement pour celles dont l'usage conserverait un caractère pénal, selon les réponses aux questions précédentes, peut-on définir un statut juridique et social du toxicomane qui comporte notamment une « obligation » de suivre un « traitement » ou d'être l'objet d'une « prise en charge » ?

— Dans cet esprit, peut-on substituer à la procédure judiciaire classique figurant dans la loi de 1970 un nouveau système ?

L'idée que l'usager n'est pas vraiment un coupable justiciable d'une sanction pénale, mais qu'il relève plutôt d'une « thérapie » à déterminer, ou d'une « prise en charge sociale », constituait incontestablement un progrès, même s'il convient d'être prudent devant la tendance actuelle à généraliser des « prises en charge » qui finissent par développer, chez ceux qui en sont l'objet, une mentalité d'assisté. Mais elle n'a pas trouvé le dispositif judiciaire et médical adapté à sa mise en œuvre : la prédominance du juge dans l'orientation du « patient », le défaut de coopération des médecins à un système auquel ils ne croient pas, le caractère « obligé » conféré à un traitement en principe volontaire, la surestimation des possibilités de la « désintoxication » et de la « cure », le fait que les toxicomanes apparaissent désormais, pour une part importante d'entre eux, plus comme des déviants ou des sociopathes que comme des « malades mentaux », peuvent inciter à envisager des solutions plus originales. *Celles-ci reviennent à tenter de mettre en œuvre, par d'autres voies, le principe de base de la loi de 1970, qui consiste à essayer de contraindre ou d'amener les toxicomanes à ce qui serait désormais une prise en charge « sociale » plutôt qu'un traitement « médical ».*

Cet objectif pourrait être recherché — en conservant le principe de l'interdiction légale d'usage pour toutes les drogues, haschich compris — par la création d'un « juge de la protection sociale » qui serait aux problèmes de la toxicomanie ce que le juge des enfants est à la délinquance juvénile, et qui pourrait concilier les concepts de protection des libertés, de maintien de l'ordre public et d'action curative, dans un but de réinsertion sociale, et dans une perspective de compréhension et de dialogue avec l'intéressé. Ce magistrat regrouperait sous sa responsabilité les fonctions d'instruction, de jugement, et d'application des mesures, étant bien précisé que le parquet, qui serait à l'origine de sa saisine, aurait le choix de l'orientation de la procédure soit vers lui, soit vers les juridictions d'instruction et de jugement actuellement existantes, selon la nature de l'infraction. En effet, la mise en place d'un tel système n'éluderait pas le problème de l'incarcération des toxicomanes auteurs de délits de droit commun qui continueraient d'être traités comme tels.

Ce « juge de la protection sociale » mettrait l'accent sur l'examen de la personnalité du toxicomane, en collaboration étroite avec les organismes médicaux et éducatifs, à partir d'une consultation médico-psychologique demandée soit à un organisme agréé, soit à une commission ad hoc. Il pourrait prononcer différentes mesures de protection, de surveillance et de placement.

On peut penser qu'une telle formule — dont la Mission se borne à esquisser les contours —, orientée essentiellement vers la réinsertion du toxicomane, en collaboration avec tous ceux qui participent à sa prise en charge, permettrait de

résoudre un certain nombre des difficultés actuelles et d'établir entre la voie médicale et la voie judiciaire l'équilibre auquel la loi de 1970 n'a pu encore parvenir.

Mais l'inconvénient d'un tel système est qu'il risquerait d'être interprété comme marquant, dans la « lutte » que paraissent parfois se livrer l'institution judiciaire (magistrats et éducateurs) et l'institution sanitaire (D.A.S.S., médecins, etc.), la primauté de la première. Pour éviter ce sentiment, il faudrait chercher à faire intervenir les thérapeutes (médecins notamment) dans des conditions ménageant mieux ce qu'ils considèrent comme le préalable à leur intervention : la demande libre et authentique du toxicomane, c'est-à-dire résolvant cette quadrature du cercle qui consiste à rendre le volontariat obligatoire.

On pourrait alors conserver le principe posé par la loi de 1970 selon lequel « tous les usagers de drogue sont placés sous la responsabilité de l'autorité sanitaire » et articuler autour du D.A.S.S. un mécanisme analogue de diagnostic médico-psychologique et d'orientation entre les diverses solutions « thérapeutiques » possibles, sans intervention de l'autorité judiciaire, une procédure purement administrative étant substituée à la procédure « pénale » esquissée ci-dessus.

Un tel système, qui peut effectivement être envisagé sur le plan technique, rencontre cependant deux difficultés. La première est celle de son fondement juridique : dans les institutions françaises, l'intervention du juge repose sur le fait qu'une conduite déterminée est tenue pour délictueuse. Quelle base pourrait-on substituer à celle-ci pour organiser par voie administrative la répartition et la prise en charge de ceux qui ont un comportement donné, en l'espèce la toxicomanie ? En outre, s'agissant d'interventions qui, en tout état de cause, comportent des mesures de contrôle et/ou de placement portant atteinte à la liberté individuelle, une procédure administrative paraît moins bien adaptée que la procédure judiciaire, qui a pour elle la tradition, l'existence de voies de recours, etc.

Au demeurant, sans renoncer à la base judiciaire du système, on pourrait le concevoir d'une façon qui laisse des possibilités d'intervention à l'autorité sanitaire et au corps médical, au double stade de la consultation médico-psychologique, et de la protection judiciaire, qui ne devrait pas donner lieu à un monopole des services dépendant de la justice, mais faire intervenir également des établissements dépendant de l'autorité sanitaire, de façon à offrir un large éventail de solutions.

La possibilité de ces deux voies, que la Mission se borne à esquisser, et qui pourraient au demeurant être combinées, montre que, par le biais des procédures, on touche ici au fond même des différents problèmes liés à la place de la toxicomanie dans la société. Faut-il réprimer ce comportement comme une infraction ? Faut-il le considérer comme une « maladie » et le « traiter » en tant que tel ? Ou bien faut-il l'interpréter comme une « sociopathie » relevant d'une prise en charge d'ordre plutôt « social » ? En tant qu'« enjeu » social, la toxicomanie relève-t-elle du pouvoir judiciaire, du pouvoir « médical » ou bien du pouvoir — en voie de renforcement — des « travailleurs sociaux » ?

Ces interrogations montrent aussi que, dans l'état actuel des choses, la société française n'est pas préparée à aborder de sang-froid ces questions et à les trancher dans la clarté. L'élaboration d'une nouvelle loi, qui n'est pas une fin en soi, n'est pas envisageable dans l'état actuel de sous-information qui caractérise l'opinion publique et qui entraîne les réactions passionnelles que l'on a décrites. Elle ne pourra intervenir qu'après avoir été précédée d'un large débat public et qu'après qu'auront été mises en œuvre, pendant un délai suffisamment long, les propositions évoquées ci-dessus, au titre de la prévention et surtout de l'information, de façon à sortir de l'incompréhension qui entoure actuellement le problème de la drogue.

*
**

La Mission estime que les trois hypothèses qu'elle a décrites ci-dessus pourraient constituer une stratégie d'ensemble échelonnée dans le temps.

— Dans l'immédiat, l'accent serait mis sur l'application loyale, sans restriction et en y consacrant les moyens nécessaires, de la loi de 1970, cette application s'accompagnant de l'effort de connaissance et d'amélioration des structures administratives décrit au chapitre X et des actions proposées au chapitre XI en matière de prévention, de formation et d'information, ainsi que, à titre expérimental et pour une durée limitée, d'une extension à toute la France des pratiques actuellement suivies en région parisienne à l'égard des usagers de haschich.

— Dans un délai aussi bref que possible, les modifications techniques décrites ci-dessus seraient apportées à la loi de 1970, en indiquant que cette procédure législative n'est qu'une première étape, et en fixant l'échéance à laquelle la refonte d'ensemble du système sera entreprise.

— *A l'échéance de trois ans, après cette étape intermédiaire, qui aura permis un véritable débat, l'élaboration d'un nouveau système législatif serait menée à bien, de façon à traduire dans le droit positif les positions que ce débat aura permis de dégager, et qui devraient s'inscrire également dans le cadre de l'harmonisation envisagée des législations européennes. En effet, les contacts entre pays européens, à la suite notamment de « l'initiative Pompidou », ont fait prendre conscience de l'intérêt d'une harmonisation des législations sur des points aussi essentiels que ceux qui ont été énoncés.*

La relance de cette harmonisation, qui vient d'être décidée lors de la réunion du 21 novembre dernier des ministres européens, devrait coïncider avec l'établissement, à l'échéance de trois ans, d'une nouvelle législation de la toxicomanie.

Rappel des propositions du chapitre.

I. — *Procéder, pendant une période de trois ans, à une application loyale et effective de la loi de 1970. Elaborer les circulaires et textes d'application nécessaires pour :*

1. — Sans revenir sur l'interdiction légale de l'usage du haschich, systématiser, à titre expérimental, pendant une période de temps limitée, la pratique suivie en région parisienne de ne plus poursuivre systématiquement les usagers simples de haschich en vue de faire prononcer contre eux une peine d'emprisonnement.

Rappeler que la constatation de l'infraction peut être l'occasion d'une intervention pour comprendre le sens de ce comportement et, si besoin est, orienter l'intéressé.

Fixer clairement, avec l'accord de spécialistes concernés, un seuil quantitatif au-dessous duquel la quantité détenue sera regardée, sauf preuve contraire, comme destinée au seul usage personnel et recommander que, au-dessous de ce seuil, le détenteur ne soit plus déféré systématiquement au parquet, qui continuera cependant de recevoir les procédures écrites : la confiscation du produit restant obligatoire.

Accompagner cette mesure, dans un but de dissuasion, de la mise en œuvre systématique des actions préventives et éducatives définies au chapitre XI.

2. — Pratiquer la spécialisation en faisant désigner dans chaque juridiction, au début de l'année judiciaire, les magistrats du parquet, de l'instruction du siège, qui seront chargés des affaires de toxicomanie et prévoir en ce qui les concerne des actions de formation et de perfectionnement.

3. — Améliorer le système de l'injonction thérapeutique par une simplification des formalités, une meilleure coordination des services ; concevoir la rechute comme une étape quasi inéluctable du traitement et développer ou généraliser en cas de réitération d'usage le renvoi au traitement médical.

4. — Pour les mineurs de dix-huit ans, recommander l'ouverture d'une procédure d'assistance éducative de préférence à une procédure pénale.

5. — Développer et améliorer le contrôle judiciaire.

6. — Restreindre le mandat de dépôt au cas où la cure de sevrage ne pourrait être valablement réalisée dans un autre cadre.

7. — Aménager les conditions de détention :

— en développant, sans créer de structures particulières, la présence médicale et sanitaire ;

— en amorçant une prise en charge susceptible de se développer après la sortie ;

— en renforçant les services d'assistance post-pénale ;

— en accélérant la mise en place des centres médico-psychologiques régionaux pour l'accueil de tous les toxicomanes présentant un comportement incompatible avec la détention ordinaire.

II. — *Procéder à court terme à des aménagements législatifs ponctuels pour :*

- rendre possible pour le juge d'instruction le non-lieu dans l'hypothèse où la cure de désintoxication ordonnée a été menée à bien ;
- étendre aux jeunes majeurs de dix-huit à vingt et un ans le régime de protection judiciaire ;
- *interdire la diffusion de l'identité des personnes interpellées ou jugées pour usage de stupéfiants ;*
- harmoniser les législations pénale et douanière ;
- aménager le régime des frais de justice ;
- étudier la possibilité de réprimer l'usage illicite de produits du tableau A et C.

III. — *Envisager à l'échéance de trois ans l'élaboration d'un nouveau régime juridique de la toxicomanie, après qu'un large débat public et une information continue et objective auront permis de faire apparaître un éventuel consensus social sur les questions suivantes :*

- faut-il réprimer pénalement l'usage de toutes les drogues, ou seulement de certaines d'entre elles ?
- peut-on imaginer un autre système que celui de la loi de 1970 pour amener les toxicomanes à demander ou accepter une « prise en charge » ? Faut-il mettre en place un système à dominante judiciaire ou à dominante sanitaire ?

Parallèlement, poursuivre sur le plan européen l'harmonisation des législations de façon à coordonner avec celle-ci la mise au point d'un nouveau régime juridique de la toxicomanie.

CHAPITRE XIV

Du traitement à la prise en charge.

Une des difficultés de la « politique de la drogue » est l'alternative qu'elle tente d'établir entre répression et thérapeutique, et dont on a vu — à propos de la loi de 1970 — ce qu'elle a de trompeur. Car, si la voie répressive est claire, la voie « thérapeutique » n'a été que progressivement définie et reste sur certains points ambiguë.

A. — La définition progressive d'une « voie thérapeutique ».

Le contenu même de cette voie « thérapeutique » a beaucoup évolué. Comme le souligne le rapport Shafer (1), à l'origine on parlait de traitement parce que l'on considérait tous les usagers de drogue comme des malades. « Mais il est vraisemblable que la plupart des personnes (appréhendées pour détention de substances prohibées) ne sont ni anormales ni justifiant d'un traitement, à un sens significatif de ces termes... »

Lié à l'idée de maladie, le terme de traitement a paru mal approprié, d'autant que son succès paraît lié à son caractère volontaire. On a dès lors eu recours à celui, employé d'ordinaire pour les patients souffrant de troubles mentaux, de « prise en charge ». Peut-être plus révélatrice du poids réel du toxicomane, l'expression est ambiguë, car elle signifie aussi que l'on a le toxicomane « à sa charge », qu'il ne peut pas se suffire seul, que c'est un « assisté », avec le risque de voir celui qui l'a en charge tenté de conserver le pouvoir qu'il exerce sur lui et l'institution contribuer à le maintenir dans un état de dépendance « sociale ».

Derrière l'évolution des mots se cache aussi la rivalité entre l'institution médico-psychiatrique — médecins, psychiatres, infirmiers, etc. — qui voyait sa compétence reconnue dans le terme de « traitement » et l'institution « sociale », sous ses diverses formes (centres d'accueil, de post-cure, etc.) et avec ses divers « corps » (travailleurs sociaux, éducateurs, etc.), dont la justification apparaît dans le terme de « prise en charge ».

(1) Pp. 257 et suivantes.

Cette lutte, qu'entretiennent volontiers certains toxicomanes, transparait dans l'évolution des solutions retenues en France depuis quelques années.

Lors de l'explosion des pratiques toxicomaniaques en 1969, le système médical ne possédait pas les structures adaptées, même en petit nombre, pour répondre efficacement à cette situation nouvelle et déconcertante : les praticiens et personnels soignants étaient peu informés, les travailleurs sociaux découvraient le problème, les centres de « réadaptation sociale », peu nombreux, n'étaient pas prêts à accueillir les toxicomanes. Les services des hôpitaux psychiatriques, s'ils pouvaient prendre en charge les troubles de la psyché, étaient mal armés, et leur personnel peu formé, pour accueillir les toxicomanes ne présentant pas de troubles psychiatriques majeurs. En outre, les structures psychiatriques habituelles, la promiscuité avec les « malades mentaux », l'étiquette psychiatrique, étaient refusées par les toxicomanes peu attirés par ces institutions qui faisaient surtout office de « centres de sevrage ».

La « médicalisation » s'amorça en partie par la voie de la « cure », où l'arsenal médicamenteux permet un meilleur confort du patient lors du sevrage, en apaisant les symptômes du syndrome de manque, et par le traitement des déficiences physiologiques souvent rencontrées chez les toxicomanes. Mais si l'apport de la médecine est capital dans ces cas, il est peu opérant sous cette forme, pour s'inscrire au premier chef dans une politique prophylactique et curative de la toxicomanie.

D'autre part, il apparut rapidement que les toxicomanes s'adressaient peu aux structures de soins classiques, ce qui obligea à chercher des solutions nouvelles capables d'une part, d'établir les premiers contacts adaptés à la demande et, d'autre part, d'offrir des structures pouvant prendre le relais des premières.

La première préoccupation conduisit à la création de centres d'accueil spécialisés faisant appel à la fois à des médecins, psychiatres ou non, et à des éducateurs, travailleurs sociaux, etc., donc marquant une certaine démedicalisation. La seconde orientation, prenant en compte la nécessité d'éviter la rechute, quasi inéluctable après une cure de sevrage isolée, entraîna la mise en place de centres de post-cure, ne comportant qu'une présence médicale limitée, et principalement tournée vers la réinsertion sociale.

Au terme de cette évolution, on considère aujourd'hui la toxicomanie, notamment la toxicomanie aux « drogues dures » type héroïne, non comme une maladie en soi, mais comme un symptôme, un trouble des conduites qui souligne, qu'elle qu'en soit la genèse, les difficultés psychologiques de l'individu. Le « manque fondamental » dans l'organisation de la personnalité que le sujet tend à « combler » par la prise de toxique.

En tant que symptôme, dans environ 20 à 30 % des cas, la toxicomanie peut être le mode d'entrée dans des troubles mentaux chroniques nécessitant des soins psychiatriques spécialisés. Ce fait souligne l'intérêt majeur d'une évaluation psychiatrique avant toute orientation. D'autres sujets, sans nécessiter une prise en charge psychiatrique de longue durée au sens strict, peuvent éventuellement relever, selon le type de décompensation aiguë, de soins psychiatriques spécialisés et transitoires. Mais chez tous les sujets présentant le symptôme de pharmacodépendance existent, on l'a vu, des difficultés psychologiques communes.

En dehors d'éventuels aspects psychiatriques, on peut considérer, dans un but didactique, que la « prise en charge du toxicomane » comporte quatre étapes essentielles : l'une orientée vers l'approche, le « dépistage », le contact ; la seconde, centrée sur la « cure » ; la troisième constituée par la « post-cure », dont les modalités sont diverses ; la quatrième tournée prioritairement vers la réinsertion. Ces étapes ne se placent pas toutes obligatoirement dans un cadre institutionnel propre à chacune. Elles peuvent se situer dans un même lieu et par exemple le centre d'accueil peut — formule assez rare à l'étranger — assurer également sevrage et post-cure. Mais, dans le temps, un sujet, pour accéder à l'une d'elles, doit avoir au moins « franchi », par quelque modalité que ce soit, la précédente, et, par exemple, avoir nécessairement été sevré pour entamer une post-cure.

B. — L'accueil.

L'accueil est le premier temps de la prise en charge dominé par l'ébauche d'une relation qui doit permettre à la personne accueillie de formuler éventuellement une demande de soins et de participer à la détermination de leurs modalités.

C'est le moment où une évaluation, souvent difficile, nécessitant des entretiens répétés, doit être faite des motivations, des possibilités de relation et d'adaptation du sujet.

I. — Les « équipes d'accueil » et leur rôle.

Le rôle des équipes d'accueil varie selon leur nature :

— outre les **équipes d'urgence** des hôpitaux psychiatriques ou généraux, formées de personnel soignant,

— existent les **équipes de prévention** qui ne sont pas spécifiques aux toxicomanes : elles s'adressent plus spécialement aux jeunes « en difficulté » dans le cadre de lieux d'accueil ou, comme les équipes de rue, vont au-devant des « demandeurs » sur le terrain ;

— plus spécifiques sont les **équipes des centres d'accueil spécialisés**.

Le toxicomane qui se présente spontanément au centre d'accueil formule des demandes diverses dont la pluralité entraîne la pluridisciplinarité de l'équipe qui doit y faire face.

Demandes d'hébergement, souvent urgentes, d'habits, de travail — temporaire ou en marge —, de papiers administratifs — que tentent de satisfaire, entre autres personnes, l'assistante sociale, les éducateurs, la secrétaire —, s'adressent, du moins initialement, à l'institution. Elles se personnalisent souvent par la suite, lorsque le toxicomane « est en terrain connu », créant alors de difficiles

problèmes pour le personnel s'il est peu formé ou insuffisamment intégré à l'équipe.

En même temps s'exprime une demande spécifique et pressante de soins « psychologiques ». Le toxicomane veut une « psychothérapie » et s'adresse au psychiatre, ou au psychologue, dans une relation dont il faut souligner au moins deux aspects : l'extrême ambivalence et l'importance du désir de « tout et tout de suite ».

A cette double demande — institutionnelle et individualisée — doit répondre une équipe homogène — notamment dans sa conception de la prise en charge — et un thérapeute clairement identifié.

La cohérence dans la prise en charge implique une réflexion de l'équipe sur son modèle de fonctionnement, sur ses objectifs et sur ses relations avec les autres institutions avec lesquelles le toxicomane entre en contact : judiciaire, policière, mais aussi familiale, universitaire, professionnelle, etc. Cette réflexion, menée dans une perspective dynamique, doit s'appuyer sur le travail en commun des divers intervenants dont le rôle et le statut dans l'institution doivent être clairement définis. Les fonctions ne sont pas interchangeables au gré du désir de chacun, mais complémentaires dans les divers aspects de la prise en charge individuelle ou de groupe.

Cette conception commune et cette « loi » de l'institution, qui doivent pouvoir faire référence à un tiers qualifié extérieur à l'équipe, ont leur reflet dans le « contrat » de prise en charge proposé au toxicomane après une évaluation psychologique, familiale, professionnelle, sociale.

Outre leur rôle thérapeutique, les équipes d'accueil ont un rôle d'information qui s'adresse plus directement à diverses institutions : familiale, professionnelle, scolaire, universitaire, judiciaire, policière, etc. L'information est le plus souvent faite à la demande et sous forme d'un travail de groupe avec les demandeurs (lycéens, etc.).

Une autre fonction remplie par ces équipes est celle d'accueil des parents — les groupes de parents de toxicomanes se situant à la limite de la formation et de la thérapie — ou de travailleurs sociaux, qui se trouvent souvent démunis devant un problème de toxicomanie. Ce rôle ne doit pas être négligé. *Il permet souvent que le jeune, qui a tâté de la drogue ou qui commence à fumer du « H », au lieu d'être orienté, voire rejeté, vers une structure spécialisée qui risque de renforcer son étiquette de « drogué », soit pris en charge dans son cadre de vie habituel.*

II. — Les structures d'accueil.

a) Les différentes structures.

Les structures où peut s'effectuer le premier contact entre le toxicomane et le « système de prise en charge » sont de trois ordres :

— d'une part, celles qui ont déjà été évoquées *au titre de la prévention* et qui ne sont pas spécifiques aux toxicomanes (consultations pour jeunes, équipes de rue, etc.) ;

— en second lieu, des structures *pour cas d'urgence*.

Les services d'urgence établis dans les hôpitaux psychiatriques et généraux admettent pour 24 à 48 heures des toxicomanes en épisode de désarroi ou en état de manque qu'ils peuvent diriger ensuite, selon la demande (rare il est vrai) du sujet, sur des centres spécialisés.

La création de nouvelles structures fondées sur la notion d'urgence est discutée, certains soutenant que l'urgence est un mauvais moment pour entreprendre une approche thérapeutique quelconque, d'autres la considérant comme un moment privilégié et proposant, au moins pour Paris, la mise sur pied d'une sorte de S.A.M.U. de la drogue.

Sans prendre parti sur le débat de fond, la Mission pense que l'essai, au moins à titre expérimental, d'une telle formule peut être tenté, à condition qu'elle ne devienne pas une fin en soi en s'adjoignant des possibilités d'hospitalisation, etc. et bien qu'elle aille plutôt à l'encontre du souci de ne pas créer de structures spécialisées propres à la toxicomanie.

— *Enfin, les centres d'accueil spécialisés*, dotés de l'équipe décrite plus haut (médecins, psychiatres, travailleurs sociaux, éducateurs), dont la compétence et la disponibilité doivent permettre d'atteindre un double objectif de prévention, par l'information des jeunes, et de prise en charge, sous plusieurs aspects : écoute, compréhension et motivation des intéressés pour une prise en charge thérapeutique ; aménagement d'une hospitalisation en vue d'une cure de sevrage ; préparation de la post-cure pour les toxicomanes sevrés.

Des centres d'accueil spécialisés ont été créés par les pouvoirs publics selon quatre modèles dans la région parisienne.

— centre spécialisé « isolé » (Marmottan) ;

— centre spécialisé à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique (Sainte-Anne) ;

— centre spécialisé à l'extérieur d'un hôpital général (Fernand-Widal) ;

— centre spécialisé sectorisé polyvalent (Versailles).

Une vingtaine de centres d'accueil sont répartis sur le territoire national. Par ailleurs, des associations privées ont ouvert des centres de ce type. On ne possède pas de renseignements exhaustifs sur leur nombre total. La répartition géographique de ces centres reste inégale et a résulté des besoins locaux et de l'existence sur place des personnes motivées pour les mettre en place.

b) Spécificité et dimension des centres d'accueil.

Le choix entre la création de structures propres aux toxicomanes et l'accueil de ceux-ci dans des structures ouvertes se pose ici comme pour les autres modalités

de la prise en charge. Il est apparu à l'usage contre-indiqué que les structures d'accueil propres aux toxicomanes soient consacrées en tant que telles, avec un fronton où scintillerait le mot « drogue » ; il faut éviter, en effet, tout ce qui serait ségrégation, isolement des toxicomanes dans des structures à part qui, par certains aspects, risquent d'être vécues par eux comme leur facilitant — par le règlement de tel ou tel problème matériel qu'ils rencontrent — le maintien dans le statut de « drogué ». En sens inverse, l'idée d'accueillir, dans un lieu ouvert à tous, les toxicomanes et les autres se révèle difficile à mettre en œuvre, soit que les toxicomanes n'y viennent pas, soit qu'au contraire ils investissent ce lieu et s'en assurent l'usage exclusif. Ceci conduit la Mission à penser que l'accueil des toxicomanes relève probablement de structures ad hoc, mais qu'elles doivent être le plus discrètes possible dans leur orientation « pour toxicomanes seulement » et dans leurs modalités.

Ceci est d'ailleurs lié à un second problème, *celui de la dimension des centres d'accueil.* Il est souhaitable que ces centres restent de petite dimension, et qu'ils n'exercent pas leur action sur toute une région, voire sur l'ensemble de la France. L'expérience et le succès même de Marmottan, qui au moment de sa mise en place était incontestablement une formule à expérimenter, montrent les risques que peuvent comporter des centres de grande dimension : celui d'exercer une force d'attraction, et donc d'orientation vers des formules de soins axées sur une méthode unique ; celui d'être aussi un lieu de rencontre pour des toxicomanes plus désireux de rencontrer des camarades que de « décrocher » vraiment.

S'il semble préférable de s'orienter désormais vers des formules de dimension plus réduite, et plus indifférenciées, la Mission ne pense pas que l'établissement d'un réseau de centres d'accueil pour toxicomanes doive être centralisé et traité sur le plan national, où l'ajustement des centres existants ou projetés aux besoins est impossible à apprécier.

Elle suggère que ce problème soit traité sur le plan départemental ou régional et que notamment la commission consultative dont elle propose la création veille à ce que, dans toutes les localités où cela sera nécessaire, de tels centres d'accueil soient mis en place, en liaison ou non avec un équipement hospitalier, à la diligence d'une association, etc.

La Mission recommande qu'un effort particulier soit fait pour faire connaître l'existence, les coordonnées, le type de fonctionnement, les possibilités d'aides offertes par ces divers centres. Si les toxicomanes sont assez bien informés de ce qui existe, il n'en est pas de même des familles ou des éducateurs qui, souvent, ne savent pas où s'adresser face à un problème de cette nature. Il est donc souhaitable que, sur le plan départemental, soit largement diffusée l'information sur les possibilités d'accueil qui peuvent être offertes. Car celui-ci constitue incontestablement un moment déterminant dans la « prise en charge » des toxicomanes.

C. — La cure.

I. — Modalités et objectifs de la « cure ».

Le terme de « cure », qui reprend l'idée de la désintoxication pratiquée en matière d'alcoolisme, est certainement mal approprié. Il reste un terme rassurant pour les non-initiés qui, dans le processus, d'ailleurs répétitif, de la prise en charge, y voient le moment privilégié, voire unique, alors qu'il s'agit d'une étape transitoire qui doit être impérativement suivie de la post-cure, période capitale, de plus longue durée, sans laquelle la rechute est, à court terme, quasi inéluctable.

Cette phase de la prise en charge, qui suit le temps d'accueil, à laquelle peuvent accéder les toxicomanes « proposés » par un centre d'accueil, mais aussi ceux adressés par l'autorité judiciaire ou même détenus en prison, pose un certain nombre de questions.

a) **Légitimité, place, objectifs de la « cure ».**

La « cure » s'adresse à des sujets présentant une dépendance psychologique et physique (drogues « dures »). Elle n'a pas de sens quand elle est proposée telle qu'elle est décrite ci-après, à un fumeur de marijuana dont la dépendance est seulement psychologique. *Elle tend à couper le toxicomane de son univers : c'est une mise à distance, souhaitée par le sujet, de la drogue et de son milieu, et elle est tributaire du moment ainsi que de la durée de l'intoxication.*

L'opportunité de la cure dépend de l'évaluation psychologique du sujet et des bénéfices qu'il pourra en tirer. Elle est possible sur injonction thérapeutique et cette « motivation » dirigée n'est pas obligatoirement synonyme d'échec. Dans tous les cas elle peut être suivie rapidement de rechutes, même lorsque les motivations invoquées par le sujet avaient paru sérieuses. En ce sens, sa valeur intrinsèque dans la prise en charge des toxicomanes est relative.

L'objectif principal de la cure est de permettre au sujet d'entamer la post-cure, quelles qu'en soient les modalités, sevré, en état physique satisfaisant, ayant investi suffisamment, sans en être dépendant, une première relation de soins immédiats et pouvant investir une nouvelle relation dans le modèle différent de prise en charge que représente la post-cure. C'est l'élément capital qui dépend de la capacité du sujet à s'adapter, à « décrocher », à remédier à ses difficultés psychologiques par des relations nouvelles, sans laquelle tout est vain.

b) **La cure de désintoxication.**

Elle comprend :

— la cure de sevrage correspondant à la désintoxication physique ;

- le traitement du déficit de l'activité psychique et physique ;
- l'amorce de la « désintoxication psychologique ».

1. — *La cure de sevrage.*

Relativement codifiée, sans risques d'incident majeurs, elle s'effectue selon des modalités qui tendent toutes deux à lutter contre les symptômes du syndrome de « manque ». La première consiste à diminuer progressivement sous contrôle les doses du toxique employé ou de son substitut avec lequel la dépendance est croisée (méthadone pour les opiacés). La seconde, plus fréquente, revient à supprimer l'administration du toxique et à apaiser par une médication adaptée ces symptômes. Le traitement dure environ dix jours.

L'intensité du syndrome de « manque », trop souvent dramatisé dans les descriptions qui en sont faites, est très variable et fonction de la personnalité du sujet, de ses dispositions psychologiques lors de la cure, de sa relation avec le thérapeute et l'institution. Ceci confirme l'importance d'une relation chaleureuse, mais suffisamment distanciée et contrôlée.

2. — *Le traitement des divers symptômes* apparaissant dans les suites du sevrage est indispensable. La survenue d'un syndrome de déficit physique et psychologique (P. Deniker), d'un état de dépression intense, de « vacuité », est possible lors du « renoncement » au toxique. L'apparition ou la persistance de troubles psychotiques posent de difficiles problèmes diagnostiques : décompensation psychotique d'une structure prémorbide ou pharmacopsychose ? Ces troubles compromettent, au moins dans l'immédiat, la poursuite de la prise en charge en centre de post-cure.

Si la phase de sevrage est simple, la phase de post-sevrage est plus délicate tant dans les soins à apporter aux troubles qui « se démasquent » ou apparaissent que dans la réévaluation des possibilités d'adaptation du sujet. Un personnel qualifié, rompu à la psychiatrie, peut apprécier la survenue de tels troubles, et en évaluer la portée.

3. — *L'amorce de la « désintoxication » psychologique.*

Un consultant, psychiatre ou psychologue, est indispensable à ce moment crucial de l'articulation entre cure et post-cure : moment difficile par la nécessité pour le sujet de « désinvestir » d'autres relations, de s'éloigner de son premier thérapeute, de rompre avec son milieu habituel, qui peut « venir le relancer », car les toxicomanes ne laissent pas facilement s'éloigner l'un des leurs. Ce désir de rupture, de changement du mode de vie, reste précaire immédiatement après le sevrage qui marque seulement la fin de la dépendance physique ; il se renforce dans les semaines suivantes avec la disparition progressive de la dépendance psychique, mais la rechute est possible ; celle-ci reste transitoire si le sujet a établi des liens privilégiés avec le personnel du centre auquel il redemande une aide.

II. — La cure : les structures.

a) Les voies d'accès.

Les toxicomanes accèdent au réseau de soins selon plusieurs voies d'entrée.

1. — *La voie toxicologique d'urgence : la réanimation.*

Qu'il s'agisse d'un surdosage (« overdose »), volontaire ou accidentel, par le toxique habituel ou d'une prise associant barbituriques et tranquillisants dans un but suicidaire, le patient, subcomateux, arrive au service de réanimation. L'importance du nombre de toxicomanes, aux drogues licites ou illicites, qui transistent par de tels services (1) doit être soulignée.

La « cure de sevrage » s'effectue en quelque sorte de facto lors des soins de réanimation. Actuellement la plupart des services de réanimation ont un psychiatre consultant, dont le double statut — médical et psychiatrique — facilite l'évaluation de la situation. Le réveil est un moment privilégié pour établir une relation et orienter convenablement le sujet : un « maternage » intense, sans discontinuité après le réveil, la « résurrection », est opportun.

2. — *La voie médico-chirurgicale.*

Le sujet peut entrer en contact pour la première fois avec un organisme de soins lors d'une affection chirurgicale ou médicale (hépatite le plus souvent). Cette entrée par la voie médicale, et surtout chirurgicale, est souvent provoquée plus ou moins consciemment par le toxicomane. *Chez celui-ci, certaines périodes fertiles en traumatismes peuvent être interprétées, parfois comme la recherche d'une pratique légale de la toxicomanie, dans la majorité des cas comme une demande de soins, de maternage, d'aide offrant la possibilité d'une relation thérapeutique adaptée.* Dans certains services, un psychiatre attaché à l'institution, ou un psychiatre de l'hôpital, en collaboration avec le personnel qui a en charge directement le patient, évalue la demande, les motivations, les possibilités de celui-ci, et peut ébaucher une relation qui sera d'une grande aide pour l'orienter vers une prise en charge appropriée.

3. — *La voie psychiatrique.*

En dehors de la contrainte prononcée par voie judiciaire, un certain nombre de patients peuvent, pour des troubles patents de la personnalité, être adressés à un service de psychiatrie d'un hôpital psychiatrique ou d'un hôpital général. Là encore, le sevrage s'effectue en même temps que sont traités les troubles psychiatriques.

Parfois, des sujets viennent spontanément et demandent à être désintoxiqués. Mais ils s'adressent plus volontiers à un centre spécialisé.

(1) Ils existent généralement dans les grandes villes, mais font défaut dans les villes de petite et moyenne importance.

4. — *L'accès par un « centre d'accueil ».*

Les centres d'accueil demandent souvent soit à un service spécialisé, soit, et avec une fréquence croissante, à un service de médecine, une cure de sevrage pour un sujet pour lequel une telle cure paraît indiquée. L'équipe d'accueil continue à suivre le sujet lors de son hospitalisation et le reprend en charge après sa sortie, souvent aménagée vers une post-cure.

b) **Quelques principes d'organisation.**

Il est nécessaire de définir le rôle des structures hospitalières et de l'hospitalisation dans le sevrage.

Celle-ci ne paraît pas strictement indispensable aux dires des spécialistes de différents pays où se pratiquent des cures ambulatoires. En France, la majorité des experts préfèrent l'hospitalisation, qui renforce les chances de réussite du sevrage, permet d'apaiser le syndrome de « manque », de dédramatiser, de faciliter l'amorce d'une relation thérapeutique. Une place assez importante a donc été prise par les hôpitaux généraux, notamment lorsque le sevrage est demandé de manière spontanée ou implicite ou lors de l'établissement d'un bilan médical d'ensemble. Pour les sujets présentant des troubles patents de la personnalité, les services de psychiatrie des hôpitaux généraux (qui reçoivent des patients hospitalisés d'abord en médecine) et des hôpitaux psychiatriques sont souvent sollicités.

Dans le même temps, on constate — par exemple aux Etats-Unis — un net déclin du traitement avec hébergement (« in-patients »). On considère (1) que l'hospitalisation est à la fois la méthode la plus chère et la moins efficace, et priorité est systématiquement donnée aux formules sans hébergement.

Sans aller aussi loin, on peut constater tout à la fois que les centres spécialisés doivent lutter pour ne pas devenir des pôles d'attraction pour les toxicomanes, que ceux-ci rejettent les structures psychiatriques qui ne peuvent d'ailleurs les intégrer au sein de leur population habituelle, et que certains d'entre eux paraissent se trouver bien, quand l'hospitalisation est nécessaire, d'un séjour dans un service non spécialisé. Ce que ce dernier peut supporter, quand la proportion des toxicomanes est suffisamment faible et qu'ils peuvent être dispersés dans les services de façon à éviter la reconstitution d'un groupe.

Tout en estimant qu'une certaine ouverture entre les diverses solutions doit être maintenue, *la Mission pense que, lorsque l'hospitalisation s'impose, il vaut mieux que les toxicomanes soient traités, lors du sevrage, comme des malades parmi d'autres et que, sauf évolution sensible par rapport à la situation actuelle, la mise en place de structures spécifiques lourdes, où l'accent est parfois mis sur la toxicomanie plus que sur le sujet, ne paraît pas s'imposer.*

Cependant il faut constater que certains toxicomanes, dont la personnalité est très perturbée, ne peuvent être placés dans un service de médecine générale. Pour

(1) Cf. Rapport Shafer, p. 302.

de tels cas, quelques unités de soins spécialisées, non isolées (situées à l'intérieur d'un service par exemple) avec un nombre limité de lits (5 à 8), encadrées par une équipe pluridisciplinaire, pourraient envisager diverses modalités thérapeutiques et approfondir la connaissance du phénomène toxicomane.

III. — Un point particulier :

le traitement de maintenance à la méthadone.

Si l'utilisation à doses décroissantes de la méthadone lors d'un sevrage de courte durée (une semaine) ne soulève que des réticences discrètes parmi les tenants de l'arrêt brutal des toxiques, le traitement de maintenance suscite dans tous les pays des opinions contradictoires.

En Grande-Bretagne, les médecins étaient autorisés à prescrire de l'héroïne et actuellement de la méthadone. Aux Etats-Unis des programmes de maintenance à la méthadone ont été mis en œuvre sur une grande échelle, puisqu'en 1972 ils intéressaient plus de 70.000 cas. L'inquiétude des spécialistes devant ce développement a conduit à réglementer la création de centres utilisant la méthadone. Toutefois, cette réglementation n'a pu empêcher les excès, le trafic illicite, les accidents, conséquence d'une extension démesurée que déplorent les spécialistes américains, dont certains remettent en question le principe même du traitement.

Il est vrai que le recours à la méthadone, qui consiste en fait à substituer, à une dépendance aux opiacés, une dépendance à une autre drogue, jugée moins nocive et administrée sous contrôle, entraîne aussi une dépendance à « l'institution » permettant peut-être dans certaines conditions l'amorce d'une relation psychothérapique. Cependant ce recours a reposé moins sur des options de principe que sur la prise en compte pragmatique de données de fait. Aux Etats-Unis, il s'est agi avant tout d'atténuer les conséquences pour l'ordre et la sécurité de la multiplication des agressions dues à des héroïnomanes ou amphétaminomanes en état de « manque ». Aux Pays-Bas, le fait que les médecins de ville soient autorisés à prescrire de la méthadone — ce qu'ils semblent faire assez largement — amène les centres de consultation pour toxicomanes à le faire également, afin de pouvoir attirer des consultants et les orienter vers une éventuelle thérapie.

En France, où les problèmes posés n'étaient ni de cette ampleur ni de même nature, l'emploi de la méthadone a été prudent. Après une étude approfondie, le ministère de la Santé a autorisé deux centres, l'un à l'hôpital Sainte-Anne (Pr P. Deniker), l'autre à l'hôpital F.-Widal (Pr E. Fourbier), à y procéder, pour un programme limité (20 places par centre) sous l'égide de l'I.N.S.E.R.M., chargé d'une étude visant à préciser le bien-fondé de cette thérapeutique.

Après quatre années d'essai, les équipes de ces deux centres aboutissent à des remarques analogues : elles rejettent le mode de prescription de la méthadone pratiqué aux U.S.A. ou en Hollande, et restent très prudentes quant à l'extension à donner à la méthode. Elles préconisent toutefois d'étendre l'expérience

à 3 ou 4 centres nouveaux, en province, pour des toxicomanes « lourds », pour lesquels des tentatives thérapeutiques étendues sur des années ont abouti à des échecs répétés.

*
* *

Au terme de l'évolution qui vient d'être rappelée, on semble parvenu aujourd'hui à un certain accord sur la prise en charge des toxicomanes, et notamment sur les phases de l'accueil et du sevrage qui ont été décrites ci-dessus.

La nature même du « traitement » dont ils relèvent a suscité plus de discussions. Il y a une contradiction entre l'idée souvent exprimée que les toxicomanes ne présentent pas tous des troubles caractérisés de la personnalité et l'affirmation simultanée que le seul mode d'intervention dont ils relèvent est la psychothérapie.

En réalité, se pose là encore un problème de définition : il ne s'agit pas, dans la majorité des cas, d'une psychothérapie classique et codifiée mais d'entretiens à visée psychothérapique où le sujet, dans une relation à un intervenant psychothérapeute reconnu ou non, précise ses difficultés psychologiques et tente de les résoudre ou de les assumer. *Dans l'ensemble et de façon globale, la prise en charge du toxicomane dans une visée psychothérapique se fait souvent par une suite de relations à deux évoluant par étapes en différents lieux.* A chaque étape, le psychothérapeute tend à amener le sujet à un certain degré de maturité affective propice à l'engagement de l'étape suivante et à l'abandon définitif d'une relation répétitive et spécifique à une substance dont la prise tendait à « colmater » les difficultés psychologiques du sujet. Par sa nature particulière, cette relation thérapeutique peut se situer dans des cadres institutionnels variés (consultation, centre spécialisé, etc.), mais elle doit être le fait d'un personnel compétent ayant reçu une formation appropriée, prêt à un engagement personnel intense, mais contrôlé.

Rappel des propositions du chapitre.

A. — Concernant l'accueil.

1. — Prévoir l'accueil des toxicomanes dans des structures spécifiques, mais qui restent discrètes dans leur orientation « pour toxicomanes seulement » et dans leurs modalités. Prévoir des centres de petite dimension.

2. — *Organiser sur le plan départemental, sous l'égide de la commission consultative dont la création est proposée, la mise en place de tels centres d'accueil en fonction des besoins locaux. Faire connaître l'existence des divers centres et les possibilités d'aide qu'ils offrent.*

B. — Concernant la cure.

3. — *Faire assurer la « cure de sevrage » lorsque l'hospitalisation est nécessaire, plutôt par dispersion des toxicomanes au sein de services non spécialisés.*

4. — Mettre en place quelques unités de soins spécifiques qui pourraient approfondir, tant sur le plan de la recherche que de la thérapeutique, la connaissance du phénomène toxicomane.

CHAPITRE XV

De la prise en charge à la réinsertion.

Si l'ensemble de la prise en charge du toxicomane constitue un processus continu, répétitif et souvent à rechutes, il a paru possible d'en isoler la seconde partie comportant la post-cure et la réinsertion. *On soulignera là que, au fur et à mesure du développement de ce processus, la préoccupation de mettre un terme à la « prise en charge » et de donner une priorité à la « réinsertion » du sujet doit être de plus en plus marquée.*

A. — La post-cure.

Comme celui de cure, le terme de « post-cure » est peu adéquat : il laisse à penser que le moment précédant la « cure » est le moment principal et qu'il n'en constitue que la suite, comme la période de convalescence après une intervention chirurgicale. Or, de l'avis des spécialistes, la post-cure est le moment privilégié du traitement. Après le sevrage physique, assez bien maîtrisé sur le plan technique, il s'agit de réaliser ou de conforter le sevrage psychologique, domaine qui demeurera largement marqué de pragmatisme, même si une formation adaptée des praticiens permet d'en limiter les aléas.

Le passage de la cure à la post-cure est un moment crucial et la post-cure doit être préparée dès le stade précédent. Or, la coordination fait souvent défaut et beaucoup de jeunes « débarquent » dans les lieux de post-cure, le plus souvent situés à la campagne, à la recherche d'une vie agreste, parfois nantis de tranquillisants « en cas de besoin », la tête pleine de promesses. Le contact avec la réalité amène alors bien des désenchantements.

I. — Situation actuelle :

La situation actuelle des centres de post-cure, difficile à cerner, faute d'une liste tenue à jour des établissements de ce type, est d'autant plus confuse que juridiquement ils n'existent pas en tant que tels et qu'ils se rattachent à deux réalités administratives :

— **Les centres d'hébergement** prévus pour accueillir des personnes ayant des problèmes de tous ordres (marginiaux, jeunes en difficulté, familles sans abri, etc.) dont l'administration de tutelle est la direction de l'Action sociale.

— **Les établissements sanitaires** de moyen séjour, en général des maisons de convalescence, des centres de rééducation fonctionnelle ou des établissements pour vieillards : ils relèvent de la direction générale de la Santé et doivent être agréés en commission nationale d'hospitalisation.

Cette deuxième catégorie bénéficiant de prix de journée plus élevés, certains centres — bien que présentant un aspect médical limité — sont, pour des raisons financières, agréés à ce titre. Le niveau des prix de journée des centres de post-cure varie ainsi de 1 à 3, et ne semble pas correspondre dans la pratique à des prestations fondamentalement différentes. Certains établissements ressentent cette situation comme une injustice.

A une époque, la distinction de ces deux types d'établissements a pu apparaître aussi comme traduisant, au travers de leurs administrations de tutelle, deux « philosophies » de la prise en charge des toxicomanes, la direction de l'Action sociale considérant celle-ci comme devant être plutôt démedicalisée, la direction générale de la Santé souhaitant qu'elle soit soutenue par une présence médicale assez importante.

Au total, une quinzaine de centres fonctionnent sous l'un ou l'autre de ces statuts. Sauf deux exceptions, leur capacité moyenne est de l'ordre d'une dizaine de lits. (Ceci correspondrait à un total de 200 lits environ pour l'ensemble de la France, chiffre qui varie constamment en raison du rythme très soutenu des fermetures et réouvertures et qui — on l'a déjà souligné — n'est pas en rapport avec le nombre présumé des grands toxicomanes. D'autant que si certains centres ont des « listes d'attente » importantes, d'autres ne semblent pas complets.

II. — Les problèmes de principe.

Le fonctionnement de ces centres soulève un certain nombre de problèmes d'ordre administratif ou technique (utilisation d'une association de la loi de 1901 comme support, financement par prix de journée ou subvention globale, etc.), dont la direction de l'Action sociale est très informée et dans le détail desquels la Mission ne pense pas utile d'entrer. Elle estime par contre nécessaire d'évoquer certains des problèmes de principe, souvent délicats, qui touchent à la conception et à l'organisation de ces centres.

— Le premier est celui de l'opportunité de prévoir des centres de post-cure réservés aux toxicomanes ou bien d'y accueillir également d'autres jeunes en difficulté. La tendance de presque tous ces centres, aujourd'hui remise en question par certains praticiens, est de se limiter aux ex-toxicomanes, en invoquant les risques non négligeables de contamination que leur présence ferait courir aux autres. Mais le problème est aussi de ne pas maintenir indéfiniment les

ex-toxicomanes dans la société artificielle qu'ils constituent entre eux. *On peut sans doute recommander, lorsque les conditions sont favorables et que l'encadrement est en mesure de faire face à cette difficulté supplémentaire, de chercher à mélanger ex-toxicomanes et autres jeunes.*

— Plusieurs questions tiennent aux principes mêmes sur lesquels repose le centre : faut-il un centre fermé — avec le risque de perdre le contact avec la réalité extérieure et de maintenir un milieu artificiel — ou ouvert ? Faut-il proscrire la drogue, l'alcool, la violence — ce qui est généralement le cas —, la sexualité, les médicaments — points sur lesquels les conceptions divergent. Le centre doit-il sélectionner les patients qu'il admet, avec le risque d'arbitraire que cela comporte, mais aussi la possibilité d'obtenir de meilleurs résultats, ou bien admettre toutes les demandes, ce qui augmente les risques d'échec ? Enfin et surtout, doit-il reposer sur une philosophie relativement libérale, peu ou pas directive, ou bien au contraire sur des principes plus rigoureux ?

L'éventail des modèles de fonctionnement est, on le voit, particulièrement large selon les réponses apportées à chacune de ces questions, d'autant que s'y ajoute la référence à d'autres expériences réalisées à l'étranger.

III. — Quelques points de repère pratiques.

La majorité des centres de post-cure en France n'ont pas de modèle de référence propre. Ils ne se réclament pas en général des théories appliquées dans les communautés thérapeutiques américaines, dont ils refusent la taille et les méthodes. Par contre, tous soulignent le rôle important de la vie collective et de la participation aux tâches communes. L'autodiscipline, le respect de l'autre, de sa personnalité, l'accès à l'autonomie, sont les fondements de la prise en charge et une ambiance affective, chaleureuse, est partout recherchée. « C'est pourquoi nous avons créé un lieu de vie où chacun doit s'assumer, reprendre confiance en lui grâce à l'authenticité des rapports et à l'amour qui régit toutes les relations » (1).

Les moyens de parvenir à ces objectifs sont divers :

a) Le point délicat, toujours débattu, est le **degré de directivité** de l'institution.

Si les centres respectent les deux propositions communément admises : pas de toxique ni d'alcool, pas de violence, et recherchent tous l'adaptation socio-économique du sujet, il est délicat d'établir une réglementation commune respectant la multiplicité des modèles. La diversité des fonctionnements, parfois des conceptions, doit offrir un éventail de soins suffisamment large pour prendre en charge avec compétence les sujets dont la personnalité et les possibilités d'adaptation sont diverses. Loin de choisir un seul type de centre comme modèle type, la Mission recommande qu'une gamme largement ouverte de centres de diffé-

(1) Lucien Engelmajer. — « Le Patriarche ». Pour les drogués : « L'Espoir », p. 104.

rents modèles soit offerte aux candidats à la post-cure, où chacun puisse trouver une formule correspondant à ses besoins et à son mode de relation.

La difficulté se situe alors au niveau de l'évaluation psychologique du sujet et de son contexte familial, professionnel, social, qui conditionnent en définitive l'orientation vers un centre dont le modèle de fonctionnement lui convienne. En ce sens, la connaissance précise des méthodes, la relation des centres de post-cure entre eux, leur relation avec les autres types de centres d'accueil et de réinsertion, sont fondamentales et actuellement parfois négligées.

b) Les méthodes « thérapeutiques » sont variables.

Il peut s'agir d'une « psychothérapie » individuelle ou, le plus souvent, d'une relation privilégiée avec un encadrant. La thérapie de groupe est également pratiquée. Les thérapies corporelles : relaxation, kinésithérapie, yoga, acupuncture, expression corporelle, semblent donner des résultats encourageants. Enfin, d'autres activités à visée psychothérapique : méditation, prière, etc., prévalent dans de rares centres.

c) Les activités.

Élément important aux dires des responsables, elles restent dans l'ensemble peu aménagées, allant de ce que l'on pourrait qualifier de minimum : participer à la vie quotidienne (cuisine - ménage - approvisionnement), à un travail obligatoire de plusieurs heures chaque jour, sur place ou chez un employeur extérieur. La plupart des centres ont installé leurs locaux grâce à la participation des pensionnaires. Des activités artistiques créatrices — tissage, peinture, etc. — sont le plus souvent offertes, ainsi que des activités agricoles, selon naturellement l'implantation du centre. Des travaux de chantier à l'extérieur de l'établissement sont réalisés.

Ces activités, parfois peu différenciées de la thérapie, pourraient s'intégrer dans un contexte plus large de soins et de formation. Mais ceci exige une réflexion sur leur rôle et demande qu'elles soient confiées à un personnel formé. Dans le même sens, la tentative actuellement faite par certains centres pour mettre en place des activités de préformation professionnelle, doit être encouragée, puisque la perspective de réinsertion doit être présente le plus tôt possible dans le cours de la post-cure.

IV. — Les modèles anglo-saxons.

Si la philosophie de la plupart des centres créés en France repose généralement sur des principes de non-directivité, les centres anglo-saxons, qui se réfèrent à deux modèles d'inspiration behavioriste, sont en général très directifs.

a) Les « concept houses » tels que Synanon, Day-top (U.S.A.) ou Portage (Canada), mettent l'accent sur l'activité de la communauté en tant qu'élément

thérapeutique. Cette activité est régie par des règles très strictes, édictées dans une perspective de thérapie comportementale : abstinence totale ; prévalence du comportement actuel plutôt que des éléments qui, dans le passé, ont pu engendrer la toxicomanie ; affirmation de la responsabilité du sujet dont la conduite passée est jugée « stupide » plutôt que « pathologique » ; participation obligatoire à des « jeux » ou à des « groupes d'hostilité » ayant pour base l'agressivité verbale comme élément principal de rééducation des conduites ; punitions graduées selon les manquements aux règles ; influence majeure des anciens toxicomanes qui occupent des postes de responsabilité. Si certains centres facilitent le retour du sujet dans la société (Day-top), d'autres, plus rares, considèrent la communauté comme une fin en soi, un cadre de vie permanent. Seuls 10 % des sujets admis terminent le « programme » qui dure un an, avant la réinsertion sociale.

b) Les formules inspirées de Maxwell Jones (Grande-Bretagne, Suède, Allemagne) sont légèrement différentes : si les règles d'abstinence demeurent, l'aménagement de la vie est plus souple, l'introduction de méthodes de psychothérapie de groupe est favorisée, notamment le jeu de rôle, mais les psychothérapies individuelles sont exclues. La durée de séjour est d'un an, et la période suivante de réinsertion dure environ six mois.

Si ces méthodes sont sévèrement attaquées par les spécialistes, notamment les « concept houses », certains, prenant exemple de la conception de Maxwell Jones, pensent qu'*une réflexion approfondie, tenant compte d'une possible adaptation des données socio-culturelles anglo-saxonnes qui sous-tendent de telles méthodes aux données socio-culturelles françaises, devrait s'engager de façon dépassionnée entre les praticiens et éventuellement aboutir à une expérience de ce type.* La Mission n'est pas hostile à une telle approche.

V. — Les différentes structures de post-cure.

Différentes structures sont aménagées ou en cours d'aménagement pour répondre aux besoins.

a) Les structures avec hébergement à plein temps sont de deux types, soit foyers de séjour rural tels que Le Peyri, La Boère, etc., soit foyers de séjour urbain, comme Pierre-Nicole à Paris.

b) Les structures avec hébergement à temps partiel, davantage orientés vers la réinsertion sociale, comprennent :

1. — *Les foyers d'accueil provisoire* du type de celui de la rue des Haies à Paris, où le séjour est d'un mois maximum. Cette formule, difficile à mettre en œuvre, paraît bien adaptée aux besoins, en facilitant les périodes charnières (par exemple la transition avant le centre de post-cure), souvent d'une importance capitale.

2. — *Les appartements thérapeutiques* et structures apparentées, qui sont fermés dans la journée : ils apportent, aux sujets ayant une activité sociale et organisant leur future autonomie socio-économique, une aide à laquelle s'ajoute sur place une prise en charge thérapeutique variable (groupes de discussion, de relaxation, etc.).

3. — *Les familles d'accueil*, regroupées autour d'un centre dont elles sont les correspondants ou, plus rarement, isolées.

Ces différentes formules correspondent à des modèles thérapeutiques différents : au foyer d'hébergement à temps plein, l'accent est mis sur les relations de groupe modulées par un leader (le créateur du centre, le père) ; la famille d'accueil encourage l'identification aux modèles parentaux ; l'appartement thérapeutique constitue une structure intermédiaire, à mi-chemin de l'un et de l'autre.

c) **Les post-cures ambulatoires** permettent de suivre le sujet, sans l'héberger, selon diverses modalités :

1. — *Prise en charge le jour, dans une structure aménagée et protégée*. Le plus souvent, une activité artisanale est proposée : poterie, maroquinerie, tissage, etc. couplée avec une prise en charge thérapeutique.

2. — *Consultations avec diverses modalités de prise en charge* : entretien à visée psychothérapique, psychothérapie stricte, thérapie corporelle. Les sujets hébergés à temps partiel, et parfois les sujets hébergés à temps plein, peuvent aussi être suivis régulièrement dans ces consultations.

3. — *Les permanences et consultations d'aide sociale*, touchant au domaine familial, professionnel, judiciaire, etc, sont en voie d'extension.

Ces différentes modalités mettent en évidence la diversité qui caractérise la prise en charge des toxicomanes. Dans certaines, comme les foyers d'hébergement à temps complet, domine la prise en charge « thérapeutique ». D'autres (hébergement à temps partiel et prise en charge ambulatoire) sont orientées plus nettement vers la réinsertion.

VI. — Quelques recommandations concrètes.

a) **Sur un plan plus pratique**, la Mission pense utile de souligner trois aspects de la vie des centres, qui lui paraissent importants :

1. — *Les activités* : sans aller jusqu'à l'exaltation systématique du travail physique, il convient que les centres de post-cure offrent à leurs pensionnaires des activités les plus diversifiées possible. La réinsertion sociale ultérieure dépend généralement de la possibilité retrouvée de travailler.

2. — *La taille* : sauf exception, les centres de post-cure doivent rester de petites unités, avec un effectif de l'ordre de 10 à 15, ordre de grandeur convenable si le but est de pratiquer une thérapie institutionnelle au sens large du terme.

Au-dessous de ce chiffre, on s'approche des foyers où la relation est plus personnalisée et parfois plus difficile à contrôler. Au-dessus de ce chiffre, les phénomènes de groupe sont délicats à orienter dans une perspective thérapeutique.

3. — *Enfin, l'insertion du centre dans son environnement* doit constituer une préoccupation essentielle. Trop de centres ont, faute de préparation, provoqué une réaction de rejet de la part du voisinage, réaction qu'il est nécessaire de prévenir — par des contacts avec la population et les divers services, pris longtemps avant l'implantation du centre.

b) **La Mission croit utile de rappeler ici, en en soulignant l'importance, ce qui a été dit (chapitre XI) de la formation des personnels.** Quel que soit l'incontestable mérite de la formation « sur le tas », il convient que soit mis en place un système de suivi et de contrôle approprié, ce qui nécessite la création de postes pour les « formateurs ».

c) **Le suivi et le contrôle des centres** de post-cure doivent être assurés sur deux plans :

— *Le premier est celui du contrôle de l'Etat sur l'emploi des crédits qu'il accorde.* Sans doute paraît-il difficile, dans l'état actuel des choses, de fixer des critères préalables à l'agrément des centres. En l'absence de préparation adaptée, il faut admettre que toute initiative bénéficie d'un « droit à subvention » et que l'Etat prend sa part de risques en finançant à priori ceux qui assument la leur. Mais ceci n'est valable que pour une période déterminée — six mois ou un an par exemple. Au terme de celle-ci, l'administration dispose des éléments nécessaires pour se prononcer sur l'intérêt de poursuivre, le droit à subvention n'étant pas un droit acquis. Dans différents pays (U.S.A., Allemagne), les subventions et aides financières sont reconsidérées chaque année.

— *Il paraît en second lieu souhaitable que chaque centre puisse faire appel à un psychiatre consultant, référent, voire « superviseur ».* Il est en effet peu honnête à leur égard de laisser « isolés dans la nature » des thérapeutes ayant à faire face aux problèmes explosifs de la thérapie de toxicomanes sans qu'ils puissent bénéficier, dans des conditions fixées d'un commun accord, d'une aide de cette nature, qui répond d'ailleurs à la demande de certains responsables de centres.

*
**

Le problème de la toxicomanie est un problème difficile, aux interférences multiples. C'est précisément ce qui oblige à proposer un éventail largement ouvert de formules de post-cure classiques ou originales, et à fixer pour les centres quelques principes communs :

— l'observation d'une loi clairement définie ;

— la recherche de l'autonomie socio-économique du sujet, amorcée bien avant la fin du séjour ;

— le respect d'un modèle de fonctionnement cohérent prévoyant des activités et des aspects thérapeutiques ;

- une durée de séjour maximale au-delà de laquelle un accord doit être obtenu de l'administration de tutelle ;
- la possibilité de faire appel à un psychiatre consultant ;
- une gestion administrative et financière analogue à celle des structures de soins correspondantes.

La Mission a été sensible au fait que ceux qui s'étaient lancés dans l'aventure de la toxicothérapie étaient des « pionniers », des découvreurs, passionnés par leur tâche, et qui, au travers de certains tâtonnements ou excès, étaient à la recherche d'une qualité de relation humaine réellement exceptionnelle. Si elle souhaite que certaines règles de fonctionnement soient observées, elle n'entend pas qu'un carcan administratif fasse disparaître un enthousiasme dont, dans bien d'autres domaines, elle regrette l'absence.

B. — Vers la réinsertion.

La réinsertion du toxicomane s'inscrit naturellement au terme du processus de prise en charge, et elle doit être favorisée aussi bien au cours de la post-cure que par des aménagements adaptés après celle-ci.

I. — Quelques principes.

Le problème de la réinsertion se pose ici, comme à propos de toute forme de déviance, puisqu'il exprime la possibilité d'un « après », d'un « autrement ». Mais il serait ambigu de parler de réinsertion à propos des jeunes qui ont été aussi loin dans la « marginalité » sans définir de quelle réinsertion il s'agit, et notamment sans indiquer qu'il ne s'agit nullement de fixer les « normes » de celle-ci.

S'il n'y a pas de drogués heureux, il y a sans doute d'anciens drogués qui le sont. Bien qu'on ne dispose à l'heure actuelle d'aucune information statistique valable sur le sort, à l'échéance de cinq à dix ans, d'un groupe de toxicomanes pris à un moment donné, nombreux semblent les « cas de figure ». *Et les « destins » individuels que la Mission a pu connaître révèlent une grande diversité, qui tient à la structure personnelle initiale, aux liens conservés ou non avec l'environnement familial, au chemin parcouru par chacun.* Certains retrouvent, par une vie de couple notamment, un style de vie classique, conforme, urbain. Les uns tentent des expériences communautaires souvent rurales, à base d'artisanat ou de travaux agricoles. D'autres, enfin, cherchent une forme de travail social, auprès de toxicomanes. Les uns, souhaitant marquer le point final, ne veulent plus entendre parler de toxicomanes, les autres restent liés par ce biais à ce milieu qui est devenu le leur.

Il s'agit, dans la majeure partie des cas, d'une réinsertion relative, dans un milieu restant somme toute marginal, plutôt que du retour pur et simple au milieu social antérieur. Mais tous ont en commun d'être « guéris », c'est-à-dire de pouvoir vivre sans drogue. Cette guérison, dont ils sont le témoignage, existe — il faut le dire avec vigueur — même si elle est longue, difficile et souvent remise en question. « Il est faux, partisan et malhonnête, de prétendre que les toxicomanies ne peuvent pas guérir. » (1).

II. — Au cours de la post-cure.

Trois points sont à souligner à cet égard :

a) *Le premier est que le centre de post-cure doit orienter son activité vers une réinsertion sociale qui doit être amorcée bien avant la sortie.* Il doit donc favoriser tout ce qui peut préparer l'ex-toxicomane à la sortie, et se défier de tout ce qui, dans son propre fonctionnement, peut l'inciter à y demeurer comme dans un milieu protégé de l'extérieur. A cet égard, il doit établir périodiquement des bilans d'évolution, réexaminant la nécessité du séjour en centre de post-cure, qui doit rester un lieu de passage visant à l'autonomie du sujet et éviter son installation définitive dans une vie d'assisté.

b) De même, il est indispensable que les centres de post-cure se préoccupent d'assurer, par des conditions normales de sortie, l'avenir des jeunes qu'ils avaient en charge, tant sur le plan d'une éventuelle psychothérapie, que sur le plan matériel.

c) Enfin, une structure intermédiaire entre le centre à temps plein, où le toxicomane est pris en charge pour tous les aspects de sa vie, au risque d'être tenté d'y demeurer, et l'extérieur où il doit subvenir en totalité à ses besoins, autonomie qu'il n'est pas toujours capable d'assumer, apparaît nécessaire. C'est le rôle des solutions à temps partiel — appartements thérapeutiques, familles d'accueil — qu'il faut développer et diversifier. Cette dernière formule rencontre un certain succès : elle doit cependant être utilisée avec précaution pour éviter des « vocations » de familles qui demeureraient familles d'accueil pendant une période trop longue, ou l'implantation en urgence d'ex-toxicomanes dans une famille mal préparée à les accueillir. *Mais, avec ces précautions, et en assurant l'articulation convenable entre les familles et une institution extérieure (centre d'accueil, service spécialisé, etc.), c'est une formule qui peut rendre de grands services, notamment pour l'accueil des mineurs, que les centres de post-cure n'acceptent généralement pas.*

(1) P. Bensoussan : Communication écrite.

III. — Après la post-cure.

La réinsertion des ex-toxicomanes doit également être facilitée par différentes *mesures intéressant l'après-post-cure*. Au terme de celle-ci, c'est un sujet plus disponible, plus autonome, qui retrouve la société, mais c'est aussi un sujet très fragile physiquement et psychologiquement, qui n'est pas toujours armé pour affronter, sans aide particulière, le monde extérieur.

Il ne s'agit pas de traiter l'ex-toxicomane en handicapé, de lui donner des droits particuliers qui le maintiendraient dans son statut d'« exclu », mais de lui apporter pendant le temps nécessaire, la compréhension et l'aide dont il a besoin : logement, formation, emploi doivent lui être facilités en dehors de toute mesure institutionnelle à son profit comme à son désavantage. Entre deux dangers : le privilège, l'étiquette qui colle à la peau et ferait des toxicomanes des parias, des rejetés, il s'agit d'apprécier et de prendre en compte leurs difficultés spécifiques et leurs besoins.

— L'accès à un logement est la première condition de l'autonomie. Plusieurs municipalités ont mis à la disposition d'une équipe de soins quelques logements, qui sont successivement loués à leur nom, aux jeunes en cours de réinsertion, et cette formule doit être encouragée.

— La formation de base, souvent impossible en raison du retard pris et de la contrainte des limites d'âge, doit être envisagée dans le cadre de la formation continue ou de structures privées. Il convient de permettre aux équipes de soins de pouvoir assurer, en plus de leurs moyens de fonctionnement, le coût de ces formations.

— De même, il serait souhaitable que ces équipes disposent de ressources, non affectées, leur permettant d'apporter une aide financière de « démarrage », modulée selon les cas, aux jeunes en voie de réinsertion.

— Les ex-toxicomanes ne sont pas, dans la plupart des cas, capables de travailler huit heures par jour. Un certain nombre d'employeurs acceptent de leur ménager, pendant le temps nécessaire, des horaires souples, adaptés. Un effort d'information est à cet égard souhaitable pour sensibiliser l'Agence nationale pour l'emploi et les chefs d'entreprise à cette exigence.

En dehors des normes traditionnelles, il existe des exemples, relativement réussis, de « société de rechange » qui semblent pouvoir remplacer, pour certains d'entre eux, valablement et de façon durable, les formes de vie sociale habituelles. Elles devraient convenir mieux à ceux dont la démarche vers la drogue avait plutôt une signification de contestation, de refus.

La réinsertion des ex-toxicomanes se fera plus ou moins selon qu'ils trouveront ou non l'aide et la compréhension dont ils ont particulièrement besoin à cette époque de leur vie.

C. — Remarques générales sur la prise en charge.

Sur l'ensemble du processus analysé aux chapitres XIV et XV sous le vocable général de « prise en charge » la Mission souhaite présenter deux remarques relatives aux problèmes de personnel et d'organisation.

I. — Sur le plan du personnel.

L'ensemble de ce processus, et notamment les phases d'accueil et de post-cure, ne doit donner lieu à aucun monopole. Sous réserve des impératifs de formation et de qualification que la Mission tient pour absolument indispensable, il n'y a pas de spécialité prédestinée donnant seule vocation à cette activité.

Peuvent donc participer à celles-ci :

— Un personnel qualifié, médical ou non, qui garantisse la prudence et le sérieux de l'action thérapeutique.

— Un personnel, bénévole ou non spécialisé, pouvant incarner, pour le toxicomane, la relation qu'il devra avoir dans la vie courante.

— Enfin, d'anciens toxicomanes, dans des conditions qu'il paraît utile de préciser : on note en effet, une assez forte tendance des ex-toxicomanes à se consacrer à la thérapie de ceux-ci, tendance renforcée par les institutions, auxquelles elle assure un encadrement de qualité. Il n'est pas sûr, cependant, qu'il faille l'encourager, dans la mesure où ces ex-toxicomanes, devenus thérapeutes, sont soumis, de la part de ceux qu'ils prennent en charge, à des pressions qui ne sont pas sans risques.

Si leur participation n'est pas à écarter, aucun passé ne justifiant a priori une mise à l'écart, ce passé ne peut constituer à lui seul une condition suffisante à l'exercice de la profession. Une certaine durée d'activité après la post-cure devrait être exigée avant que l'ancien toxicomane ne prenne en charge à son tour des toxicomanes. Une fois dans une équipe de travail, ses qualités humaines et professionnelles, et non son passé, devraient justifier sa présence. L'appréciation de celle-ci, en liaison avec l'équipe, pourrait être un des aspects de l'intervention du psychiatre référent déjà évoqué.

II. — Sur le plan de l'organisation.

Après une période marquée par une floraison d'initiatives publiques et privées, un effort s'impose pour coordonner et articuler les différentes structures de prise en charge des toxicomanes, de façon à raccorder dans un réseau cohérent, sur

le plan local, les centres d'accueil, les services spécialisés — s'il en existe — les différentes associations qui peuvent intervenir en ce domaine (1).

Ce devrait être normalement le rôle des intersecteurs de toxicomanie, formule que le ministère de la Santé mettait en avant, il y a quelques années, et qu'il paraît aujourd'hui moins enclin à promouvoir, sans doute par souci des conséquences que ce développement systématique des intersecteurs entraînerait pour la compétence des secteurs de psychiatrie. On peut se demander, toutefois, si en dehors des cas de Paris et de Marseille, où il existe des intersecteurs, il ne conviendrait pas d'appliquer cette formule à quelques grandes villes, quitte à en désigner les responsables sous la forme de « chargé de fonctions », si l'on ne souhaite pas pérenniser des situations individuelles.

Lorsqu'il n'existera pas d'intersecteur, on peut penser qu'une certaine articulation pourra être assurée, sous l'égide du bureau de liaison restreint, au sein de la commission consultative qu'il est proposé de créer sur le plan départemental. C'est là, en effet, que les différentes institutions, associations, etc. pourraient se rencontrer et définir une organisation adaptée de ce qui existe localement, qu'il est difficile de figer dans une structure-type définie a priori sur le plan national

En ce qui concerne les centres de post-cure, dont l'activité n'est pas à dominante locale, on pourrait envisager un regroupement des différents centres (qui sont généralement des associations de la loi de 1901) dans une fédération nationale, comme il en existe par exemple dans le secteur culturel et à qui pourraient être notamment confiées des responsabilités en matière de formation des personnels : son rôle ne serait naturellement ni de « bureaucratiser » le système, ni d'élaborer une réglementation contraignante.

Si l'on ne souhaite pas aller jusque-là, des formules permettant la confrontation entre praticiens doivent être développées. *Après un travail d'avant-garde, les pionniers de la « toxicothérapie » ont en effet acquis une expérience irremplaçable, dont l'examen systématique devrait permettre de dégager des orientations pour une « deuxième génération » de praticiens.* Dans ce sens, notamment les rencontres entre praticiens, qui existent déjà avec succès dans certaines régions, surtout dans le Sud-Est, doivent être systématisées et encouragées.

C'est sans doute seulement la confrontation systématique des expériences réalisées qui permettra une appréciation — qui fait actuellement défaut — de l'efficacité de la prise en charge des toxicomanes. Les résultats dont il est fait état en France et à l'étranger, mettent en évidence un fort taux d'échec, d'ailleurs assez homogène selon les institutions (sauf lorsqu'elles procèdent à l'entrée à une sélection des sujets susceptibles de mieux s'adapter à leurs méthodes, auquel cas les résultats sont naturellement meilleurs). Ceci n'autorise pas à conclure que le traitement n'est pas adapté, ou bien que, lorsque la toxicomanie lourde est effectivement installée, il n'y a qu'une faible proportion de chances qu'elle disparaisse sans laisser de traces ; car, en sens inverse, on peut faire état, et

(1) Comme cela se pratique actuellement, en l'absence de formule juridique particulière, dans les Yvelines, où s'articule un dispensaire comportant plusieurs types de consultation, des possibilités d'hospitalisation, des appartements thérapeutiques, un foyer de post-cure (en projet) et des modalités de cure ambulatoire.

ils ne sont pas exceptionnels, de cas incontestables et encourageants, de succès et de réinsertion sociale réussie.

De toute façon, l'idée qu'il y aurait, en matière de toxicomanie, comme pour une maladie organique, un processus linéaire du traitement à la guérison, est une illusion. *Il s'agit, en tout état de cause, même quand l'issue est favorable, d'un processus cumulatif, étalé sur plusieurs années, entrecoupé de rechutes, et qui représente, pour le toxicomane comme pour celui qui l'a en charge, un long parcours.*

C'est donc avec beaucoup de modestie et de lucidité que le problème de la prise en charge des toxicomanes doit être abordé.

Rappel des propositions du chapitre.

A. — Concernant la post-cure.

1. — Mettre l'accent sur une meilleure articulation de la cure et de la post-cure, et sur l'attention à porter au passage de l'une à l'autre.

2. — Examiner la possibilité de définir un statut des centres de post-cure. *Revoir les conditions de fixation des prix de journée pour parvenir à une plus grande homogénéité de ceux-ci.*

3. — *Offrir un éventail aussi large que possible de centres de post-cure fonctionnant selon les principes différents. Encourager une réflexion approfondie entre spécialistes sur les expériences réalisées à l'étranger, pouvant conduire, le cas échéant, à un essai d'adaptation en France.* Développer également la connaissance réciproque des centres de façon à faciliter l'orientation appropriée des intéressés vers un centre qui leur convienne.

4. — Prévoir des centres de dimension modeste et rechercher, lorsque les conditions sont favorables et que l'encadrement le permet, le mélange des ex-toxicomanes et d'autres jeunes au sein de ces centres.

5. — *Développer, dans les centres de post-cure, les activités et les possibilités de formation professionnelle offertes à leurs pensionnaires, en vue de faciliter la réinsertion de ceux-ci.*

6. — Favoriser, par les contacts préalables nécessaires, l'insertion du centre dans son environnement local.

7. — *Assurer le contrôle de l'Etat sur l'emploi des crédits qu'il accorde. Il ne s'agit pas d'imposer des normes administratives contraignantes, mais d'assurer —*

par un contrôle souple à postériori — le respect d'un certain nombre de règles de fonctionnement qui auront été clairement posées au départ, par un contrat de mission.

8. — Prévoir, pour chaque centre, la possibilité de faire appel à un psychiatre « référent », dans des conditions fixées d'un commun accord avec l'équipe du centre.

B. — Concernant la réinsertion sociale.

9. — *Orienter l'activité des centres de post-cure vers la réinsertion de leurs pensionnaires qui doivent être encouragés dans leur accession à l'autonomie, notamment en recevant une formation appropriée.*

10. — *Rechercher des structures intermédiaires entre la « prise en charge » totale et l'autonomie complète.* Développer en ce sens :

- les foyers à temps partiel, appartements thérapeutiques, etc ;
- les familles d'accueil, en liaison avec les centres de soins et sous leur responsabilité, pour les toxicomanes mais aussi pour les jeunes présentant d'autres formes d'inadaptation.

11. — *Faciliter — par un ensemble d'actions appropriées — la réinsertion des ex-toxicomanes, sans qu'ils soient traités en handicapés ou en exclus :*

- Encourager les offices d'H.L.M. et organismes de logements sociaux à prêter quelques logements pour résoudre le problème de l'hébergement temporaire des toxicomanes en voie de réinsertion.
- Faciliter la formation des intéressés, en permettant aux équipes de soins de supporter le coût de celle-ci.
- Donner à ces équipes la possibilité d'apporter une aide financière « de démarrage » aux jeunes dont elles ont la charge.
- Sensibiliser l'A.N.P.E. et les employeurs aux difficultés de réinsertion des toxicomanes, en leur demandant de consentir des efforts particuliers d'adaptation des horaires et d'aménagement des tâches.

C. — Concernant la prise en charge dans son ensemble.

12. — S'agissant du personnel :

— *Admettre que l'ensemble du processus de prise en charge n'est le monopole d'aucune profession, mais que peuvent y participer des personnels de différentes origines, à condition qu'ils aient reçu, ou reçoivent en cours d'activité, une formation convenable et contrôlée.*

— Ouvrir à d'anciens toxicomanes la possibilité de participer à cette prise en charge, sous réserve d'un certain délai après la fin de leur propre post-cure, et d'une appréciation de leurs activités, comme pour les autres membres de l'équipe.

13. — Sur le plan de l'organisation :

— *Raccorder, dans un réseau cohérent sur le plan local, sous l'égide de la commission départementale, l'ensemble des structures qui interviennent dans la prise en charge des toxicomanes (centres d'accueil, services spécialisés, associations).*

— *Etendre à quelques grandes villes la formule des intersecteurs « toxicomanie » actuellement limitée à Paris et à Marseille.*

— *Etudier la possibilité de regrouper l'ensemble des centres de post-cure dans une fédération nationale, à qui pourraient notamment être confiées des responsabilités dans la formation des personnels.*

— *Développer les formules de rencontres, journées d'études, etc., permettant la confrontation entre praticiens de façon à dégager les enseignements des expériences réalisées.*

**Esquisse
d'une conclusion**

I. — Même s'il comporte — comme cela était normal — l'esquisse d'un ensemble de propositions pouvant constituer pour la France les éléments d'une « politique de la drogue », le présent rapport ne peut prétendre avoir épuisé le sujet, ni même apporter une analyse satisfaisante de celui-ci, et il laisse subsister, pour la Mission elle-même, bien des insatisfactions.

Une première inquiétude tient au risque que ses propositions accréditent l'idée qu'une politique cohérente peut constituer un « remède miracle » de nature à faire cesser l'usage de drogue. Le seul remède vrai aux inadaptations que révèle ce dernier serait d'améliorer la communication au sein de la société, et à tout le moins d'atténuer la coupure entre les adultes et les jeunes. Vaste entreprise, qui ne peut être un objectif que pour le long terme. D'où la nécessité, dans l'immédiat, de mesures plus modestes, de portée plus technique, mais qui ne sont évidemment pas à la mesure de l'enjeu. Si la drogue révèle un problème de société, ce n'est pas par des mesures techniques, même appropriées, traitant les symptômes de celui-ci, qu'on le résoudra.

Une seconde incertitude tient aux erreurs d'interprétation auxquelles peut donner lieu la nature des solutions proposées. Parce que celles-ci désignent des groupes et des institutions que le problème intéresse plus directement : enseignants, médecins, juges, policiers, etc., et qu'il s'agit de former, d'informer et de doter de moyens, l'opinion publique risque de continuer à croire, comme elle l'a fait jusqu'à présent, que la drogue est l'affaire de quelques spécialistes à qui l'on peut s'en remettre du soin de supporter et de régler ce problème. Or, la drogue est au contraire l'affaire de tous, et l'opinion publique doit se sentir directement concernée, être amenée à réfléchir à ce phénomène et à cesser d'y réagir comme à un objet de terreur et de fascination.

L'opinion risque donc d'être déconcertée par la présentation « dép passionnée » que la Mission souhaite donner à l'analyse qu'elle fait du problème de la drogue en France. *Il ne s'agit pas de nier que sur le plan individuel ou familial l'usage de drogue puisse avoir des conséquences dramatiques. Mais, sur le plan national, il est possible d'aborder ce phénomène comme un problème social parmi d'autres.* C'est-à-dire avec un minimum de sang-froid, si possible en sortant de l'état d'ignorance qui en marque bien des aspects et en mettant un terme à une situation où la toxicomanie est à la fois enjeu de la lutte d'influence entre administrations et entre professions, champ clos où s'affrontent les répressifs et les libéraux, et lieu de projection des problèmes individuels de tous ceux qui lui sont confrontés.

II. — La Mission a côtoyé, tout au long de ses travaux, deux interrogations fondamentales auxquelles elle n'a pu, bien sûr, apporter de réponse.

La première concerne la « maladie mentale » et son statut dans la société. L'analyse du phénomène de la toxicomanie qui a prévalu dans la société française des années 70, et qui, avec plus ou moins d'arrière-pensées, sert de base à la loi de 1970, c'est précisément que les toxicomanes sont des « malades mentaux » qui présentent des troubles de la personnalité, qui donc ne doivent pas être poursuivis comme délinquants, mais qui justifient d'un traitement thérapeutique. Or cette analyse, d'abord relativement originale, est apparue

isolée par rapport à celles faites dans d'autres pays, qui soulignaient l'importance de phénomènes de désinsertion sociale beaucoup plus que de pathologie individuelle. Et, dans la pratique, on constate effectivement que, pour une part importante, les toxicomanes ne présentent pas de troubles majeurs de la personnalité.

Faut-il alors conserver l'équation toxicomanie = pathologie individuelle, avec ce qui en découle quant à la nature du traitement et à la nature des « thérapeutes » qui en auront la charge ? Ou bien faut-il lui substituer une nouvelle équation toxicomanie = pathologie sociale qui conduit à des conclusions pratiques opposées ?

Cette nouvelle hypothèse ne fait que rendre plus aiguë une autre interrogation : *celle qui porte sur la notion de « normalité » et la place que la société peut réserver à ceux qui n'admettent pas le type de comportement qu'elle propose comme modèle unique.* Une bonne part des explications et des solutions qui peuvent être proposées à la toxicomanie tient à des considérations de cette nature : le toxicomane est perçu comme un danger par la société des adultes parce qu'il refuse les valeurs d'effort, de travail, de réussite sur lesquelles elle repose. Et le « traitement » qui lui est appliqué n'a comme seul objectif, à travers des modalités souvent improvisées, que la « réinsertion », c'est-à-dire le fait qu'il accepte enfin le comportement et les valeurs qu'il refusait : le compromis étant que, renonçant à reprendre ses études pour faire une grande école, il s'en tienne à des marginalités tolérées, c'est-à-dire qu'il garde des chèvres ou sculpte le bois.

La question sous-jacente — qui dépassait évidemment le mandat de la Mission — est *celle de l'ampleur des modes de vie et des comportements marginaux que la société peut tolérer sans qu'ils soient considérés comme des déviations.* La société doit-elle être une machine à normaliser, à « cylindrer la pyramide », ou bien, au contraire, y a-t-il des marginalités qu'elle supporte et qui ne sont pas les déviations qu'elle condamne ?

Si l'une des difficultés de traitement du toxicomane c'est précisément de restaurer le rôle de la loi, mais d'éviter chez le thérapeute la tentation de la toute-puissance, peut-être faut-il aussi que la société écarte cette tentation, et qu'elle tolère en son sein des comportements qui ne soient pas forcément calqués sur un modèle unique.

III. — Il y a à cet égard, d'une façon profonde, même si elle est plus facile à pressentir qu'à expliciter, une analogie entre le terrorisme et la toxicomanie. Sans doute y a-t-il en apparence un antagonisme total entre la violence déchaînée des uns et la passivité exacerbée des autres. Mais ce sont au fond peut-être les mêmes mécanismes qui sont à l'œuvre : le chantage, l'exigence du « tout tout de suite » et une escalade qui peut être celle de la violence ou celle de la fusion.

A ces questions, et à quelques autres qui, au demeurant, ne lui étaient pas directement posées, la Mission se déclare impuissante à apporter des réponses. Si elle ne pouvait proposer au problème soulevé par l'usage de la drogue de remède miracle, ni donner des réponses aux questions fondamentales qui le

sous-tendent, *la Mission a jugé qu'elle pourrait contribuer à une « mise à plat » de ce problème, c'est-à-dire à une évaluation de celui-ci où l'usage de drogue n'apparaît ni comme l'incarnation du mal absolu ni comme la préfiguration d'une société radieuse.*

La Mission n'a pas pensé utile d'envisager une modification du système juridique actuel tant qu'un véritable débat public n'aura pas permis de définir les orientations souhaitées par le corps social français. Il lui semble en effet fondamental qu'avant toute décision un véritable effort collectif de réflexion sur ce phénomène, dépassant le cadre des seuls spécialistes, permette à la société française de mieux comprendre ce qu'il représente. S'il ne provoquait pas cet effort, et plus encore s'il suscitait dans l'opinion le sentiment que, puisqu'une étude a été faite, il y a encore moins à se préoccuper du problème, ce rapport n'aurait pas atteint l'objectif principal que lui assigne la Mission. En le présentant comme l'amorce de ce débat, de cette réflexion collective, la Mission souhaite contribuer à favoriser une approche plus lucide du phénomène de l'usage de drogue et une perception plus claire de ses implications.

C'est Malraux qui disait : « *Qu'importe que l'on n'entende pas mes réponses, pourvu que l'on entende mes questions.* »

Annexes

1. — Liste des personnalités entendues par la Mission.
2. — Tableau des principales substances à usage toxicomanogène.
3. — Tableaux statistiques.
4. — Références bibliographiques.
5. — Note sur le sondage et l'étude qualitative réalisés à la demande de la Mission.

ANNEXE N° 1

LISTE DES PERSONNALITÉS ENTENDUES PAR LA MISSION

MINISTRES

- M. Alain Peyrefitte, *garde des Sceaux — ministre de la Justice — membre de l'Académie française.*
- M. Christian Bonnet, *ministre de l'Intérieur.*
- M. Robert Boulin, *ministre délégué à l'Economie et aux Finances.*
- M. René Haby, *ministre de l'Education.*
- Mme Simone Veil, *ministre de la Santé et de la Sécurité sociale.*
- M. Paul Dijoud, *secrétaire d'Etat à la Jeunesse et aux Sports.*
- M. René Lenoir, *secrétaire d'Etat auprès du ministre de la Santé et de la Sécurité sociale.*
- Mme Hélène Missoffe, *secrétaire d'Etat auprès du ministre de la Santé et de la Sécurité sociale.*

AMBASSADES

AMBASSADES ÉTRANGÈRES EN FRANCE

- République fédérale d'Allemagne - Belgique - Canada - Danemark - Espagne - Etats-Unis - Grande-Bretagne - Italie - Maroc - Pays-Bas - Pologne - Suède - Suisse - U.R.S.S.

AMBASSADES DE FRANCE A L'ÉTRANGER

- Pays-Bas - Grande-Bretagne.

ADMINISTRATIONS

PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE

- M. Yves Cannac, *secrétaire général adjoint de l'Elysée.* — M. O. Fouquet, *conseiller technique.*

PREMIER MINISTRE

- M. R. Soubié, *conseiller du Premier ministre pour les Affaires sociales et culturelles.*
- M. Raphaël Hadas Lebel, *conseiller technique.* — M. Dieudonné Mandelkern, *directeur du Secrétariat général du Gouvernement.* — M. Marceau Long, *secrétaire général du Gouvernement.* — M. Daniel Doustin, *directeur du cabinet du Premier ministre.*

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

- M. Jean Cabannes, *directeur du Cabinet.* — M. Philippe Léger, *conseiller technique au Cabinet.* — M. Christian Le Gunehec, *directeur des Affaires criminelles et des Grâces.* — M. Martial Dazat, *directeur de l'Education surveillée.* — M. Pierre Aymard, *directeur de l'Administration pénitentiaire.* — M. Dominique Main, *magistrat à l'Administration centrale du ministère de la Justice.*

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

— M. Jean Paolini, *directeur de Cabinet, préfet hors cadre*. — M. Gabriel Vught, *directeur adjoint du Cabinet*. — M. Robert Pandraud, *directeur général de la Police nationale*. — M. Charles Barbeau, *directeur de la Réglementation et du Contentieux*. — M. Bernard Garnier, *chef du bureau de la Protection sociale et des Jeunes, direction de la Réglementation et du Contentieux*. — M. Michel Denieul, *préfet de la région Franche-Comté*. — M. Pierre Doueil, *préfet de la région Rhône-Alpes*. — M. Paul Masson, *préfet de la région Aquitaine*. — M. Camille Michel, *préfet délégué pour la Police auprès du préfet des Bouches-du-Rhône*. — M. Roger Chaix, *préfet de police de Lyon*. — M. Jean Biacabe, *sous-préfet des Pyrénées-Atlantiques, sous-préfecture de Bayonne*. — M. Olivier Philip, *préfet de la région de Bretagne*. — M. Lucien Vochel, *préfet de la région de Provence-Alpes-Côte d'Azur*.

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

— M. le Médecin général Lefebvre, *professeur agrégé du service de Santé des Armées, sous-directeur de l'Ecole d'application du service de Santé pour l'armée de terre*.

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

— M. Guy Vidal, *directeur général des Douanes et Droits indirects*. — M. Robert Baconnier, *conseiller technique au Cabinet*. — M. Claude Merlin, *chef du bureau à la division générale des Douanes*.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

— M. Gérard Prioux, *directeur du Cabinet*. — Mme Jane Fortunel, *doyenne des inspecteurs généraux de l'Instruction publique*. — Mme Geneviève Cottet, *chargée de mission au Cabinet*. — Dr Jacques Thomazy, *conseiller médical du ministère de l'Éducation, médecin inspecteur en chef de la Santé*. — Mme le Docteur Fradkine, *conseiller médical du ministère de l'Éducation, médecin inspecteur en chef de la Santé*.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

— M. Guy Chazelles, *professeur d'éducation culturelle à l'Inspection générale - direction générale de l'Enseignement et de la Recherche*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

— M. Dominique Le Vert, *directeur du Cabinet*. — M. le professeur Pierre Denoix, *directeur général de la Santé*. — M. André Ramoff, *directeur de l'Action sociale*. — M. Henri Nargeolet, *chef du service central de la Pharmacie et des Médicaments*. — Mlle Marie-Rose Mammelet, *sous directeur des actions de soins et de rééducation à la direction générale de la Santé*. — Dr Alain Combredet, *médecin contractuel à la direction générale de la Santé*. — Mme Christine Besse, *attachée d'administration à la direction générale de la Santé*.

MINISTÈRE DES UNIVERSITÉS

— Mme Chantal Allain, *chef de bureau - direction des Enseignements supérieurs*. — M. Armand-Ghislain de Maigret, *administrateur civil à la direction des Enseignements supérieurs*.

SECRÉTARIAT D'ÉTAT A LA JEUNESSE ET AUX SPORTS

— M. Emile Quinet, *directeur du Cabinet*. — M. Jean-François de Vulpillières, *directeur de la Jeunesse et des activités socio-éducatives*. — M. Robert Bricet, *chef du service des études et actions générales en faveur de la Jeunesse*. — M. Jean Davaine, *inspecteur principal de la Jeunesse et des Sports, chef du bureau des études à la direction de la Jeunesse et des activités socio-éducatives*.

SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUPRÈS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

— M. Bertrand Fragonard, *chargé de mission auprès du secrétaire d'Etat*. — Mme Anne Perez, *attachée d'administration centrale - sous-direction des professions sociales et du travail social*. — Mme Anne Jullien, *chef de bureau - sous-direction de la famille, de l'enfance et de la vie sociale*.

PARTIS POLITIQUES

Centre des démocrates sociaux (C.D.S.) :

— M. Bernard Stasi, *vice-président*.

Parti communiste français (P.C.F.) :

— M. Georges Marchais, *secrétaire général*.

Parti radical valoisien (P.R.V.) :

— M. Didier Bariani, *secrétaire général*.

Parti républicain (P.R.) :

— M. Delaneau, *secrétaire national chargé des problèmes de la Santé*.

Rassemblement pour la République (R.P.R.) :

— M. Jérôme Monod, *secrétaire général*.

PERSONNALITÉS

— M. Alain Poher, *président du Sénat*. — M. Edgar Faure, *président de l'Assemblée nationale*. — M. Gabriel Ventejol, *président du Conseil économique et social*. — Mme Jacqueline Baudrier, *président-directeur général de Radio-France*. — M. Jean Bernard, *membre de l'Académie française, professeur à l'université de Paris VII*. — Jean Cau, *écrivain*. — M. Pierre Desgraupes, *journaliste*. — M. Jean Foyer, *président de la Commission des lois de l'Assemblée nationale*. — M. Jean-Marie Girault, *sénateur, maire de Caen*. — Mme Mérie Grégoire, *journaliste*. — M. Pierre Laroque, *président de la section sociale du Conseil d'Etat*. — M. François Lavondes, *secrétaire général du Conseil économique et social*. — M. Jacques Léauté, *directeur de l'Institut de criminologie de Paris, professeur à l'université de Paris II*. — M. Emille Lévy, *membre de section du Conseil économique et social*. — M. Raymond Marcellin, *sénateur, ancien ministre de l'Intérieur*. — M. Claude Marcus, *député, adjoint au maire de Paris*. — M. Henri Pequignot, *membre du Conseil économique et social*.

EXPERTS

— M. Jean-Marc Alby, *professeur agrégé de psychiatrie, médecin des hôpitaux de Paris*. — M. Bernard Aléghani, *sociologue*. — Mme Raïssa Apellaniz, *directrice de la consultation spécialisée d'Orientation éducative de Levallois-Perret*. — M. Archambaud, *premier substitut au tribunal de grande instance de Paris*. — M. Babacan, *magistrat au ministère de la Justice (Turquie)*. — M. Barthe, *inspecteur d'académie des Hauts-de-Seine*. — M. Benichou, *responsable des « Ateliers méditerranéens du Cap d'Ail »*. — M. le pasteur Benoist, *éducateur*. — M. Pierre Bensoussan, *médecin des hôpitaux psychiatriques, expert national près les tribunaux et les cours d'appel*. — M. Jean Bergeret, *professeur agrégé à l'université de Lyon II*. — Mme Anouk Bernard, *écrivain*. — M. De Beus, *ambassadeur, directeur exécutif du F.N.U.L.A.D. à Genève*. — M. Alain Braconnier, *psychiatre, chef de clinique à la Salpêtrière*. — M. Alain Braun, *éducateur*. — Mme Brouchon, *responsable du centre « Jeunesse-assistance » à Marseille*. — M. Christian Brule, *psychiatre, responsable du centre départemental d'aide aux toxicomanes des Yvelines*. — M. Jean-Michel Carnoy, *responsable de l'association française de méditation à Bordeaux*. — M. Henri Catta, *responsable du centre « La Bergerie de Berdine » à Saint-Martin de Castillo*. — M. Renaud Chazal de Mauriac, *vice-président du tribunal de Rouen*. — M. Hubert Bonaldi, *directeur de la maison d'arrêt de la Santé, secrétaire général de la fédération Justice F.O. et du syndicat national pénitentiaire F.O.* — M. Jean Chausserie-Laprée, *procureur de la République à Angers*. — M. Paul-Henry Chombart de Lauwe, *directeur d'études à l'Ecole des hautes études des sciences sociales, directeur du centre d'ethnologie sociale et de psychosociologie - laboratoires associés C.N.R.S., E.P.H.E.* — M. le pasteur Claudel, *responsable du centre « Jeunesse-assistance » à Nice*. — M. Marcel Colin, *médecin des hospices civils de Lyon, chef du département de psychiatrie d'urgence à l'hôpital Edouard-Herriot de Lyon*. — M. Jean-Paul Coucy, *responsable du centre « Le Peyry » à Tour-de-Faure (Cabrerets)*. — M. Hervé du Couedic, *psychiatre à Rennes*. — M. Paul Cousin, *premier juge d'instruction au tribunal de grande instance de Paris*. — M. Francis Curtet, *médecin-assistant au centre*

médical Marmottan et psychiatre-consultant au centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis. — M. Damade, psychiatre à Bordeaux. — Mme Françoise Davidson, maître de recherche à l'I.N.S.E.R.M., division de la recherche médico-sociale. — M. Delattre, inspecteur général de sciences naturelles au ministère de l'Education. — M. René Decker, inspecteur divisionnaire du service régional de la police judiciaire de Marseille, section des stupéfiants. — M. Pierre Deniker, professeur de psychiatrie à l'université de Paris V, médecin des hôpitaux de Paris. — M. Alain Diedrichs, médecin des hôpitaux psychiatriques, chef de service à l'hôpital de Perray-Vaucluse. — M. Alain Di Spigno, responsable de l'« A.R.G.I.L.E. ». — M. Didier-Jacques Duché, professeur de pédo-psychiatrie à l'université de Paris VI, médecin des hôpitaux de Paris. — M. Lucien Engelmayer, responsable de l'association « Le Patriarche » et des centres de la Boère et de la Mothe à Saint-Paul-sur-Save. — M. Bernard Emo, sous-directeur des services extérieurs de l'Education surveillée au ministère de la Justice. — Mme Escoffier-Lambiotte, docteur en médecine, journaliste. — M. Jean-Jacques Faure, professeur agrégé de médecine légale et toxicologie au C.H.U. La Troche à Grenoble. — M. Max Fernet, directeur honoraire de la police judiciaire. — M. Hubert Flavigny, professeur de pédo-psychiatrie à l'université de Paris VI, médecin des hôpitaux de Paris. — M. Maxime Florio, conseiller à la cour d'appel d'Orléans. — M. Xavier Fontanet, conseiller de direction. — M. Etienne Fournier, professeur de médecine légale à l'université de Paris VII, médecin des hôpitaux de Paris. — M. Fauchiat, éducateur au Comité mosellan de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence de Metz. — Mme Pauline Georgiades, psycho-sociologue. — Père Guy Gilbert, prêtre-éducateur de rue. — Père Patrick Giros, prêtre-éducateur de rue. — M. Gonin, médecin généraliste. — M. Antoine Gorceix, professeur de psychiatrie à l'université de Paris VII, médecin des hôpitaux de Paris. — M. Bernard Gravet, commissaire principal de police au service régional de police judiciaire de Marseille, chef de la section des stupéfiants. — M. Jean-Marie Groslier, éducateur, responsable de l'équipe de rue de l'association « Le Pont ». — M. Grunbaum, responsable du centre « Lumière et Liberté » à Feytiat. — Mlle Lucrèce Guelfi, conseiller technique auprès du Premier ministre. — M. Guyomarck, commissaire divisionnaire, chef de la section « opérations » au service central de la police de l'air et des frontières. — M. Claude Hanoteau, juge d'instruction au tribunal de grande instance de Paris. — M. Jacques Lesage de la Haye, éducateur, professeur de psychologie à l'université de Paris VIII. — Mlle Monique Isambert, éducatrice. — M. Joseph Jacob, professeur à l'institut Pasteur. — Père Michel Jaouen, prêtre éducateur, organisateur de la croisière « Belle Espoir ». — M. Frédéric Jenny, professeur d'économie à l'E.S.S.E.C. — M. Serge Kretzschmar, psychiatre à Nice. — M. Lamberti, écrivain. — M. Larguier, professeur à la faculté de droit de Grenoble. — Père Joseph Lefèvre, directeur du centre Didro. — M. Serge Lebovici, professeur associé de psychiatrie de l'enfant à l'université de Paris VI et médecin-directeur du centre Alfred-Binet. — M. Lebreton, médecin-directeur du laboratoire de toxicologie de la préfecture de police de Paris. — M. François Le Mouel, contrôleur général de la Police nationale, chef de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants. — M. Le Taillanter, commissaire divisionnaire de la Police nationale, directeur du Service régional de la police judiciaire à Rennes. — M. Georges Levasseur, professeur à la faculté de Droit. — M. Mالدague, responsable du centre « Lumière et Liberté », Le Feytiat. — Mlle Malgrain, infirmière de l'administration pénitentiaire. — M. Bruno Mannoni, psychiatre. — M. Pierre Marchand, chargé de mission au Service d'information et de diffusion du Premier ministre. — M. Pierre Massin, éducateur, contrôleur judiciaire au tribunal de grande instance de Versailles. — Père Alain Maucorps, directeur du centre d'études pédagogiques. — M. Mélard, responsable du centre « Le Soleil Dominerait » (L.S.D.) de Metz. — M. Jacques Monteils, premier substitut au tribunal de grande instance de Versailles. — Mme Yannick Moreau, conseiller au Plan, maître des requêtes au Conseil d'Etat. — M. Morellis, médecin chargé du laboratoire de recherche sur les toxicomanies aux Armées à l'hôpital Degenette de Lyon. — M. Edgar Morin, sociologue, directeur des recherches au C.N.R.S. — M. Marcel Morin, commissaire divisionnaire, chef de la première brigade territoriale de police judiciaire. — M. Gabrel Nahas, professeur associé à l'université de Paris VII, directeur de recherches à l'I.N.S.E.R.M., laboratoire de pharmacologie et de toxicomanie cellulaire. — Mme Noël, responsable du centre « Jeunesse et accueil » d'Avignon. — M. Claude Orsel, médecin des hôpitaux psychiatriques, médecin-directeur de l'association Luxembourg Pont-Neuf. — M. Yves Pélicier, professeur de psychiatrie à l'université de Paris V, médecin des hôpitaux psychiatriques. — M. Louis Pichat, ancien membre du conseil d'Etat. — M. Pierre Pichot, professeur de psychiatrie à l'université de Paris V, chef de clinique au C.H.U. Sainte-Anne. — M. Plat, directeur du département de recherche bio-médicale à l'institut national de recherche pédagogique. — M. le capitaine

Pouly, de la Gendarmerie nationale. — M. Pradel, professeur à la faculté de Droit de Poitiers. — M. Patrick Prat, médecin des hôpitaux psychiatriques de Marseille. — M. René Querry, commissaire de police à la brigade des stupéfiants et du proxénétisme de la préfecture de Police de Paris. — M. Raffetin, vice-président du tribunal de Paris, juge de l'application des peines. — M. Renard, médecin scolaire. — M. Claude Olivevenstein, médecin des hôpitaux psychiatriques, directeur du Centre Marmottan. — Dr Rivemale, membre du conseil de l'Ordre des médecins. — M. Alain Revon, sociologue. — M. Michel Ribstein, psychiatre à Montpellier. — M. Jean Rivero, professeur à la faculté de Droit de Paris. — M. Philippe Robert, chef du Service d'études et de recherches au ministère de la Justice. — Mme Robert, directrice du Centre d'aide aux toxicomanes des Hauts-de-Seine. — M. Louis Roche, médecin des hôpitaux de Lyon, directeur du service médical d'urgence et des toxicologies cliniques à l'hôpital Edouard-Herriot. — M. Roze, animateur du club de prévention d'Antony. — M. Rosso, animateur à la S.O.N.A.C.O.T.R.A. à Marseille. — M. Saurel, premier juge d'instruction au tribunal de grande instance de Paris. — M. Jean Schlexer, président de la 16^e chambre correctionnelle de Paris. — M. Pierre Segond, psychologue, chargé de recherches au centre de formation de l'éducation surveillée à Vaucresson. — M. Jacques Sélosse, directeur du centre de formation et de recherches de l'éducation surveillée à Vaucresson. — M. Jean Serise, professeur de médecine préventive, santé publique et hygiène à l'université de Bordeaux. — Mme Nicole Sentilhes, psychiatre. — M. André Soleres, commissaire divisionnaire, chargé de la brigade des stupéfiants et proxénétisme à la préfecture de police de Paris. — Mlle Monique Subirana, psychiatre, adjointe à l'hôpital de Perray-Vaucluse. — M. Ernest Taddei, conseiller à la cour d'appel de Rouen. — M. Pierre Tatu, premier substitut au tribunal de grande instance de Paris, chef de la première section du Parquet. — M. et Mme Thibault, responsables du centre thérapeutique d'Emboulou. — M. Guy Thuillier, conseiller référendaire à la Cour des comptes. — M. Stanislas Tomkiewicz, psychiatre, maître de recherches à l'I.N.S.E.R.M. (groupe de recherche d'hygiène mentale de l'enfance et de l'adolescence inadaptée). — M. Tosti, médecin-chef de la maison d'arrêt des Baumettes, médecin-chef du service Entremont-Salvator à Marseille. — M. Alain Touraine, directeur d'études à l'Ecole des hautes études en sciences sociales, directeur du centre d'étude des mouvements sociaux. — M. Tourteau, secrétaire général du Haut-Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme. — M. Jean Trocheris, premier juge d'instruction au tribunal de grande instance de Paris. — Mme Solange Troisier, médecin-inspecteur des prisons. — M. Charles Vaille, inspecteur général du ministère de la Santé. — M. Jacques Vedrinne, professeur agrégé de médecine légale à la faculté de Lyon. — M. Jacques Verin, premier substitut à l'administration centrale du ministère de la Justice. — M. Louis Viaud-Murat, vice-président du tribunal de grande instance de Besançon. — Mme Véronique Vincent, médecin, directrice du centre antipoison à l'hôpital Edouard-Herriot de Lyon. — M. Rémy Warnery, éducateur au service d'orientation éducative du tribunal de grande instance de Marseille. — M. Daniel Widlocher, professeur agrégé de psychiatrie à l'université de Paris VI, chef de service à la Salpêtrière. — M. Claude Zambaux, procureur général à Monaco. — M. Michel Zavarro, juge d'instruction au tribunal de grande instance de Nice. — Messieurs les membres des juridictions de : Aix-en-Provence, Bordeaux, Besançon, Lyon, Marseille, Rennes.

MOUVEMENTS - ASSOCIATIONS

- Eglise catholique de France.
- Fédération protestante de France.
- Association des conseillers principaux d'éducation (A.C.P.E.).
- Association française des magistrats de la jeunesse.
- Association nationale des avocats (A.N.A.)
- Alcooliques anonymes.
- Centre d'entraînement des méthodes d'éducation active (C.E.M.E.A.).
- Centre français de droit comparé.
- Centre d'information et documentation jeunesse (C.I.D.J.).
- Conférence des bâtonniers de France.
- Comité national contre le tabagisme.
- Comité protestant des centres de vacances.
- Conseil de l'Ordre des avocats de Paris.
- Conseil de l'Ordre national des médecins.
- Conseil technique des clubs et équipes de prévention.

- Eclaireurs de France.
- Ecole des parents et des éducateurs.
- Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques (Cornec).
- Fédération de l'éducation nationale (F.E.N.).
- Fédération des maisons de jeunes et de la culture.
- Fédération de parents d'élèves de l'enseignement public (Lagarde).
- Francs et franches camarades.
- Haut Comité sur l'alcoolisme.
- Institut Vera.
- Jeunesse au plein air.
- Jeunesse étudiante catholique (J.E.C.).
- Jeunesse ouvrière catholique (J.O.C.).
- Maison de la famille de Neuilly-sur-Seine.
- Mouvement des familles d'alcooliques.
- Organisation centrale des camps et activités de jeunesse (O.C.C.A.J.).
- Peuple et culture (P.E.C.)
- Scouts de France.
- S.O.S. amitié.
- Syndicat national de l'enseignement supérieur (Sup. S.N.E.S.).
- Syndicat national des infirmières et assistantes sociales.
- Syndicat national des instituteurs (S.N.I.).
- Syndicat national des lycées et collèges (S.N.A.L.C.).
- Syndicat de la magistrature.
- Syndicat scolaire et universitaire (S.S.U.).
- Union des centres de plein air (U.C.P.A.).
- Union française des centres de vacances (U.F.C.V.).
- Union des jeunes avocats (U.J.A.).
- Union nationale des associations familiales (U.N.A.F.).
- Union nationale des associations de parents d'élèves de l'enseignement libre (U.N.A.P.E.L.).
- Union syndicale des magistrats.

DEPLACEMENTS ET VISITES EFFECTUES PAR LA MISSION

Congrès :

- Montréal, 2^e Conférence mondiale sur les communautés thérapeutiques. — Lisbonne, Colloque international sur la prévention et le traitement des toxicomanies. — Paris, Séminaire « Toxicomanie et Marginalité » à Sainte-Anne.

Etranger :

- Pays-Bas, La Haye, Amsterdam. — U.S.A., Washington.

France :

- Bayonne, Besançon, Bordeaux, Cahors, Fleury-Mérogis, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Toulouse.

BUREAUX DE LIAISON DEPARTEMENTAUX

- Bouches-du-Rhône, Doubs, Ille-et-Vilaine, Gironde, Hauts-de-Seine, Rhône.

SERVICES HOSPITALIERS

- Edouard-Herriot, Lyon. — Fernand-Widal, Paris. — Free Clinic, Bordeaux. — Marmottan, Paris. — Salvator, Marseille.

ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

- Les Baumettes, Marseille. — Maison d'arrêt, Fleury-Mérogis. — Maison d'arrêt, Besançon.
- Centre pénitentiaire, Rennes.

ASSOCIATIONS

— Association « Face à la drogue », Besançon. — Association d'aide aux adolescents, Lyon. — Association des praticiens de l'urgence sociale (A.P.U.S.), Lyon. — Centre club social « Drogue-information », Rennes. — Club de prévention A.P.E.C., Marseille. — Comité d'étude et d'information sur la drogue, Bordeaux. — C.R.E.S. (Comité régional d'éducation pour la santé), Marseille. — C.R.P.F. (Centre régional de pédagogie familiale), Marseille. — Fédération des clubs de prévention, Marseille. — Association Pierre-Kohlmann, Antony. — Centre d'accueil et d'aide aux toxicomanes, Rueil et Versailles. — Centre « Très Cloître », Grenoble.

CENTRES D'ACCUEIL ET DE POST-CURE

— La Boère et la Mothe, Toulouse. — Centre d'accueil « La Porte Ouverte », Paris. — Centre Didro, Paris. — Centre Jacob, Paris. — Centre de l'Orangerie, Paris. — Centre Pierre-Nicolle, Paris. — Foyer de la Rue-des-Haies, Paris. — La Gentillade, Cahors. — La Guilbrette, Lyon. — Hôtel thérapeutique, Bordeaux. — Hôtel thérapeutique, Lyon. — Le Peyry, Cabrerets. — Le Relais Jéricho, Paris.

DOUANES FRANÇAISES

— Inter-région de la Méditerranée. — Direction de Marseille. — Direction de Bayonne.

SERVICES DE POLICE SPECIALISES

— Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (O.C.R.T.I.S.), Paris. — Brigade des stupéfiants et du proxénétisme (B.S.P.) de la préfecture de police de Paris. — Section des stupéfiants du service régional de police judiciaire de Bordeaux. — Section des stupéfiants du service régional de police judiciaire de Marseille.

ENQUETES

- Menées par des éducateurs :
 - Dans la région parisienne.
 - En Haute et Basse-Normandie.
 - En Bretagne.
 - Dans la région Provence-Côte d'Azur.
 - En Aquitaine.

ANNEXE N° 2

TABLEAU DES PRINCIPALES SUBSTANCES A USAGE TOXICOMANOGENE

**classées en stupéfiants,
médicaments détournés
et autres substances**

STUPÉFIANTS	ORIGINE	DÉPENDANCE		TOLÉRANCE
		Psychique	Physique	
OPIACÉS :				
Opium	Résine de pavot blanc d'Asie.	++++	++++	++++
Extrait injectable d'élisir parégorique	Produit contenant de l'opium.	++++	++++	++++
Morphine	Produit synthétique dérivé de l'opium.	++++	++++	++++
Héroïne	Produit synthétique dérivé de la morphine.	++++	++++	++++
Coca	Résine d'une variété de cocaïer (seulement stimulant).	+++	0	++
Cocaïne	Dérivé de la coca (seulement stimulant).	++++	0	++++
MORPHINO-MIMÉTIQUES :				
Péthidine (dolosal)	Produit synthétique.	++++	++++	++++
Dextromoramide (palfium)	Produit synthétique.	++++	++++	++++
Dextromethorphane (romilar)	Produit synthétique.	++++	++++	++++
HALLUCINOGENES :				
Acide lysergique	Synthétisé à partir de l'ergot de seigle.	+	0	0
Mescaline		+		
Psilocibine	Extrait de champignons.	+	0	0
Haschich	Résine (riche en THC) du cannabis sativa (chanvre).	++	0	0
	N.B. Marihuana :	+		
	feuilles, tiges, parfois grains de cannabis sativa. Ne semble pas engendrer d'accident aigu.			

MÉDICAMENTS DÉTOURNÉS	ORIGINE	DÉPENDANCE		TOLÉRANCE
		Psychique	Physique	
STIMULANTS : Amphétamines Méthamphétamines S.T.P.	Produits synthétiques. » (Certaines amphétamines sont classés dans la catégorie des stupéfiants.)	++++ ++++ ++++	+ + +	++++ ++++ ++++
<i>NB.</i> On peut classer dans les stimulants coca et co- caïne.				
HYPNOTIQUES ET TRANQUILLISANTS Hypnotiques : — barbituriques — non barbituriques .. Tranquillisants <i>NB.</i> Certains hypnotiques sont classés dans les stupé- fiants.	Produits synthétiques. » »	+++ ++ ++	++++ ++ +	+++ +++ ++
ANALGÉSIIQUES NON OPIACÉS Phénacétine Amidopyrine	Produits synthétiques. »	++++ ++++	0 0	++ ++

AUTRES SUBSTANCES	ORIGINE	DÉPENDANCE		TOLÉRANCE
		Psychique	Physique	
Alcoool Tabac Solvants volatils		+++ ++ +++	+++ 0 +	+++ ++ ++++

0 = nulle ; + = faible ; ++ = moyenne ; +++ = forte ; ++++ = très forte.

ANNEXE N° 3

TABLEAUX STATISTIQUES

1 - interpellations

2 - décisions de justice et condamnations

3 - soins

ÉVOLUTION DES INTERPELLATIONS (1968-1976)

Années	1968		1969		1970	
Affaires traitées	213		485		913	
Total des interpellations	361		1.200		1.861	
		%		%		%
Trafiquants internationaux	154	42,65	206	17,16	487	26,16
Trafiquants locaux	—	—	—	—	—	—
Usagers revendeurs	207	57,34	994	82,83	1.374	73,83
Usagers	—	—	—	—	—	—
Masculin	—	—	—	—	—	—
Féminin	—	—	—	—	—	—
Français	—	—	—	—	—	—
Etrangers	—	—	—	—	—	—
Moins de 15 ans	74	20,49	205	17,08	509	27,35
De 15 à 20 ans	—	—	—	—	—	—
De 21 à 25 ans	—	—	—	—	—	—
De 26 à 40 ans	287	79,50	995	82,91	1.352	72,64
Plus de 40 ans	—	—	—	—	—	—
INTERPELLATIONS POUR :						
Opium	20	5,54	17	1,41	31	1,66
Morphine-base	—	—	—	—	—	—
Morphine	10	2,77	29	2,41	27	1,45
Héroïne	39	10,80	210	17,50	406	21,81
Cocaïne	3	0,83	5	0,41	0	—
Cannabis	215	73,40	836	69,66	1.207	64,85
Dépresseurs - Stimulants	24	6,64	87	7,25	94	5,05
L.S.D.	0	—	16	1,33	96	5,15
STUPÉFIANTS ET OBJETS SAISIS :						
Opium	58.614 g		613.079 g		11.822 g	
Morphine-base	19.500 g		278.600 g		248.610 g	
Héroïne	11.685 g		106.978 g		77.765 g	
Brown-sugar	—		—		—	
Cocaïne	40 g		5 g		2 g	
Cannabis	202.765 g		180.160 g		645.748 g	
L.S.D.	—		3.518 d		3.544 d	
Pipes	—		—		19	
Seringues	—		—		52	
Balances	—		—		—	

Source : Ministère de l'Intérieur - Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants.

1971		1972		1973		1974		1975		1976	
1.224		1.281		1.161		1.213		1.438		1.784	
2.592		3.016		2.830		3.241		3.503		4.152	
	%		%		%		%		%		%
108	4,16	139	4,60	170	6	184	5,67	261	7,45	183	4,40
125	4,82	111	3,68	58	2,04	115	3,54	154	4,39	130	3,13
415	16,01	472	15,64	546	19,29	810	24,99	804	22,95	1.022	24,61
1.944	75	2.294	76,06	2.056	72,65	2.132	65,78	2.284	65,20	2.817	67,84
2.062	79,55	2.417	80,13	2.313	81,73	2.657	81,98	2.953	84,29	3.507	84,46
530	20,44	599	19,86	517	18,26	584	18,01	550	15,70	645	15,53
2.025	78,12	2.443	81	2.335	82,50	2.793	86,17	2.857	81,55	3.416	82,27
567	21,87	573	18,99	495	17,49	448	13,82	646	18,44	736	17,72
961	37,07	49	1,62	65	2,29	39	1,20	43	1,22	21	0,50
—	—	1.025	33,98	800	28,26	1.162	51,28	1.649	47,07	1.719	41,40
1.289	49,72	1.466	48,60	1.529	54,02	1.156	35,66	1.266	36,14	1.750	42,14
342	13,19	476	15,78	436	15,40	332	10,24	486	13,87	605	14,57
—	—	—	—	—	—	52	1,60	59	1,68	57	1,37
70	2,70	61	2,02	47	1,66	34	1,04	34	0,97	34	0,81
13	0,50	5	0,16	0	—	0	—	0	—	0	—
12	0,46	23	0,76	49	1,73	47	1,45	111	3,16	113	2,72
982	37,88	834	27,65	430	15,19	270	8,33	254	7,25	935	22,51
3	0,11	11	0,36	13	0,45	43	1,32	46	1,31	47	1,13
1.148	44,29	1.518	50,33	1.770	62,54	2.219	68,46	2.303	65,74	2.665	64,18
100	3,85	94	3,11	116	4,09	236	7,28	346	9,87	198	4,76
264	10,18	470	15,58	405	14,31	392	12,09	406	11,59	160	3,85
46.327 g		765 g		11.973 g		21.172 g		12.115 g		1.856 g	
520.668 g		161.775 g		1.550 g		0		3 g		0 g	
235.958 g		650.745 g		39.873 g		26.218 g		2.872 g		865 g	
—		—		—		41.907 g		73.668 g		102.616 g	
54 g		19 g		3.021 g		1.869 g		12.384 g		2.160 g	
533.115 g		720.977 g		2.618.188 g		2.771.853 g		4.903.296 g		3.361.567 g	
3.616 d		6.431 d		2.905 d		5.484 d		7.360 d		4.354 d	
225		310		356		568		383		437	
238		154		191		223		340		457	
—		—		—		59		42		82	

DÉCISIONS DE JUSTICE ET CONDAMNATIONS

	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Personnes déférées	1.063	1.502	1.771	1.957	2.598	3.501
Flagrants délits	35	41	25	43	82	142
Citations directes	192	198	202	211	317	547
Classement sans suite	339	552	496	667	662	804
Cures ordonnées par le parquet	352	532	598	732	815	847
Informations	690	821	1.144	1.246	1.823	1.977
Détention provisoire	618	775	804	867	1.105	1.360
Contrôle judiciaire	227	364	342	485	676	879
Cures ordonnées par le juge d'instruction ..	87	111	132	161	219	232
CONDAMNATIONS POUR USAGE SEUL :						
FERME - Moins de 3 mois	29	48	69	127	106	140
FERME - 3 mois à 1 an	45	106	70	109	148	204
FERME - 1 an à 5 ans	20	12	5	9	26	40
FERME - Plus de 5 ans	—	—	—	—	—	—
MIXTE - Déjà compté pour ferme	29	94	18	51	124	123
SURSIS - Simple	104	168	193	331	376	502
SURSIS - Mise à l'épreuve	48	48	127	175	217	250
Amende seule ou avec prison	92	140	179	268	189	327
Autres peines complémentaires	22	53	21	23	24	104
Cures	25	38	31	24	31	72
Relaxe	8	20	17	56	32	81
TOTAL	304	418	561	766	933	1.415
CONDAMNATIONS POUR USAGE ET TRAFIC :						
FERME - Moins de 3 mois	30	54	57	52	82	93
FERME - 3 mois à 1 an	98	159	171	130	159	284
FERME - 1 an à 5 ans	102	142	84	85	82	147
FERME - Plus de 5 ans	54	36	5	15	17	17
MIXTE - Déjà compté pour ferme	50	81	122	115	133	191
SURSIS - Simple	53	161	191	78	128	406
SURSIS - Mise à l'épreuve	89	129	155	75	176	200
Amende seule ou avec prison	91	157	200	104	140	225
Autres peines complémentaires	87	61	47	52	55	132
Cures	12	6	15	11	24	40
Relaxe	17	26	16	37	12	30
TOTAL	444	711	696	508	786	1.483
CONDAMNATIONS POUR TRAFIC SEUL :						
FERME - Moins de 3 mois	38	39	27	47	36	39
FERME - 3 mois à 1 an	42	42	77	101	59	165
FERME - 1 an à 5 ans	75	79	92	114	98	123
FERME - Plus de 5 ans	58	42	57	61	30	45
MIXTE - Déjà compté pour ferme	24	23	46	65	56	100
SURSIS - Simple	53	39	66	126	131	107
SURSIS - Mise à l'épreuve	12	34	20	15	40	37
Amende seule ou avec prison	76	115	91	111	65	85
Autres peines complémentaires	72	53	52	58	50	46
Cures	—	—	—	—	—	—
Relaxe	8	0	9	43	18	23
TOTAL	292	315	398	493	440	619

Source : Ministère de la Justice - Direction des Affaires criminelles.

JUGEMENTS CONCERNANT DES MINEURS

		13 à 16 ans			16 à 18 ans			Ensemble		
		Garçons	Filles	TOTAL	Garçons	Filles	TOTAL	Garçons	Filles	TOTAL
1972	Usage	6	9	15	78	38	116	84	47	131
	Trafic	—	—	—	3	3	6	3	3	6
	Trafic et usage	4	1	5	82	15	97	86	16	102
	TOTAL	10	10	20	163	56	219	173	66	239
1973	Usage	13	7	20	90	25	115	103	32	135
	Trafic	—	—	—	14	2	16	14	2	16
	Trafic et usage	8	5	13	57	10	67	65	15	80
	TOTAL	21	12	33	161	37	198	182	49	231
1974	Usage	15	10	25	95	24	119	110	34	144
	Trafic	1	—	1	22	12	34	23	12	35
	Trafic et usage	5	2	7	56	13	69	61	15	76
	TOTAL	21	12	33	173	49	222	194	61	255
1975	Usage	22	13	35	157	56	213	179	69	248
	Trafic	6	—	6	25	6	31	31	6	37
	Trafic et usage	8	2	10	99	26	125	107	28	135
	TOTAL	36	15	51	281	88	369	317	103	420
1976	Usage	27	20	47	196	67	263	223	87	310
	Trafic	7	—	7	14	3	17	21	3	24
	Trafic et usage	12	8	20	87	17	104	99	25	124
	TOTAL	46	28	74	297	87	384	343	115	458

Source : Ministère de la Justice - Direction de l'Éducation surveillée.

SOINS — EXPLOITATION DES SIGNALEMENTS (FICHE N° 4)
CAS D'APPLICATION DE LA LOI DE 1970

PROFESSIONS	TOUTES NATIONALITÉS							
	TOTAL		Héroïne		Cannabis		L.S.D.	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Agriculteur exploitant	13	—	—	—	11	1	1	—
Salarié agricole	19	1	1	—	17	1	1	—
Patrons commerce - industrie ..	73	3	8	3	54	3	7	2
Professions libérales - cadres supérieurs	11	—	—	—	11	1	—	—
Cadres moyens	155	5	17	7	105	5	21	5
Employés	228	8	18	8	152	7	43	10
Ouvriers	490	17	39	17	352	17	77	17
Personnel de service	75	3	3	1	56	3	14	3
Autres catégories	137	5	6	3	105	5	17	4
Etudiants et lycéens	629	22	12	5	522	26	83	19
Sans profession et non actifs ..	1.000	36	132	56	618	31	175	40
Toutes professions	2.830	100	236	100	2.003	100	439	100

SOINS — ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION RELATIVE DES USAGERS

	4 ^e trimestre 1976			4 ^e trimestre 1975		
	M + F	M	F	M + F	M	F
SUIVANT LA SUBSTANCE UTILISÉE SEULE ET LE SEXE						
Héroïne	35	36	33	15	16	13
Opiacés (M.C. héroïne)	6	7	5	10	11	7
Barbituriques	6	4	10	6	4	11
L.S.D.	5	6	3	6	7	3
Cannabis	26	29	19	38	42	29
Cocaïne	1	1	1	—	—	—
Sédatifs et hypnotiques (M.C. barbituriques)	1	1	3	2	1	2
Tranquillisants	3	2	5	7	3	18
Amphétamines et autres psychostimulants	2	3	1	1	2	1
Ether	4	2	6	3	3	3
Autres ou non précisées	11	9	14	12	11	13
SUIVANT LES ASSOCIATIONS DE TOXIQUES ET LE SEXE						
Héroïne avec un ou plusieurs produits	37	38	37	27	29	21
Opiacés avec un ou plusieurs produits	10	12	6	8	9	7
Barbituriques avec un ou plusieurs produits	8	8	10	8	7	9
L.S.D. avec un ou plusieurs produits	6	7	4	16	18	7
Cannabis avec un ou plusieurs produits	7	7	7	6	5	8
L.S.D. cannabis	20	20	17	19	20	18
Polytoxicomanies autres ou non précisées	12	8	19	17	12	30
SUIVANT LE MOTIF DE CONSULTATION OU D'HOSPITALISATION ET LE SEXE						
Symptomatologie psychiatrique	19	20	17	19	20	16
Demande de soins spécifique (désintoxication) ..	33	33	32	17	19	13
Accident lié à l'usage	8	7	10	5	5	5
Tentative de suicide	4	3	8	11	6	23
Complications somatiques non accidentelles	3	2	3	2	2	2
Motifs autres ou non précisés	33	25	30	46	48	41

Source : Ministère de la Santé - Direction générale de la Santé publique.

ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS (4^e trimestre 1976)

Autres		Dont Etrangers	
		TOTAL	Dont cannabis
Nombre	%	Nombre	Nombre
1	1	3	3
4	3	13	11
—	—	3	3
12	8	9	9
15	10	5	5
22	14	45	37
2	1	4	4
9	6	14	13
13	8	45	37
74	49	75	58
152	100	216	180

(en %)

4 ^e trimestre 1974		
M + F	M	F
13	14	10
7	7	6
7	5	12
9	10	6
35	39	26
3	2	4
4	1	9
3	3	3
2	2	2
17	16	22
27	28	24
13	13	14
10	10	13
8	9	6
5	4	7
29	31	22
8	6	14
20	21	19
31	32	27
6	6	6
10	5	20
1	2	1
32	34	27

RÉPARTITION par âge et sexe				RÉPARTITION %		
Age	M + F	M	F	M + F	M	F
12	1	—	1	—	—	—
13	1	—	1	—	—	—
14	10	3	7	—	—	1
15	20	10	10	1	1	2
16	67	34	33	2	2	4
17	118	68	50	4	3	6
18	170	112	58	6	5	7
19	236	174	62	8	8	8
20	314	235	79	11	11	10
21	240	196	44	9	10	6
22	267	213	54	10	10	7
23	208	172	36	7	8	5
24	169	137	32	6	7	4
25	147	113	34	5	6	4
26	117	85	32	4	4	4
27	106	75	31	4	4	4
28	71	53	18	3	3	2
29	59	43	16	2	2	2
30 - 34	131	94	37	5	5	5
35 - 39	42	23	19	2	1	3
40 et +	143	76	67	5	4	9
N. D.	180	119	61	6	6	7
Tous âges	2.817	2.035	782	100	100	100

RÉPARTITION SELON LES PRODUITS UTILISÉS

NOMBRE DE PRODUITS UTILISÉS SIMULTA- NEMENT	NOMBRE D'USAGERS					
	M + F		M		F	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	1.684	60	1.174	58	510	65
2	734	26	553	27	181	23
3	244	9	192	9	52	7
4	70	2	59	3	11	1
5 et +	26	1	20	1	6	1
N. D.	59	2	37	2	22	3
TOTAL	2.817	100	2.035	100	782	100

M = sexe masculin ; F = sexe féminin ; M + F = les deux sexes.

ANNEXE N° 4

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES CONCERNANT LE CANNABIS

1. Julian S. Compte rendu de l'Académie des sciences de Paris, 28, 195, 1894.
2. Oman, J. Campbell. The Mystic Ascetics and Saints of India, TF. Unwin, London 1903.
3. Gautier T. Le Club des « Hashishin », Gallimard, 1972.
4. National Commission on Marihuana and Drug Abuse. Marihuana. A Signal of Misunderstanding. Washington, DC. Government Printing Office, March 1972.
5. Adams R. Bull N.Y. Academy of Medecin. 18, 705, 1942.
6. Lemberger L., Silberstein S.D., Axelrod J. and Kopin I.J. : Marihuana : Standardised smoke administration and dose effect curves on heart rate in humans. Science, 174, 589, 1971.
7. Renault P.F., Schuster C.R., Heinrich R. and Freedman D.X. : Marihuana : Standardised smoke administration and dose effect curves on heart rate in humans. Science, 1970, p. 1320.
8. Klausner H.A. and Dingell J.V. The Metabolism and excretion of delta 9 - tetrahydrocannabinol in the rat-life. Sciences, 1049, 1971.
9. Mac Isaac W.M., Fritchie G.E., Idapaan-Heikkila J.E. Ho BT and Englert F. : Distribution of marihuana in monkey brain and concomitant behavioral effects. Nature, 230-593, 1971.
10. Mendelson S.H., Meyer R.E., Rossi A.M. et al. Behavioral and Biological comitants of Chronic marihuana smoking by heavy and usual users. In (4).
11. Tart C.T. = Marihuana intoxication, common experiences. Nature, 226, 701, 1970.
12. Roth W.T., Galanter M., Weingartner H., Vaughan T.B. and Wyatt R.S. The effect of marihuana and synthetic delta 9 THC on the auditory evoked response and background EEG in humans. Bethesda MD : Laboratory of Clinical Pharmacol NIMU (unpublished manuscript), 1972.
13. P. Deniker, P. Boissier, J.R. Etenon, P. Ginestet, D. Peron, P. Magnan, G. Verdeaux, Etude de pharmacologie clinique du D9 THC chez les sujets volontaires sains avec contrôle polygraphique, 1973.
14. Manno J.E., Kiplinger G.F., Scholz N., and Forney R.B. The influence of alcohol and marihuana on motor and mental performance — Clinical Pharmacol — her, 12 = 202, 1971.
15. Tart C.T., Nature, 226, 701, 1970.
16. Weil A.T., Zinberg N.E. and Nelsen J.M., Science, 162 = 1234, 1968.
17. Nahas G. = Lethal cannabis intoxication N. Engl. J., Med., 284 = 792, 1971.
18. Kaplan H.S., Psychosis associated with marihuana, N.Y. State J., Med., 71, 433, 1971.
19. Wickler A. — Clinical and Social aspects of marihuana intoxication. Arch. Gen. Psychiatry, 23 = 320, 1970.
20. Brissaud, Bourdon et Debard. Hôpital Trousseau et hôpital Fernand-Widal.
21. Magnus R.D., and Harris L.S. = Carcinogenic potential of marihuana smoke condensate. Abstracted Fed. Pro. 30, 229, 1971.

22. Nahas G.G., Suci-Foca N., Armand J.P. and Monshima A. = Inhibition of cellular mediated immunity in marihuana smokers. *Science*, 183 = 419, 1974.
23. Campbell A.M., Thomson J.L., Evans M. and Williams M.J. = Cerebral atrophy in young cannabis smokers. *Lancet* 1 = 202, 1972.
24. Kolodny R.C., Mastero W.N., Kololner R.M., and Toro G. = Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marihuana use. *N. Eng. J. Med.*, 290. 872, 1974.
25. Gilmour D.G., Bloom A.D., Lele K.P., Robbins E.S. and Maximilian C., Chromosomal aberrations in users of psychoactive drugs. *Arch. Gen. Psychiatry*, 24, 268, 1971.
26. Idapaan-Heikkila J., Fritchie G.E., Englert L.F., Ho B.T. and Mac Isaac, W.M. = Placental Transfer of triitated 1 delta 9 THC N. *Eng. J. Med* 281 = 330, 1969.
27. Chopra I.C. and Chopra R.N. = United Nations Bulletin on Narcotics, 9 = 23, 1957.
28. Bonabud A., *Int. J. Add.* 3 = 398, 1968.
29. Smith D.E. and Mehl C. = The analysis of marihuana toxicity = *The New Social Drug = Cultural, Medical and Legal Perspectives on marihuana*. Englewood Cliffe, New Jersey = Prentice Hall, Inc. 1970.
30. Colbach E.M. and Crowe R.R. = Marihuana associated psychosis in Vietnam Military Med., 135 = 571, 1970.
31. Snyder S.H., = *Use of marihuana*. Oxford University Press, 1971.
32. Ball J.C. and Chambers C.G. = *J. Criminal Law. Criminology and Police Sci.* 59 = 171-82, 1968.

Cette bibliographie sélective concerne les divers aspects du problème de la drogue évoqués dans le présent rapport ; elle n'a donc pas la prétention d'être exhaustive. Les références citées dans le rapport sont signalées par un astérisque.

Elle se répartit entre les rubriques suivantes :

- I. - Les aspects sociologique, historique, et les études générales ;
- II. - La « politique de la drogue » et la lutte contre le trafic ;
- III. - Les aspects psychologiques : la personne, les groupes ;
- IV. - Les aspects médicaux et psychiatriques ;
- V. - L'information et l'attitude de l'opinion.

I. — LES ASPECTS SOCIOLOGIQUE, HISTORIQUE, ET LES ÉTUDES GÉNÉRALES

- Allain P. — *Hallucinogènes et société*. — Paris, Editions Payot, 1973.
- Ali Sami. — *Le haschich en Egypte*. — Paris, Editions Payot, 1971.
- * Baudelaire. — *Les paradis artificiels*. — Paris, Editions Flammarion, 1860. Livre de poche, 1972.
- Bensoussan, Dr P. — *Qui sont les drogués ?* Paris, Editions Marabout, 1972.
- Boudreau A. — *Toxicomanies autres que l'alcoolisme*. — in *Encyclopédie médico-chirurgicale (Psychiatrie)*, 1973.
- Braconnier, Alain. — *La montée de la toxicomanie*. — in *Autrement* n° 1, 1975, pp. 8-21.
- Brau, J.L. — *Histoire de la drogue*. — Paris, Tchou, 1968.
- Canada. — *Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (rapport Le Dain)*. Rapport provisoire, 1970 ; le cannabis, 1972 ; le traitement, 1972 ; rapport final, 1973.

- Cerfi. — Centre de recherches et de formation institutionnelles. — Recherche-actions sur la drogue. — Paris, août 1977. Etude réalisée pour le compte du ministère de la Justice.
- Cocteau, J. — Opium, Journal d'une désintoxication, Paris Editions Stock, 1930.
- Cohen, S. — L.S.D. 25. — Paris, éditions Gallimard, 1966.
- Duchaussois, C. — Flash, ou le grand voyage. — Paris, Editions Fayard, 1974.
- Herbe Bleue (L'). — Journal intime d'une jeune droguée. Paris, Presses de la Cité, 1972.
- Labin, Suzanne. — Le monde des drogués. — Paris, France Empire, 1975.
- Le Dain (Rapport) : voir Canada, Commission d'enquête.
- Maucorps, Père Alain. — « Le Bel Espoir », trois « voyages » avec les drogués. — Editions du Père Duick.
- Nahas, Dr Gabriel. — Haschich, cannabis et marihuana. Le chanvre trompeur. — Paris, Presses universitaires de France, 1976.
- Olievenstein, Dr Cl. — La Drogue. — Paris, Editions Universitaires, 1970.
- Organisation Mondiale de la Santé. — La pharmacodépendance, par J.F. Kramer et D.C. Cameron. — O.M.S., Genève, 1975.
- Organisation Mondiale de la Santé. — La Jeunesse et la Drogue. — O.M.S., Genève, 1973.
- * Participation du public aux programmes de prévention de l'abus des drogues et de réintégration des consommateurs de drogues. Séminaire du programme européen de développement social, 1975.
- * Pays-Bas. — Conditions des drogués et dangers de la drogue. Rapport du groupe de travail sur les stupéfiants. — La Haye, 1973.
- Pelicier, Y. et Thuillier, Guy. — La Drogue, Paris, P.U.F., 1972.
- Pelt, J.M. — La drogue : des sociétés primitives à la crise actuelle. — in *Revue d'épidémiologie, médecine sociale et santé publique*, Vol. 20, n° 3, avril-mai 1972, pp. 261-273.
- Porot A. — Les toxicomanies. — Paris, P.U.F., 1971 (collection « Que sais-je ? »).
- * Shafer (Commission) (*Voir U.S.A.*).
- « Toxicomanies ». — Colloque international, hôpital Sainte-Anne, Paris, 1972.
- * U.S.A. Drug use in America : problem in perspective. Second report of the National Commission on marihuana and drug abuse. Par R. Shafer. — U.S. Printing Office, Washington, D.C., mars 1973.

II. — LA « POLITIQUE DE LA DROGUE » ET LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC

LEGISLATION ET MESURES FRANÇAISES

Préparation de la loi du 31 décembre 1970.

Travaux préparatoires.

— **Assemblée nationale** :

- proposition de loi n° 829 ;
- rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des Lois (n°s 1155 et 1330) ;
- discussion et adoption le 30 juin 1970.

— **Sénat** :

- proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 358 (1969-1970) ;
- rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des Affaires sociales, n° 39 (1970-1971) ;
- avis de la commission des Lois n° 35 (1970-1971) ;
- discussion et adoption le 3 novembre 1970.

— **Assemblée nationale** :

- proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1427 ;
- rapports de M. Mazeaud, au nom de la commission des Lois, n° 1496 ;
- discussion et adoption le 10 décembre 1970.

— **Sénat :**

- proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, n° 102, (1970-1971) ;
- rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des Affaires sociales, n° 117 (1970-1971);
- avis de la commission des Lois n° 121 (1970-1971) ;
- discussion et adoption le 17 décembre 1970.

— **Assemblée nationale :**

- proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1555 ;
- rapport de M. Mazeaud, au nom de commission des Lois, n° 1563 ;
- discussion et adoption le 18 décembre 1970.

— *Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.* — in : *J.O.* du 3 janvier 1971.

— Commentaire de la loi sur la lutte contre la toxicomanie. — in : *la Semaine juridique*, n° 28, juillet 1971.

LEGISLATION ET MESURES INTERNATIONALES

Bettati, Mario. — La lutte internationale contre le trafic des stupéfiants. — in : *Problèmes politiques et sociaux* (Documentation française), n°s 222-223, mai 1974.

Cayla, J.S. — La Convention unique sur les stupéfiants de 1961. — in : *Revue trimestrielle de droit sanitaire et social*, juillet 1969, pp. 220-228.

- * Gassin, Raymond. — L'évolution de la législation et de l'action internationale en matière de stupéfiants. Le point de vue législatif et doctrinal. — in : *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, janvier-mars 1971.

Lutte (La) internationale contre le trafic des stupéfiants. La réglementation de la production et du commerce ; les organismes et les accords internationaux ; la coopération policière internationale ; les sources internationales du droit pénal interne. — in : *Problèmes politiques et sociaux* (Documentation française), n°s 222-223, avril 1974.

Nations unies : Genève. Commission des stupéfiants.

— Evaluation des besoins du monde en stupéfiants et de la production mondiale d'opium (annuel depuis 1946).

— Résumé des rapports annuels des gouvernements relatifs à l'opium et aux autres stupéfiants (annuel depuis 1946).

— Lois et règlements nationaux relatifs au contrôle des stupéfiants. index cumulatif (annuel depuis 1956).

— Statistiques des stupéfiants fournies par les gouvernements conformément aux traités internationaux et niveaux maximum des stocks d'opium (annuel depuis 1966).

Nations unies. — Les Nations unies et la lutte contre l'abus des drogues. — New York 1977.

OUVRAGES ET ETUDES

Conseil de l'Europe. — L'importance des stupéfiants par rapport à la criminalité. Deuxième conférence des directeurs de recherche criminologique. — Strasbourg, 1974.

Conseil de l'Europe. — Comité européen pour les problèmes criminels. — Aspects pénaux de l'abus des drogues. — Strasbourg, 1974.

- * Costa. — in : *Aspects nouveaux de la pensée juridique*, Recueil Ancel, 1975.

Doll. — La lutte contre la toxicomanie. — Editions Bordas, 1972.

Drogue (La). Ce qu'ont vu, ce que proposent médecins, juges, policiers, ministres. Préface d'Alain Peyrefitte. — Paris, Plon, 1970.

- * Florio, M. — La répression de l'usage des stupéfiants en droit français. — in : *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, janvier-mars 1973.

- * France. Santé publique et sécurité sociale (ministère). La lutte contre la drogue. in : Politique de la Santé, fascicule 1, mai 1971 et fascicule 2, juin 1972.
- Jaubert, A. Dossier D... comme drogue. Paris, A. Moreau 1973.
- Lamour, Cath., Lamberti, M. — Les grandes manœuvres de l'opium. Paris, le Seuil, 1972.
- Moreau Yannick. — L'Administration française et la lutte contre l'abus des substances toxiques. Thèse de doctorat en droit. — Paris, Sorbonne, 1975.
- Revue de science criminelle et de droit comparé : 1970-1977 : Voir plus spécialement les rubriques de chronique législative et chronique de défense sociale.
- Toxicomanies. Actes du 2^e Congrès international sur les toxicomanies et du 13^e Congrès français de criminologie. — Paris, 11-15 septembre 1972. — in : numéro spécial des *Annales de criminologie*.

III. — LES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES : LA PERSONNE, LES GROUPES

- * Davidson, Dr F., Choquet, M., Depagne, M. — Les lycéens devant la drogue et les autres produits psychotropes (Enquête, 1971) Paris, I.N.S.E.R.M., 1974.
- Davidson, Dr F., Choquet, M., Depagne, M. — Relation entre facteurs socio-culturels et comportements devant les produits psychotropes. — in : *Revue d'hygiène médicale et scolaire*, 1974, volume 27, n° 1, pp. 5-39.
- * Frejaville, J.-P., Davidson, Dr F. — Les jeunes et la drogue. — Paris, P.U.F., 1977.
- Carol, F. — A propos de deux types de conduites d'autodestruction. Abus de drogues et suicides. — Thèse de médecine. Paris, 1972.
- * Chombart de Lauwe. — La culture et le pouvoir. — Paris, éditions Stock, 1975.
- Gillibert, Jean. — De l'autoérotisme. Rapport au 37^e Congrès des psychanalystes de langue romane. — Paris, P.U.F., 1977.
- * Mendel, G. — La révolte contre le Père. — Paris, éditions Payot, 1968.
- La crise des générations. — 1^{re} édition, Paris, éditions Payot, 1969.
- Olievenstein, Dr Cl., Braconnier, A.J. — Les jeunes et la drogue. — in : *Psychiatrie de l'enfant*. Volume 18, fascicule 2, 1975.
- * Olievenstein, Dr Cl. — Il n'y a pas de drogués heureux. — Paris, Laffont, 1977.
- Portrait psychologique du toxicomane. — in : *Esprit*, janvier 1972, pp. 44-47.
- Oughourlian, J.-M. — La personne du toxicomane. — Toulouse, éditions Privat, 1974.
- Pin, J.-J. — Approche sociologique du phénomène drogue. — in : *L'homme et la société*, n° 23, janvier-février 1972, pp. 167-177.
- Prochasson, J., Seguin. — Produits toxiques et conduites toxicomaniaques dans des groupes d'adolescents en institution rééducative et thérapeutique. — in : *Aneti Liaisons*, n° 98, 1976.
- « Toxicomanies et marginalités », Séminaire de l'Association Le Pont, hôpital Sainte-Anne, 1976.
- * Segond, P. — Sondage sur l'usage de drogue par les mineurs de 21 ans faisant l'objet d'une mesure d'intervention judiciaire. — in : *Annales de Vaucresson*, Centre de formation et de recherche sur l'éducation surveillée, n° 7, 1969, pp. 69-131.
- Enquête sur l'usage de drogue par les mineurs de Justice. (Suite du sondage de 1969), 18 pp. dactyl., 1971.
- Approche des motivations psychologiques et du rôle des facteurs personnels chez les usagers de drogues. Colloque U.I.P.E. Amverspoort, avril 1974, 19 pp. dactyl.
- * Unesco. — L'étiologie de l'usage non médical des drogues par C. Fazey. (Bibliographie analytique internationale). Réunion d'experts sur un inventaire sélectif, annoté de recherches en sciences sociales et l'abus des drogues. Paris, 17-20 août 1976.
- * Watzlawick, P., Helmick-Beavin, S., Jackson, D. — Une logique de la communication. — Paris, le Seuil, 1972.
- * Wildlocher, D. — in : *Revue du praticien*, volume 26, n° 43, 1976, p. 2928.

IV. — LES ASPECTS MÉDICAUX ET PSYCHIATRIQUES

Bensoussan, Dr P.A. — Introduction à l'étude des toxicomanies actuelles. — in : *Revue de médecine*, n° 31, 1972, pp. 2043-2049.

Bergeret, J. — Toxicomanie et environnement. — in : Colloque fonctions sociales et déviance. Lyon, 29-31 juillet 1977.

Boudreau. — (*Voir au I de la bibliographie.*)

Braconnier, A. et alii. — Le temps et l'espace ou la prise en charge des toxicomanes. — in : *Revue de médecine*, n° 33, 1972, p. 2177-2178.

Charles-Nicolas, A.-J. :

— Sur l'identification de la toxicomanie. — in : *Annales médico-psychologiques* n° 1, 1975, pp. 605-616 ;

— Aspect psychologique des toxicomanies : de la notion de personnalité toxicomaniaque à la notion de relation passionnelle à la drogue. — in : *Toxicomanies* n° 9, 1976, pp. 39-51 ;

— La psychose chronique due à l'abus des amphétamines existe-t-elle ? — in : *Nouvelle presse médicale*, 5-37, 1976, pp. 2447-2450 ;

— Toxicomanies : lutter contre l'anxiété. — in : *Echos médecine*, n° 46, 15 mai 1975.

Charles-Nicolas, A.-J. — Le centre Marmottan ou la prise en charge institutionnelle des toxicomanes. — in : *Perspectives psychiatriques*, n° 48, 1974, pp. 223-234.

Choquet, M., Facy, F., Davidson, F. — Consommation de médicaments chez les adolescents. Bull. de médecine lég., urg, med, centre anti-poisons, 1977, 20, n° 4.

Cohen, S. — Etude clinique des toxicomanies. — in : *Confrontations psychiatriques*, n° 4, 1969, pp. 9-16.

Cuche, H. — Les traitements médicaux d'urgence et d'entretien des drogués. — in : *Entretiens de Tenon*, 1975-1976, pp. 15-17, Expansion scientifique, édit.

Deniker, P., Loo, H., Cottureau, M.-J. :

— Toxicomanies aux amphétamines. — in : *Revue de médecine*, n° 31, 1972, pp. 2061-2064 ;

— Drogues hallucinogènes et toxicomanies modernes. — in : *Revue du praticien*, n° 18, 1968, pp. 2747-2753 ;

— Les toxicomanies barbituriques. — in : *Revue de médecine*, n° 26, 1973, pp. 1727-1734.

Deniker, P., Ginestet, D. et Loo, H. — Toxicomanies imputables aux morphiniques et à leurs dérivés. — in : *Revue de médecine*, n° 8, 1975, pp. 504-513.

Fabiani, P. — La place du laboratoire dans le diagnostic de l'intoxication par la drogue. — in : *Gazette médicale de France*. Volume 77, n° 9, 1970, pp. 1993-2002.

Fournier, E. et alii. — Les toxicomanies anciennes aux opiacés : essai de thérapeutique substitutive par le chlorhydrate de méthadone. — in : *Annales de médecine interne*, n° 5, 1974, pp. 447-452.

Ginestet, D., Loo, H., Oughourlian, J.-M. — Toxicomanies aux hallucinogènes : ses rapports avec les psychoses. — in : *Revue du praticien*. Volume 21, n° 7, pp. 1009-1025.

Loo, H. — Toxicomanies actuelles. Thèse de médecine, Paris, 1970.

— La séméiologie des toxicomanies. — in : *Entretiens de Tenon*, 1975-1976, pp. 7-10, Expansion scientifique, édit.

Loo, H., Caroli, F., Cuche, H. — Traitement des toxicomanies et leurs limites. — in : *Revue de médecine*, n° 38, 1974, pp. 2495-2502.

Martzoiff. — Détention préventive, médicaments psychotropes et psychiatriques. Thèse de médecine, Créteil, 1975.

Nahas, G. — Rapport sur le haschich, présenté à la Commission des stupéfiants, ministère de la Santé, Paris, Séance du 26 mai 1977. (*Voir aussi au I de la bibliographie.*)

— Histoire d'H. — Version française en collaboration avec H. Peters. — Préface du commandant Y. Cousteau. Editions Del Duca, Paris, 1977.

Olievenstein. — Contribution à l'étude du L.S.D. 25 en clinique psychiatrique. Thèse de médecine, Paris, 1967.

* Organisation Mondiale de la Santé. — Rapports techniques, Genève, n° 7, 1952 ; n° 116, 1957 ; n° 273, 1964.

Sutter, J.-M., Pelicier, Y., Scotto, J.-C. — Les substances hallucinogènes. — in : *Encyclopédie médico-chirurgicale* (Psy.), p. 37630 F 10.
Schurmann, J.M. — Sevrage radio-immunologique du delta 9 tétrahydrocannabinol. Mémoire, Université René-Descartes, Paris, 1974.

N.B. — Pour les études sur le cannabis, se reporter aux références citées en annexe 4.

V. — L'INFORMATION ET L'ATTITUDE DE L'OPINION

Chemier, J. — Informer sur la drogue. Mémoire, Ecole française libre des attachés de presse, 1976.

* France. — Santé publique et sécurité sociale (ministère). Drogue : ce que les parents doivent savoir : brochures n° 90, mai 1972 ; n° 91, juillet 1972.

Qualité de la vie (Secrétariat d'Etat). — Points de vue sur la drogue. Extraits de textes recueillis par M.-J. Chadefaux, Paris, 1974.

Service interministériel d'information de la drogue. Santé (ministère). — Un guide pour parents et éducateurs. Paris, 1974.

Jeunesse et Sports (Secrétariat général du Haut Comité de la). — L'éducateur devant les drogues. Paris, 1976.

Comité interministériel des problèmes médicaux et sociaux scolaires (Premier ministre). — Information sur la drogue. — Paris, 1972.

Tournes, C., Lefebvre, B. — La drogue, c'est quoi ? Centre d'information et de documentation sur la drogue (Didro), Paris, 1977.

Unesco. — Lemareshquier, Th. — La presse et la drogue. Brève analyse de la presse américaine, 1967-1973.

Picard, B. — La drogue dans certains quotidiens périodiques français.

Unesco., Graine, Ph., Lentin, J.-P., Mandel, J. — La drogue vue par la presse des jeunes, 1973-1975. (R.F.A., U.S.A., France, Italie, Royaume-Uni).

Communications faites au Séminaire Unesco sur les jeunes et l'usage des drogues dans le pays industrialisés, Sèvres, 10-15 août 1973.

SONDAGES

1972. — S.O.F.R.E.S. — Les attitudes à l'égard de la drogue.

1. — Les jeunes des milieux exposés ;

2. — Les parents des jeunes... ;

3. — Les enseignants ; étude non publiée (réalisée pour le Comité interministériel pour l'information, Premier ministre).

* 1977. — Etudes réalisées à la demande de la Mission.

I. — *Etude qualitative* par le cabinet B. Krief (30 entretiens non directifs) ;

II. — *Sondage* réalisé par la S.O.F.R.E.S. du 2 au 5 novembre 1977 avec un échantillon national de 1.000 personnes de dix-huit ans et plus (méthode des quotas).

III. — Service d'information et de diffusion (Premier ministre). *Rapport d'enquête sur les lycéens* (10 entretiens).

* Leurs résultats sont analysés en annexe V.

ANNEXE N° 5

NOTE SUR LE SONDAGE ET L'ÉTUDE QUALITATIVE RÉALISÉS A LA DEMANDE DE LA MISSION

Les attitudes et les réactions de l'opinion publique peuvent être saisies à travers deux études entreprises à la demande de la Mission. Il s'agit d'une étude qualitative menée auprès d'un nombre limité de personnes, adultes et jeunes, et, d'autre part, d'un sondage sur un échantillon de 1.000 personnes, représentatif de la population française âgée de dix-huit ans et plus, dont on tirera l'essentiel des résultats qui suivent, l'étude qualitative servant à commenter les chiffres obtenus.

Au sujet de la drogue, en général, les personnes interrogées sont d'accord pour estimer que, si la société était plus humaine, il y aurait moins de jeunes attirés par la drogue (66 %), et que l'augmentation du nombre d'usagers de drogue est le signe que la société va mal (62 %) ; 55 % des personnes interrogées pensent que le fait pour les jeunes d'user de la drogue est une façon de s'opposer à la société des adultes, 65 % que si les jeunes pouvaient trouver un travail qui les intéresse vraiment, ils ne seraient pas tentés de prendre de la drogue, et 76 % que prendre de la drogue est le signe qu'on fuit les difficultés de la vie. Le sondage précise de façon statistiquement significative que ces points de vue sont davantage partagés par des catégories sociales telles que ouvriers, employés et cadres moyens.

Malgré un fort pourcentage de non-réponses (10 à 15 %) aux questions qui les impliquent personnellement en tant qu'éducateurs, 49 % — contre 38 % — des personnes interrogées sont d'accord pour dire que si les jeunes se droguent, c'est parce qu'ils ont perdu l'espoir, et 48 % — contre 37 % — qu'on se drogue quand on n'arrive pas à se faire comprendre vraiment.

Dans l'étude qualitative, les personnes interrogées confirment, de façon plus précise et étayée, leur sentiment que la drogue est un fait de société et que, par rapport à la famille et au travail, la consommation de drogue exprime une réponse à la démission parentale, à la carence affective dont souffrent les enfants, aux conditions de travail déprimantes.

S'agissant des différentes drogues, le sondage montre qu'elles sont davantage associées à l'alcool qu'aux psychotropes : 50 % contre 34 % des personnes interrogées sont d'accord pour estimer qu'il y a autant de différence entre celui qui prend du haschich une fois de temps en temps et celui qui en prend tout le temps qu'entre celui qui s'enivre une fois de temps en temps et un alcoolique ; par contre, 59 % pensent que prendre de la drogue n'est pas équivalent à prendre des tranquillisants. Enfin 53 % — contre 40 % — des personnes interrogées qui expriment une opinion admettent que l'alcoolisme en France est un fléau plus grave que la drogue.

Bien que 54 % des personnes interrogées estiment que la drogue est un plaisir pour celui qui en prend, 86 % d'entre elles refuseraient de prendre de la drogue si quelqu'un leur en proposait, sans qu'il y ait de différence entre les classes d'âge (entre dix-huit et vingt-

quatre ans, le pourcentage est de 84 %). Cela s'explique par l'opinion selon laquelle toutes les drogues mènent à la déchéance physique et morale, que partagent 86 % des personnes interrogées (mais dans une proportion moindre pour les plus jeunes et ceux qui sont bien informés).

L'étude qualitative montre que les fumeurs de haschich refusent les drogues « dures » de la même manière que les non-utilisateurs refusent toutes les drogues. Ces fumeurs trouvent incompréhensible l'interdiction du haschich et refusent pour eux-mêmes l'appellation de « drogués ».

A la question : « Si vous appreniez qu'un de vos amis prend de la drogue, quelle serait votre première réaction ? », les personnes interrogées ont répondu par l'inquiétude (41 %), le bouleversement (29 %) ou l'étonnement (18 %). Les réactions de rejet telles que la fureur (5 %) ou la honte (2 %) sont minoritaires. Dans l'ensemble, elles essaieraient de comprendre (53 %), de communiquer (45 %). L'appel à la police n'est évoqué que par 2 % des personnes interrogées et 2 %, également, resteraient indifférentes.

Quand cette question concerne son propre enfant, le bouleversement prime sur l'inquiétude : les réactions de fureur passent de 5 % à 19 %, celles d'étonnement de 18 % à 4 %. Le nombre des personnes qui essaieraient de communiquer tombe de 45 % à 35 %, ce qui traduit bien le refus d'accepter une part de responsabilité en tant qu'éducateur.

Si 66 % des personnes interrogées pensent que ce n'est pas contre l'usager qui revend de la drogue pour s'en acheter qu'il faut lutter, les opinions sont partagées concernant les usagers simples : en effet, 47 % contre 45 % (différence statistiquement non significative) pensent qu'ils doivent être poursuivis ; mais l'incarcération pour usage de drogue est nettement refusée, 90 % des personnes interrogées estimant qu'il vaut mieux aider et soigner quelqu'un qui a de la drogue sur lui que de l'envoyer en prison.

Cette incertitude peut être liée, d'après les résultats de l'étude qualitative, à l'ambivalence fondamentale qui existe entre le désir de se protéger et de protéger les jeunes contre un danger, et de ne pas réprimer un acte perçu comme non violent et non agressif. Par contre, on demande très généralement une répression très sévère pour les trafiquants, la répression actuelle étant considérée comme inopérante.

En ce qui concerne la dépénalisation du haschich, les opinions sont partagées et font apparaître de forts pourcentages de non-réponses, en particulier à la question : « Si on autorise le haschich, la drogue va-t-elle toucher tout le monde ? » 42 % sont d'accord contre 48 % en désaccord (pourcentage statistiquement non significatif).

D'une manière générale, les attitudes les plus libérales (qui ne signifient pas pour autant que l'on envisagerait la drogue pour soi-même) se rencontrent chez les personnes les plus informées, chez celles qui ont un niveau culturel et social élevé, chez celles qui habitent en ville.

Dans leur ensemble, les attitudes et les réactions de la population française, telles qu'elles résultent de ces enquêtes, expriment un effort de tolérance et de compréhension. Cette impression doit cependant être tempérée par deux remarques :

1. — L'enquête qualitative porte sur un nombre restreint de personnes ;
2. — On ne peut éliminer, dans les deux enquêtes, la déformation introduite par le désir, face à l'enquêteur et face à soi-même, de se montrer libéral, évolué, capable de comprendre.

Cette déformation n'est pas spécifique du sujet traité, bien que le caractère souvent passionnel des réactions à la toxicomanie ait pu effrayer les personnes interrogées et provoquer un refoulement masqué par l'attitude neutre et rationnelle la plus souvent rencontrée.

RAPPORTS OFFICIELS

- CHOISIR SES LOISIRS (Rapport Blanc) - 1977 - 30 F.
- REPONSES A LA VIOLENCE (Rapport Peyrefitte) - 1977 - 58 F.
- PROPOSITION POUR UNE REFORME DE L'ASSURANCE CONSTRUCTION - 1976 - 20 F.
- LES REMUNERATIONS DES TRAVAILLEURS MANUELS (Rapport Giraudet) - 1976 - 18 F.
- LES DIFFICULTES DES METIERS D'ART (Rapport Dehaye) - 1976 - 20 F. Annexes - 40 F.
- L'AMELIORATION DE L'HABITAT ANCIEN (Rapport Nora et Eveno) - 1976 - 27 F. Annexes - 40 F.
- REFORME DU FINANCEMENT DU LOGEMENT (Rapport Barre) - 1976 - 25 F.
- LA RECHERCHE FRANÇAISE EN ARCHEOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE (Rapport Soustelle) - 1975 - 22 F.
- LA LOI RELATIVE A L'EMPLOI DE LA LANGUE FRANÇAISE (Haut Comité de la langue française) - 1975 - 25 F.
- L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE EN MONTAGNE - POUR QUE LA MONTAGNE VIVE (Rapport Brocard) - septembre 1975 - 30 F.
- L'IMPOSITION DES PLUS-VALUES (Rapport Monguilan) - 1975 - tome 1 : 34 F, tome 2 : 40 F, les deux tomes : 70 F.
- LA POLITIQUE FRANÇAISE DE COOPERATION (Rapport Abelin) - 1975 - 15 F.
- INFORMATIQUE ET LIBERTES (Rapport Tricot) - 1975 - 60 F.
- POUR UNE MODERNISATION DU SYSTEME EDUCATIF, par René Haby - 1975 - numéro spécial des Cahiers Français - 6 F.
- RAPPORT DU COMITE D'ETUDE POUR LA REFORME DE L'ENTREPRISE (Rapport Sudreau) - 1975 - 12 F.
- POUR UN DEVELOPPEMENT DES VEHICULES ELECTRIQUES (Rapport Saulgeot) - 1974 - 25 F.
- LA LUTTE CONTRE LE GASPILLAGE (Rapport Gruson) - 1974 - 20 F.
- L'HORAIRE LIBRE EN 1974 (Rapport Chalendar) - 1974 - 18 F.
- VERS UN NOUVEL AMENAGEMENT DE L'ANNEE (Rapport Chalendar) - 1970 - 8 F.
- LA SITUATION DES PERSONNELS ENSEIGNANTS DES UNIVERSITES (Rapport de Baecque) - 1974 - 12 F.
- DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE A L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR (Rapport Barre et Boursin) - 1974 - 6 F.
- SIMPLIFICATIONS ADMINISTRATIVES ET PRODUCTIVITE (Rapport Ripoche), rapport annuel 1971 : 10 F, 1972 : 10 F, 1973 : 10 F, 1975 : 15 F.
- POUR UNE POLITIQUE DE LA SANTE (Rapports présentés au ministre de la Santé) : Tome I : Les grandes actions de santé - 1971 - 27 F Tome II : Les grandes actions de santé - 1971 - 33 F ; Tome III : L'hôpital - 1971 - 40 F ; Tome IV : Le suicide - 1974 - 35 F ; Tomes V et Vbis : La pharmacie - 1975 - 60 F.
- IMMIGRATION ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL (Rapport Le Pors) - 1977 - 45 F.
- COMMENT ECONOMISER L'ENERGIE DANS LES TRANSPORTS (Rapport Merlin) - 1977 - 15 F.

LA DOCUMENTATION FRANÇAISE

29-31, quai Voltaire - 75340 Paris Cedex 07
Tél. 261-50-10 - Télex 204826 DOCFRAN PARIS

Prix : 55 F

Imprimé en France
AM 1797
ISBN 2-11-000118-6