

**RAPPORTS DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ
SUR LES TOXICOMANIES
- 23 novembre 1994 -**

- Responsables :** A. FAGOT-LARGEAULT
J. SEYLAZ
- Membres du groupe :
de travail "Neurosciences"** H. ATLAN
J.P. CHANGEUX
V. COURTECUISSÉ
B. DESCAMPS-LATSCHA
O. FICHOT
J. LELLOUCH
J. MICHAUD
F. QUERE
L. RENE
- Ont été consultés :** F. CABALLERO
A. EHRENBERG
J. FATELA
A. GARAPON
W. LOWENSTEIN
R. NAQUET
B. PAGES
B. ROQUES
P. SANSOY
J.C. SCHWARTZ
- Documentation et rédaction :** D. SIROUX

Des étudiants en philosophie et en pharmacie ont également participé au groupe de travail : H. Desenclos, E. Garin, N. Jones-Gorlin, E. Roussel.

**RAPPORTS DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ
SUR LES TOXICOMANIES**

S O M M A I R E

- I PRÉAMBULE**

- II DONNÉES NEUROPHARMACOLOGIQUES ET
CLASSIFICATION DES DROGUES**

- III DONNÉES JURIDIQUES**

- IV RÉFLEXIONS ÉTHIQUES**

- V CONCLUSIONS**

- VI ANNEXES**

- VII NOTE DE MADAME FRANCE QUERE
MEMBRE DU CCNE**

TOXICOMANIES

PRÉAMBULE

La politique mise en œuvre en matière de toxicomanies, est fondée sur une distinction juridique entre les drogues dont l'usage est licite comme le tabac et l'alcool, et les drogues classées comme stupéfiants, dont l'usage est illicite. Or, ces dernières années, les progrès de la recherche en neurobiologie et en pharmacologie, ont apporté des connaissances nouvelles sur le mode d'action de substances agissant sur le système nerveux central, ainsi que sur les mécanismes responsables des phénomènes de dépendance et de tolérance et ont permis l'identification de récepteurs de ces agents chimiques. Ces données mettent en évidence le fait que la distinction entre les drogues licites et les drogues illicites ne repose sur aucune base scientifique cohérente.

Les données neuropharmacologiques ne sont cependant pas suffisantes pour évaluer les risques propres à chacune de ces substances. La consommation d'un produit psychotrope, qu'il soit par ailleurs utilisé ou non en thérapeutique, peut présenter un danger pour l'utilisateur lui-même ou pour autrui. Ce danger dépend de la toxicité du produit selon les doses absorbées et la fréquence d'utilisation, du risque de dépendance, du risque social occasionné par les troubles du comportement.

L'ensemble de ces données ainsi qu'une meilleure connaissance des risques pour la santé des substances agissant sur le système nerveux central, éclairent d'une manière nouvelle les législations réglementant les drogues licites et illicites. Cette constatation ainsi que le développement alarmant de certaines formes de toxicomanies, aggravées par le contexte de l'épidémie de sida et le phénomène d'exclusion, ont conduit le CCNE à s'interroger sur les problèmes liés à l'usage des drogues, qu'elles soient licites ou illicites, et sur les moyens de prévention et de traitement des toxicomanies. Notamment, les écarts de plus en plus importants entre les pratiques en particulier médicales, et certaines dispositions de la loi 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", posent la question de l'adaptation de ce texte à la situation actuelle.

C'est ainsi qu'à la suite d'une autosaisine du Comité, un groupe de travail a entrepris une réflexion depuis avril 1993, sur les aspects scientifiques, juridiques et éthiques de la consommation de drogues. Ce groupe de travail a entendu des personnes ayant l'expérience sur le terrain des divers aspects du problème : aspects politique, juridique, psycho-sociologique et anthropologique, aspects médicaux (clinique et de santé publique), point de vue des associations d'usagers. Bien évidemment, ce groupe de travail ne pouvait se donner comme but de faire un rapport exhaustif ; en particulier, toute tentative visant à dresser un tableau global des aspects socio-économiques ne pouvait que se heurter à la variété et à la complexité des situations auxquelles renvoie la consommation des drogues. Le CCNE a cependant estimé qu'il avait une obligation, dans la limite de ses compétences, d'apporter sa contribution à ce débat de société.

Cette réflexion du CCNE s'inscrit dans l'effort entrepris actuellement pour acquérir une meilleure intelligence des problèmes posés par la consommation des drogues. Différentes instances se sont déjà prononcées ou poursuivent actuellement des travaux sur ce sujet :

- Le Conseil National du Sida qui, le 8 juillet 1993, a adopté un avis précédé d'un rapport, relatif à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues.

- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens qui ont signé le 28 septembre 1994 un protocole formalisant le rôle des médecins et des pharmaciens dans la prise en charge des toxicomanes dans le cadre des Réseaux ville-hôpital.

- La Commission de réflexion sur les problèmes de drogues et de toxicomanie, présidée par le professeur R. Henrion, qui a donné la parole à tous les acteurs concernés par cette question, y compris les usagers, et a écouté les différents points de vue dans un grand souci de transparence en ouvrant les auditions d'experts au public (diffusion télévisée).

- Enfin, le Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville qui, avec ce même souci d'ouverture et de compréhension des problèmes, a pris récemment une série de mesures, dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

TOXICOMANIES

DONNÉES NEUROPHARMACOLOGIQUES ET CLASSIFICATION DES DROGUES

Plusieurs classifications des drogues ont été proposées à partir de 1928. Ces classifications ont évolué depuis, à la mesure des connaissances nouvelles, et elles diffèrent entre elles selon que leur fondement est scientifique, sanitaire ou juridique. Il en résulte à la lecture, une certaine incohérence due en partie à l'ambiguïté du mot "drogue" lui-même. Ce terme désignait initialement les substances utilisées en préparation pharmaceutique dans un but thérapeutique. Il est utilisé maintenant au sens de substance agissant sur le système nerveux central et dont l'usage abusif provoque des perturbations graves physiques et mentales ainsi qu'un état de tolérance et de dépendance. Dans le langage courant ce mot est réservé aux substances dont l'usage est prohibé (héroïne, cocaïne, haschisch ...). Sous le même terme est ainsi désignée une substance qui peut avoir, soit un effet bénéfique, soit entraîner une dépendance ou une toxicité. La notion de dose est ici déterminante. A leur "dose active", ces substances se lient à des sites spécifiques (récepteurs) où elles prennent la place de substances endogènes en agissant comme elles ou en s'opposant à leurs effets. A plus fortes doses, à ces effets spécifiques s'ajoutent des effets non spécifiques, notamment sur les systèmes respiratoires et cardio-vasculaires. Ce sont ces effets secondaires qui provoquent la mort par surdose (1) et non une augmentation excessive de l'action sur les récepteurs provoquant l'effet euphorisant. Des facteurs extérieurs tels que des produits ajoutés ou des agents infectieux interviennent également souvent dans les morts par surdose.

Les différentes classifications qui ont été proposées en fonction des effets provoqués par les drogues, puis de leur capacité à provoquer une toxicomanie, ont joué un rôle historique important et servent encore de référence. Les connaissances acquises ces dernières années dans le domaine de la neurobiologie et de la pharmacologie, notamment l'identification de récepteurs et la connaissance des mécanismes responsables des phénomènes de dépendance et de tolérance (2), nous a conduit à préciser pour chaque substance le mode d'action des drogues sur le système nerveux central. Nous verrons que cette nouvelle approche remet en cause les critères sur lesquels reposent la distinction entre drogues licites et drogues illicites.

(1) On entend par surdose, une dose excessive (thérapeutique, volontaire ou accidentelle) qui provoque rapidement la mort.

(2) Tolérance : diminution des effets entraînés par une même dose de drogue justifiant une augmentation progressive de celle-ci pour obtenir le même effet.

I - CLASSIFICATIONS DES AGENTS PHARMACOLOGIQUES ACTIFS SUR LE SYSTEME NERVEUX CENTRAL ET SUSCEPTIBLES D'ENTRAINER UNE TOXICOMANIE

1. CLASSIFICATION EN FONCTION DES EFFETS PROVOQUES

A) *Classification de LEWIN - 1928 (voir annexe 1)*

Cette première classification a été faite à partir d'observations cliniques. Elle distingue 5 classes. La première, **Euphorica**, correspond aux analgésiques et euphorisants (opiacés, cocaïne...). La deuxième **Phantastica**, regroupe les hallucinogènes (peyotl, mescaline, cannabis...). La troisième, **Inebriantia**, regroupe les substances enivrantes (alcool, chloroforme, benzine...). La quatrième, **Hypnotica**, regroupe les agents du sommeil (chloral, véronal...). La cinquième, **Excitentia**, regroupe les stimulants (plantes à caféine, tabac, bétel, kat...)

B) *Classification de J. DELAY - 1957 (voir annexe 2)*

Cette classification a été adoptée par le 3^{ème} congrès mondial de psychiatrie en 1961. Elle est fondée sur 3 catégories : les **Psycholeptiques** ou sédatifs (hypnotiques, neuroleptiques, tranquillisants), les **Psychoanaleptiques** ou stimulants (amphétamines, antidépresseurs), les **Psychodysleptiques** ou hallucinogènes (LSD, mescaline...).

Cette classification a été conçue dans une optique médicale, en fonction des **propriétés thérapeutiques** des produits. Elle a été complétée par **D. DENIKER**, qui y a intégré les stupéfiants, l'alcool et ses dérivés ainsi que de nouveaux agents comme le lithium (voir annexe 3).

D'autres adaptations voisines ont été proposées, notamment celle de **BOUDREAU** reprise par **Y. PELICIER** (voir annexe 4).

2. CLASSIFICATIONS EN FONCTION DU POUVOIR "TOXICOMANOGENE"

A) *Classification de l'OMS - 1971 (voir annexe 5)*

Le pouvoir "toxicomanogène" est caractérisé par la capacité d'engendrer une **dépendance** physique ou psychique ainsi qu'une **tolérance** à la prise du toxique. Ces notions ont été définies par l'OMS en 1964 (voir les définitions de dépendance et de tolérance p. 9).

Dans la classification de l'OMS, le **cannabis** et le **LSD** sont considérés comme engendrant une dépendance psychique moyenne à modérée et une dépendance physique nulle ou minime. En revanche, l'**alcool** est considéré comme présentant un risque de dépendance physique et psychique ainsi que de tolérance, au moins aussi grand que les **opiacés**. La **cocaïne** est considérée comme engendrant une dépendance psychique modérée à marquée mais ne provoquant aucune dépendance physique ni tolérance. Le **tabac** et les **tranquillisants** ne figurent pas dans le tableau.

B) *Classification du rapport PELLETIER - 1978*
(voir annexe 6)

Elle s'applique à toutes les drogues qu'elle soient licites ou illicites (voir classifications juridiques p. 4 à 6). Elle reprend les notions de **dépendance** psychique et physique ainsi que de **tolérance**, utilisées par l'OMS. Elle distingue trois catégories : les **stupéfiants**, les **médicaments détournés** et les autres substances comprenant : l'**alcool**, le **tabac**, les **solvants volatils**. Cette classification a été commentée par F. CABALLERO (1).

(1) F. CABALLERO, en combinant les "indices" de dépendance et de tolérance de chaque drogue, obtient une évaluation approximative de leur pouvoir "toxicomanogène". Il aboutit par ordre décroissant, au classement suivant :

- 1 : opium, morphine, héroïne, morphiniques de synthèse
- 2 : barbituriques
- 3 : alcool, amphétamines
- 4 : cocaïne, solvants volatils
- 5 : hypnotiques non barbituriques
- 6 : analgésiques non opiacés
- 7 : coca, tranquillisants
- 8 : tabac
- 9 : haschisch
- 10 : LSD, mescaline, psilocybine, cannabis

Droit de la Drogue, Paris : Dalloz, 1989, p. 21

C) *Classification de G. NAHAS ET R. TROUVE - 1981*
(voir annexe 7)

G. NAHAS et **R. TROUVE** proposent une classification dans laquelle le pouvoir toxicomanogène est caractérisé par l'effet de **plaisir** procuré par la drogue, le caractère de renforcement (tendance à s'autoadministrer le produit pour retrouver la sensation de plaisir), le syndrome de **sevrage**, l'effet de **tolérance** et la **neuropsychotoxicité** (perturbations réversibles du cerveau se manifestant au niveau de la vigilance, de la mémoire, des perceptions sensorielles, de la psychomotricité).

3. CLASSIFICATIONS JURIDIQUES

A) *Droit international*

Les classifications du droit international reposent sur une distinction entre deux catégories de substances soumises au contrôle de l'ONU : les stupéfiants soumis à la **Convention Unique** de 1961 et les psychotropes soumis à la **Convention sur les substances psychotropes** de 1971.

a) La Convention Unique de 1961 (voir annexe 8)

Elle a été ratifiée par 135 Etats et remplace les précédents traités existants.

Elle organise le **contrôle** des substances stupéfiantes dont l'usage doit être réservé à des fins **exclusivement médicales ou scientifiques**. Ces substances ont été énumérées et classées par un comité technique dans quatre tableaux en fonction de leur danger et de leur valeur thérapeutique :

- **Tableau I** : comprend les substances présentant les risques d'abus les plus importants (une centaine parmi lesquelles les opiacés naturels ou semi synthétiques, la feuille de coca, la cocaïne, le cannabis, la méthadone)

- **Tableau II** : comprend 9 substances présentant des risques moins importants et qui sont utilisées à des fins médicales (codéine et substances synthétiques)

- **Tableau III** : est celui des exonérations ; on y trouve les préparations pharmaceutiques qui incluent des substances des tableaux I et II, mais à des concentrations suffisamment faibles pour ne pas provoquer d'effets néfastes.

- **Tableau IV** : il comprend 6 substances du tableau I (dont l'héroïne et le cannabis), considérées comme particulièrement dangereuses et dont la valeur thérapeutique est inexistante.

La Convention ne donne pas de définition du terme "**stupéfiant**" et ne donne pas précisément les critères du classement alors que celui-ci va déterminer le régime plus ou moins rigoureux du contrôle.

Le commentaire officiel de la Convention précise seulement que les nouvelles substances contrôlées seront inscrites au tableau I, si elles présentent un risque d'abus plus ou moins comparable à celui de la morphine, de la cocaïne ou du cannabis et plus grand que celui de la codéine et au tableau II si elles présentent un risque d'abus ne dépassant pas celui de la codéine.

b) La Convention sur les substances psychotropes de 1971
(voir annexe 9)

Elle s'applique à une soixantaine de substances d'origine synthétique qui n'ont pas fait l'objet de classement dans la Convention Unique. Ces substances dont seul l'usage à des fins médicales ou scientifiques est admis, sont classées dans quatre tableaux :

- **Tableau I** : substances susceptibles d'entraîner des abus particulièrement graves et dont la valeur thérapeutique est très faible ou inexistante. On y trouve les **hallucinogènes**.

- **Tableau II** : substances susceptibles d'entraîner des abus mais dont la valeur thérapeutique est faible ou moyenne. On y trouve les **amphétamines** et le **THC** (principe actif du cannabis).

- **Tableau III** : substances susceptibles d'entraîner des abus mais dont la valeur thérapeutique est moyenne ou grande. On y trouve les **barbituriques**.

- **Tableau IV** : substances susceptibles d'entraîner des abus mais constituant un risque faible pour la santé et dont la valeur thérapeutique est faible à grande. On y trouve des **hypnotiques, tranquillisants, analgésiques**.

La Convention ne donne pas de définition du terme "**psychotrope**", mais précise les caractéristiques d'une substance susceptible d'être contrôlée. Il s'agit des substances "pouvant provoquer un état de **dépendance** et une stimulation ou une dépression du **système nerveux central**... ou des **abus** et des **effets nocifs**... tels qu'elles constituent un problème de **santé publique** et un **problème social** justifiant qu'elles soient placées sous contrôle international".

B) Droit français

Les substances contrôlées par les conventions internationales font partie des "**substances vénéneuses**" réglementées par le **Code de la Santé Publique** (art. 5149 et s.). Elles sont classées de la façon suivantes :

- **Substances stupéfiantes** : cette catégorie comprend les **stupéfiants** de la Convention Unique ainsi que les **psychotropes** des Tableaux I et II de la Convention sur les psychotropes (hallucinogènes, amphétamines). La liste des stupéfiants est fixée par arrêté ministériel. **L'arrêté du 22/2/1990 (voir annexe 10)**, répartit environ 150 substances dans quatre annexes :

- **Annexe I** qui comprend une centaine de substances parmi lesquelles le cannabis, les feuilles de coca, la cocaïne, l'héroïne, la méthadone, la morphine, l'opium.

- **Annexe II** qui comprend une dizaine de substances parmi lesquelles la codéine.

- **Annexe III** qui comprend les amphétamines; le LSD

- **Annexe IV** qui comprend une dizaine de substances parmi lesquelles les champignons hallucinogènes, le THC (principe actif du cannabis).

La production, la mise sur le marché et l'emploi de ces substances sont **interdits**, à moins d'une autorisation expresse donnée par le ministre chargé de la Santé.

- **Substances psychotropes** : cette catégorie reprend les psychotropes des Tableaux III et IV de la Convention sur les psychotropes (**voir annexe 11**).

- **Substances, médicaments et produits vénéneux** présentant des risques directs ou indirects pour la santé. Il sont répartis en deux listes :

- **La liste I** qui comprend environ 500 substances présentant les risques les plus élevés pour la santé parmi lesquelles une cinquantaine sont classées parmi les substances psychotropes : anxiolytiques (benzodiazépines), antidépresseurs, barbituriques, buprénorphine.

- **La liste II** qui comprend environ 1000 substances parmi lesquelles des barbituriques, des tranquillisants, des hypnotiques.

Les médicaments relevant de la liste I ou II, ne peuvent être prescrits pour une durée de traitement supérieure à 12 mois. Cette durée peut être réduite par arrêté ministériel. L'arrêté du 7/10/1991 a ainsi réduit respectivement à 4 et à 12 semaines la durée de prescription des médicaments à propriété hypnotique et à propriété anxiolytique inscrits sur la liste I.

4. CONCLUSION

a) Les premières classifications permettent de regrouper ces substances en fonction de leurs effets sur le système nerveux central et de leurs propriétés thérapeutiques. Elles ne reposent pas sur le pouvoir qu'ont les différentes drogues de susciter des abus toxicomaniaques.

b) Les classifications cherchant à tenir compte de ce pouvoir reposent sur les notions de dépendance psychique, de dépendance physique et de tolérance. On peut constater que les résultats de ces classifications qui s'appliquent à l'ensemble des drogues, y compris l'alcool et le tabac, ne coïncident pas toujours avec ceux fondés sur la notion de drogue licite ou illicite qui résulte des classifications juridiques.

c) Les classifications juridiques qu'elle soient internationales ou nationales, reposent sur le critère de valeur thérapeutique des substances (le seul usage licite étant l'utilisation à des fins médicales ou scientifiques). Les stupéfiants qui n'ont pas d'utilisation médicale sont donc considérés comme les plus dangereux ; c'est pourquoi le cannabis figure dans le tableau IV de la Convention Unique.

La distinction qui est faite entre psychotropes et stupéfiants par les conventions internationales, (le contrôle est plus rigoureux sur les stupéfiants que sur les psychotropes), ne repose pas sur une base conceptuelle clairement définie. C'est ainsi que le principe actif du cannabis (THC), est classé parmi les psychotropes alors que le cannabis est classé parmi les stupéfiants. Par ailleurs, on peut s'interroger sur le fait que le LSD figure dans la catégorie des psychotropes et non des stupéfiants. Les classifications juridiques françaises ne reproduisent d'ailleurs pas ces distinctions : le THC, le cannabis et le LSD figurent parmi les stupéfiants ainsi que les amphétamines. La catégorie des psychotropes ne concerne que les médicaments psychotropes.

Nous verrons que les classifications juridiques reposent également sur d'autres considérations. Elles ont pu être influencées par des intérêts d'Etat ou privés. C'est ainsi que des conflits d'intérêt entre pays producteurs et pays consommateurs sont apparus dès les premières négociations internationales sur le contrôle des stupéfiants au début du siècle. Certains pays qui tiraient des revenus du commerce de l'opium, s'opposaient à sa prohibition, alors que celle-ci était réclamée par d'autres. Les biais restent évidents en ce qui concerne la production d'alcool et de tabac.

II - DONNEES ACTUELLES SUR LE MODE D'ACTION DES DIFFERENTES SUBSTANCES

Remarques liminaires

Il nous a paru utile d'expliciter quelques termes qui seront utilisés dans notre analyse.

La neurotransmission :

Nous verrons que toutes les drogues ont une influence sur la neurotransmission, ou communication chimique entre cellules nerveuses faisant intervenir des substances naturelles d'origine endogène ou **neuromédiateurs**. La neurotransmission constitue l'un des mécanismes fondamentaux du traitement de l'information dans le cerveau, principalement au niveau de contacts spécialisés entre

cellules nerveuses ou synapses. Les drogues "toxicomanogènes" agissent sur les différentes étapes du phénomène de neurotransmission :

- synthèse et stockage des neuromédiateurs dans les neurones.
- libération présynaptique du neuromédiateur par le neurone émetteur, dans l'espace ou fente synaptique compris entre deux neurones.
- liaison du neuromédiateur libéré sur des sites spécifiques portés par des récepteurs présents dans la membrane du neurone récepteur postsynaptique.
- inactivation du neuromédiateur libéré, par dégradation ou par recapture par le neurone qui l'a libéré.

Actuellement une quarantaine de neuromédiateurs ont été décrits comme intervenant dans le fonctionnement du système nerveux central et un même neurone peut libérer plusieurs médiateurs. Les divers systèmes de neuromédiateurs interagissent entre eux de manière très complexe. Mais trois d'entre eux apparaissent particulièrement concernés par plusieurs drogues toxicomanogènes : la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine qui forment les systèmes aminergiques ascendants centraux.

- Le système dopaminergique :

L'essentiel des corps cellulaires des neurones dopaminergiques ascendants est situé dans 2 noyaux du mésencéphale :

- La substance noire : les axones de ces cellules innervent des régions du cerveau impliquées dans le contrôle de la motricité.

- L'aire tegmentale ventrale : cette région contient des corps cellulaires qui innervent les aires du cortex cérébral et du système limbique. Le système limbique intervient dans le contrôle des émotions, des affects et des motivations. Il est aussi connecté à différentes structures parmi lesquelles l'hypophyse dont on connaît le rôle dans la libération du cortisol, une des hormones qui accompagnent les réactions de stress. Les aires du cortex cérébral innervées par l'aire tegmentale ventrale, les aires frontales, en particulier, sont particulièrement sensibles aux situations anxieuses, vraisemblablement parce qu'elles interviennent dans le traitement cognitif des informations.

Il a été montré que le système dopaminergique méso-cortico-limbique joue un rôle clé dans les différents phénomènes de renforcement comme l'autostimulation. Il fait partie d'un **système de récompense** qui serait impliqué dans le phénomène subjectif de plaisir éprouvé lors de la prise de drogue.

- Le système noradrénergique :

L'aspect très divergent des faisceaux noradrénergiques suggère que ces neurones modulent l'excitabilité des neurones directement impliqués dans le traitement de l'information dans l'ensemble du système nerveux central. Ces neurones sont activés par diverses formes de stimulations sensorielles (visuelle, auditive, tactile) et particulièrement lors d'un stimulus émotionnel. Le système noradrénergique semblerait plus directement impliqué dans l'expression de la dépendance physique aux drogues, tout particulièrement dans le cas des opiacés.

- Le système sérotoninergique :

La sérotonine (5HT), est le neuromédiateur d'un petit groupe de neurones dont les corps cellulaires sont situés dans les noyaux du raphé du tronc cérébral. Ce neuromédiateur joue un rôle important dans la régulation des fonctions vasculaires et gastro-intestinales, et également au niveau du système nerveux central incluant le contrôle de l'appétit, du sommeil, de l'humeur, du comportement et de la perception de la douleur.

La tolérance :

Comme dans la plupart des systèmes de neurotransmission, une exposition prolongée à un agoniste (1), provoque une inactivation des mécanismes de transductions membranaires, inactivation qui minimise la réponse que pourrait déclencher l'arrivée massive de ligands (2) sur les récepteurs. Elle peut également entraîner une réduction de la densité des récepteurs présents à la surface de la cellule, ce qui a pour conséquence de limiter les effets d'une stimulation excessive. Ces deux modifications sont vraisemblablement à l'origine du phénomène de **tolérance**. Ce phénomène peut aussi être attribué à des processus métaboliques : la drogue stimule la fabrication d'enzymes qui accélèrent la dégradation du produit.

La dépendance "physique" :

C'est un état adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou que son action est contrecarrée par un effecteur spécifique après exposition prolongée à la drogue. Ces troubles, c'est-à-dire les symptômes de sevrage ou d'abstinence, se composent de signes qui sont caractéristiques de chaque drogue.

(1) Un agoniste est un agent qui peut avoir un effet semblable à celui d'un neuromédiateur et stimuler le récepteur de ce neuromédiateur pour entraîner le même effet.

Un antagoniste est un agent qui peut s'opposer à la liaison d'un neuromédiateur à son récepteur en se liant à sa place mais sans entraîner de stimulation du récepteur.

(2) Ligand : regroupe les agonistes, les antagonistes et tout autre composé capable de se lier au récepteur.

La dépendance "psychique" :

C'est un état dans lequel une drogue utilisée régulièrement provoque un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant l'administration périodique ou continue de la drogue pour retrouver le plaisir ou éviter le malaise.

Description des modes d'action

Nous avons distingué 5 subdivisions : les analgésiques - narcotiques, les stimulants psychomoteurs, les psychomimétiques ou hallucinogènes, les dépresseurs centraux, les anxiolytiques. Pour chacune d'entre elles, nous avons indiqué de façon simplifiée, les récepteurs concernés et certains mécanismes mis en jeu. Nous n'avons pas tenu compte de l'intérêt thérapeutique ou du caractère plus ou moins toxique des substances, ni de leur caractère licite ou illicite.

A) LES ANALGESIQUES - NARCOTIQUES

Les drogues de la catégorie des opiacés (dérivés de l'opium) sont l'**opium**, la **morphine**, l'**héroïne** et les analgésiques morphiniques de synthèse. Pour le soutien médicamenteux du sevrage, on a recours à la **méthadone**, qui bien qu'étant un opiacé, présente trois avantages : éviter le recours à l'injection, permettre un espacement des prises, posséder une moindre toxicité.

Les opiacés agissent sur des récepteurs spécifiques localisés principalement :

- dans le striatum, le thalamus et le noyau caudé.
- dans les zones impliquées dans l'intégration des informations douloureuses, à savoir dans la corne dorsale de la moelle épinière.
- dans différentes structures du système limbique.

Il est communément admis qu'il existe trois classes de récepteurs opiacés : le type mu caractérisé pour sa haute affinité pour la morphine, le type delta fixant préférentiellement les enképhalines (1) et enfin le type kappa liant avec une forte affinité les dynorphines (1). Notons que ce sont essentiellement les substances qui activent le récepteur mu qui provoquent la dépendance. Ces trois types de récepteurs ont été clonés et séquencés. Une modification des mécanismes de transduction membranaire liés à ces récepteurs est mise en œuvre par l'absorption massive des opiacés. Elle explique que le phénomène de tolérance soit particulièrement marqué pour cette catégorie de drogues.

(1) Enképhalines, dynorphines : ce sont avec les béta endorphines, des peptides agonistes naturels des récepteurs de la morphine.

De nombreuses données montrent que les morphiniques, en stimulant les récepteurs opiacés, agissent sur la région mésolimbique. Les substances opioïdes sont donc capables de contrôler et de moduler l'activité neuronale des systèmes dopaminergiques dont on sait qu'ils sont impliqués dans les processus d'euphorie.

Certains des produits de cette classe sont utilisés comme antitussifs ou pour le traitement de la douleur. Cette catégorie de drogues provoque des effets très marqués de dépendance et un syndrome de sevrage à l'arrêt de la prise de la drogue.

B) LES STIMULANTS PSYCHOMOTEURS

Les neuromédiateurs mis en jeu par les stimulants, sont les catécholamines, notamment la dopamine et la noradrénaline.

1 - L'**amphétamine**, inhibe non seulement la recapture de dopamine et de noradrénaline mais surtout augmente la libération de ces neuromédiateurs.

2 - La **cocaïne** bloque la recapture de la dopamine, de la noradrénaline, de la sérotonine. Le neuromédiateur reste dans la fente synaptique où il continue à stimuler le neurone postsynaptique. La cocaïne est sans effet sur la libération de neuromédiateur, excepté à fortes concentrations.

La cocaïne et l'amphétamine exacerbent fortement les transmissions dopaminergique et noradrénergique. Cependant, leurs effets modifient l'activité et la réactivité d'un ensemble neuronal modulateur plus complexe ne dépendant pas uniquement de ces deux systèmes.

L'action de la cocaïne et de l'amphétamine sur le système dopaminergique explique vraisemblablement les effets d'euphorie, d'excitation et les autres modifications comportementales observées. La dépendance physique entraînée par la cocaïne et l'amphétamine est plus difficile à mettre en évidence que celle provoquée par les narcotiques mais on observe une forte dépendance psychique.

Le crack est un dérivé chimique de la pâte base de cocaïne. Il se présente sous la forme de cristaux qui sont fumés. Il provoque de graves troubles respiratoires et cérébraux et une forte dépendance s'installe rapidement.

3 - La **nicotine** : ses sites récepteurs (récepteurs nicotiniques), sont les récepteurs de l'acétylcholine dans le système nerveux central.

La nicotine augmente l'activité noradrénergique centrale avec stimulation de certains noyaux gris centraux. Elle entraîne une stimulation sympathique et parasympathique avec une action centrale noradrénergique et cholinergique.

D'autre part, la nicotine active la transmission dopaminergique au niveau du cortex préfrontal. Elle stimule la libération de dopamine au niveau présynaptique.

Les mécanismes de dépendance à la nicotine pourraient faire intervenir, comme dans les cas précédents, le système dopaminergique qui interagirait avec le système cholinergique.

4 - Les **méthylxanthines** : les principaux agents de cette catégorie de drogues stimulantes sont la caféine et la théophylline, essentiellement présentes dans le thé, le café et le cacao. En plus des effets de stimulation du système nerveux central, ces drogues provoquent une stimulation des muscles cardiaques et une relaxation des muscles bronchiques. Ces deux derniers effets sont voisins de ceux provoqués par des stimulations adrénérgiques.

La théophylline est utilisée dans le traitement de l'asthme.

C) LES PSYCHOMIMETIQUES OU HALLUCINOGENES

1 - Le **LSD** (lysergic acid diethylamide) : l'absorption de cette drogue provoque des désordres de la perception induisant notamment des hallucinations visuelles, auditives, tactiles et olfactives. Dans les tissus périphériques le LSD agit comme un antagoniste des récepteurs sérotoninergiques (5HT) mais dans le système nerveux central, il possède essentiellement les propriétés d'un agoniste (notamment au niveau du raphé).

Le LSD est reconnu pour ne pas produire de syndrome de dépendance physique ou psychique.

2 - La **mescaline**, autre drogue de ce groupe, possède une structure voisine de celle des amphétamines et son action s'exerce essentiellement sur les neurones noradrénérgiques. Cependant, son effet psychomimétique est voisin de celui exercé par le LSD.

3 - La **phencyclidine**, contrairement aux drogues précédentes, n'est pas liée directement au système de neurotransmission aminérgique. Elle a été utilisée comme anesthésique en raison de ses effets analgésiques. Mais on s'est aperçu qu'elle avait des effets semblables à ceux des psychomimétiques (hallucinations et désorientation).

Les mécanismes d'action de cette drogue sont complexes : la phencyclidine se lie aux récepteurs opioïdes et bloque les récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) activés par le glutamate. De plus, la drogue interagit avec d'autres systèmes de neurotransmission.

4 - Le **cannabis** agit sur des récepteurs spécifiques à l'agent actif de la plante, le Delta 9 tétrahydrocannabinol (**9 THC**). Récemment un ligand endogène a été identifié : l'anandamide.

Les récepteurs au THC sont situés dans plusieurs structures cérébrales. Ils sont particulièrement denses dans les ganglions de la base et du cervelet ainsi que dans l'hippocampe, ce qui suggère l'implication du THC dans le contrôle du mouvement et expliquerait les troubles mnésiques et cognitifs sous l'effet de cette drogue.

Ces drogues ont peu ou pas d'application thérapeutique.

La littérature concernant les interactions entre le THC et le système dopaminergique est contradictoire. En effet, il a été montré que, à de fortes concentrations, le THC inhibe la recapture et stimule la libération de dopamine et de noradrénaline, alors qu'à des concentrations plus faibles, les effets sont inversés. Il n'est pas évident que les effets euphorisants du cannabis soient uniquement liés au système dopaminergique méso-cortico-limbique. L'hypothèse d'une interaction avec la transmission noradrénergique n'est pas à exclure.

D) LES DEPRESSEURS CENTRAUX

1- **L'éthanol** : plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer le mode d'action complexe de l'alcool sur le système nerveux central.

L'alcool est recherché pour ses effets anxiolytiques à faible dose. Cet effet tranquillisant (effet qui ressemblerait à ceux des benzodiazépines) proviendrait de la potentialisation de récepteurs inhibiteurs comme celui du GABA¹ ou de la glycine. A fortes doses, les effets principaux de l'alcool sur le système nerveux central ressemblent (par leurs effets dépresseurs) à ceux provoqués par certains anesthésiques.

Les effets aigus de l'alcool seraient provoqués par l'intermédiaire d'un autre système de neurotransmission, le système glutamatergique, notamment par ses récepteurs NMDA.

1 Le **GABA** est le principal neuromédiateur inhibiteur et est présent relativement uniformément dans tout le cerveau. Il commande l'ouverture de canaux perméables au chlore, à la différence des neuromédiateurs excitateurs comme l'acétylcholine, le glutamate qui ouvrent des canaux sélectifs pour les cations (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺...).

La **glycine** est aussi un neuromédiateur inhibiteur que l'on trouve essentiellement dans la moelle épinière. De plus, il est intéressant de noter que l'éthanol peut interagir avec les récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine. Ceci pouvant être une base d'explication à la consommation fréquemment associée d'alcool et de nicotine.

De nombreux neuromédiateurs, comme la dopamine, la sérotonine et la norépinéphrine (les neuromédiateurs monoaminergiques) sont affectés pendant la prise d'alcool. Ceci est susceptible d'expliquer au moins partiellement les désordres mentaux et comportementaux lors de forte absorption d'alcool.

Les altérations du système GABAergique pourraient expliquer le phénomène de dépendance.

2 - Les barbituriques : Leurs mécanismes d'action ne sont pas totalement déterminés. Ils provoqueraient une potentialisation de l'inhibition par l'intermédiaire des récepteurs GABA. Ils ne se fixeraient cependant pas sur le même site du récepteur que les benzodiazépines. Leurs actions seraient moins spécifiques.

Les barbituriques sont utilisés comme agents anxiolytiques mais également comme somnifères. A fortes doses, ils perdent leur pouvoir sédatif laissant place à l'ivresse barbiturique.

Ces drogues produisent un phénomène de dépendance et de tolérance important et les risques liés à la surdose sont grands.

3 - Les anesthésiques : sous ce nom, il existe un nombre très important d'agents dont les mécanismes d'action sont complexes, variés et parfois assez mal déterminés. On distingue essentiellement deux groupes de produits selon leur mode d'administration : par inhalation ou par injection intraveineuse. Tous les anesthésiques agissent de façon importante sur le système nerveux central, mais ils affectent également fortement les systèmes cardiovasculaires et respiratoires.

Divers travaux montrent que les anesthésiques affecteraient l'état de la membrane lipidique et ainsi en altéreraient ses fonctions. D'autre part, les anesthésiques pourraient interagir avec diverses protéines membranaires intervenant dans le transfert d'ions et ainsi perturber la perméabilité ionique de la membrane cellulaire. Classiquement, l'effet principal des anesthésiques locaux au niveau cellulaire, est l'inhibition de la conduction de potentiels d'action ainsi que l'inhibition de la transmission synaptique.

E) LES ANXIOLYTIQUES

Les **benzodiazépines** accroissent l'effet inhibiteur du GABA, ce qui explique leur effet anxiolytique. Il a été établi que les benzodiazépines agissent au niveau de sites spécifiques présents sur le récepteur du GABA mais distincts, tant du site de liaison de ce dernier que de celui des barbituriques.

L'absorption de benzodiazépines provoque des effets multiples, essentiellement une réduction de l'anxiété et de l'agressivité, un sentiment de sédation, une relaxation musculaire accompagnée d'une certaine désorganisation motrice. Les benzodiazépines sont également des anticonvulsivants très efficaces.

Contrairement à de nombreux autres sédatifs, les benzodiazépines présentent relativement peu de risques de surdose mais ces drogues produisent un effet de dépendance important. A ce propos, il est intéressant de noter que les benzodiazépines sont connus pour provoquer des baisses du renouvellement métabolique de la dopamine dans le système dopaminergique mésolimbique.

*

CONCLUSION

Après avoir tenté de décrire les modes d'action des différentes drogues, résumés dans la table 1, il nous semble important de formuler des remarques sur les points suivants :

1. Les connaissances apportées ces dernières années dans le domaine de la neurobiologie et de la pharmacologie ne permettent pas de justifier la distinction actuelle entre drogues licites et drogues illicites.

2. Ceci ne signifie évidemment pas que toutes les drogues sont équivalentes en ce qui concerne les risques de mortalité et de morbidité qu'entraîne leur consommation.

1 - Il est intéressant de noter que la plupart des drogues mettent en jeu des mécanismes intracérébraux communs, notamment pour plusieurs d'entre elles, une activation du système dopaminergique. Il est raisonnable d'envisager que les drogues qui entraînent une dépendance physique : morphine, héroïne, éthanol, nicotine agissent sur les systèmes aminergiques ascendants centraux (dopamine, noradrénaline) suivant un mécanisme commun. C'est la raison pour laquelle il n'est pas possible d'établir une distinction entre drogue licite et illicite sur des bases neurobiologiques et pharmacologiques.

2 - La dangerosité des substances agissant sur le système nerveux central nous paraît essentielle puisque une réglementation rationnelle de ces substances devrait être établie en fonction des risques que leur consommation est susceptible d'entraîner. Mais ces **risques** sont parfois difficiles à évaluer car ils sont de nature différente et dépendent souvent de plusieurs facteurs. Nous ne verrons ici que les dangers potentiels pour la santé des utilisateurs. Les risques sociaux seront évoqués dans la partie éthique du rapport.

Les risques dépendent tout d'abord des **doses** utilisées. Nous avons vu que la même substance peut être bénéfique à faible dose et toxique à forte dose. L'usage thérapeutique lui-même nécessite parfois l'emploi de fortes doses comme dans le cas de l'utilisation de morphiniques pour le traitement de la douleur. Ils dépendent également de la **fréquence** d'utilisation des substances.

Par ailleurs, les effets peuvent être cumulés lorsque **plusieurs substances** agissant sur le système nerveux central sont utilisées en association, soit dans un cadre thérapeutique, soit dans le cas d'une polytoxicomanie.

Les risques sont également liés aux **produits** éventuellement ajoutés aux drogues elles-mêmes et qui sont souvent responsables des morts par surdose.

Les risques varient aussi en fonction du **mode d'absorption**. L'administration par voie intraveineuse est la plus dangereuse en raison du risque d'infection et de propagation de virus, risque augmenté par le phénomène d'immunodépression provoqué par les opiacés.

Enfin, les risques sont fonction de la **sensibilité individuelle** de l'utilisateur (facteurs génétiques et épigénétiques), du contexte et de la motivation de la prise du produit.

Il faut mentionner une difficulté supplémentaire qui est due au manque d'études épidémiologiques permettant l'évaluation des risques à long terme de la consommation de substances illicites. Ceci est en partie dû au caractère clandestin de l'usage de ces substances.

Nous pouvons cependant dégager quelques éléments sur le caractère plus ou moins **dangereux** des différentes substances énumérées :

En ce qui concerne les effets à **court terme**, les risques de décès par surdose sont importants pour les opiacés (90 % des cas recensés sont liés à la prise d'héroïne) et également pour les barbituriques et les anesthésiques.

Les effets à **moyen et long terme** diffèrent également selon les drogues. On décrit en effet une **dépendance** physique considérable en ce qui concerne les opiacés et une dépendance également très forte en ce qui concerne le tabac, l'alcool et les benzodiazépines alors qu'elle est considérée comme inexistante ou faible pour le cannabis, la cocaïne ou le LSD. Les données scientifiques sur la dépendance, qui ne font pas encore l'objet d'un total consensus, sont au cœur des controverses sur l'usage des drogues. En tout état de cause, elles sont mal connues d'une opinion qui tend à faire l'amalgame sur ce point entre les opiacés et les autres produits illicites tout en sous-estimant l'effet de dépendance provoqué par l'alcool et le tabac.

- La consommation chronique d'opiacés provoque de graves troubles gastro-intestinaux, un phénomène d'immunodépression et un état de dénutrition. L'apparition de troubles psychopathologiques est probable.

- L'usage chronique à forte dose de barbituriques provoque des troubles neurologiques, respiratoires et cardiaques ainsi qu'une altération de l'état général.

- Les risques liés à l'alcoolisme sont connus : cirrhose du foie, cancer du foie, polynévrite, psychose alcoolique. Ceux liés au tabagisme également : cancers, cardiopathies ischémiques, bronchites chroniques.

- En ce qui concerne le cannabis, il est difficile d'avoir une opinion sur les risques à long terme en raison du climat souvent passionnel qui entoure la question de l'usage de cette drogue et de son éventuelle dépénalisation. Il est notamment difficile d'avoir des preuves objectives que le cannabis est susceptible d'entraîner des troubles psychopathologiques tels que des psychoses schizophréniques. Les risques le plus souvent cités sont un désordre dans l'apprentissage et la performance motrice, des troubles de la concentration et de la mémoire, une baisse du taux sanguin de la testostérone et une diminution de la spermatogenèse. Ces résultats sont fortement remis en cause par d'autres études.

- Les effets cliniques des benzodiazépines font également l'objet de controverses, notamment pour les effets à long terme sur la mémoire (mais non pour les effets à court terme).

- En ce qui concerne le LSD, la phencyclidine, les amphétamines, la cocaïne, il n'est pas prouvé que ces drogues provoquent des psychoses mais elles peuvent exacerber ou révéler de telles pathologies.

- Enfin les méthylxanthines (thé, café, cacao) ont peu d'effets nocifs à long terme.

Sur un autre plan, il y a lieu d'insister sur le fait que les conséquences nocives des produits sont liées à l'état psychologique, à l'environnement, aux conditions socio-économiques qui accompagnent la consommation de ces produits ainsi qu'à leurs effets plus ou moins désocialisants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ce travail a été élaboré notamment à partir de quatre documents dans lesquels figurent également les références bibliographiques :

1 - Pharmacology, H.P. RANG et M.M. DALE, Edimburg : Churchill Livingstone, 1991

2 - Les drogues et le cerveau, S. SNYDER, Paris : Ed. Pour la Science, 1987

3 - Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services, Rockville Maryland, 1990

4 - Etat des connaissances neurobiologiques sur les produits de consommation illicite réalisé à la demande de la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie par F. TROVERO, S. PIROT et J.P. TASSIN, INSERM U 114, 1992

TABLE 1

CLASSIFICATION TENANT COMPTE DES MODES D'ACTION (1)

A) ANALGESIQUES - NARCOTIQUES			
	Dépendance	Récepteur	Risque de surdose
morphine	++++	A récepteurs μ opiacés	F
héroïne	++++	A récepteurs μ opiacés	F
méthadone	++++	A récepteurs μ opiacés	F

B) STIMULANTS PSYCHOMOTEURS			
	Dépendance	Récepteur	Risque de surdose
amphétamines	+++ (ψ)	A libération catécholamines	?
cocaïne	+++ (ψ)	I capture catécholamines	?
méthylxanthines	+	I récepteur des purines I phosphodiésterases	M
nicotine	++++	A récepteur acétylcholine du SNC	M

C) PSYCHOMIMETIQUES			
	Dépendance	Récepteur	Risque de surdose
LSD	±	A récepteur sérotonine	?
mescaline	±	récepteur noradrénergique	M
phencyclidine	++	plusieurs canaux ioniques récepteur NMDA récepteur opioïdes	?
cannabis	±	A récepteur THC	M

D) DEPRESSEURS CENTRAUX			
	Dépendance	Récepteur	Risque de surdose
éthanol	+++	récepteur NMDA - système aminergique A récepteur GABA	M
barbituriques	+++	A allostériques récepteur GABA	F
anesthésiques	++	I canaux ioniques SNC	F

E) ANXIOLYTIQUES			
	Dépendance	Récepteur	Risque de surdose
benzodiazépines	+++	A allostériques récepteur GABA	M

(1) Cette table a été conçue pour partie d'après le livre "Pharmacology" de H.P. RANG ET M.M. DALE

- Un agent allostérique est un effecteur d'un récepteur se liant à un site distinct de celui du neuromédiateur.

- Signification des symboles :

- ψ = indique que la dépendance est essentiellement psychique
- A = agoniste
- I = inhibiteur
- F = fort
- M = mineur ou nul
- ? = mal connu ou controversé

TOXICOMANIES

DONNÉES JURIDIQUES

Il n'existe pas en droit positif français de définition juridique de la drogue ou de la toxicomanie. Il n'existe pas non plus de corrélation entre les classifications scientifiques des drogues en fonction de leurs effets sur le système nerveux central, de leur capacité de provoquer une dépendance physique ou psychique et un phénomène de tolérance, et le régime juridique auquel sont soumises ces substances.

Parmi les substances qui peuvent induire des comportements toxicomaniacs, certaines comme le tabac ou l'alcool sont licites, bien que plus ou moins réglementées, d'autres figurent sur la liste des stupéfiants, fixée par arrêté ministériel, ce qui les rend illicites : leur usage est interdit, leur production, commerce et propagande sont réprimés.

La réglementation française concernant les drogues licites et illicites se trouve :

- pour le tabac, dans le **code de la santé publique**
- pour l'alcool, dans le **code de la santé publique** et le **code des débits de boissons**
- pour les substances stupéfiantes, dans le **code de la santé publique**, le **nouveau code pénal** et le **code des douanes**

En matière de drogues illicites, le droit français est soumis au **droit international**. La France a en effet ratifié les trois conventions de l'ONU dans ce domaine :

- La **Convention unique sur les stupéfiants** de 1961, qui organise un contrôle sur la production et l'utilisation des substances qu'elle énumère en annexe¹ et qui institue une obligation générale pour les parties, de prendre des dispositions pour en limiter l'emploi à des fins exclusivement médicales ou scientifiques.

¹ voir annexe 8

- La Convention sur les psychotropes² de 1971 qui organise un contrôle moins rigoureux

- La Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de psychotropes de 1988

LES DROGUES LICITES

L'alcoolisme et le tabagisme font partie, au même titre que la toxicomanie, des "fléaux sociaux"³ auxquels est consacré le livre III du code de la santé publique. Mais si la lutte contre la toxicomanie repose essentiellement sur la répression de la consommation et de l'offre de stupéfiants, la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme s'appuie surtout sur la prévention⁴. Il n'est porté atteinte à la liberté de consommer du tabac ou de l'alcool qu'en vue de protéger les tiers.

2 voir annexe 9

3 alcool : 20 % des hommes et 5 % des femmes avaient en 1990 une consommation excessive d'alcool. En 1991, 12.000 décès étaient directement liés à l'alcool auxquels se sont ajoutés 38.000 décès indirectement liés. Cependant la consommation moyenne a diminué d'environ un quart entre 1975 et 1989 et la part des décès directement liés à l'alcool a, elle, diminué de près de la moitié. Cette diminution peut être attribuée à la politique de prévention et également aux changements de mode de vie et d'alimentation ainsi qu'aux progrès de la médecine.

Sources : Les indicateurs de l'alcoolisation 1992, Haut comité de la santé publique : Paris, La documentation française

tabac : la consommation moyenne de tabac par adulte de plus de 15 ans était en 1987 de 2.268 cigarettes par an (Rapport sur la santé des français 1989). Le Prof. M. Tubiana estime à 60.000 par an, le nombre de décès prématurés dus au tabac et considère qu'au rythme de consommation actuelle des jeunes, ce chiffre sera de cent vingt mille morts au début du siècle prochain. Le Monde, 26/5/1994

4 La prévention a récemment été renforcée par la loi du 10/1/1991 (loi EVIN), relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Cependant l'application de ce texte qui comporte des mesures limitant la publicité est actuellement fortement menacée. De nombreux secteurs professionnels (producteurs, média, organisateurs de manifestations sportives) demandent son assouplissement. Ceux-ci ont déjà obtenu par un amendement adopté le 8/8/1994, que la publicité en faveur de l'alcool ne soit plus limitée aux zones de production comme le prévoyait la loi.

1. L'ALCOOL

1.1. Mesures préventives

Elles reposent sur une réglementation du commerce et de la publicité ainsi que sur la protection des mineurs.

Le code des débits de boissons précise les conditions de commercialisation des boissons qui sont classées en 5 groupes en fonction de leur titre alcoolique*. La **vente à crédit** des boissons des 3 derniers groupes est interdite. Depuis la loi du 10/1/1991, la vente et la distribution sont interdites dans **certains lieux** : stades, établissements d'activités sportives, point de vente de carburants entre 22h et 6h. Les **distributeurs automatiques** de boissons alcoolisées sont également interdits.

L'exploitant d'un débit de boissons doit posséder une licence. L'ouverture d'un nouvel établissement est soumise à certaines conditions : il ne peut y avoir plus d'un débit pour 450 habitants dans la commune et certaines zones sont protégées.

La vente ou la distribution de toutes boissons alcoolisées est interdite aux **mineurs** de 16 ans et celle des boissons des 3 derniers groupes aux mineurs de plus de 16 ans. De plus, il est interdit de recevoir dans les débits de boissons, des mineurs de 16 ans non accompagnés d'un adulte.

La publicité pour les boissons dont le degré volumique d'alcool est supérieur à 1,2 % a été limitée par la loi du 10/1/1991 à des lieux et supports limitativement énumérés : elle est autorisée dans la presse écrite (sauf publication pour la jeunesse), à la radio de 0h à 17h (le mercredi de 0h à 7h), sous forme d'envoi de documents informatifs, en faveur de manifestations diverses (fêtes, foires...). La publicité sous forme d'affiches et d'enseignes devait être limitée aux zones de production, dans des conditions qui devaient être précisées par décret. Une modification de la loi vient de l'autoriser sur tout le territoire.

Le texte publicitaire ne doit comporter que des mentions informatives limitativement énumérées. Il doit être assorti d'un message de caractère sanitaire précisant que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé.

-
- * Groupe 1 : boisson non alcoolisées
 - Groupe 2 : cidre, bière, vin
 - Groupe 3 : apéritifs, liqueurs
 - Groupe 4 : alcools distillés (cognac, armagnac...)
 - Groupe 5 : apéritifs anisés, whisky, gin, vodka

1.2. Mesures répressives

La consommation abusive d'alcool est réprimée lorsqu'elle trouble l'ordre public ou lorsqu'elle fait courir un danger à autrui.

L'**ivresse** est sanctionnée par l'art. 65 du code des débits de boissons, lorsqu'elle est **manifeste** et se produit dans un **lieu public**. Les sanctions sont progressives (amendes et peines d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à un an). Un casier spécial des contraventions d'alcoolisme, automatisé depuis 1981, permet de vérifier les récidives. Le tribunal peut en outre, prononcer la déchéance des droits civiques et familiaux et une interdiction temporaire de conduite. Dans la pratique, l'ivresse n'est la plupart du temps sanctionnée que lorsqu'elle s'accompagne d'une autre infraction.

La **conduite en état alcoolique** (taux d'alcool dans le sang supérieur ou égal à 0,7 g pour mille)⁵, est réprimée par l'art. L.1 du code de la route. Les sanctions encourues sont une amende de 30 000 Frs maximum et/ou une peine de prison de 2 ans maximum ainsi que la suspension du permis de conduire. En cas de blessure ou d'homicide involontaire, l'état alcoolique constitue une circonstance aggravante : les peines maximum encourues ont été portées à 5 ans dans le nouveau code pénal⁶.

Les **alcooliques dangereux** peuvent être placés sous le contrôle de l'autorité sanitaire depuis la loi du 15/4/1954 codifiée dans le code de la santé publique (art. L.355-1 à L.355-13). Le placement peut être décidé à l'occasion de poursuites judiciaires, sur certificat médical ou à la suite du rapport d'une assistance sociale. Sur requête d'une commission médicale, l'intéressé est cité devant le tribunal de grande instance qui peut, s'il reconnaît que l'alcoolique est dangereux, ordonner son placement dans une institution spécialisée pour une durée de 6 mois maximum, renouvelable.

⁵ Ce taux est de 0,5 aux Pays-Bas et de 0,2 en Suède

⁶ Les tribunaux se montraient jusqu'à une époque récente peu sévères : une étude analysant la jurisprudence jusqu'en 1989, montre que les peines de prison ferme prononcées en cas de victime décédée étaient d'une durée moyenne de 6 semaines. F. Caballero, Droit de la drogue, Paris : éd. Dalloz, 1989

L'intéressé peut demander à tout moment à la commission médicale de comparaître à nouveau devant le tribunal en vue de mettre fin au placement. A sa sortie, il demeure soumis pendant un an à la surveillance d'un dispensaire d'hygiène sociale et mentale. En fait, cette mesure est peu utilisée : peu de centres spécialisés ont été créés et les praticiens considèrent qu'un traitement de désintoxication ne peut être efficace que si l'alcoolique s'y prête volontairement. Si l'on compare le statut de l'alcoolique à celui du toxicomane, on peut constater que le placement obligatoire de l'alcoolique présentant un danger pour autrui s'organise sous le contrôle du **juge civil**, alors que l'injonction thérapeutique qui est fondée sur le danger que la consommation de stupéfiants fait courir à l'usager lui-même, dépend d'une procédure pénale et est une alternative à l'emprisonnement.

2. LE TABAC

En 1974, l'OMS recommande aux Etats de prendre des mesures législatives visant à restreindre ou interdire la promotion des ventes de tabac. La première loi relative à la lutte contre le tabagisme est votée en France le 9/7/1976. Ce texte qui régleme la publicité sera rapidement détourné par les fabricants qui feront la promotion indirecte de leur marque en utilisant un produit autre que le tabac. La loi de 1976 a été modifiée par la loi du 10/1/1991 sur la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et complétée par le décret du 25/5/1992 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Ces textes ont été codifiés dans le code de la santé publique (art. L.355-24 à L.355-32).

2.1. Mesures préventives

Toute **publicité** directe ou indirecte en faveur du tabac est **interdite**. Cette interdiction s'applique à tous les supports (télévision, radio, cinéma, presse écrite...). Les opérations de parrainage sont également interdites lorsqu'elles ont pour objet ou pour effet la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac. Toutefois, le Comité national contre le tabagisme montre dans son rapport pour 1993, que la loi a largement été détournée par le biais de la publicité indirecte à laquelle l'industrie du tabac aurait consacré en 1993, un budget de plus de 53 millions de francs.

L'**information** des fumeurs sur les dangers du tabac est obligatoire : la mention "nuît gravement à la santé" doit figurer sur chaque unité de conditionnement de tabac. Sur chaque paquet de cigarettes, doit figurer la composition intégrale, la teneur moyenne en goudron et en nicotine ainsi qu'un message de caractère sanitaire. Une information de nature prophylactique doit être dispensée dans les établissements scolaires et à l'armée. Enfin, une manifestation annuelle intitulée "Jour sans tabac" est organisée le 31 mai.

2.2. Mesures répressives

En application du décret du 29/5/1992, il est **interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif**. Cette interdiction s'applique à tous les lieux fermés et couverts accueillant du public, ou qui constituent des lieux de travail ainsi qu'aux lieux non couverts fréquentés par les élèves dans les établissements scolaires. Une signalisation apparente doit rappeler le principe de l'interdiction de fumer et indiquer les emplacements mis à la disposition des fumeurs. Les fumeurs en infraction risquent une amende de 600 à 1.300 Frs.

LES DROGUES ILLICITES

La loi du **19/7/1845** qui réglementait la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses (72 produits parmi lesquels l'opium, la morphine, la cocaïne), n'avait pas pour objectif la répression de l'usage euphorisant de ces produits. Seul était visé le détournement de l'usage pharmaceutique à des fins criminelles (on compte 33 empoisonnements par arsenic en moyenne chaque année entre 1825 et 1850). En revanche, avec l'apparition des premières fumeries d'opium en France, c'est la condamnation de l'usage à des fins récréatives qui incite les législateurs à adopter la loi du **12/7/1916** qui crée le délit d'**usage en société** et sanctionne la production d'ordonnances fictives. Le haschisch est ajouté à la liste des substances vénéneuses, liste qui peut être complétée par voie réglementaire. C'est la loi du **24/12/1953** qui introduit pour la première fois la notion d'**usager/malade**. En effet, elle permet au juge d'astreindre le toxicomane à subir une cure de désintoxication dans un centre spécialisé. Cette mesure ne fut cependant jamais appliquée, les décrets n'ayant pas été publiés.

La loi du **31/12/1970**, "relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses", **aujourd'hui en vigueur**⁷, ne fait plus de distinction entre l'usage en société et l'usage privé. **Tout usage devient un délit**, mais l'usager délinquant est également considéré comme un malade devant bénéficier de mesures sanitaires. Le second volet de la loi concerne la répression du trafic. La volonté affirmée de façon constante par les pouvoirs publics de lutter de plus en plus fermement contre le trafic va se concrétiser par le vote ultérieur de plusieurs lois : loi du **17/1/1986** sur les "petits dealers", loi du **31/12/1987** sur le blanchiment de l'argent, loi du **14/11/1990** sur la confiscation des biens provenant du trafic. Le nouveau code pénal entré en vigueur le **1/3/1994** accentue encore la répression : certains délits deviennent des crimes et une nouvelle incrimination sanctionnée par la réclusion criminelle à perpétuité s'adresse au trafic organisé. Ces crimes sont jugés par une cour d'assise composée uniquement de magistrats professionnels comme en matière de terrorisme. Ce dispositif a été complété par la loi du **12/7/1990** relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux et par la loi du **19/12/1991** autorisant les officiers de police judiciaire et les agents des douanes à procéder à des opérations d'achat, de vente, de détention et de livraison de stupéfiants afin d'identifier les trafiquants. Cet ensemble de textes s'accompagne de règles de procédure dérogatoires au droit commun : comme en matière de terrorisme, la **garde à vue** peut durer 4 jours ; des **perquisitions** peuvent avoir lieu à toute heure du jour et de la nuit et la **contrainte par corps** pour assurer le paiement des amendes peut aller jusqu'à deux ans de prison alors qu'elle ne peut excéder quatre mois en droit commun.

⁷ Cette loi avait été codifiée dans le code de la santé publique, mais depuis l'entrée en vigueur du nouveau code pénal, le 1/3/1994, toutes les infractions relatives au trafic sont regroupées dans le **nouveau code pénal** au titre III "Atteintes à la personne humaine", chap. II "Atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne", (art. 222-34 à 222-46). Ne subsistent dans le **code de la santé publique**, que les articles concernant les délits d'usage et de provocation à l'usage (art. L.628 et L.630) ainsi que les mesures sanitaires (art. L.355-14 à L.355-20).

1. CHAMP D'APPLICATION DE LA LOI DE 1970

L'interdiction de l'usage et du trafic s'applique aux substances ou plantes figurant sur la liste des stupéfiants⁸ fixée par arrêté ministériel. La liste (environ 150 substances) actuellement en vigueur, est établie par l'arrêté du 22/2/1990⁹. Elle comporte les stupéfiants (parmi lesquels le cannabis, la cocaïne, les opiacés) soumis au contrôle de l'ONU par la Convention unique ainsi que certaines substances (amphétamines, hallucinogènes) classées dans la Convention sur les psychotropes. La production, la mise sur le marché et l'emploi de ces substances sont interdits, à moins d'une autorisation expresse donnée par le ministre chargé de la santé. Les médicaments classés comme stupéfiants sont soumis à des règles de prescription et de délivrance particulières : utilisation d'un carnet à souche, durée de prescription limitée à 7 jours ou pour certains médicaments désignés par arrêté ministériel, à 14 ou 18 jours. La prescription de produits anti-douleur (morphiniques ou apparentés) dans l'indication du traitement du substitué à l'héroïne se fait aujourd'hui hors de tout cadre légal puisqu'ils sont détournés de leur indication d'AMM. La **buprénorphine** (Temgésic*), analgésique fréquemment utilisé comme produit de substitution par les médecins généralistes, a été soumise par l'arrêté du 10/9/1992 à la règle du carnet à souche, bien que ne figurant pas sur la liste des stupéfiants, pour empêcher ce détournement. La **méthadone** également utilisée comme produit de substitution est un stupéfiant qui ne peut être délivré en pharmacie. Elle ne peut être prescrite que dans le cadre d'un protocole établi par le ministre chargé de la santé¹⁰.

⁸ Les stupéfiants font partie des substances vénéneuses réglementées par le code de la santé publique (art. L.626 et s. et R.5149 à R.5222). Voir rapport scientifique p. 5 et 6.

⁹ voir annexe 10

¹⁰ La pharmacie centrale des Hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris est seule dépositaire de la méthadone et seule habilitée à fabriquer le sirop (forme sous laquelle elle est administrée). Le nouveau protocole établi en février 1994 a assoupli les modalités de prescription de façon à augmenter le nombre de bénéficiaires. Il fixe les caractéristiques des centres (établissements hospitaliers ou institutions médico-sociales associatives) qui peuvent être autorisés à prescrire de la méthadone. Il précise également les critères auxquels doivent répondre les toxicomanes ainsi que les modalités de délivrance (quotidienne et sur place pour éviter le détournement vers un marché illicite).

2. LE DELIT D'USAGE

2.1. La répression

L'art. L.628 du code de la santé publique punit l'usage illicite de stupéfiants d'une peine d'emprisonnement de 2 mois à un an de prison et/ou d'une amende de 500 à 15.000 Frs. L'usage s'entend de l'absorption volontaire de stupéfiants, quel que soit le mode. La loi ne fait pas de distinction selon la nature du produit ou la quantité absorbée ni selon le caractère occasionnel ou habituel de l'usage¹¹. En général, la preuve du délit d'usage est facilitée par la détention du produit ou le port d'une seringue.

2.2. L'injonction thérapeutique

La particularité de la loi de 1970 est d'avoir prévu une alternative thérapeutique à la sanction pénale. En effet, **lorsqu'il s'agit d'une première infraction constatée**, le procureur ne peut pas poursuivre l'intéressé s'il fournit un certificat médical établissant qu'il s'est soumis à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale depuis les faits qui lui sont reprochés. En l'absence de certificat médical, le procureur peut enjoindre à l'usager de suivre une cure de désintoxication. Cette **injonction thérapeutique** suspend les poursuites et l'action sera éteinte si l'usager suit son traitement jusqu'à son terme. En cas de réitération de l'infraction, le procureur appréciera s'il convient ou non d'exercer les poursuites. Si l'usager accepte l'injonction, le procureur en informe l'autorité sanitaire (la DDASS). Celle-ci fait procéder à une enquête et à un examen médical de l'usager et lui enjoint, soit de se placer sous surveillance médicale, soit de se présenter dans un établissement agréé pour y subir une cure de désintoxication. L'intéressé doit faire parvenir un certificat médical à l'autorité sanitaire qui contrôle et informe le Parquet du déroulement de la cure. L'injonction thérapeutique n'est pas susceptible d'exécution sous la contrainte et aucun délai n'est fixé par la loi pour que l'usager se présente à l'autorité sanitaire. **Le refus ou l'interruption du traitement expose l'intéressé au déclenchement des poursuites.**

¹¹ Cependant, une circulaire du 12/5/1987 du Garde des Sceaux, recommande que l'usager occasionnel quel que soit le produit, ne fasse l'objet que d'un simple avertissement lorsque l'intéressé "présente de bonnes garanties d'insertion sociale, familiale et professionnelle".

2.3. Le traitement sous astreinte

Lorsque les poursuites sont engagées à l'encontre de l'usager, le juge d'instruction ou la juridiction de jugement, peuvent **astreindre** l'inculpé à subir une cure de désintoxication¹². Celle-ci se déroule alors sous l'autorité judiciaire contrairement à l'injonction thérapeutique qui se déroule sous la seule autorité de la DDASS; La juridiction pourra ne pas prononcer la peine prévue pour délit d'usage, si le toxicomane suit son traitement.

En application du droit commun, la cure de désintoxication peut également être une obligation imposée dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle ou du contrôle judiciaire.

3. LE TRAITEMENT DES TOXICOMANES EN DEHORS DE L'INTERVENTION JUDICIAIRE

3.1. Le traitement volontaire

Les personnes qui se présentent spontanément dans un centre spécialisé agréé ou dans un établissement hospitalier, bénéficient de la **gratuité** des soins et de l'**anonymat** si elles le demandent. Cependant, cet anonymat pourra être levé pour la répression de délits autres que l'usage illicite.

3.2. Le traitement des personnes signalées

L'autorité sanitaire peut proposer aux toxicomanes qui lui sont signalés par une assistante sociale ou un médecin, de suivre une cure de désintoxication si après enquête et examen médical, elle le juge nécessaire. Le Parquet n'est pas informé et aucune sanction n'est prévue si la cure n'est pas entreprise.

¹² Le rapport au Premier Ministre remis en 1990 par C. Trautmann, indique que dans la pratique, les magistrats ont renoncé à appliquer l'astreinte en raison de son inefficacité.

4. LES AUTRES INFRACTIONS A LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS

4.1. Les infractions connexes à l'usage

Pour se procurer de la drogue, l'usager commet fréquemment d'autres infractions à la législation sur les stupéfiants. Ces délits qui sont assimilés au **trafic**, sont punis de peines pouvant aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et/ou 50 millions d'amende. Il en est ainsi du transport, de la détention, de l'offre, de la cession, et de l'acquisition illicites de stupéfiants. Lorsque l'offre ou la cession est faite en vue de la consommation personnelle de l'acquéreur, la peine encourue n'est que de 5 ans de prison. Cette distinction a paradoxalement été introduite par la loi du 17/1/1986, pour renforcer la répression du petit trafic pratiqué par l'usager-revendeur, en permettant la procédure de comparution immédiate (celle-ci n'est pas applicable aux délits punis d'une peine supérieure à 5 ans de prison).

L'**importation** et l'**exportation** illicites de stupéfiants sont également punies d'une peine de 10 ans d'emprisonnement et/ou d'une amende de 50 millions. Le nouveau code pénal punit ces faits de 30 ans de réclusion criminelle lorsqu'ils sont commis en "bande organisée". Cette nouvelle incrimination permet de faire la distinction entre le trafiquant international et l'individu qui importe de la drogue pour sa consommation personnelle au retour d'un voyage touristique. Aux peines du code pénal, peuvent s'ajouter les peines de prison et d'amendes prévues par le code des douanes pour faits de contrebande.

Le fait de se faire délivrer des stupéfiants au moyen d'**ordonnances fictives** est également puni d'une peine de 10 ans d'emprisonnement et d'une amende.

4.2. L'incitation à l'usage

Le fait de **faciliter** par quelque moyen que ce soit, l'usage de stupéfiants ou de délivrer des stupéfiants sur présentation d'ordonnances en connaissant leur caractère fictif ou de complaisance est un délit puni de 10 ans d'emprisonnement et/ou de 50 millions d'amende.

Le fait de **provoquer** à l'usage ou de le montrer sous un jour favorable, est puni d'une peine de 5 ans et/ou d'une amende de 500.000 Frs. Ce délit vise essentiellement la presse et les médias ainsi que la production littéraire et artistique.

Nous verrons que de nombreuses mesures prises dans le cadre de la politique de réduction des risques peuvent être constitutives de ces deux délits.

4.3. La répression de grand trafic

Certains délits prévus par la loi de 1970 ont été transformés en **crimes** dans le nouveau code pénal. Il s'agit de la production et de la fabrication illicite de stupéfiants qui sont des crimes punis de 20 ans de réclusion criminelle (30 ans lorsqu'ils sont commis en bande organisée) et de 50 millions d'amende. Le fait de diriger ou d'organiser un groupement ayant pour objet le trafic de stupéfiants est une nouvelle incrimination punie de la **réclusion criminelle à perpétuité** et de 50 millions d'amende.

4.4. Le blanchiment de l'argent de la drogue

Le fait de faciliter par des moyens frauduleux la justification mensongère de l'origine des ressources de l'auteur d'une infraction à la législation sur les stupéfiants, est puni d'une peine de 10 ans d'emprisonnement et de un million d'amende¹³. La loi du 12/7/1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux permet, entre autres mesures, la levée du secret bancaire.

4.5. Peines complémentaires

Les juges peuvent ajouter aux peines prononcées en matière de trafic, des peines complémentaires (interdiction des droits civiques, confiscation des biens, interdiction du territoire à l'encontre des étrangers).

¹³ Un projet de loi destiné à intensifier la répression des nouvelles formes de trafic, prévoit que "toute personne qui sera en relation habituelle avec des revendeurs de drogue devra être en mesure de justifier son train de vie".

L'APPLICATION DE LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS

La justification de la **prohibition** au niveau international et national de certaines substances, repose sur le **danger sanitaire et social** que représente leur consommation. Pourtant, certains produits dont la consommation abusive peut se révéler fort dangereuse, sont tolérés et leur production est même soutenue financièrement comme celle du vin et du tabac.

La différence de régime avec l'alcool et le tabac s'explique par des raisons économiques et socio-culturelles. L'économie de plusieurs départements repose en effet presque exclusivement sur le vignoble. D'autre part, l'alcool est avant tout perçu par l'opinion publique comme un aliment traditionnel et son effet euphorisant est plus associé à l'idée de fête qu'à celle de drogue. Contrairement à l'alcool et au tabac, les trois principales plantes prohibées par la Convention Unique de l'ONU (cannabis, feuille de coca, pavot à opium) étaient nouvelles et culturellement étrangères dans les pays¹⁴ qui ont eu un rôle prédominant dans l'organisation du régime de contrôle international des drogues et dans la sélection de celles-ci¹⁵. Le choix de la prohibition qui a été fait par ces pays permettait d'espérer un arrêt radical de la propagation de ces nouvelles drogues grâce à la répression de l'offre d'une part et à la réduction de la demande d'autre part. Ces objectifs ont-ils été atteints ?

14 Ces plantes étaient cependant cultivées et consommées traditionnellement de tout temps dans certaines régions du monde. La Convention Unique a d'ailleurs prévu dans son art. 49 une disposition transitoire qui laisse aux Parties signataires la possibilité d'autoriser temporairement l'usage de l'opium à fumer, la mastication de la feuille de coca et l'usage du cannabis à des fins non médicales dans les territoires où elles étaient traditionnellement utilisées.

15 La première convention internationale sur les stupéfiants a été signée à la Haye en 1912 sous l'impulsion des Etats-Unis.

1. REPRESSION DE L'OFFRE

Bien que l'économie de la drogue reste un domaine encore relativement imprécis et que les chiffres cités, variables selon les sources¹⁶, ne représentent qu'une estimation, nous savons avec certitude qu'au niveau mondial le trafic, loin de s'être arrêté, a littéralement explosé et cela malgré les moyens considérables mis au service de la lutte contre la drogue, notamment par les Etats-Unis. A titre d'exemple la production d'opium dans le Triangle d'or est passée de 160T. en 1979 à 2700T. en 1992. La production mondiale de cocaïne a doublé entre 1988 et 1993. Du fait de la crise économique, de l'instabilité politique et de la guerre, de nouvelles zones de production sont apparues. Compte tenu de la répression et des risques encourus, les prix sont très élevés et le trafic des plus rentables. Selon le GAFI¹⁷, les trafics au niveau mondial rapporteraient 500 milliards de dollars par an à leurs auteurs (ce chiffre est estimé à 300 milliards par l'Observatoire géopolitique des drogues et à 350 milliards par Interpol, ce qui reste supérieur au budget de l'Etat français). L'argent de la drogue s'infiltré dans tous les secteurs traditionnels de l'économie (90 % des sommes seraient investies dans les pays riches et seulement 10 % dans les pays producteurs).

En France, le GAFI estime le chiffre d'affaires de la drogue à 20 milliards de francs, soit 7 % du produit national brut. Le taux d'efficacité de la lutte contre le blanchiment de l'argent serait de l'ordre de moins de 1 %. Les saisies effectuées ne représenteraient selon les différentes sources, que de 5 à 15 % des produits en circulation¹⁸. Une micro-économie souterraine alimentée par l'argent du trafic, s'est développée dans certains quartiers de banlieues défavorisées, mais en 1992 sur un total de 54.468 interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants, 5.982 seulement l'étaient pour trafic, 6.982 pour usage-revente et le reste soit environ 76,5 % pour usage seul (source OCRTIS, Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants).

16 Un Observatoire français des drogues et toxicomanies vient d'être mis en place au sein de la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT). Sa mission principale est le recueil, l'analyse, la synthèse et la diffusion des données et des connaissances sur les drogues et les toxicomanies. Il travaillera en réseau avec l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies dont le siège a été fixé à Lisbonne par le Conseil des Communautés européennes en octobre 1993.

17 Groupe d'action financière contre le blanchiment des capitaux

18 Ces chiffres, comme tous ceux qui se rapportent à la drogue, ne peuvent être qu'approximatifs, puisqu'ils se basent sur un rapport calculé entre un montant connu (les saisies) et un montant seulement estimé, la production mondiale dont on ne connaît pas la répartition géographique par pays de destination.

Devant ces résultats constatés au niveau mondial, certaines voix comme celle de R. Kendall, Secrétaire Général d'Interpol, se sont élevées pour demander aux États de changer leurs stratégies dans la lutte contre la drogue et de mobiliser leurs efforts sur la prévention et l'aide aux toxicomanes plutôt que sur la répression du trafic.

2. RÉDUCTION DE LA DEMANDE

2.1. Délict d'usage et injonction thérapeutique

La France a choisi de sanctionner pénalement le simple usage, même en privé, ce que les conventions internationales n'exigeaient pas. Cette mesure qui porte atteinte au principe énoncé par la Déclaration des droits de l'homme, selon lequel "la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui" a été justifiée au moment du vote de la loi, comme étant une contrepartie normale que peut imposer la société à une époque où le droit à la santé et aux soins est reconnu à l'individu, en particulier par la généralisation de la sécurité sociale. Le but de l'instauration de cet interdit sanctionné pénalement, était à la fois de dissuader l'usager et de l'inciter à se faire désintoxiquer par le biais de l'injonction thérapeutique. Un dispositif sanitaire financé par l'État a été mis en place avec la création de centres de soins spécialisés et de diverses structures d'accueil telles que le placement familial spécialisé ou les appartements thérapeutiques¹⁹. La gratuité des soins est la règle. En 1992, 37.236 toxicomanes ont été suivis dans les centres spécialisés²⁰.

¹⁹ Le plan gouvernemental annoncé en septembre 1993 a prévu de doubler en trois ans le nombre de places de post-cure qui étaient à l'époque d'environ 600 lits. 447 places doivent être créées dès 1994.

²⁰ Source : Ministère de la Santé, SESI. Documents statistiques, n° 189, déc. 1993

L'interdit a-t-il eu un effet dissuasif ? D'une façon générale, il est difficile d'évaluer la toxicomanie illicite puisqu'il s'agit par définition d'un phénomène clandestin. Les toxicomanes ne sont identifiés comme tels que lorsqu'ils accèdent aux systèmes de soins ou lorsqu'ils sont interpellés par la police²¹. Les chiffres cités sont très variables, même lorsqu'ils parviennent de source officielle. Le ministère de la santé, dans une brochure présentant en 1993 le dispositif spécialisé, considère que le nombre de toxicomanes dépendants se situe entre 100.000 et 150.000, la DGLDT²² situe quant à elle ce nombre entre 150.000 et 300.000, dans un dossier de presse du 17/9/1993. L'augmentation des décès attribués à des surdoses est, elle, incontestable puisque leur nombre est passé de 1 en 1969 à 499 en 1992. Il faut souligner que ces chiffres qui sont donnés par l'OCRTIS, ne recouvrent que les décès portés à la connaissance des services de police ou de gendarmerie. Les usagers de cannabis, quant à eux, sont estimés à plusieurs millions²³. Une enquête de l'INSERM réalisée en 1993 auprès de 12.391 lycéens et collégiens âgés de 11 à 19 ans révèle que 11,8 % d'entre eux ont expérimenté le cannabis, et parmi ceux-ci 40 % au moins 10 fois. Ce chiffre s'élève à 18,8 % chez les garçons de 18 ans et plus, parmi lesquels 94 % en ont consommé au moins 10 fois.

Il est difficile de tirer une conclusion de ces chiffres, d'une part parce qu'ils sont imprécis, d'autre part parce que nous ne pouvons savoir quel aurait été le nombre de toxicomanes si l'usage individuel n'avait pas été érigé en délit. Nous devons seulement constater que l'interdit n'a pas suffi à stopper la consommation de drogues illicites.

21 Le nombre de toxicomanes accueillis dans les centres de soins spécialisés a augmenté de 11,7 % entre 1990 et 1991, et de 11,4 % entre 1991 et 1992 (Source : SESI)

Les interpellations pour usage ont augmenté régulièrement jusqu'en 1992 : 25.519 en 1984 et 48.486 en 1992. Elles sont en recul en 1993 : 45.206 (Source : OCRTIS). Il faut noter que le nombre d'interpellations reflète également l'activité plus ou moins importante des services de police dans ce domaine.

22 Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

23 Ils seraient 4 millions, soit 7 % de la population française, selon K. H. REUBAND, "European Comparaison", 1992 et Peter REUTER, "Rand Corporation : Cross National Comparaison", 1993. Selon ces auteurs, les usagers de drogues dures seraient entre 60.000 et 150.000. (Références citées par P. KOPP dans "Actes de la Rencontre franco-européenne sur la prévention du sida chez les usagers de drogues, 8-10/2/1994", Paris : CRIPS)

Dans quelle mesure, l'interdit a-t-il incité les toxicomanes à se faire soigner ? Le rapport présenté par la France à un séminaire organisé au Conseil de l'Europe par le Groupe Pompidou en 1992²⁴, montre la diversité des pratiques de l'injonction thérapeutique. Leur nombre (4.935 en 1992), varie fortement d'une région à l'autre. Cette mesure est peu appliquée dans les régions où pour diverses raisons, la population est instable, ce qui rendrait les conditions de suivi difficiles. L'avis de l'autorité sanitaire peut être sollicité selon des modalités diverses et à des stades différents du déroulement de la procédure : avant le prononcé de l'injonction ou pendant le prononcé à l'occasion d'une rencontre tripartite entre le procureur, le médecin de la DDASS et le toxicomane. La prise en charge de celui-ci par l'autorité sanitaire peut s'effectuer immédiatement après le prononcé de la mesure, dans les locaux mêmes du Palais de justice (dans le propre bureau du procureur ou dans un bureau réservé à la DDASS). Dans d'autres cas la personne soumise à l'injonction est reçue dans les locaux de la DDASS distincts du tribunal. Le médecin de la DDASS peut être chargé de suivre d'un point de vue thérapeutique le toxicomane ou bien celui-ci peut être orienté vers une structure de soins agréée. L'information entre l'autorité sanitaire et l'autorité judiciaire sur les suites données par le toxicomane à la mesure d'injonction, se fait aussi de manière très variable : elle peut être purement formelle ou se traduire par des réunions régulières. Une des difficultés de la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique, réside dans le respect des sphères de compétence de chacune des deux autorités en présence : l'autorité judiciaire d'une part et l'autorité sanitaire d'autre part. La distinction entre les deux aspects de la mission de la DDASS, administrative d'une part et éventuellement de soins d'autre part, n'est pas toujours explicite. D'autre part, c'est au magistrat que revient la responsabilité du choix de l'injonction et l'implication des autorités judiciaires dans le domaine médico-social n'est pas toujours acceptée par les équipes soignantes. L'injonction thérapeutique est en effet difficilement compatible avec la notion de soins qui est plus un droit qu'une obligation et qui doit être associée au consentement libre et éclairé du patient. Beaucoup de médecins refusent par ailleurs d'avertir le parquet de l'interruption du traitement, la rechute étant considérée comme un passage obligé de l'évolution des toxicomanes.

24 Conseil de l'Europe : Séminaire sur le rôle de la police en matière de prévention et les alternatives aux poursuites judiciaires des délinquants ayant des problèmes liés à la drogue, Strasbourg, 23-26/6/1992

Quantitativement, **quelle est la part de l'injonction thérapeutique dans le recours aux soins ?** Une enquête menée par la Direction générale de la santé en 1991, fait apparaître que pour 59 % des personnes soumises à l'injonction thérapeutique, cette mesure a permis un premier contact avec un service sanitaire. Mais dans le même temps, les chiffres montrent que les injonctions ne représentent que 10 % environ des interpellations pour usage (source ORCTIS). Par ailleurs, une enquête réalisée auprès des centres de soins agréés²⁵, indique qu'en 1991, **5,8%** seulement des demandes étaient liées à une injonction thérapeutique alors que 49,4 % venaient du toxicomane lui même, 21,9 % des professionnels médicaux ou sociaux et 13 % de l'entourage du toxicomane. Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue présenté en septembre 1993, a prévu la mise en œuvre de "moyens nécessaires à un développement significatif des injonctions thérapeutiques". On peut cependant se demander si cette procédure est bien adaptée à la majorité des usagers interpellés. En effet, la plupart d'entre eux (66 % en 1992, source ORCTIS) sont interpellés pour usage de cannabis. D'autre part, l'obligation d'abstinence sur laquelle repose l'injonction ne semble pas plus adaptée aux usagers de drogues dures dont on sait le parcours jalonné de rechutes. L'injonction thérapeutique réservée à la première interpellation ne s'applique pas au toxicomane lourd, forcément multirécidiviste et qui est celui qui pose le problème sanitaire le plus grave.

La prison ne semble pas en elle-même une solution satisfaisante pour le toxicomane, d'autant plus que les sevrages brutaux conduisant inéluctablement à l'infirmerie carcérale, y sont redoutés. Cependant 1088 peines de prison ferme concernant 859 personnes ont été prononcées pour **simple usage** en 1991²⁶. Toutes les personnes condamnées ne sont pas effectivement incarcérées, mais il y en a chaque année plusieurs centaines²⁷. D'autre part, beaucoup d'usagers sont aussi condamnés pour des délits de trafic auxquels ne s'applique pas l'injonction thérapeutique. L'administration pénitentiaire estime que la population pénale est composée d'environ 15 % de toxicomanes. Ce chiffre s'élève à 30 ou 40 % dans les grandes maisons d'arrêt de la région parisienne ou Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

25 Statistiques effectuées par le ministère de la santé à partir d'une enquête réalisée chaque année au mois de novembre auprès des centres agréés.

26 Source : J.P. JEAN, "Législations", dans Actes de la Rencontre franco-européenne sur la prévention du sida chez les usagers de drogues, précité, p.43

27 Selon l'enquête "Un jour donné" réalisée sur l'ensemble des établissements pénitentiaires, il y avait le 10/5/1994, 168 personnes détenues du seul fait de l'usage.

2.2. Les effets de la loi de 1970 sur le plan sanitaire et social

Le débat suscité par la loi de 1970 a longtemps tourné autour de la problématique suivante : le toxicomane doit-il être considéré comme un délinquant ou un malade, ou les deux à la fois ? Cette question est maintenant dépassée par le constat que l'épidémie de sida a mis sur le devant de la scène : la loi de 1970 qui, pour la première fois en France a mis en place un important dispositif sanitaire et social pour venir en aide aux toxicomanes n'a pu empêcher, par certains de ses aspects, la dégradation de leur condition et plus particulièrement de celle des usagers de drogues par voie intraveineuse. Le traitement des toxicomanes a en effet surtout été envisagé dans l'optique du sevrage et de l'abstinence. C'est ainsi que le décret du 13/3/1972, en vigueur jusqu'en 1987, avait logiquement limité l'accès aux seringues qui ne pouvaient être achetées que sur ordonnance. On connaît les conséquences de cette disposition qui, en poussant au partage et à la réutilisation des seringues, a involontairement contribué à la propagation du VIH et des virus de l'hépatite ainsi qu'aux risques d'infection.

La question de la toxicomanie ne peut se réduire à celle du sida mais cette épidémie a obligé à repenser l'image du toxicomane en montrant qu'il peut être réceptif à une stratégie fondée sur la responsabilisation²⁸.

Si l'abstinence doit rester l'objectif, il n'est plus possible d'ignorer le toxicomane actif et de ne pas chercher à réaménager les comportements liés à sa pratique de façon à la rendre moins dangereuse pour lui. Mais cette politique de "réduction des risques" s'oppose souvent à l'application de la loi de 1970 et un bon nombre de mesures qui sont prises ou qui sont préconisées, à l'heure actuelle, sont constitutives des délits d'incitation à l'usage. Il en est ainsi de toutes les mesures facilitant l'accès aux seringues qui de plus, ne respectent pas toujours le monopole des pharmaciens toujours en vigueur (distributeurs automatiques, échange et distribution par des associations). C'est également le cas des associations d'usagers dont la cause est illicite puisque leur objet est notamment de donner des conseils aux toxicomanes pour qu'ils puissent continuer leur pratique en évitant les accidents infectieux ou les surdoses. Cette information est diffusée par le biais de journaux ou de tracts qui rentrent dans le cadre du délit de provocation à l'usage. La prescription d'antalgiques morphiniques en traitement de substitution en médecine de ville est illégale puisqu'elle se fait hors de l'Autorisation de Mise sur le Marché et sans qu'aucune évaluation n'ait été faite pour cette indication.

²⁸ Une étude de l'Institut de Recherche en Épidémiologie de la Pharmacodépendance, IREP, montre que 40 % des toxicomanes ont changé leur habitude de partage de seringues depuis qu'elles sont en vente libre.

Une étude de l'OMS de 1991 compare les taux de séroprévalence chez les toxicomanes dans différentes villes : 36 à 68 % à Édimbourg, 50 à 60 % à New York contre 4,5 % à Glasgow et 3,4 % à Amsterdam, villes où il existe une réelle politique de prévention.

Les écarts entre la pratique et la loi, rendent celle-ci de plus en plus difficile à expliquer. La définition légale de l'usager délinquant ne correspond pas toujours à la définition médicale du toxicomane. L'usager non abusif de cannabis est un délinquant, mais ne l'est pas l'alcoolique dangereux pour autrui. On peut être toxicomane à un produit mais non délinquant parce que ce produit comme le néocodion* est vendu sans ordonnance par mesure d'opportunité (pas de risque lié à l'injection, solution, d'urgence en cas de syndrome de manque). Le toxicomane qui se fait prescrire de la méthadone en France n'est pas un délinquant, mais il commet le délit d'importation illicite de stupéfiants lorsqu'il s'est procuré ce produit dans une pharmacie en Belgique, sur ordonnance du médecin qui le traite dans ce pays.

Il est clair que c'est l'ensemble des aspects sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues illicites qui doit être pris en compte et non la seule question du sevrage. Or l'un des obstacles à la mise en place d'une politique de soins efficace est l'absence ou le caractère très parcellaire des études épidémiologiques et cliniques dans ce domaine. Il est en effet difficile d'entreprendre ces études en raison de la clandestinité de l'usage et de l'anonymat des soins qui découlent en partie de l'application de la loi.

L'état actuel des dispositions juridiques apparaît comme la résultante d'une évolution historique sur deux plans : d'un côté l'extension sociale de l'usage de certaines substances psychotropes dont l'utilisation était autrefois culturellement limitée, sinon inconnue ; de l'autre la connaissance de plus en plus précise des risques médicaux et sociaux que fait courir la consommation de tous les produits, traditionnels (alcool et tabac) ou récents, et la reconnaissance de l'importance des mesures sanitaires pour lutter contre ces risques. Face à cette évolution, les intentions de répression et de prévention ont elles-mêmes évolué, dans la recherche d'adaptations successives des dispositions juridiques, non sans difficultés face à la variété et la complexité des situations.

A l'heure actuelle, l'écart entre les intentions et les effets conduit légitimement à s'interroger sur la cohérence de cet ensemble juridique, sanitaire et social. Les réflexions éthiques qui suivent correspondent à cette interrogation.

*

ANNEXE

ORGANISMES PARTICIPANT A LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

FRANCE :

DGLDT : Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie : service placé auprès du premier Ministre chargé de coordonner les actions de lutte contre la toxicomanie

OCRTIS : Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants. Service du ministère de l'intérieur qui centralise tous les renseignements relatifs au trafic et coordonne les actions de répression

EUROPE :

LE GROUPE POMPIDOU : exerce son activité dans le cadre du Conseil de l'Europe. 19 pays participent à ses travaux de recherche sur tous les aspects de la drogue, abordés dans une optique pluridisciplinaire

CELAD : Comité européen de lutte anti-drogue. Mis en place en 1989 au sein de la CEE pour assurer la coordination de l'action des États membres dans le domaine de la réduction de la demande

EUROPOL : Office européen de police prévu par le Traité de Maastricht. Chargé de la lutte communautaire contre le trafic international de stupéfiants. Doit gérer le système automatisé d'échange d'informations prévu par la Convention de Shengen

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES : créé en 1993 par la CEE. Son rôle est de rassembler des informations, statistiques, documentations qui serviront de base aux mesures à prendre

INTERNATIONAL :

OICS : Organe International de contrôle des stupéfiants, chargé de contrôler l'application des conventions . Composé de 13 membres élus (3 sur une liste proposée par l'OMS et 10 sur une liste d'experts choisis par les membres de l'ONU)

LA COMMISSION DES STUPÉFIANTS : Commission technique du Conseil économique et social de l'ONU. Composée de 40 membres élus de façon à représenter de façon équilibrée les pays producteurs et consommateurs de stupéfiants

PNUCID : Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues.

GAFI : Groupe anti fraude international chargé de lutter contre le blanchiment des capitaux. Créé en 1989 à l'issue du sommet des pays industrialisés à Paris

TOXICOMANIES

RÉFLEXIONS ÉTHIQUES

Les études aujourd'hui menées sur la toxicomanie perdent peu à peu la simplicité que leur donnaient naguère la peur, l'indignation et l'inexpérience. On espérait éliminer le problème de la toxicomanie en éliminant «la drogue». Force est à présent d'admettre qu'il y a «des drogues»¹, que «l'abus» d'une drogue se distingue de son «usage»², que l'abus ne se supprime pas par décret. Bref, les problèmes liés à la consommation de substances actives sur le système nerveux central ne sont pas des problèmes simples, et l'expérience récente conduit à réviser beaucoup d'idées reçues.

Tout d'abord, à la lumière des connaissances apportées ces dernières années par la neurobiologie et la pharmacologie, la distinction juridique entre drogues licites et drogues illicites ne paraît renvoyer à aucune base scientifique cohérente. Les drogues non prohibées (alcool, tabac, médicaments de la douleur, médicaments neuro-psychiatriques) sont potentiellement aussi

¹ On appellera "drogue" une substance agissant sur le système nerveux central et qui est consommée pour ses effets neuropsychiques, que ce soit dans un but récréatif ("pour le plaisir"), exploratoire ("par curiosité"), utilitaire (pour mieux supporter la fatigue, pour atténuer la douleur, pour mieux dormir, pour calmer son anxiété, pour être moins déprimé, etc). La frontière entre l'usage "thérapeutique" (médicament prescrit par un médecin) et l'usage "non thérapeutique" est souvent floue, à cause de l'importance de l'auto médication et/ou du détournement de produits thérapeutiques à d'autres usages. Il faut noter que la plupart des drogues, aussi bien celles qui sont actuellement illicites (opiacés, cocaïne, LSD) que celles qui sont d'usage courant (café, tabac, alcool) ont, ou ont eu en médecine des usages thérapeutiques, à dose définie et dans des indications définies.

Noter que le mot "drogue" étant aujourd'hui souvent marqué par des connotations sociales, juridiques et éthiques que nos réflexions nous conduisent à contester sur plus d'un point, nous préférons utiliser dans ce rapport, toutes les fois que le contexte le permet, les termes plus neutres de "produit" ou de "substance".

² On appellera "usage" la consommation modérée d'un produit, maîtrisée par l'individu et compatible avec sa santé. On appellera "abus" la consommation immodérée d'un produit, c'est-à-dire soit l'usage compulsif (lié à une dépendance physique et/ou psychique), soit la consommation à dose excessive mettant la santé en danger (intoxication).

Exemple: le slogan "un verre ça va ... trois verres bonjour les dégâts" correspondait à un effort pour aider les citoyens à situer la limite entre l'usage et l'abus.

dangereuses, dans l'ensemble, que les drogues prohibées. Quant à ces dernières, il ne semble pas rationnel que la même condamnation englobe la consommation (modérée ou abusive) de toutes les substances illicites, puisque leur toxicité et leurs effets sont très variables.

La loi de 1970 visait à enrayer la consommation des drogues illicites en associant répression et injonction thérapeutique: d'une part elle réprime l'offre et la demande des substances illicites, d'autre part elle met en place un dispositif sanitaire et social spécialisé permettant la prise en charge gratuite et anonyme du toxicomane. Cependant, cette loi n'a pas produit tous les résultats escomptés. La consommation n'a pas été enrayerée. Les risques d'exclusion et de marginalisation des toxicomanes, plus particulièrement des héroïnomanes, se sont plutôt accentués. D'autre part, l'irruption du sida n'a fait qu'aggraver la situation. Partout dans le monde la production des substances illicites augmente, avec la criminalité et la petite délinquance qui l'accompagnent.

La réflexion du CCNE s'inscrit dans l'effort entrepris actuellement pour acquérir une meilleure intelligence des problèmes posés par la consommation des drogues, licites et illicites. La consommation des drogues certes ne disparaîtra pas. Mais on peut certainement progresser vers une situation où cette consommation sera maîtrisée, avec pour objectif de protéger l'ensemble de la population - en particulier les jeunes - des risques de développement des toxicomanies et des dangers qui les accompagnent.

1. Un fait humain universel, un tragique fait de société aujourd'hui

Chacun a l'expérience d'au moins une substance active sur le système nerveux central (par exemple, l'alcool: rares sont les français qui n'ont jamais goûté à un verre de vin). Beaucoup ont, ou ont fait, l'expérience d'une dépendance: addiction au café, à la cigarette, au comprimé de somnifère, etc. Il n'est pas rare d'avoir dans son entourage des personnes fortement dépendantes d'une drogue d'une

façon qui met leur santé en danger: alcoolique, grand fumeur, héroïnomane. L'attrance pour un type de substance tient à des facteurs à la fois psycho-physiologiques, socio-culturels, et économiques.

Des événements liés à l'histoire individuelle jouent certainement un rôle dans le développement d'un usage compulsif. Mais la vulnérabilité à certaines substances dépend sans aucun doute aussi de facteurs biologiques (génétiques et/ou épigénétiques). Des travaux de laboratoire montrent que la plupart des mammifères peuvent développer une appétence pour telle ou telle drogue, et des conduites toxicomaniaques, et que la susceptibilité à divers produits varie selon les individus. Cette inégalité devant les produits est illustrée par l'épidémie d'héroïnomanie qui sévit chez les jeunes américains servant au Vietnam. Parmi ceux qui firent usage d'héroïne, la moitié environ développa une dépendance physique. Une petite minorité resta «accrochée» à l'héroïne. Le plus grand nombre de ceux qui avaient développé une dépendance cessa néanmoins de prendre de l'héroïne en revenant au pays, avec ou sans aide médicale³. Malheureusement, un tel arrêt spontané de l'usage d'héroïne est beaucoup plus rare dans la plupart des autres situations, peut-être du fait du contexte psychologique, socio-culturel et communautaire associé à cette pratique.

Toutes les sociétés humaines connaissent l'usage de drogues. Des facteurs culturels influent sur le type de substance recherché dans une société ainsi que sur les styles de consommation, avec d'importants phénomènes de mode. Mais justement parce que les drogues produisent des effets qui peuvent être dangereux autant pour le consommateur que pour ceux qui l'entourent, toutes les sociétés cherchent également à en contrôler l'usage. Pour des produits de consommation courante, bien ancrés dans une culture (par exemple, dans la nôtre, le tabac et l'alcool), la ritualisation de la consommation (limitée à certaines circonstances, certaines formes, certains lieux) est souvent considérée comme une manière de contrôle social suffisante pour maîtriser les risques de l'usage, et

³ Cf. Robins, 1974, cit. in: Goodman & Gilman's (1975) *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, New York: Macmillan, Ch. 23.

canaliser les abus. Les produits aux vertus thérapeutiques perçus comme trop dangereux pour une consommation libre font l'objet de dispositions réglementaires ou institutionnelles qui en limitent les conditions d'obtention et d'usage (par exemple, obtention sur ordonnance médicale, en quantité restreinte). Les produits jugés potentiellement néfastes pour les individus ou pour la vie en société sont souvent l'objet d'une réprobation morale, ou réservés à des rites très spéciaux et très encadrés (rites d'initiation, cérémonies religieuses). Le recours à l'interdiction légale (prohibition) est relativement récent dans l'histoire des Etats modernes⁴.

La perception du danger d'un produit est liée à ce que sa consommation représente comme déviance par rapport aux normes admises. Ces normes varient d'une culture à l'autre, et selon les époques⁵. Les drogues issues de cultures étrangères peuvent paraître (et même être) plus dangereuses que les drogues autochtones, justement parce qu'elles ne sont pas insérées dans des formes de socialité et de contrôle propres à la culture: on peut évoquer ici les dégâts provoqués par l'introduction de l'alcool auprès de certaines populations, comme les populations indiennes américaines, qui par ailleurs maîtrisaient l'usage d'autres substances comme la feuille de coca ou la mescaline.

L'internationalisation du marché de la drogue fait aujourd'hui que nos sociétés sont inondées de produits sur lesquels elles ont d'autant moins de prise culturelle que ces produits sont illicites et que leur consommation est clandestine. Mais même dans la clandestinité, des formes de ritualisation et de socialité se développent, qui modèlent et encadrent la consommation. Par exemple la consommation de haschisch, bien qu'interdite en France,

⁴ Le mouvement prohibitionniste naquit au 19ème siècle dans les milieux puritains anglo-saxons, particulièrement aux Etats-Unis, visant à protéger le peuple contre les tentations et turpitudes nées de la société industrielle (voir p. ex. C. Bachmann & A. Coppel, *La drogue dans le monde, hier et aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 1989).

⁵ C'est ainsi que l'usage du tabac était interdit en Bavière et en Saxe au 18ème siècle et puni de peine de mort au 17ème siècle dans l'Empire ottoman et en Russie: cf. Szasz Th. (1974), *Ceremonial Chemistry*, New York, Anchor Press; tr. fr. , *Les rituels de la drogue*, Paris, Payot, 1976. On connaît d'autre part l'épisode de la prohibition de l'alcool aux Etats-Unis de 1919 à 1933.

y est déjà devenue une pratique assez commune dans certains groupes sociaux, avec ses normes et ses rites.

Ajoutons que dans nos sociétés libérales très compétitives, qui ont leurs «gagnants» et leurs «perdants», et qui exigent beaucoup de l'individu, les formes traditionnelles de contrôle social des drogues ont peut-être perdu de leur efficacité. L'anxiété ou le découragement induisent des consommations solitaires. Les intoxications aiguës ne sont pas rares: alcoolisation intense, prise massive de médicaments dans une intention suicidaire, décès par surdose d'héroïne, etc. Cependant, même si l'idéal social reste un idéal de tempérance et de modération, même si l'abus d'une drogue passe pour une «folie» ou pour une conduite d'autodestruction, nous savons que nul n'est à l'abri d'une tentation suicidaire et que l'acte suicidaire appelle compassion et assistance, plutôt que rejet.

2. Les drogues

Les recherches récentes en neuropharmacologie soulignent qu'il existe des analogies entre les mécanismes d'action de la plupart des substances agissant sur le système nerveux central⁶. Cependant leurs effets diffèrent, et sont dépendants de la dose absorbée. Une même substance peut être bénéfique à faible dose et toxique à forte dose, la prise de plusieurs drogues en association peut modifier considérablement leurs effets.

Les drogues se distinguent également entre elles en fonction des dangers qu'elles présentent pour la santé. On peut distinguer:

- des risques à **court terme**: par exemple, dans le cas des dérivés de l'opium et de leurs analogues synthétiques, dépression respiratoire; dans le cas de l'alcool, ivresse;
- des risques à **moyen terme**: par exemple, dans le cas des dérivés de l'opium et de leurs analogues synthétiques, risque infectieux lorsque les drogues sont utilisées par voie intraveineuse, tolérance (nécessité d'augmenter la dose pour obtenir le même effet), dépendance

⁶ Cf. Données scientifiques.

(syndrome de «manque» à l'arrêt de la consommation); dans le cas de l'alcool, dépendance (*delirium tremens* à l'arrêt de la consommation);

- des risques à **long terme**: par exemple, dans le cas des dérivés de l'opium et de leurs analogues synthétiques, dénutrition; dans le cas de l'alcool, cirrhose du foie, cancer du foie, polynévrite, psychose alcoolique.

Les risques sont souvent cumulés en raison de la fréquence des polytoxicomanies et du passage d'un produit à un autre (alcoolisation comme mode de sortie de l'héroïne, par exemple; ou consommation simultanée d'alcool et de tabac, qui cumulent leurs effets cardiovasculaires nocifs).

La distinction juridique entre drogues licites et drogues illicites ne correspond pas aux critères scientifiques de classification des produits considérés, que ce soit en fonction de leur mode d'action, de leurs effets sur le système nerveux central, ou des risques qu'ils présentent. Les produits licites peuvent produire des effets aussi dévastateurs que les produits illicites. La dépendance physique à la nicotine est aussi sévère que la dépendance physique aux opiacés. Les produits licites sont utilisés comme moyen de suicide beaucoup plus souvent que les produits illicites (mélange d'alcool et de benzodiazépines, par exemple).

On pourrait dire que la distinction juridique cherche à fixer une autre limite: celle au-delà de laquelle l'usage risque de produire une désintégration des liens sociaux. En effet, pour comprendre les risques inhérents à la consommation, il ne suffit pas d'appréhender les produits actifs sur le système nerveux central uniquement sous l'angle de la neuropharmacologie. Les produits se différencient également selon les formes de socialité et les dispositifs réglementaires qui encadrent une consommation jugée «normale». La distinction entre ce que la loi autorise et ce qu'elle prohibe n'est, en fait, pas la seule à servir de référence pour construire des pratiques de consommation. Le sociologue F. Dubet relève une autre distinction dans les propos des jeunes de cités de banlieue⁷. Leur discours sur

⁷ "Les deux drogues" in *Drogues, politique et société*, 1992.

les drogues est construit sur l'opposition de deux produits (l'un et l'autre pourtant illicites) entre lesquels ils établissent la distinction douce/dure: l'un, le cannabis, drogue «douce» dont la consommation (comme celle de l'alcool par les adultes) renforce les liens du groupe; l'autre, l'héroïne, drogue «dure», qui conduit son usager à une perte du contrôle sur soi et une désocialisation. Cette opposition incarne, selon Dubet, la juxtaposition des deux réalités du monde de ces jeunes: celle des communautés fermées sur elles-mêmes, et celle du marché extérieur et du trafic avec ses opportunités illégales de gain mais aussi ses risques de perte de soi. Entre ces deux mondes il y aurait celui du travail et des identifications de classe, mais ce monde semble avoir disparu de leur horizon, ou du moins il leur paraît inaccessible.

Ainsi l'usage de drogue ne peut pas être seulement analysé en termes d'«absence au monde», d'anomie. Il peut aussi exprimer un désir d'insertion, de stimulation des facultés intellectuelles, de réussite sociale (par exemple, usage de cocaïne, de médicaments antidépresseurs, ou d'anxiolytiques, pour surmonter le «trac» et améliorer les performances). Si le degré de socialisation ou de désocialisation que permet l'usage des drogues est sans doute fonction de leurs caractéristiques biochimiques, et de leur statut juridique, il dépend donc également de la situation sociale de l'usager et de sa relation au produit. Le rapport Pelletier signalait déjà en 1978 l'existence d'héroïnomanes bien insérés socialement, ayant une maîtrise suffisante de leur consommation pour mener une vie «normale». A l'opposé, pour des personnes déjà confrontées à de nombreuses difficultés dans leur recherche d'une insertion sociale, le contact avec la drogue s'inscrit dans un contexte qui en accroît les risques. Il faut toutefois se garder de simplifier la question de la toxicomanie en stigmatisant une catégorie de la population (ex. «les jeunes des banlieues»). L'enquête épidémiologique de l'INSERM sur le comportement des adolescents, réalisée en 1993, indique que «la consommation de drogue des adolescents scolarisés est peu liée à la situation sociale et scolaire: les jeunes de tous lieux et de tous milieux peuvent être concernés».

3. La loi

Le contrôle international de certaines substances psychotropes est un fait relativement récent, puisque les premières conventions internationales dans ce domaine datent du début du siècle. Ces premières conventions étaient d'ailleurs assez peu contraignantes, et compatibles avec des situations différentes selon les territoires⁸. Les facteurs socio-culturels et économiques n'ont pas été étrangers à la sélection des substances prohibées mondialement en raison de leur dangerosité sanitaire ou sociale. L'usage traditionnel de l'opium à fumer, du cannabis ou de la feuille de coca dans certaines régions du monde n'était probablement pas plus dangereux que la consommation d'alcool et de tabac dans d'autres régions, mais ce sont principalement les pays développés producteurs de tabac et d'alcool qui ont organisé le contrôle international des drogues tel qu'il existe actuellement, et il est malheureusement clair que le clivage nord-sud est un des aspects de la «guerre anti-drogue».

En France, l'évolution récente semble indiquer un rapprochement entre le statut de l'usager de produits licites et celui de l'usager de produits illicites :

- sévérité accrue en ce qui concerne l'alcool et le tabac: restriction de la publicité, interdiction de fumer dans les lieux accueillant du public, répression accrue de «l'alcool au volant», ivresse alcoolique considérée comme une circonstance aggravante lorsqu'elle cause un dommage à autrui (accidents de la route, violences domestiques);
- moindre sévérité à l'encontre du consommateur de produits illicites: protection des usagers par voie intraveineuse contre les risques infectieux, reconnaissance de fait des associations d'usagers, création de structures d'accueil sans obligation de sevrage, prescription de produits de substitution, tendance à la dépenalisation de l'usage du cannabis (cependant près de 70 % des usagers interpellés le sont encore pour usage de cannabis). La différence fondamentale reste le statut de délinquant qui est réservé au simple usager de produits illicites même lorsqu'il ne cause pas de tort à autrui.

⁸ Par exemple, la France a pu organiser le monopole de l'opium en Indochine et du kif au Maroc et en Tunisie, jusqu'au début des années 50.

Ce rapprochement est lié à la prise de conscience que ni l'indulgence complète, ni la prohibition stricte, ne sont un statut satisfaisant, quelle que soit la substance. L'indulgence publique à l'égard du tabagisme, conjointement avec les efforts promotionnels de l'industrie du tabac, a favorisé une vague épidémique sans précédent de cancers broncho-pulmonaires et de maladies cardiovasculaires depuis un demi-siècle. De son côté, la politique de répression qui s'attachait logiquement au régime de prohibition, en ce qui concerne l'héroïne par exemple, n'a pas répondu aux espoirs qu'on avait fondés sur elle.

Depuis 1970 ni la consommation ni le trafic des produits illicites n'ont pu être maîtrisés. La production a augmenté. Des effets indirects néfastes sont apparus sur le plan sanitaire et social. Le fait que les seringues n'aient été accessibles que sur ordonnance jusqu'en 1987, et qu'encore aujourd'hui leur détention puisse être utilisée comme présomption du délit d'usage, a conduit les usagers à adopter des conduites à risques comme le partage et la réutilisation des seringues. De ce fait, ce n'est pas la drogue elle-même, ce sont les infections qui constituent la première cause de morbidité et de mortalité chez les usagers de drogues par voie intraveineuse⁹. Par ailleurs, les usagers de drogues illicites sont exposés aux risques de falsification des produits, et cela est particulièrement grave pour les drogues injectées directement dans le sang. Ces drogues sont coupées ou mélangées par les revendeurs à des substances diverses, leur qualité échappe à tout contrôle; le consommateur ignore la composition de ce qu'il achète et n'est averti ni des coupages, ni des variations de concentration, ce qui est une des grandes causes de mort par surdose. Le coût de la drogue renchéri par la clandestinité et les risques du trafic pousse les plus démunis à recourir à la délinquance ou à la prostitution pour trouver les fonds nécessaires au financement de leur consommation, d'où des problèmes sécuritaires qui sont devenus une préoccupation pour beaucoup de municipalités.

⁹ Ils représentaient 23 % des patients ayant un sida déclaré au 31/12/1993 et 30% des nouveaux cas diagnostiqués au premier semestre 1994. Par ailleurs, 70% d'entre eux ont été contaminés par les virus des hépatites; cf. C. Katlama, M.A. Valantin, P. Duneton, "Risques infectieux et usages de drogues par voies intraveineuse", Conférence inter-universitaire, "Intérêts et limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes", 23-25/6/1994.

Enfin, le traitement médical des usagers de produits illicites, ayant surtout été envisagé sous l'angle de la désintoxication, a été confié à des structures spécialisées, ce qui a eu pour effet d'exclure en pratique les usagers actifs de substances toxicomanogènes du système de soins traditionnel. Le dispositif spécialisé d'accueil et de soins n'a pas pu répondre à tous les besoins des toxicomanes, qui concernent en réalité l'ensemble du champ médical et social. Pour répondre à ces besoins, des pratiques médicales se sont alors développées en dehors de tout cadre légal, comme la prescription en médecine de ville de produits de substitution dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) n'inclut pas cette indication. Il est paradoxal que des efforts faits par des professionnels de la santé pour venir en aide aux toxicomanes, avec l'accord de l'Ordre des médecins, de l'Ordre des pharmaciens, et du Ministère de la santé, puissent mettre ces professionnels dans l'illégalité.

Ce constat conduit à dire qu'une politique axée sur la répression ne constitue plus la réponse suffisante au problème posé par la consommation des drogues illicites, d'autant que la pertinence de la distinction entre drogues licites et illicites, sur laquelle se fonde cette répression, est remise en cause tant par les données scientifiques que par les pratiques. Cependant nous savons aussi que les effets positifs attendus d'une légalisation des drogues illicites sont très incertains et qu'une liberté totale pourrait entraîner une véritable invasion de substances toxicomanogènes, au moins dans les couches les plus vulnérables de la population, c'est-à-dire la jeunesse, toutes classes sociales confondues. Il faut donc trouver une troisième voie qui rende compatible une sécurité suffisante avec une liberté maîtrisée. L'objectif est que l'ensemble de la population soit protégé des risques de développement des toxicomanies par une réglementation tenant compte, pour chaque produit, de sa toxicité, des risques de dépendance liés à sa consommation, du danger de désocialisation qu'il entraîne, et des risques que sa consommation fait courir à autrui. L'objectif est aussi que les citoyens de ce pays qui sont usagers de drogues - et tout particulièrement les jeunes toxicomanes - soient protégés contre des risques évitables de contamination infectieuse, et qu'ils soient aidés à s'affranchir de leur dépendance, ou que dans tous les cas ils soient accompagnés, en

sorte qu'ils ne soient plus en proie au brigandage national et international, ni voués à la délinquance ou à la prostitution, ni conduits à la prison, mais qu'au contraire soient créées des conditions (notamment d'accès aux soins) leur permettant d'échapper à la marginalisation et à l'exclusion.

4. L'usage

Tous les produits dont nous parlons sont susceptibles, soit de procurer un mieux-être sous certaines modalités de consommation, soit d'entraîner des effets néfastes (voire catastrophiques), pour l'utilisateur et/ou pour autrui, sous d'autres modalités de consommation. Du point de vue éthique, l'usage d'opiacés à dose suffisante pour apaiser une douleur cancéreuse n'a pas la même signification que le recours aux mêmes opiacés à des fins de «défonce», mâcher des feuilles de coca pour supporter la fatigue sur les chemins de la cordillère des Andes n'a pas la même signification que fumer du crack à Paris, boire un verre de vin avec des amis n'a pas la même signification que boire de l'alcool compulsivement en cachette.

Ce qui est dit dans cette section n'a pas pour but de laisser entendre que toutes les drogues sont bonnes et toutes les consommations acceptables, mais de situer l'usage de drogue du point de vue de la morale personnelle («devoirs envers soi-même»). Un sujet moral se doit de tirer au clair ce que signifie pour lui-même le fait de ne pas pouvoir se passer de sa cigarette du matin, ou d'avoir envie de goûter à une substance illicite. Il doit se poser le problème des limites de l'usage raisonnable. Un sujet moral doit aussi savoir respecter chez autrui des attitudes morales différentes des siennes, et s'abstenir de condamnations hâtives. Par exemple, refuser pour soi-même l'usage d'un produit anti-douleur comme la morphine, par stoïcisme ou parce qu'on attribue à la souffrance une valeur positive, n'autorise pas à condamner cet usage chez les autres ni à leur refuser le bénéfice de ce produit.

Les substances actives sur le système nerveux central ne seraient pas recherchées si elles ne procuraient ou un plaisir, ou un bien être, ou l'allégement momentané d'une souffrance de vivre. Aucune morale n'interdit de se «faire du bien». Mais aucune morale n'autorise à se nuire à soi-même, sauf cas exceptionnels («suicide du sage», chez les stoïciens; valeur rédemptrice de la souffrance, chez certains chrétiens). Et aucune morale ne permet de nuire à autrui. Aussi la distinction entre l'usage et l'abus est-elle importante sur le plan de la morale, et d'abord de la morale personnelle.

Le sujet moral n'est pas un sujet qui s'interdit toute gratification. Il peut s'autoriser l'usage d'une substance psychotrope, soit dans un but récréatif (verre de champagne lors d'une fête), soit dans un but exploratoire (caractère «initiatique» de la première cigarette), soit dans un but utilitaire (sommifère le soir pour mieux travailler le lendemain). Tant que cet usage est maîtrisé, qu'il aide à vivre, que ses inconvénients ne surpassent pas ses avantages, il est compatible avec une vie morale droite (vertu de tempérance). Mais un sujet responsable n'est pas quelqu'un qui essaie n'importe quoi sur lui-même. Il mesure les risques. Il se refuse des expériences dangereuses comme l'injection intraveineuse d'une drogue dure. Il résiste au conformisme ambiant qui l'incite à consommer («encore un verre!»). Il prend soin de sa santé, par respect pour les autres et pour lui-même.

Que faire lorsqu'on se sent glisser vers la dépendance? L'autonomie est une condition de la vie morale. Savoir reconnaître une perte d'autonomie, savoir éventuellement chercher de l'aide pour retrouver cette autonomie, sont les lignes directrices habituellement retenues. Par exemple, dans le traitement de la maladie alcoolique, il est admis que le premier pas décisif est de s'avouer «je suis alcoolique» et de l'avouer devant les autres, et le second pas est de chercher une aide spécialisée.

La consommation de produits illicites pose le problème du rapport entre loi et morale. Beaucoup de gens sont tentés une fois ou l'autre de goûter à un produit illicite, soit qu'ils trouvent une volupté supplémentaire dans la transgression (goût du risque), soit qu'ils contestent le bien fondé de la loi (par exemple, ils ne voient pas pourquoi la loi permet de fumer du tabac et interdit de fumer du cannabis). Par définition transgresser la loi signifie accepter le risque de la sanction. Toutefois, un citoyen qui, en conscience, estime la sanction injustifiée, voire juge la loi désuète, peut chercher à mettre en œuvre avec d'autres, les moyens permettant de faire apparaître le bien-fondé de cette critique et d'aboutir à la modification de la loi.

Inversement la société se doit d'écouter le témoignage de ceux (associations d'usagers, par exemple) qui souffrent de maux liés à la consommation de drogues illicites, ou qui cherchent comment gérer la toxicodépendance de façon humainement acceptable. La toxicodépendance existe. Les personnes dépendantes d'une substance ne sont pas des citoyens de seconde zone, mais des citoyens à part entière qui comme les autres ont droit à la parole. C'est avec ces personnes, et non contre elles, que la question de l'usage peut être négociée, en sorte que cet usage ne soit pas offensant pour l'ensemble de la société, et qu'en même temps les personnes dépendantes soient aidées plutôt que réprimées.

Dans le même esprit de compréhension, la société doit prendre garde à ne pas renvoyer une image dévalorisée d'eux-mêmes à ceux qui ont "essayé" un produit. Le CCNE pense ici particulièrement aux adolescents, qui rencontrant les substances psychotropes à un âge vulnérable, où la recherche de l'identité personnelle peut se traduire par des "passages à l'acte" dans un esprit ludique, ou quasi-expérimental, ou plus ou moins auto-agressif, ont peut-être moins besoin d'être jugés négativement que d'être conviés à réfléchir positivement aux problèmes de leur intégrité corporelle, et au problème de "l'estime de soi".

Tout porte à penser aujourd'hui que le meilleur moyen d'endiguer le fléau de la toxicomanie est de former des citoyens responsables et bien informés. En matière de substances actives sur le système nerveux central, chaque personne doit apprendre à connaître ses fragilités, et à discerner la limite entre ce qu'elle s'autorise et ce qu'elle ne veut pas pour elle-même. Chaque personne doit aussi avoir pris conscience des conséquences de ses options pour autrui.

5. L'abus et le tort fait à autrui

Il est arrivé naguère dans notre pays que l'état d'ébriété soit considéré comme une circonstance atténuant la responsabilité pénale d'un délinquant en raison de l'altération de sa conscience. Cette tolérance n'est plus de mise. Etre sous l'influence de l'alcool n'excuse pas le tort fait à autrui.

Il est bien connu que tout abus d'une drogue peut entraîner un tort fait à autrui. Il en est ainsi des nuisances dues à l'abus d'alcool: accidents sur les lieux de travail (particulièrement dans les professions exposées), risques du trafic routier, violences domestiques. La délinquance liée au besoin de se procurer de l'argent pour acheter la dose quotidienne d'héroïne ou de crack a été mentionnée plus haut (vols, menaces, coups et blessures). On peut citer aussi l'injustice qui fausse les compétitions sportives quand un joueur est dopé, ou les troubles respiratoires causés chez leurs propres enfants par les parents gros fumeurs de tabac, ou les offenses à la pudeur et aux bonnes moeurs que peuvent constituer certaines conduites toxicomaniaques dans des lieux publics (injections intraveineuses, ivrognerie). Dans la cellule familiale, le comportement d'un enfant toxicomane, ou d'un conjoint alcoolique, est une source de souffrance, de perturbation des relations, et constitue pour tous les membres de la famille un lourd handicap. Le prosélytisme en faveur d'une drogue, la publicité, l'incitation à consommer (particulièrement auprès des mineurs) sont nuisibles. Enfin, conduire un véhicule après avoir absorbé un médicament

tranquillisant, ou fumé du cannabis, peut être tout aussi dangereux que de conduire après avoir absorbé de l'alcool.

La fonction répressive de la loi est ici pleinement de mise. Celui qui «perd le contrôle» de sa consommation (intempérance) et de ce fait menace la vie, la santé ou simplement les intérêts d'autrui, doit être sanctionné, de même que celui qui pousse à la consommation, ou encourage l'abus. La société se doit d'intervenir pour que les personnes mises en danger soient protégées, que les torts soient réparés, que la délinquance ne reste pas impunie. La sanction des fautes doit être proportionnée aux risques et aux préjudices que l'usager ou l'incitateur fait courir aux autres, quel que soit le produit. Il faut donc remettre en question l'indulgence traditionnelle pour les drogues bien intégrées culturellement comme l'alcool. Autrement dit, il y a lieu d'étudier une gradation des peines en fonction de la gravité des actes. L'autorité judiciaire a déjà fait preuve d'une certaine imagination en ce domaine, jouant sur un registre allant depuis le simple avertissement jusqu'à la prison et l'amende, en passant par la contravention, la suspension du permis de conduire, l'astreinte à des travaux d'utilité publique, etc.

Le tort fait à autrui par les conduites d'abus de drogues n'est pas seulement direct, il est également indirect. Dans un système de santé fondé sur la solidarité, les bien portants paient pour les malades. Cela se comprend pleinement dans la mesure où la maladie est une injustice du sort. Mais on peut argumenter qu'il n'est pas juste de faire supporter aux tempérants les frais occasionnés par des troubles de santé que les intempérants s'infligent à eux-mêmes. Ainsi, de la même façon que ceux qui s'adonnent à des sports dangereux pour leur santé peuvent être astreints à prendre une assurance spéciale qui couvre les risques de leur activité sportive, de même les taxes prélevées par l'Etat sur la vente de l'alcool et du tabac peuvent avoir pour justification que les consommateurs de ces substances doivent «compenser» financièrement ce que leur intoxication va coûter aux caisses d'assurance maladie, donc à la collectivité. La fonction de la loi n'est plus ici de répression, mais de dissuasion.

Une politique de répression et/ou de dissuasion n'a de sens que liée à une politique d'éducation et de prévention qui rend le citoyen conscient des risques qu'il encourt et qu'il fait courir à autrui, lorsqu'il consomme, prescrit ou promeut d'une façon quelconque des substances actives sur le système nerveux central. Cela implique qu'est disponible une information objective sur les produits, leurs effets, leurs risques, les précautions à prendre. Pour que cette information existe la société doit assurer les conditions d'une bonne recherche scientifique, en psychopharmacologie, en épidémiologie, en médecine clinique, en anthropologie, en sociologie, en sciences de l'éducation.

6. Le mal fait à soi-même

Lorsque l'usage est abusif et qu'il fait du tort à autrui, on a considéré que le consommateur de drogues est responsable des torts causés. Mais s'il est responsable et qu'il ne fait de tort qu'à lui-même, il est moins évident que la société doit intervenir. Jusqu'où peut-on faire aux individus l'obligation de ne pas nuire à leur santé? Certaines personnes supportent très mal qu'un médecin (ou un ami) leur dise qu'elles devraient s'arrêter de fumer. Elles considèrent qu'il y a là une ingérence insupportable dans leur sphère d'autonomie. Elles revendiquent le droit de gérer leur santé comme bon leur semble, y compris le droit de se détruire. De fait, les conduites suicidaires ne sont pas punissables dans notre pays.

Le respect des libertés dans une société démocratique implique que jusqu'à un certain point l'usage de drogues par des citoyens adultes, autonomes et bien informés soit toléré (comme d'autres conduites à risques), dans la mesure où cet usage n'est pas nuisible pour les autres, et même si par cet usage l'individu semble se nuire à lui-même. Le sujet moral est juge des risques qu'il accepte de prendre. Mais on peut aussi se demander ce que vaut l'expression «ne faire du tort qu'à soi-même» puisque rares sont les personnes dépourvues de tout entourage familial ou amical. La «tolérance» vient de ce que nul n'a le pouvoir de contrôler l'intimité d'une existence. C'est raison de plus pour développer une prévention des conduites à

risques par une information et une éducation très sérieusement conduites.

Cependant, lorsqu'il se rend dépendant d'un produit, le sujet aliène sa liberté. Le degré de cette aliénation est variable. Dans les cas graves de toxicomanie la liberté est prisonnière, un esclavage intérieur s'installe, obtenir le produit devient l'objectif majeur, et il peut arriver que le sujet se punisse de son intoxication sans avoir la force de rompre avec elle.

Cet état du toxicomane assigne une sorte de droit/devoir d'ingérence à ceux qui l'approchent. On ne voit pas pourquoi l'obligation générale qui intime de porter secours à son prochain deviendrait ici caduc. Chacun d'entre nous, lorsqu'il s'aperçoit qu'un de ses proches se fait du mal, est alerté et pour ainsi dire sommé d'agir. Que faire: contraindre? Sûrement pas. Tendre la main, sûrement. Oser aborder le sujet. Faire une proposition, laissant intacte la liberté de la réponse. Sur la manière, on peut hésiter. Il est précisément important de trouver la juste attitude qui concilie le respect de la liberté d'autrui avec une compassion vigilante et une offre d'aide efficace. En tout cas l'indifférence relèverait d'un individualisme égoïste. La faiblesse d'un être, sa détresse, sont pour les autres une injonction à la responsabilité.

L'obligation d'assister ceux qui sont en danger ne vaut pas seulement pour les proches, mais pour la collectivité tout entière. Celle-ci a le devoir de mettre en place une politique de santé publique qui soit pour les individus une aide véritable, et qui donc ne soit pas axée sur la seule question de l'abstinence. Elle doit prendre en compte l'ensemble des aspects sanitaires et sociaux liés à l'usage des produits actifs sur le système nerveux central. Quelques lignes directrices sont dégagées dans les conclusions qui suivent.

TOXICOMANIES

CONCLUSIONS

Le CCNE a travaillé depuis avril 1993 sur les aspects neurobiologiques, juridiques et éthiques, des problèmes posés à notre société par les toxicomanies. Il n'entre pas dans les compétences du CCNE, ni dans ses attributions, de proposer des solutions juridico-politiques à ces problèmes. Ce soin appartient aux pouvoirs publics et au législateur. Le CCNE propose, en conclusion de ses réflexions, un constat et quelques lignes directrices.

Il est devenu évident qu'une politique axée sur la répression ne constitue plus la réponse suffisante au problème posé par la consommation des substances actives sur le système nerveux central, d'autant que la pertinence de la distinction entre drogues licites et illicites, sur laquelle se fonde cette répression, est remise en cause tant par les données scientifiques que par les pratiques. Cependant il est tout aussi évident que les effets positifs attendus d'une légalisation des substances illicites sont incertains, et qu'une liberté totale pourrait entraîner une consommation accrue de produits dangereux, au moins dans les couches les plus jeunes de la population, qui sont les plus vulnérables, toutes classes sociales confondues. Il faut donc trouver une **troisième voie** qui rende compatible une sécurité suffisante avec une liberté maîtrisée.

L'objectif est que l'ensemble de la population, dans le respect des libertés personnelles et de la dignité de chacun, soit protégé des risques de développement des toxicomanies par une réglementation qui, d'un côté, permette un contrôle des produits, et de l'accès aux produits, dans l'intérêt de la santé publique et qui, d'autre part, sanctionne de façon proportionnée l'abus et le tort fait à autrui. Le simple usage d'un produit dangereux ne devrait être réprimé que lorsqu'il est public, ou lorsque la preuve est apportée (en toute régularité de procédure) qu'il a une influence néfaste sur l'entourage, notamment familial. L'objectif est en même temps que les citoyens de ce pays qui sont usagers de drogues - et tout particulièrement les jeunes toxicomanes - soient protégés contre des risques évitables de

contamination infectieuse, et qu'ils soient aidés à s'affranchir de leur dépendance, ou que dans tous les cas ils soient accompagnés, en sorte qu'ils ne soient plus en proie au brigandage national et international, ni voués à la délinquance ou à la prostitution, ni conduits à la prison, mais qu'au contraire soient créées des conditions (notamment d'accès aux soins) leur permettant d'échapper à la marginalisation et à l'exclusion.

Les lignes directrices retenues par notre comité sont les suivantes.

1. Le problème des toxicomanies concerne la totalité de la population et l'ensemble du champ social et médical. Il n'est plus suffisant de confier ce problème au seul dispositif spécialisé mis en place par la loi de 1970. Une politique de santé publique dans ce domaine doit s'appuyer sur une réflexion **multidisciplinaire** incluant l'éducation, la police, la justice, la médecine, les 'acteurs du social', et les usagers eux-mêmes.

2. Une **formation** spécialisée doit être dispensée à tous ceux qui ont à connaître professionnellement des problèmes de la toxicomanie. En particulier, les enseignants, les étudiants en médecine, en droit, et en sciences infirmières devraient recevoir un enseignement sur les différents aspects des toxicomanies durant tout leur cursus. La formation continue des médecins praticiens est particulièrement importante.

3. La politique de **prévention** doit s'attaquer en priorité aux causes socio-économiques qui aggravent les risques de toxicomanie. Des actions de proximité comme la mise en place d'antennes destinées à la réinsertion sociale, la recherche d'un logement, d'un emploi, l'aide individuelle par l'écoute et l'accompagnement, doivent être multipliées. La prévention doit également reposer sur une **éducation** à la responsabilité. Cette éducation, en évitant scrupuleusement de devenir un moyen indirect d'initiation, inclura à la fois une information sur les produits, et une explication éclairant le refus par la société de rester neutre devant le phénomène de la toxicomanie. Cette éducation devra éviter l'amalgame entre les diverses

substances, qui risquerait de lui enlever toute crédibilité, surtout auprès des jeunes. Elle ne doit ni exagérer, ni minimiser, les risques inhérents à chacun des produits.

4. La prévention suppose un encadrement et une **réglementation de l'usage** des substances actives sur le système nerveux central, qui sont toutes potentiellement dangereuses à des degrés divers. Cet encadrement ne devrait plus reposer sur la distinction actuelle entre produits licites et illicites. Il devrait tenir compte, pour chaque produit, de sa toxicité, de ses usages thérapeutiques, des risques de dépendance liés à sa consommation, du danger de désocialisation qu'il entraîne, et des risques que sa consommation fait courir à autrui. Le tort fait à soi-même appelle une réponse médicale plutôt que pénale. Le tort fait à autrui, l'usage de certains produits quand il est public, et l'incitation à consommer (publicité comprise), appellent une sanction. Il faudrait concevoir une gradation des peines selon la gravité de l'abus et/ou du tort causé, depuis le simple avertissement jusqu'à la prison et l'amende, en passant par la contravention, la suspension du permis de conduire, l'astreinte à des travaux d'utilité publique, etc. Une telle modification du cadre législatif (y compris pénal) ne peut probablement se faire que de façon progressive. **Elle devrait être réexaminée périodiquement pour en évaluer les résultats, et tenir compte des nouvelles données apportées par la recherche qui devrait être développée et encouragée.**

5. Lorsque la prévention a échoué, le **traitement** des toxicomanes doit prendre en compte l'ensemble des aspects sanitaires et sociaux liés à l'usage des divers produits, et ne pas être axé sur la seule question de l'abstinence, même si celle-ci reste l'objectif. La politique actuelle de réduction des risques spécifiques aux drogues administrées par voie intraveineuse doit être maintenue et développée: accès à des seringues propres, information concrète des usagers sur les précautions à prendre, etc. L'accès aux produits de substitution doit devenir possible en accord avec la loi. Le cadre légal doit donc être modifié de façon à faire sortir de leur clandestinité les pratiques médicales actuelles, consistant par exemple à prescrire en médecine de ville des médicaments hors de leurs indications AMM.

Comme le préconise le protocole de prise en charge des toxicomanes par les réseaux ville-hôpital, signé le 28 septembre par le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, ces médicaments devraient pouvoir bénéficier d'une AMM précisant l'indication thérapeutique spécifique, et prévoyant la forme galénique adaptée à l'utilisation du produit par les toxicomanes. Plus généralement, une concertation peut être développée avec les représentants des groupes de médecins et de pharmaciens qui pour apporter une aide concrète aux toxicomanes explorent des solutions innovantes. L'évaluation de ces formes nouvelles de prise en charge doit être faite dans un but de recherche épidémiologique et de santé publique.

6. La réintégration sociale des toxicomanes devrait être facilitée par des mesures simples telles que: considérer les associations d'usagers comme des interlocuteurs, ouvrir des centres d'accueil (et des appartements thérapeutiques) recevant les toxicomanes non sevrés, ne pas faire de la dépendance à une substance un motif de non-admission à l'hôpital ou de rejet du système de soins traditionnel. Il semble souhaitable que les lieux d'accueil des parents de toxicomanes soient distincts des lieux de traitement de la toxicomanie.

7. D'une façon générale, pour permettre une politique de prévention et de soins efficace, la mise en place d'études épidémiologiques et cliniques devrait être encouragée. Des recherches, actuellement difficiles en raison du caractère délictueux et clandestin de l'usage de certains produits, doivent être poursuivies et développées dans toutes les disciplines concernées par les toxicomanies, dans l'intérêt de la santé publique.

8. La question de l'accès aux produits doit être abordée. Ce dernier point est important. Il serait hypocrite d'envisager une atténuation des peines pour simple usage, sans se préoccuper de la manière dont les usagers pourraient se procurer des drogues, ainsi que du problème du contrôle de la qualité des produits. Le CCNE a conscience de l'extrême complexité des aspects géopolitiques et économiques de la distribution de ces substances et il n'entre pas

dans ses compétences de traiter de cette question. Cependant, les contradictions de la situation actuelle doivent être soulignées. Ne dit-on pas à la fois que l'argent de la drogue est un argent sale, qu'il pourrait les démocraties, - et que le trafic de drogues conditionne la survie économique de certains groupes sociaux ? Il est certain que la situation de marché clandestin est malsaine, et nuit aussi bien aux non-usagers qu'aux usagers, par la corruption et l'insécurité qu'elle entraîne.

Certes, une telle réflexion ne peut être menée au seul échelon national. Il serait utile d'amplifier la concertation au niveau international. La responsabilité des Etats est engagée. Il est temps d'amorcer en matière d'économie mondiale aussi, une politique de réduction des risques. Il en va de la crédibilité d'une **éthique de la vie politique internationale**.

*

ANNEXE 1

CLASSIFICATION DE LEWIN

1^{er} groupe : *Euphorica* (calmants de la vie affective) :

Opium et morphine.
Codéine, héroïne, dionine, Eukodal.
Coca, cocaïne.

2^e groupe : *Phantastica* (agents hallucinants) :

Peyotl (*Anhalonium Lewini*), mescaline.
Chanvre indien (*Cannabis indica*).
Amanite fausse oronge.
Solanées (*Datura, Jusquiame*).
Banisteria Coapi.
Loco.

3^e groupe : *Inebriantia* (substances enivrantes) :

Alcool.	Benzine.
Chloroforme.	Protoxyde d'azote.
Ether.	

4^e groupe : *Hypnotica* (agents du sommeil) :

Chloral.	Bromure de potassium.
Véronal.	Bromural.
Paraldéhyde.	<i>Kawa-kawa</i> .
Sulfonal.	

5^e groupe : *Excitantia* (stimulants psychiques) :

Café, caféine.	
Thé, Kola, Maté, Cacao, <i>Pasta Guarana</i> .	
Camphre.	Parica.
Bétel.	Arsenic.
Kat.	Mercure.
Tabac.	

Source: P. DENIKER, *La Psycho-pharmacologie, Que sais-je?*, PUF, 1971

ANNEXE 2

CLASSIFICATION DE DELAY

	Exemples
A) Psycholeptiques :	
- agissant sur la vigilance (ou « nooleptiques ») :	
1. <i>Hypnotiques</i>	Barbituriques. Hypn. non barbituriques.
- agissant sur l'humeur (ou « thymoleptiques ») :	
2. <i>Neuroleptiques</i>	Phénothiazines. Résérpiniques. Butyrophénonés.
3. <i>Tranquillisants</i>	Procalmadiol. Diazépoxide.
B) Psychoanaleptiques :	
1. <i>Stimulants de la vigilance</i> (ou « nooanaleptiques »).....	Amphétamines et dérivés.
2. <i>Stimulants de l'humeur</i> (ou « thymoanaleptiques ») : Antidépresseurs.....	Imipramine et dérivés. Inhibiteurs de la M.A.O.
C) Psychodysleptiques :	
Hallucinogènes ou onirogènes.....	Mescaline. Lysergamide. Psilocybine.

Source: P. Deniker, *Psycho-pharmacologie des médicaments et des drogues*, ed. Marketing, 1987

ANNEXE 3

CLASSIFICATION DE DELAY ET DENIKER

TYPES D' ACTIONS	GROUPEMENTS CHIMIQUES
I. Psycholeptiques	
1. <i>Hypnotiques</i>	Barbituriques et non barbituriques.
2. <i>Tranquillisants et sédatifs classiques</i>	Benzodiazépines, etc. Bromures, hydantoïnes, etc.
3. <i>Neuroleptiques</i>	Phénothiazines, réserpiniques, butyro- phénones, benzamides, etc.
4. <i>Régulateurs de l'humeur</i>	Sels de lithium.
II. Psychoanaleptiques	
5. <i>Stimulants de la vigilance</i>	Amphétamines, etc.
6. <i>Antidépresseurs stimulants de l'humeur</i>	Imipramine et dérivés tricycliques, hydrazines I.M.A.O.
7. <i>Autres stimulants (Excitantia de Lewin)</i>	Phosphoriques, acide ascorbique, etc.
III. Psychodysleptiques	
8. <i>Hallucinogènes et onirogènes (Phantasia de Lewin)</i>	Mescaline, lysergamide, psilocybine, cannabinols, etc.
9. <i>Stupéfiants (Euphorica de Lewin)</i>	Morphine, héroïne, cocaïne, etc.
10. <i>Alcool et dérivés (Inebriantia de Lewin)</i>	Alcool, éther, etc.

Source: P. DENIKER, La Psychopharmacologie, Que sais-je, PUF, 1976

ANNEXE 4

CLASSIFICATION PELICIER

1. Dépresseurs du système nerveux central :
 - alcool ;
 - hypnotiques (barbituriques ou non) ;
 - tranquillisants (benzodiazépines) ;
 - neuroleptiques ;
 - analgésiques (opiacés, morphine, héroïne, produits de synthèse).
2. Stimulants :
 - stimulants mineurs : caféine, nicotine ;
 - stimulants majeurs : amphétamines, anorexigènes, cocaïne ;
 - stimulants de l'humeur ou antidépresseurs.
3. Perturbateurs :
 - chanvre indien ;
 - hallucinogènes (L.S.D., mescaline, psilocybine, etc.) ;
 - solvants volatils (éther, colles...) ;
 - autres produits (belladone, produits de synthèse).

Source: Y. PELICIER et G. THUILLIER, Que sais-je ?, PUF, 1972, 1992

ANNEXE 5

CLASSIFICATION DE L'OMS

Drogue	Dépendance psychique	Dépendance physique	Tolérance
Alcool	moyenne à marquée	moyenne à marquée	certaine
Barbituriques	moyenne à marquée	moyenne à marquée	substantielle
Opiacés	modérée à moyenne	marquée	marquée
Cocaïne	modérée à marquée	aucune	aucune
Ambétamine	moyenne à marquée	minime	aucune
Kath	moyenne à modérée	minime	minime
Hallucino-gènes (LSD)	moyenne à modérée	aucune	peut-être marquée avec certains agents
Cannabis	moyenne à modérée	minime	possible aux fortes doses
Solvants, inhalants	moyenne à modérée	minime	possible avec certains agents

Source: F. CABALLERO, Droit de la drogue, ed. Dalloz, 1989, p. 19

ANNEXE 6

CLASSIFICATION DU RAPPORT PELLETIER

Substance	Dépendance psychique	Dépendance physique	Tolérance
Stupéfiants			
OPIACES			
Opium	++++	++++	++++
Morphine	++++	++++	++++
Héroïne	++++	++++	++++
MORPHINO- MIMETIQUES			
Péthidine (dolosa)	++++	++++	++++
Dextromamide (Palfium)	++++	++++	++++
Dextrométhorphan (romilar)	++++	++++	++++
STIMULANTS			
Coca	+++	0	++
Cocaïne	++++	0	++++
HALLUCINOGENES			
Acide lysergique (LSD 25)	+	0	0
Mescaline	+	0	0
Psilocybine	+	0	0
Haschich	++	0	0
Cannabis	+	0	0
Médicaments détournés			
STIMULANTS			
Ambétamines	++++	+	++++
Métamphétamines S.T.P.	++++	+	++++
HYPNOTIQUES ET TRANQUILLISANTS			
Barbituriques	+++	++++	+++
Non barbituriques	++	++	+++
Tranquillisants	++++	+	
ANALGESIQUES NON OPIACES			
Pethacétine	++++	0	++
Amydopyrine	++++	0	++
Autres substances			
Alcool	+++	+++	+++
Tabac	++	0	++
Solvants volatils	+++	+	++++
0 = nulle + = faible ++ = moyenne +++ = forte ++++ = très forte			

Source: Rapport de la mission d'études sur l'ensemble des problèmes de la drogue (Rapport Pelletier), La Documentation française, 1978

ANNEXE 7

CLASSIFICATION DE G. NAHAS ET R. TROUVE

DROGUES	Plaisir Recompense	Sévérité	Neuro- Psychotoxicité réversible	Traitement	Renforcement*	
					homme	singe
OPIACÉS opium morphine héroïne antagonistes synthétiques	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦ ♦
PSYCHOSTIMULANTS MAJEURS cocaïne amphétamines	♦ ♦	♦ ♦	♦ ♦	♦ ♦	♦ ♦	♦ ♦
PSYCHODÉPRESSEURS alcool éthylique barbituriques benzodiazépines méthazolone	♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦
CANNABIS haschisch, marijuana - THC	♦	♦	♦	♦	♦	?
HALLUCINOGENES LSD psilocybine mescaline phénylcyclidine anticholinergiques (datura, belladone)	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	0 0 0 ♦ 0	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	0 0 0 ♦ 0
SOLVANTS benzène toluène acétone CCl ₄ trichloroéthylène éther, N ₂ O, CHCl ₃	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	0 0 0 0 0	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦ ♦	? ? ? ? ?
PSYCHOSTIMULANTS MINEURS** tabac (nicotine) cola khat (cathinone) caféine	♦ ♦ ♦ ♦	♦ ? ♦ ♦	0 0 0 0	♦ ♦ ♦ ♦	♦ ♦ ♦ ♦	0 0 ♦ 0

* Auto-administration.

Source: G. NAHAS et R. TROUVE, Toxicomanie et pharmacodépendance
ed. Masson, 1988, p. 32

CONVENTION UNIQUE SUR LES STUPEFIANTS

TABLEAUX*

Liste des stupéfiants inclus au Tableau I

- ACÉTORPHINE (acétyl-0³ [hydroxy-1 (R) méthyl-1 butyl]-7a méthyl-0⁶ endoéthéno-6.14 dihydro-7.8 morphine)
- ACETYLMÉTHADOL (acétoxy-3 diméthylamino-6 diphényl-4.4 heptane)
- ALLYLPRODINE (allyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
- ALPHACÉTYLMÉTHADOL (alpha-acétoxy-3 diméthylamino-6 diphényl-4.4 heptane)
- ALPHAMÉPRODINE (alpha-éthyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
- ALPHAMÉTHADOL (alpha-diméthylamino-6 diphényl-4.4 heptanol-3)
- ALPHAPRODINE (alpha-diméthyl-1,3 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
- ANILÉRIDINE (ester éthylique de l'acide *para*-aminophénéthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
- BENZÉTHIDINE (ester éthylique de l'acide (benzyloxy-2 éthyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
- BENZYLMORPHINE (benzyl-3 morphine)
- BÉTACETYLMÉTHADOL (bêta-acétoxy-3 diméthylamino-6 diphényl-4.4 heptane)
- BÉTAMÉPRODINE (bêta-éthyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
- BÉTAMÉTHADOL (bêta-diméthylamino-6 diphényl-4.4 heptanol-3)
- BÉTAPRODINE (bêta-diméthyl-1,3 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
- BÉZITRAMIDE ((cyano-3 diphénylpropyl-3,3)-1 (oxo-2 propionyl-3 benzimidazoliny-1)-4 pipéridine)
- BUTYRATE DE DIOXAPHÉTYL (morpholino-4 diphényl-2.2 butyrate d'éthyl)
- CANNABIS, RÉSINE DE CANNABIS, EXTRAITS ET TEINTURES DE CANNABIS
- CÉTOBÉMIDONE (*métra*-hydroxyphényl-4 méthyl-1 propionyl-4 pipéridine)
- CLONITAZÈNE (*para*-chlorobenzyl-2 diéthylaminoéthyl-1 nitro-5 benzimidazole)
- COCA, FEUILLE DE
- COCAÏNE (ester méthylique de la benzoylécgonine)
- CODOXINE (dihydrocodeinone carboxyméthylxime-6)
- CONCENTRÉ DE PAILLE DE PAVOT (matière obtenue lorsque la paille de pavot a subi un traitement en vue de la concentration de ses alcaloïdes, lorsque cette matière est mise dans le commerce)
- DÉSOMORPHINE (dihydrodésomorphine)
- DEXTROMORAMIDE [(+)[méthyl-2 oxo-4 diphényl-3,3 (pyrrolidiny-1)-4 butyl]-4 morpholine]
- DIAMPROMIDE (N-[(méthylphénéthylamino)-2 propyl]propionamide)
- DIÉTHYLTHIAMBUTÈNE (diéthylamino-3 di-(thiényl-2⁷)-1,1 butène-1)
- DIFÉNOXINE (l'acide (cyano-3 diphényl-3,3 propyl)-1 phényl-4 pipéridine-carboxylique-4)
- DIHYDROMORPHINE
- DIMÉNOXADOL (diméthylaminoéthyl-2 éthoxy-1 diphényl-1,1 acétate)
- DIMÉPHEPTANOL (diméthylamino-6 diphényl-4.4 heptanol-3)
- DIMÉTHYLTHIAMBUTÈNE (diméthylamino-3 di-(thiényl-2⁷)-1,1 butène-1)
- DIPHÉNOXYLATE (ester éthylique de l'acide (cyano-3 diphényl-3,3 propyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)

* *Note du Secrétariat* : Les tableaux I à IV tels qu'ils figurent dans le présent document reproduisent non seulement les substances incluses respectivement en 1961 par la Conférence des Nations Unies pour l'adoption d'une Convention unique sur les stupéfiants (pour les tableaux originaux se référer au document E/CONF.34/24/Add.1) mais aussi tous les amendements portés à ces tableaux jusqu'à la fin de 1976 par décision de la Commission des stupéfiants, conformément aux conditions requises et à la procédure prévues par l'article 3 de la Convention de 1961. Le Secrétariat a également apporté quelques corrections mineures en ce qui concerne la dénomination chimique de certaines substances incluses dans les Tableaux I à IV.

DIPIPANONE (diphényl-4,4 pipéridine-6 heptanone-3)
 DROTEBANOL (hydroxy-14 dihydro thébainol 6 β éther méthylique-4)
 ECCONINE, ses esters et dérivés qui sont transformables en ecgonine et cocaïne
 ÉTHYLMÉTHYLTHIAMBUTÈNE (éthylméthylamino-3 di-(thiényl-2)-1,1 butène-1)
 ÉTONITAZÈNE [(diéthylaminoéthyl)-1 *para*-éthoxybenzyl-2 nitro-5 benzimidazole]
 ÉTORPHINE [(hydroxy-1(R) méthyl-1 butyl]-7 α méthyl-0 β *endo*éthéno-6,14 dihydro-7,8 morphine)
 ÉTOXÉRIDINE (ester éthylique de l'acide [(hydroxy-2 éthoxy)-2 éthyl]-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 FENTANYL (phénéthyl-1 N-propionylanilino-4 pipéridine)
 FURÉTHIDINE (ester éthylique de l'acide (tétrahydrofurfuryloxyéthyl-2)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 HEROÏNE (diacétylmorphine)
 HYDROCODONE (dihydrocodéinone)
 HYDROMORPHINOL (hydroxy-14 dihydromorphine)
 HYDROMORPHONE (dihydromorphinone)
 HYDROXPÉTHIDINE (ester éthylique de l'acide *mé*ta-hydroxyphényl-4 méthyl-1 pipéridine carboxylique-4)
 ISOMÉTHADONE (diméthylamino-6 méthyl-5 diphényl-4,4 hexanone-3)
 LÉVOMÉTHORPHANE* [(-)-méthoxy-3 N-méthylmorphinane]
 LÉVOMORAMIDE [(-)-[méthyl-2 oxo-4 diphényl-3,3 (pyrrolidiny-1)-4 butyl]-4 morpholine]
 LÉVOPHÉNACYLMORPHANE [(-)-hydroxy-3 N-phénacylmorphinane]
 LÉVORPHANOL* [(-)-hydroxy-3 N-méthylmorphinane]
 MÉTAZOCINE (hydroxy-2* triméthyl-2,5,9 benzomorphane-6,7)
 MÉTHADONE (diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanone-3)
 MÉTHADONE, intermédiaire de la (cyano-4 diméthylamino-2 diphényl-4,4 butane)
 MÉTHYLDÉSOPHINE (méthyl-6 delta 6-désoxymorphine)
 MÉTHYLDIHYDROMORPHINE (méthyl-6 dihydromorphine)
 MÉTOPON (méthyl-5 dihydromorphinone)
 MORAMIDE, intermédiaire du (acide méthyl-2-morpholino-3 diphényl-1,1 propane carboxylique-1)
 MORPHÉRIDINE (ester éthylique de l'acide (morpholino-2 éthyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 MORPHINE
 MORPHINE MÉTHOBROMIDE et autres dérivés morphiniques à azote pentavalent
 N-OXYMORPHINE
 MYROPHINE (myristylbenzylmorphine)
 NICOMORPHINE (dinicotinyl-3,6 morphine)
 NORACYMÉTHADOL ((-)-alpha-acétoxy-3 méthylamino-6 diphényl-4,4 heptane)
 NORLÉVORPHANOL [(-)-hydroxy-3 morphinane]
 NORMÉTHADONE (diméthylamino-6 diphényl-4,4 hexanone-3)
 NORMORPHINE (déméthylmorphine)
 NORPIPANONE (diphényl-4,4 pipéridino-6 hexanone-3)
 OPIUM
 OXYCODONE (hydroxy-14 dihydrocodéinone)
 OXYMORPHONE (hydroxy-14 dihydromorphinone)
 PÉTHIDINE (ester éthylique de l'acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 PÉTHIDINE, intermédiaire A de la (cyano-4 méthyl-1 phényl-4 pipéridine ou méthyl-1 phényl-4 cyano-4 pipéridine)

* Le dextrométhorphan [(+)-méthoxy-3 N-méthylmorphinane] et le dextrorphan [(+)-hydroxy-3 N-méthylmorphinane] sont expressément exclus du présent tableau.

PLTHIDINE, intermédiaire B de la (ester éthylique de l'acide phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 PETHIDINE, intermédiaire C de la (acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 PHÉNADOXONE (morpholino-6 diphenyl-4,4 heptanone-3)
 PHÉNAMPROMIDE (N-(méthyl-1 pipéridino-2 éthyl) propionanilide)
 PHÉNAZOCINE (hydroxy-2' diméthyl-5,9 phénéthyl-2 benzomorphane-6,7)
 PHÉNOMORPHANE (hydroxy-3 N-phénéthylmorphinane)
 PHÉNOPÉRIDINE (ester éthylique de l'acide (hydroxy-3 phényl-3 propyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 PIMINODINE (ester éthylique de l'acide phényl-4 (phénylamino-3 propyl)-1 pipéridine carboxylique-4)
 PIRITRAMIDE (amide de l'acide (cyano-3 diphenylpropyl-3,3)-1 (pipéridino-1)-4 pipéridine carboxylique-4)
 PROHEPTAZINE (diméthyl-1,3 phényl-4 propionoxy-4 azacycloheptane)
 PROPÉRIDINE (ester isopropylique de l'acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 RACÉMETHORPHANE [(±)-méthoxy-3 N-méthylmorphinane]
 RACÉMORAMIDE [(±)-[méthyl-2 oxo-4 diphenyl-3,3 (pyrrolidiny-1)-4 butyl]-4 morpholine]
 RACÉMORPHANE [(±)-hydroxy-3 N-méthylmorphinane]
 THÉBACONE (acétyldihydrocodéine)
 THÉBAÏNE
 TRIMÉPÉRIDINE (triméthyl-1,2,5 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine); et
 Les isomères des stupéfiants inscrits au Tableau, sauf exception expresse, dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée:
 Les esters et les éthers des stupéfiants inscrits au présent Tableau, à moins qu'ils ne figurent dans un autre tableau, dans tous les cas où ces esters et éthers peuvent exister:
 Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, y compris les sels d'esters, d'éthers et d'isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

Liste des stupéfiants inclus au Tableau II

ACETYLDIHYDROCODÉINE
 CODÉINE (3-méthylmorphine)
 DIHYDROCODÉINE
 ÉTHYLMORPHINE (3-éthylmorphine)
 NICOCODINE (6-nicotinylcodéine ou ester (acide pyridine carboxylique-3)-6 de codéine)
 NICODICODINE (6-nicotinyl-dihydrocodéine ou ester nicotinique de la dihydrocodéine)
 NORCODÉINE (N-déméthylcodéine)
 PHOLCODINE (morpholinyléthylmorphine); et
 PROPIRAM (N-(méthyl-1 pipéridino-2 éthyl) N-(pyridyl-2) propionamide)
 Les isomères des stupéfiants inscrits au Tableau, sauf exception expresse, dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée:
 Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, y compris les sels de leurs isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

Liste des préparations incluses au Tableau III

1. Préparation des stupéfiants suivants :
 - Acétyldihydrocodéine,
 - Codéine,
 - Dihydrocodéine,
 - Ethylmorphine.

Nicodicodine,
Norcodéine, et
Pholcodine,

lorsque ces préparations contiendront un ou plusieurs autres composants et que la quantité de stupéfiants n'excédera pas 100 milligrammes par unité de prise et que la concentration ne sera pas supérieure à 2,5 p. 100 dans les préparations de forme non divisée.

2. Les préparations à base de propiram ne contenant pas plus de 100 mg de propiram par unité d'administration et mélangées avec une quantité au moins égale de méthylcellulose.

3. Préparations de cocaïne renfermant au maximum 0,1 p. 100 de cocaïne calculée en cocaïne base et préparations d'opium ou de morphine contenant au maximum 0,2 p. 100 de morphine calculée en morphine base anhydre, et contenant un ou plusieurs autres composants et que le stupéfiant ne puisse être récupéré par des moyens aisément mis en œuvre ou dans une proportion qui constituerait un danger pour la santé publique.

4. Les préparations de difénoxine contenant, par unité d'administration, un maximum de 0,5 mg de difénoxine et une quantité de sulfate d'atropine égale à 5 p. 100 au minimum de la quantité de difénoxine.

5. Préparations de diphénoxylate un unités d'administration contenant au maximum 2,5 milligrammes de diphénoxylate calculé en base et au minimum une quantité de sulfate d'atropine égale à un pour cent de la dose de diphénoxylate.

6. *Pulvis ipecacuanhae et opii compositus*

10 pour 100 de poudre d'opium

10 pour 100 de poudre de racine d'ipécacuanha, bien mélangées avec

80 pour 100 d'un autre composant pulvérulent non stupéfiant.

7. Préparations correspondant à l'une quelconque des formules énumérées dans le présent Tableau, et mélanges de ces préparations avec toute substance ne contenant pas de stupéfiant.

Liste des stupéfiants inclus au Tableau IV

ACÉTORPHINE (acétyl-O³ [hydroxy-1(R) méthyl-1 butyl]-7 α méthyl-O⁶ endoéthéno-6,14 dihydro-7,8 morphine)

CANNABIS ET RÉSINE DE CANNABIS

DÉSOMORPHINE (dihydrodésoxymorphine)

ÉTORPHINE ([hydroxy-1(R) méthyl-1 butyl]-7 α méthyl-O⁶ endoéthéno-6,14 dihydro-7,8 morphine)

HÉROÏNE (diacétylmorphine)

CÉTOBEMIDONE (*méa*-hydroxyphényl-4 méthyl-1 propionyl-4 pipéridine)

Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

ANNEXE 9

CONVENTION SUR LES PSYCHOTROPES

LISTES DES SUBSTANCES FIGURANT AUX TABLEAUX*

Liste des substances figurant au Tableau I

DCI	Autres noms communs ou vulgaires	Désignation chimique
1.	DET	<i>N, N</i> -diéthyltryptamine
2.	DMHP	hydroxy-1 (diméthyl-1,2 heptyl)-3 tétrahydro-7,8,9,10 triméthyl-6,6,9 6 <i>H</i> -dibenzo [<i>b,d</i>] pyranne
3.	DMT	<i>N, N</i> -diméthyltryptamine
4. (+)-LYSERGIDE	LSD, LSD-25	(+)- <i>N, N</i> -diéthyllysergamide (diéthylamide de l'acide dextro-lysergique)
5.	mescaline	triméthoxy-3,4,5 phénéthylamine
6.	parahexyl	hydroxy-1 <i>n</i> -hexyl-3 tétrahydro-7,8,9,10 triméthyl-6,6,9 6 <i>H</i> -dibenzo [<i>b,d</i>] pyranne
7.	psilocine, psilotsin	(diméthylamino-2 éthyl)-3 hydroxy-4 indol
8. PSILOCYBINE		dihydrogénophosphate de (diméthylamino-2 éthyl)-3 indolyle-4
9.	STP, DOM	amino-2 (diméthoxy-2,5 méthyl-4) phényl-1 propane
10.	tétrahydrocannabinols, tous les isomères	hydroxy-1 pentyl-3 tétrahydro-6a, 7, 10, 10a triméthyl-6,6,9 6 <i>H</i> -dibenzo [<i>b,d</i>] pyranne

Les sels des substances inscrites à ce tableau toutes les fois que l'existence de ces sels est possible**.

* Les noms figurant en majuscules dans la colonne de gauche sont des dénominations communes internationales (DCI). A l'exception du (+)-LYSERGIDE, les autres dénominations ou noms communs ne sont indiqués que si aucune DCI n'a encore été proposée.

** Note du Secrétaire: La Commission des stupéfiants a décidé, au moyen d'un vote par correspondance, comme suite à sa décision 9 (XXVII) du 24 février 1977, de faire figurer cette phrase à la fin de chacun des tableaux.

Liste des substances figurant au Tableau II

	<i>DCI</i>	<i>Autres noms communs ou vulgaires</i>	<i>Désignation chimique</i>
1.	AMPHÉTAMINE		(-)-amino-2 phényl-1 propane
2.	DEXAMPHÉTAMINE		(+)-amino-2 phényl-1 propane
3.	MÉTHAMPHÉTAMINE		(+)-méthylamino-2 phényl-1 propane
4.	MÉTHYLPHÉNIDATE		phényl-2 (pipéridyl-2)-2 acétate de méthyle
5.	PHENCYCLIDINE		(phényl-1 cyclohexyl)-1 pipéridine
6.	PHENMÉTRAZINE		méthyl-3 phényl-2 morpholine

Les sels des substances inscrites à ce tableau toutes les fois que l'existence de ces sels est possible**.

Liste des substances figurant au Tableau III

	<i>DCI</i>	<i>Autres noms communs ou vulgaires</i>	<i>Désignation chimique</i>
1.	AMOBARBITAL		acide éthyl-5 (méthyl-3 butyl)-5 barbiturique
2.	CYCLOBARBITAL		acide (cyclohexène-1 yl-1)-5 éthyl-5 barbiturique
3.	GLUTÉTHIMIDE		éthyl-2 phényl-2 glutarimide
4.	PENTOBARBITAL		acide éthyl-5 (méthyl-1 butyl)-5 barbiturique
5.	SÉCOBARBITAL		acide allyl-5 (méthyl-1 butyl)-5 barbiturique

Les sels des substances inscrites à ce tableau toutes les fois que l'existence de ces sels est possible**.

Liste des substances figurant au Tableau IV

	<i>DCI</i>	<i>Autres noms communs ou vulgaires</i>	<i>Désignation chimique</i>
1.	AMFÉPRAMONE		(diéthylamino)-2 phényl-1 propione
2.	BARBITAL		acide diéthyl-5,5 barbiturique
3.		éthchlorvynol	éthylchlorovinyl-2 éthylnylcar- binol
4.	ÉTHINAMATE		carbamate d'éthylnyl-1 cyclohexyle
5.	MÉPROBAMATE		dicarbamate de méthyl-2 propyl-2 propanediol-1,3
6.	MÉTHAQUALONE		méthyl-2 o-tolyl-3 3H-quina- zolinone-4

inc

7.	METHYLPHÉNOBARBITAL	acide éthyl-5 méthyl-1 phényl- barbiturique
8.	MÉTHYPRYLONE	diéthyl-3,3 méthyl-5 pipé- dinedione-2,4
9.	PHÉNOBARBITAL	acide éthyl-5 phényl-5 barbi- turique
10.	PIPRADOL	diphényl-1,1 (pipéridyl-2)-1 méthanol
11.	SPA	(-)-diméthylamino-1 diphényl-1 éthane

Les sels des substances inscrites à ce tableau toutes les fois que l'exis-
tence de ces sels est possible**.

ARRÊTÉ DU 22 FÉVRIER 1990

fixant la liste des substances classées comme stupéfiants

NOR : SPSM2000K98A

(Journal officiel du 7 juin 1990)

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 626, L. 627,
R. 5149 et suivants,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont classées comme stupéfiants les substances et préparations mentionnées dans les annexes au présent arrêté.

Article 2

Le directeur de la pharmacie et du médicament est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 22 février 1990.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la pharmacie
et du médicament,
M.-T. FUNEL

ANNEXE I

Cette annexe comprend :

- les substances ci-après désignées ;
- leurs isomères, sauf exception expresse, dans tous les cas où ils peuvent exister, conformément à la formule chimique correspondante desdites substances ;
- les esters et éthers desdites substances ou isomères à moins qu'ils ne soient inscrits à une autre annexe, dans tous les cas où ils peuvent exister ;
- les sels desdites substances, de leurs isomères, de leurs esters et éthers dans tous les cas où ils peuvent exister ;
- les préparations renfermant les produits ci-dessus mentionnés à l'exception de celles nommément désignées ci-dessous :

Actiorphine.
Acrylalphaméthylfentanyl.
Acrylméthadol.
Alfentanil.
Allylprodine.
Alphacétylméthadol.
Alphaméprodine.
Alphaméthadol.
Alphaméthylfentanyl.
Alpha-méthylthiofentanyl.
Alphaprodine.
Aniléridine.
Benzéthidine.
Benzylmorphine.
Béta-hydroxyfentanyl.
Béta-hydroxy-méthyl-3-fentanyl.
Bétacétylméthadol.
Bétaméprodine.
Bétaméthadol.
Bétaprodine.
Benzamide.
Butyrate de dioxaphényl.
Cannabis et résine de cannabis.
Cétobétidone.
Clonazéne.
Cora, feuille de.
Couxine.
Codéine.

Concentré de paille de pavot ou matière obtenue lorsque la paille de pavot a subi un traitement en vue de la concentration de ses alcaloïdes (capsules, tiges).

Désomorphine.

Dextromoramide.

Diampromide.

Diéthylthiambutène.

Difénoxine.

Dihydromorphine.

Diménoxadol.

Dimépheptanol.

Diméthylthiambutène.

Diphénoxylate, à l'exception des préparations orales en renfermant, par dose unitaire, une quantité maximale de 2,5 mg calculés en base en association avec une quantité d'au moins 0,025 mg de sulfate d'atropine.

Dipipanone.

Drotébanol.

Egonine, ses esters et ses dérivés transformables en ecgonine et cocaïne.

Ethylméthylthiambutène.

Etonitazène.

Etorphine.

Etoxéridine.

Fentanyl.

Furéthidine.

Héroïne.

Hydrocodone.

Hydromorphinol.

Hydromorphone.

Hydroxypéthidine.

Isométhadone.

Lévométhorphan, à l'exception de son isomère dextrogyre ou dextrométhorphan.

Lévomoramide.

Lévophénacéylmorphane.

Lévorphanol, à l'exception de son isomère dextrogyre ou dextrorphan.

Métazocine.

Méthadone et son intermédiaire ou cyano-4 diméthylamino-2 diphenyl-4, 4 butane.

Méthyléthorphine.

Méthyl-dihydromorphine.

Méthyl-3-thiofentanyl.

Méthyl-3 fentanyl.

Métopon.

Moramide (intermédiaire du) ou acide méthyl-2 morpholino-3 diphenyl-1, 1 propane carboxylique.

Morphéridine.

Morphine (y compris les préparations d'opium en renfermant plus de 20 p. 100 exprimé en base anhydre et les dérivés morphiniques à azote pentavalent tels méthobromure, N-oxymorphine, N-oxycodéine), à l'exception des éthers nommément mentionnés à l'annexe II et des préparations relevant d'un autre classement.

MPPP ou propionate de méthyl-1 phényl-4 pipéridinyle-4.

Myrophine.

Nicomorphine.

Noracyméthadol.

Norlévorphanol.

Norméthadone.

Normorphine.

Norpipanone.

Opium (y compris les préparations d'opium et de *papaver somniferum* renfermant jusqu'à 20 p. 100 de morphine calculée en base anhydre, à l'exception des préparations relevant d'un autre classement).

Oxycodone.

Oxymorphone.

Para-fluorofentanyl.

PEPAP ou acétate de phénéthyl-1 phényl-4 pipéridinyle-4.

Péthidine et ses intermédiaires A (cyano-4 méthyl-1 phényl-4 pipéridine) B (ester éthylique de l'acide phényl-4 pipéridine carboxylique-4) et C (acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4).

Phénadoxone.

Phénampromide.

Phénazocine.

Phénomorphane.

Phénopéridine.

Piminodine.

Piritramide.

Proheptazine.

Propéridine.

Racéméthorphan.

Racémoramide.

Racémorphane.

Sufentanyl.

Thébacone.

Thébaïne.

Thiofentanyl.

Tilidine.

Trimépidine.

ANNEXE II

Cette annexe comprend :

- les substances ci-après désignées ;
- leurs isomères, sauf exception expresse, dans tous les cas où ils peuvent exister, conformément à la formule chimique correspondante desdites substances ;
- les sels desdites substances et de leurs isomères dans tous les cas où ils peuvent exister ;
- leurs préparations nommément désignées ci-dessous :

Acétyldihydrocodéine.

Codéine.

Dextropropoxyphène et ses préparations injectables.

Dihydrocodéine.

Ethylmorphine.

Nicocodine.

Nicodicodine.

Norcodéine.

Pholcodine.

Propiram.

ANNEXE III

Cette annexe comprend :

- les substances ci-après désignées ;
- leurs sels dans tous les cas où ils peuvent exister ;
- les préparations de ces substances, à l'exception de celles nommément désignées ci-dessous :

Amphétamine, à l'exception de la préparation présentée en comprimés et renfermant par comprimé : sulfate d'amphétamine, 0,005 g ; phénobarbital, 0,100 g.

Benzphétamine, à l'exception de ses préparations autres qu'injectables.

Brolamfétamine.

Cathinone.

DET ou N,N-diéthyltryptamine.

Dexamfétamine.

DMA ou di-diméthoxy-2,5 α -méthylphényléthylamine.

DMHP ou hydroxy-1 (diméthyl-1,2 heptyl)-3 tétrahydro-7,8,9,10 triméthyl-6,6,9 6H-dibenzo(b,d) pyranne.

DMT ou N,N-diméthyltryptamine.

DOET ou di-diméthoxy-2,5 éthyl-4 α -méthylphényléthylamine.

Eticyclidine ou PCE.

Etilamfétamine.

Fénétylline.

Levamfétamine.

Lévométhamphétamine.

Lysergide ou LSD-25.

MDMA ou di N, α -diméthyl (méthylènedioxy)-3,4 phényléthylamine.

Mécloqualone.

MMDA ou méthoxy-2 α -méthyl (méthylènedioxy)-4,5 phényléthylamine.

Méfénorex et ses sels, à l'exception des préparations autres qu'injectables.

Mescaline.

Méthamphétamine et son racémate.

Méthaquealone.

Méthylphénidate.

Méthyl-4 aminorex.

N-hydroxytétaamfétamine.

N-éthylténamphétamine (MDE).

Parahexyl.

Pentazocine.

Phencyclidine.

Phendimétrazine.

Phenmétrazine.

Phentermine, à l'exception des préparations autres qu'injectables.

PMA ou p-méthoxy α -méthylphényléthylamine.
Psilocybine.
Psilocine.
Pyrovalérone, à l'exception des préparations relevant de la liste I.
Rolicyclidine ou PHP ou PCPY.
Sécarbital.
STP ou DOM ou amino-2(diméthoxy-2,5 méthyl-4)phényl-1 propane.
Tenamfétaïne ou MDA.
Ténocyclidine ou TCP.
TMA ou di-triméthoxy-3,4,5 α -méthylphényléthylamine.

ANNEXE IV

Cette annexe comprend les produits ci-après désignés ainsi que leurs préparations à l'exception de celles nommément désignées ci-dessous :

Acide lysergique, ses dérivés halogénés, et leurs sels.
Amfépentorex et ses sels, à l'exception de leurs préparations autres qu'injectables.
Bêta hydroxy alpha, bêta-diphényléthylamine, ses isomères, esters, éthers, et leurs sels.
Champignons hallucinogènes, notamment des genres stropharia, conocybe et psilocybe.
Chlorphentermine et ses sels, à l'exception de leurs préparations autres qu'injectables.
Fenbutrazate et ses sels.
Lévopropoxyprane et ses sels.
Pentorex et ses sels, à l'exception de leurs préparations autres qu'injectables.
Phénylactone ou phényl-1 propanone-2.
Tétrahydrocannabinols, leurs esters, éthers, sels ainsi que les sels des dérivés précités.

ANNEXE 11

ARRÊTÉ DU 22 FÉVRIER 1990 **fixant la liste des substances psychotropes**

NOR : SPSM9000500A

(Journal officiel du 7 juin 1990)

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,
Vu le code de la santé, notamment les articles L. 626 et R. 5183 ;
Vu le décret n° 77-41 du 11 janvier 1977 approuvant la convention de
l'O.N.U. de 1971 sur les substances psychotropes,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont classés comme substances psychotropes les produits dont la liste figure en annexe ainsi que leurs sels si l'existence de tels sels est possible.

ANNEXE

Liste des substances et préparations psychotropes

PREMIÈRE PARTIE

Cette partie comprend les substances ci-après énumérées ainsi que leurs sels et les préparations renfermant lesdites substances ou leurs sels.

Tableau III de la convention de Vienne

Amobarbital.	Cyclobarbital.
Buprénorphine.	Glutéthimide.
Butalbital.	Pentobarbital.
Cathine.	

Tableau IV de la convention de Vienne

Allobarbital.	Léfetamine.
Alprazolam.	Loflazépatate d'éthyle.
Amfépramone.	Loprazolam.
Barbital.	Lorazépatam.
Bromazépatam.	Lormétazépatam.
Butobarbital.	Mazindol.
Camazépatam.	Médazépatam.
Chlordiazépatoxide.	Méprobamate.
Clobazam.	Méthylphénobarbital.
Clonazépatam.	Méthylpyrrolone.
Clorazépatate.	Midazolam.
Clotiazépatam.	Nimétazépatam.
Clozapolam.	Nitrazépatam.
Délorazépatam.	Nordazépatam.
Diazépatam.	Oxazépatam.
Estazolam.	Oxazolam.
Ethchlorvynol.	Pémoline.
Ethinamate.	Phénobarbital.
Fencamfamine.	Pinazépatam.
Fenproporex.	Pipradrol.
Fludiazépatam.	Prazépatam.
Flunitrazépatam.	Secbutabarbital.
Flurazépatam.	Témazépatam.
Halazépatam.	Tétrazépatam.
Haloxazolam.	Triazolam.
Kétazolam.	Vinylbital.

NOTE SUR LE RAPPORT ÉTHIQUE "TOXICOMANIES"

Importance donnée à la prévention, critique d'une distinction pharmacologiquement arbitraire entre drogues licites et illicites, priorité reconnue à la santé des usagers, ces trois principes honorent le rapport de notre Comité et rejoignent les vœux déjà émis par d'autres instances. Pour ma part, et quoique je souscrive à ses recommandations, plusieurs raisons me défendent d'acquiescer à ce texte, trop serein à mon gré devant tant de drames virtuels.

1. La toxicomanie affecte principalement la jeunesse : les drogués sont nos enfants, et parfois ce sont encore des enfants. A ce double titre, notre responsabilité est pleinement engagée. Une information scientifique, tout indispensable qu'elle soit, ne suffira pas à les écarter de l'autodestruction où les acheminent leurs conditions d'existence. Notre étude n'a pas assez considéré ces périls : misère, chômage, échec, émiettement familial surtout, ni le désarroi qui étreint des personnalités encore incertaines, en attente d'amour, d'engagement et d'un sens auquel la société ne répond souvent que par l'absurde.

2. Si le rapport a raison de récuser le statut de délinquance appliqué à l'usager, il affaiblit aussi, mais de façon malencontreuse, son statut de victime, aux prises avec dealers soudoyés, trafiquants impunis et triomphants. Il invoque un "sujet moral", capable de tempérance, maître de ses conduites, qui ne définit guère la population toxicomane. On n'entre pas par liberté dans la drogue. On y entre par souffrance, ou sous la pression d'une offre, dont le caractère apparemment convivial n'en est pas moins adossé à une formidable machine d'argent et de crime, d'envergure planétaire : qui peut ici parler sérieusement de liberté ?

3. Le rapport sépare nettement l'usage et l'abus. Peut-être, chez certains, plus rassis. Mais la masse court le risque d'un glissement insensible de l'un à l'autre, de même que la drogue dite douce fait le lit de la dure. Les toxicomanes ne commencent pas d'emblée par l'héroïne. L'usage préalable du cannabis ou de l'alcool, dans un premier temps, les rassure, flatte leur désir de transgression ou de bien-être, avant que le piège impitoyable ne se referme sur eux et sur leur désastre.

4. Le rapport tolère l'usage, sous réserve qu'il ne nuise pas à l'entourage ou, par une consommation publique, à la société. Mais le consommateur solitaire, qui ne gêne personne, parce qu'il est familialement et socialement à l'abandon, ne devrait-il pas nous préoccuper entre tous ?

5. Les politiques menées contre la drogue ont jusqu'ici échoué. Assurément nous devons réfléchir à d'autres conduites, et comme le rapport y invite, assurer d'abord la sécurité des sujets, les accueillir et les accompagner sur le chemin de leur autonomie. Cependant ces diverses mesures ne devraient jamais autoriser un pas, si petit soit-il, vers une quelconque reconnaissance théorique de la consommation, même sous ses formes modérées. La drogue reste un incapacitant, une habitude toxique, elle expose à la dépendance et à la désocialisation. C'est dans le souci des plus fragiles que nous devons traiter son problème

France Quéré