

## **PROBLEMES ETHIQUES POSES PAR DEUX LEGISLATIONS EUROPEENNES EN MATIERE DE TOXICOMANIE: LA FRANCE ET LES PAYS-BAS.**

**par Anne-Frédérique BONTEMPS, juriste, DEA d'Ethique Médicale et Biologique, 1995.**

### **INTRODUCTION**

La toxicomanie apparaît comme la recherche d'un plaisir, d'une satisfaction ou d'une réduction de tension, par l'usage répété puis contraignant d'une substance naturelle ou synthétique, toxique pour le système nerveux.(1) La toxicomanie influe sur l'état physique et psychique du toxicomane, ainsi que sur ses rapports avec autrui (connu ou inconnu), et avec la société en général.

C'est ainsi que la toxicomanie se trouve encadrée par le droit. Il n'existe pas de définition unique du droit. La notion de droit renvoie à différents concepts dont celui de la règle à respecter. L'expression la plus courante du droit est la loi. Celle-ci se présente comme une règle générale et impersonnelle qui s'applique à tous. Elle a pour objet de réguler les rapports entre les personnes, et entre les personnes et la société. La loi représente un certain nombre de valeurs immuables comme le respect de la vie et du bien d'autrui. Mais la loi n'est pas figée : elle énonce l'état de penser de la société à un moment donné.

C'est pourquoi je ne ferai mention que de la définition juridique de la toxicomanie qui distingue uniquement les substances licites (alcool, tabac) des substances illicites (cannabis, opiacés...).

Les Etats ont une histoire différente, ce qui explique les différences qui existent dans leur évolution politique et sociale. Et les législations en matière de toxicomane n'échappent pas à cette règle. Cependant, certains Etats européens sont désormais liés depuis la constitution des Communautés européennes. La construction communautaire vise à l'intégration des Etats au sein d'un système fédéral. Cette construction implique une harmonisation des législations et une coopération accrue des Etats membres pour atteindre les objectifs des Traités constitutifs (Traité de Paris de 1951 et Traité de Rome de 1957).

Ces traités, garantissant des libertés et principes fondamentaux communs comme la libre circulation des personnes et la non-discrimination en raison de la nationalité. Ils organisent des transferts de compétences des Etats membres vers les Communautés, créant des domaines de compétences exclusives et des domaines de compétences partagées. Le Traité de Maastricht signé en 1992 (2) regroupe les Communauté en une seule entité : l'Union européenne (dite aussi la Communauté européenne) et établit un nouveau transfert de compétence dont la santé est un élément.

Les textes communautaires adoptés par les institutions de la Communauté ont vocation à s'insérer dans les législations des Etats membres. Ils deviennent des textes nationaux et influencent ainsi l'évolution de ces législations. Mais il persiste des contradictions entre les législations nationales et les éléments du droit communautaire.

Dans cette étude, je me propose de comparer les législations françaises et hollandaises, en matière de toxicomanie, et de voir de quelles façons elles influent sur la représentation du toxicomane. Une différence de représentation dégagerait alors une problématique éthique. Le toxicomane est une personne humaine et un citoyen. L'Etat doit donc veiller au respect de ses droits et de ses devoirs. Le toxicomane doit être traité dignement, et bénéficier des mêmes droits que tous les autres citoyens de l'Etat.

Or, les principes communautaires de libre circulation et de non-discrimination en raison de la nationalité, qui sont instaurés entre les Etats membres de l'Union européenne, sont -ils appliqués au toxicomane ? Les législations françaises et néerlandaises par leurs divergences n'entraînent-elles pas une différence de représentation de celui-ci, comme de son accès aux soins ? Comment ces aspects se répercutent-ils ou créent-ils l'interaction entre le monde sanitaire et le monde social ?

Sur le plan méthodologique, l'approche choisie consiste en l'analyse de documents écrits et audiovisuels. Dans une première partie, il conviendra d'étudier les textes communautaires et nationaux qui régissent la toxicomanie. Puis, dans une deuxième partie, il sera question de

l'application de ces législations et des problèmes éthiques qu'elles soulèvent en ce qui concerne la représentation du toxicomane et l'interaction entre le monde sanitaire et social.

## **DROIT COMMUNAUTAIRE ET LEGISLATIONS NATIONALES ETUDE DES TEXTES LEGISLATIFS**

### **DROIT COMMUNAUTAIRE**

#### **A : Rapports existants entre le droit communautaire et les législations nationales : hiérarchie des normes**

Les rapports entre les normes communautaires et les règles nationales sont souvent complexes, en effet se pose le problème de hiérarchie des normes et donc, de la conformité des règles nationales avec le droit communautaire. Pour veiller au respect de cette hiérarchie des normes, la Cour de Justice des Communautés Européennes (C.J.C.E.) a établi dans sa jurisprudence un certain nombre de règles qui permettent au juge d'appliquer le droit communautaire comme son droit national (4). Le juge national s'en servira pour savoir quelle règle sera applicable dans le cas qui lui est exposé. Le juge national est le premier juge du droit communautaire.

Ces règles sont la primauté et l'applicabilité directe.

La primauté impose qu'un juge national, dans le cadre d'un litige mettant en présence des normes nationales et communautaires contradictoires, doit écarter la règle nationale (même postérieure) et appliquer la règle communautaire(5). Une mesure unilatérale (étatique) ne saurait être opposable à une règle communautaire, car elle peut mettre en péril la réalisation des objectifs (article 5) du Traité de l'Union Européenne (ou Traité de Maastricht, de 1992) et entraîner des discriminations (article 7).

L'applicabilité directe pose un problème différent : celui de savoir si un particulier peut revendiquer, ou non, l'application des droits et devoirs accordés par le droit communautaire devant un juge national. Cet effet direct est admis pour le droit communautaire originaire (les traités instituant les Communautés) et pour le droit communautaire dérivé sous certaines conditions (4) (5). L'article 189 du traité accorde l'effet direct d'office aux Règlements, mais reste silencieux en ce qui concerne les Directives. Il faut examiner au cas par cas (jurisprudence S.A.C.E.; Aff 33/70 du 17/12/70).

#### **B : Analyse des principes communautaires**

Le Traité de Maastricht (2) a étendu les compétences de l'Union Européenne à des domaines n'en faisant pas partie auparavant. L'article 3 de ce traité donne une liste d'actions que celle-ci doit mener avec :

- des mesures relatives à l'entrée et à la libre circulation des personnes dans le Marché Intérieur conformément à l'article 100 C,
- "une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé "
- "une contribution à une éducation et à une formation de qualité ainsi qu'à l'épanouissement des cultures des Etats membres "...

Le traité ne revient pas sur les principes qui ont contribué à l'élaboration de la construction communautaire (libre circulation des capitaux, des marchandises, des personnes et des services ; et non discrimination en raison de la nationalité) ; mais au contraire en établit un autre pour permettre une possibilité d'intervention supplémentaire avec l'article 3 B : le principe de subsidiarité.

le principe de libre circulation des personnes

La libre circulation des personnes est inscrite en l'article 7 A alinéa 2 du traité de l'Union européenne. La libre circulation des personnes est une des quatre libertés fondamentales qui relèvent de la compétence exclusive de la Communauté. Les Etats Membres sont donc dessaisis du droit d'intervenir et de légiférer unilatéralement en ce domaine (5).

D'après la Charte sociale communautaire du 9 décembre 1989, tout travailleur de la Communauté Européenne a le droit à la libre circulation sur le territoire de la Communauté, sous réserve des limitations justifiées par des raisons d'ordre public, de sécurité et de santé publiques (6).

Le droit à la libre circulation permet à tout travailleur d'exercer toute profession et tout métier dans la Communauté. Il implique le bénéfice de l'égalité de traitement avec les ressortissants du pays d'accueil en ce qui concerne l'accès à l'emploi, les conditions de travail et la protection sociale. De plus, en ce qui concerne la protection sociale : « les personnes exclues du marché du travail, soit qu'elles n'aient pu y avoir accès, soit qu'elle n'aient pu s'y réinsérer, et qui sont dépourvues de moyens de subsistance, doivent pouvoir bénéficier de prestations et de ressources suffisantes adaptées à leur situation personnelle » (6).

Mais, de plus, l'article 8 B assure le droit de circuler et de résider librement sur le territoire de l'état membre de son choix (2).

le principe de non-discrimination en raison de la nationalité

Ce principe dispose, qu'entre ressortissants de la Communauté, il ne doit être fait de différence de traitement en raison de la nationalité. Ce principe est développé dans le Traité de Maastricht au sein des articles 8 à 8 E portant sur la citoyenneté de l'Union.

Les Etats membres doivent traiter les citoyens des autres Etats membres de la même façon que leurs nationaux. Ainsi, tout ressortissant communautaire devient membre à part entière des citoyens de l'Etat membre dans lequel il réside, et il peut de ce fait participer à la vie politique locale et européenne par le biais du droit de vote et de candidature aux élections municipales et le droit de vote aux élections européennes.

En raison du principe communautaire de non-discrimination en raison de la nationalité, les citoyens des autres Etats de l'Union ne doivent pas être considérés comme des étrangers (14).

L'idée de citoyenneté européenne existait avant le Traité de Maastricht pour un groupe de pays de l'Union : les 3 Etats du Bénélux, l'Allemagne, la France, l'Espagne et le Portugal ayant ratifié les accords de Schengen (du 14 mars 1985) qui viennent d'entrer provisoirement en vigueur le 27 mars 1995 (les 5 premiers Etats en étant signataires, les 2 derniers les ayant ratifiés ultérieurement) (7).

Le principe de subsidiarité :

L'article 3 B alinéa 2 du Traité de l'Union européenne définit ce principe de la manière suivante : « Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient , conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les Etats membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action, être mieux réalisés au niveau communautaire. » (2).

Ce principe n'existait que de façon implicite dans le Traité de Rome (1957) et n'était expressément mentionné dans l'Acte Unique qu'à propos de l'Environnement.

C'est un concept dynamique. Loin de figer les actions de la Communauté, le principe de subsidiarité doit permettre de les développer si les conditions l'exigent, et à l'inverse, de les limiter, voire même de les abandonner, lorsqu'il n'apparaît plus justifié de poursuivre ces actions à l'échelon communautaire. De ce fait, si l'action des Etats membres en matière de toxicomanie ne peut être mener d'une façon cohérente et efficace, la Communauté pourrait prendre le relais des Etats membres en édictant des textes (Règlements ou Directives ayant une valeur obligatoire) créant la coopération nécessaire à la poursuite de l'action commune envisagée.

Cependant, l'application du principe de subsidiarité correspond à une double exigence : celle de la nécessité de l'action communautaire ainsi que celle de la proportionnalité des moyens d'action aux objectifs.

La nécessité de l'action doit être démontrée « dans tous les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive » (article 3 B-2), c'est à dire dans les domaines de compétences partagées dont la Santé fait désormais partie.

La proportionnalité est clairement inscrite dans l'article 3 B-3 : « l'action de la Communauté n'excède pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs du présent traité » (2).

En matière de toxicomanie, la mise en oeuvre de la subsidiarité me semble donc peu concevable en l'état actuel des données. En effet, en ce domaine, la compétence appartient aux Etats membres, et la Communauté ne pourra utiliser le principe de subsidiarité que si les Etats ne respectent pas les

engagements auxquels ils ont souscrit en acceptant le Traité de Maastricht qui contient un article spécifique.

## C / Les règles communautaires "spécifiques" à la Toxicomanie

Le Traité de Maastricht

Le Traité de Maastricht porte en premier lieu création d'EUROPOL, qui a pour objectif d'établir la coopération des Etats dans la lutte contre le trafic de stupéfiants en Europe.

Le traité de Maastricht dispose ensuite dans une troisième partie sur les politiques de la Communauté, d'un Titre X sur la Santé Publique qui ne comporte qu'un seul article (l'article 129). Cet article fixe les objectifs de l'Union en ce domaine et énonce les moyens juridiques à utiliser pour y parvenir (2). Il ne peut pas y avoir d'harmonisation, Il ne peut et ne doit être entreprise qu'une coordination des politiques nationales (2).

L'article 129 est libellé ainsi :

alinéa 1 ... « L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leurs transmissions ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé. »...

La toxicomanie est le seul fléau auquel il est fait expressément référence, ce qui montre l'intérêt marqué de la Communauté pour la combattre.

Mais cet article dans ses alinéa 2 et 4 donne les procédures à suivre et définit ainsi les rôles respectifs des Etats membres et des institutions communautaires :

- d'après l'énoncé de l'alinéa 2 : Les Etats doivent coordonner leurs politiques, en liaison avec la Commission des Communautés, qui peut prendre toute initiative pour favoriser cette coopération.

- d'après l'alinéa 4 : Le Conseil pour contribuer à la réalisation des objectifs , décide « des actions d'encouragement », en respectant la procédure dite de coopération qui fait intervenir toutes les institutions de l'Union européenne. Mais, cet alinéa exclut toute possibilité d'action directe d'harmonisation des législations. Le Conseil peut prendre des recommandations qui n'ont pas de valeur juridique obligatoire.

Le droit communautaire dérivé

Conformément à ce qui est énoncé dans l'article 129, les institutions de la Communauté européenne ont favorisé la coopération entre les Etats, et un certain nombre de textes ont été adoptés en matière de lutte contre la toxicomanie.

Ces textes sont en majorité des conclusions du Conseil, ou des Ministres de la Santé des Etats membres réunis en Conseil, mais également une résolution et une décision n'ayant pas de valeur juridique contraignantes. Une Directive et deux Règlements ont aussi été adoptés ; ces derniers textes ne créant pas l'harmonisation des législations nationales mais adoptant des mesures montrant une volonté commune (8).

Ces textes ont pour buts principaux la prévention, la lutte contre le trafic, l'étude des aspects sanitaires et sociaux et la prise en charge des toxicomanes (8).

## II ANALYSE DES LEGISLATIONS FRANCAISES ET NEERLANDAISES EN MATIERE DE TOXICOMANIE

### A . LA FRANCE

La loi 70-1320 du 31 décembre 1970

La législation en vigueur en France en matière de toxicomanie, est basée sur la loi 70-1320 du 31 décembre 1970, dont les principes sont contenus dans les chapitres I, II, et III du Titre VI du Livre III et dans le chapitre I du Titre III du Livre V du Code de la Santé Publique. Cette loi instaure une double série de mesures, sanitaires d'une part, et répressives d'autre part. Cette loi opère ainsi une distinction entre le toxicomane trafiquant ou délinquant, et le malade.

## Les mesures sanitaires

Les mesures sanitaires de la loi 70-1320 sont inscrits au titre VI du Livre III du Code de la Santé Publique concernant la lutte contre les fléaux sociaux (chapitre I à II ou plus précisément articles L. 355.15 à L. 355.21) (1) (9) (10)

Cette loi a pour principe général que : « toute personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire ».

Ce principe est cependant appliqué de façon différente selon les catégories de personnes prises en compte et le degré d'intoxication. Le toxicomane peut :

- 1 - être signalé et envoyé par le Parquet.
- 2 - être signalé par un service social ou médical,
- 3 - ou encore, se présenter seul et spontanément au service concerné,

Dans les deux premières situations, le toxicomane sera soumis, de la part de l'autorité sanitaire désignée, à une enquête sur sa vie familiale, professionnelle et sociale, en plus d'un examen médical.

1ère situation : l'injonction thérapeutique (article L. 355.15 à L. 355.17)

Le toxicomane est alors signalé par le Parquet à l'autorité sanitaire concernée. Il ne dispose plus du choix mais dépend de l'incitation aux soins (avec en cas de refus, le risque de poursuites pénales exercées au titre des articles L 628 et L 628-1). Cette autorité devra informer le Parquet de l'évolution de la situation de la personne.

2ème situation (art L.355.18 à L.355.20) :

Lorsque le toxicomane est signalé à l'autorité sanitaire par un médecin ou tout autre autorité médicale ou sociale, la police et le Parquet ne seront pas informés de la situation. Il faut en effet se placer ici dans le cadre d'une dérogation au secret professionnel des médecins, à titre exceptionnel et dans l'intérêt du malade, qui ont l'obligation de signaler un toxicomane pour que celui-ci se fasse soigner. Tout est alors basé sur la persuasion des intervenants rencontrés par le toxicomane pour que celui-ci accepte le sevrage ou le traitement qui lui sera proposé.

3ème situation (article L.355.21) :

Le toxicomane se présente spontanément aux services de prévention ou de cure. Le cadre juridique est celui de l'article L 355-21. Du fait de son volontariat, il ne sera pas procédé à l'enquête sur sa vie familiale, professionnelle et sociale.

Il n'y a dès lors aucune intervention des autorités administratives ou judiciaires. Le toxicomane bénéficie de la gratuité des soins et du respect de son anonymat (s'il le désire).

En raison de la lutte contre la transmission du SIDA chez les toxicomanes, ces mesures sanitaires ont été renforcées socialement par la suspension, en 1986, du décret du 13 Mars 1972 interdisant la délivrance des seringues en absence d'ordonnance. Ce dispositif a été complété par l'ouverture des programmes dits de substitution en centres médicaux et, désormais en médecine de ville, depuis le décret du 26 Mars 1995 donnant autorisation de mise sur le marché et fixant les conditions de remboursement de la méthadone par la Sécurité Sociale(11).

## Les mesures répressives

Ces mesures sont inscrites dans les articles L. 626 à L. 630-3, chapitre I du Titre III Livre V du Code de la Santé Publique (9).Le système répressif complètent les mesures sanitaires. Par le principe de l'incitation aux soins, il peut y avoir arrêt de la procédure pénale lorsque le toxicomane accepte de se faire soigner, ou bien qu'il prouve qu'il a subi une cure appropriée depuis les faits qui lui sont reprochés.

L'usage de stupéfiants reste réprimé comme un délit (article L 628), et la répression est exercée lorsqu'elle est jugée nécessaire par le Parquet (système reposant sur l'opportunité des poursuites), lorsque le toxicomane refuse de se faire soigner, s'est soustrait à une cure de désintoxication, ou bien encore lorsqu'il s'agit d'un récidiviste (toxicomane endurci).

De même, l'incitation à la consommation de drogue est réprimée pénalement par des peines allant de 1 à 5 ans de réclusion assorties d'une amende de 5 000 à 500 000 francs.

Mais une plus grande répression est requise contre le trafic de stupéfiants. L'article L 626 utilise une notion plus large que celle de drogue, celle de substances vénéneuses comprenant aussi les produits toxiques et les produits dangereux inscrits au tableau C. Cette répression s'est même accentuée au fil des ans et avec le développement du trafic. Le premier élément de ce durcissement fut la loi du 31 décembre 1987 sur la confiscation des biens des trafiquants. Ce n'était qu'un premier pas, comme le montre le Nouveau Code Pénal.

Le Nouveau Code Pénal

Le Nouveau Code Pénal (N.C.P.), entré en vigueur le 1er Mars 1994, dispose de la répression du trafic de stupéfiants dans les articles 222-34 à 222-43 (Section IV du Chapitre II du Titre II). Cette section fait partie du chapitre portant sur les atteintes à l'intégrité de la personne humaine (12). Les dispositions relatives au trafic de stupéfiants qui se trouvaient inscrites dans l'article L 627 du Code de la Santé Publique ont été introduites dans le N.C.P, car le législateur a pris en considération leur gravité ainsi que leurs conséquences sur d'autres formes de délinquance. Le N.C.P. différencie les infractions. Certaines sont criminalisées (la direction ou l'organisation d'un trafic de stupéfiants, la production ou la fabrication illicite...) et peuvent relever de peines pouvant atteindre la réclusion criminelle à perpétuité. D'autres relèvent désormais d'une qualification correctionnelle (transport, détention, la cession...)

Mais le N.C.P. prend aussi en compte les repentis. L'auteur ou le complice d'un trafic qui permet l'arrêt des infractions voit sa peine diminuée de moitié. De même, il y aura exonération totale de la peine pour la personne qui révèle une association de malfaiteurs organisée en vue de commettre un trafic.

## B . LES PAYS-BAS

Au Pays-Bas, la politique de lutte anti-drogues se situe dans une perspective de protection de la santé, même si les nuisances (criminalité dérivée, trafic) qu'occasionnent les toxicomanes, et la toxicomanie en général, sont des préoccupations des pouvoirs publics. L'objectif principal est de réduire autant que possible les risques qu'entraîne l'usage des drogues pour le toxicomane lui-même, pour son entourage immédiat et pour la société. Les pouvoirs publics tentent d'éviter que l'intervention pénale ne fasse plus de tort aux toxicomanes que la toxicomanie elle-même (15).

La législation néerlandaise en ce domaine remonte à 1928 . Celle-ci a su évoluer avec la société et, a de ce fait, subi de nombreuses modifications dont la plus notable date de 1976 et reste le texte en vigueur (16).

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que l'un des fondements du système pénal néerlandais est le principe d'opportunité des poursuites. Le Ministère public a donc compétence pour renoncer aux poursuites pénales lorsqu'il existe des « motifs d'intérêt général ».

La loi sur l'opium du 12 mai 1928

Cette loi instaurait un régime de prohibition totale pour toutes les opérations relatives aux stupéfiants : la possession, la fabrication, l'importation et le trafic Ce texte était applicable au cannabis, aux opiacés et à la cocaïne..(10)

Mais ces principes de répression ne furent que très peu mis en pratique : 38 condamnations entre 1936 et 1960, aucune avant 1936 (10).

Cependant, cette loi reste la base de la législation en vigueur même si elle fut modifiée à plusieurs reprises, notamment en 1958 (Loi du 28/06/58), pour régler la prescription et la délivrance des substances pharmaceutiques qui furent elles-mêmes étendues par décret en 1971 aux amphétamines (10).

La modification essentielle intervint en 1976.

La loi du 12 Juin 1976

Cette loi toujours en vigueur, opère une distinction entre les drogues représentant un « risque inacceptable » (Liste I : « drogues dures ») et les autres (Liste II : « drogues douces »), et inscrit cette différence dans la classification des substances (par liste) (16):

De même cette loi qui instaure un régime de prohibition douce, distingue entre les usagers et les trafiquants.

- les usagers :

\* La possession de 0,5 gramme de drogues dures (correspondant aussi à une dose de L.S.D.) peut conduire à un an de prison et/ou 20 000 florins d'amende(soit environ 60 000 FF car actuellement, et en moyenne, 1 florin = 3,10 francs français).

\*\* La possession de moins de 30 g de cannabis ne mène qu'à une simple contravention. Pour plus de 30 g, la peine encourue est de 1 mois d'emprisonnement et 10 000 florins d'amende.

Cependant, en ce qui concerne le cannabis, la loi de 1976 étant aussi efficace que la loi de 1928, il s'est opéré une légalisation de facto (non de jure) de l'usage.

- les trafiquants :

La loi de 1976 renforce les peines prévues par la loi de 1928 pour le trafic des drogues dures (\*) et allège celles encourues pour le trafic de drogues douces (\*\*).

(\*) : La peine encourue est de 12 ans de prison et de 250 000 florins d'amende pour importation ou exportation illicite ( réduction de moitié en cas de possession en vue de trafic). En ce qui concerne un trafic intérieur, la peine encourue est de 8 ans et 100 000 florins d'amende.

(\*\*) : La peine encourue est de 4 ans de prison et 50 000 florins d'amende pour trafic international. Cette peine peut être réduite à 2 ans lorsqu'il s'agit de trafic intérieur ou de possession en vue de trafic.

Lorsque la personne en infraction est récidiviste, la peine maximum peut être majorée d'un tiers. La peine maximum encourue est de 16 ans.

## **PRATIQUE DES LEGISLATIONS ET REPRESENTATION DU TOXICOMANE .DISCUSSION**

### **I ANALYSE DE L'APPLICATION DES LEGISLATIONS VISEES**

#### **A / LA FRANCE**

La loi de 1970 a survécu à deux décennies d'évolution de la société française. Cette législation, semblant très en avance sur son époque, a su montrer une grande flexibilité. On peut pourtant énoncer que l'application de cette loi diffère selon le lieu et les hommes qui l'appliquent (17) (18) (19).

Le problème des disparités géographiques

Ainsi, Paris et Marseille ont toujours été des cas particuliers en vertu du nombre élevé de toxicomanes. Cependant, la province est également touchée, surtout dans les zones frontalières ; ce qui permet de comprendre pourquoi les zones françaises les plus touchées hormis l'Île de France sont le Nord (Pays-Bas), l'Alsace (Allemagne), le Sud-Ouest (Espagne) et le Sud-Est (Italie) (19).

Parallèlement, le rapprochement communautaire engagé (instauration du « Marché Intérieur avec les suppression des frontières entre les Etats membres) risquant d'accroître le trafic, le Traité de Maastricht a renforcé la coopération policière et judiciaire (EUROPOL).

Ces disparités régionales se répercutent sur la prise en charge des malades. En 1991, pour l'ensemble du territoire français, sur 100 000 habitants, 25 sont des toxicomanes ayant eu recours au système sanitaire et social. En Alsace, en Ile-de-France et en Provence-Côte-d'Azur, cette proportion est de 30 pour 100 000 alors qu'en Bretagne, en Limousin ou en Auvergne, ce taux n'excède pas 12 pour 100 000 (19).

« La répression du cannabis est à géométrie variable. », selon le Pr OLIEVENSTEIN (21). En effet, la loi est appliquée différemment selon la situation géographique et le nombre de toxicomanes, mais aussi selon les hommes qui ont en charge de la faire appliquer. Le facteur humain est primordial. L'attitude des parquets face à la notion d'opportunité des poursuites varie selon les procureurs, même



si l'harmonisation ou l'uniformisation est recherchée par l'Etat, comme le montre la circulaire du 27 Avril 1995 qui préconise un certain nombre de mesures pour éviter la prison aux toxicomanes (22). Le principal problème est le manque de coordination entre les services administratifs, judiciaires et sanitaires. Devant la Commission Henrion de réflexion sur la Drogue et la Toxicomanie (1994), M. DAVENAS, Procureur de la République de l'Essonne, a démontré qu'une bonne coordination, qu'une action concertée avec tous les acteurs sociaux d'un même département peut aboutir à une amélioration de la situation des toxicomanes : peu de toxicomanes rechutent (2 sur 18 durant les trois premiers mois). Les toxicomanes sont pris en charge par un véritable réseau alliant soutien médical et psychologique, mais aussi réhabilitation sociale par la coopération avec un groupement de PME-PMI de la région (19). Ainsi, le toxicomane n'est plus perçu comme un délinquant, ni seulement comme un malade, mais comme une personne en recherche de socialisation. Une telle action devrait servir d'exemple pour accentuer la coopération entre les différentes autorités (juridiques et sanitaires) qui appliquent la législation française en matière de toxicomanie. Cela aurait certainement des conséquences positives sur la réussite de la prise en charge des toxicomanes.

#### Critiques de la loi de 1970, politique gouvernementale et débat social

La loi de 1970 est sujette à beaucoup de critiques, et depuis longtemps. Les gouvernements qui se sont succédés depuis les années 1970 ont instauré différentes structures d'étude et de lutte contre la toxicomanie comme la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie ; ainsi que des commissions ponctuelles qui ont rendu différents rapports sur le sujet : Mission PELLETIER (1978), la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie présidée par C. TRAUTMANN (1988-90), et la dernière en date la Commission HENRION de réflexion sur la Drogue et la Toxicomanie (1994-95). Devant cette dernière, les auditions publiques télévisées sur une chaîne publique ont montré les grandes divergences d'opinion en la matière, l'union ne se faisant que pour critiquer la loi de 1970 et surtout les divergences constatées en ce qui concerne son application (19).

Un véritable débat social s'est ouvert sur ce thème depuis le milieu des années 1980 avec l'arrivée du phénomène de lutte contre le SIDA. Les politiques gouvernementales sont désormais étudiées, commentées et critiquées publiquement.

Cette insertion du débat social dans la politique sanitaire s'est surtout montrée en ce qui concerne les programmes de substitution (programme Méthadone) qui seront détaillés ultérieurement.

## B / LES PAYS-BAS

Au Pays-Bas, la situation est totalement différente car le maître mot de ce pays est la « tolérance ». Par exemple, le Parlement a refusé de réglementer la publicité sur le tabac au nom du principe de non-ingérence de l'Etat dans les moeurs (10).

Le nombre de toxicomanes consommant des drogues dures serait d'environ 21.000 sur une population de 15 millions d'habitants.

En 1976, le Gouvernement a formulé un certain « contrôle social des stupéfiants » (formule utilisée dans les textes présentant la politique gouvernementale) (16) :

#### Légalisation de fait du cannabis

Pour instaurer cela, les Pays-Bas ont eu recours au concept de « fournisseur domestique » : le fournisseur domestique est un vendeur de cannabis dans un centre de jeunes, avec l'accord de la direction du centre, et qui ne fournit que les habitués. Son activité est tolérée par la police et la justice à condition qu'elle reste discrète et ne provoque pas la demande. Si ces conditions ne sont pas respectées, il risque des poursuites judiciaires(10).

Cette « autorisation » a été étendue aux « coffee shops » qui sont des bars où l'on peut acheter du cannabis et autres drogues dites douces. Les coffee shops (ou cana-bistros) doivent respecter les 5 critères suivants :

- aucune vente d'une quantité supérieure à 30 grammes,
- aucune vente de drogues dures,
- aucune publicité, aucun affichage,



- aucun trouble public,
- aucune vente à des mineurs (-18 ans).

Le nombre de coffee shops est entre 1000 et 2000 sur le territoire néerlandais. Mais ceux-ci dépendent (pour leur existence) des politiques fixées par les municipalités. Ces politiques sont définies lors de concertations municipales tripartites entre la police, l'administration et le ministère public (15).

L'objectif avancé par le gouvernement, qui était d'éviter que les jeunes ne se tournent ensuite vers les « drogues dures », n'a pas été véritablement atteint : l'évolution de la consommation a été parallèle à celle des états plus répressifs comme la France (1).

#### Distribution contrôlée d'héroïne et programmes de substitution

La distribution est un élément des programmes municipaux aux Pays-Bas surtout dans les grandes villes, qui sont les lieux où la concentration de toxicomanes est la plus importante : Amsterdam (entre 6 000 et 7 000 toxicomanes recensés en 1994) et Rotterdam. Le toxicomane dépendant bénéficie d'une distribution gratuite de quantités définies d'héroïne ou de morphine, à condition qu'il renonce à l'approvisionnement du marché clandestin (de ces substances). De plus, cela lui donne accès à un suivi médical, psychologique et social (15).

En outre, tous les jours à Amsterdam circulent les bus du C.A.D. (Bureau de Consultation Alcool et Drogues) qui distribuent également des seringues et des doses de méthadone pour les toxicomanes qui sont entrés dans des programmes de substitution.

Environ 7 000 toxicomanes sont sous programme méthadone en Hollande (chiffres gouvernementaux d'octobre 1994) dont 5 000 à Amsterdam.

Le but est uniquement de casser l'économie du trafic en jouant sur la demande de drogue. Mais la conséquence principale a été d'éviter le développement du SIDA chez les toxicomanes (le taux de toxicomanes séropositifs est seulement d'environ 11% alors qu'il est de XX% en France). La France a instauré seulement en 1986 la distribution et la suspension de l'interdiction de la vente libre des seringues (15).

#### Le poids de la pression internationale

Les Pays-Bas ont une des politiques les plus libérales de l'Union Européenne en matière de toxicomanie, et cela suscite un certain nombre de tensions avec les Etats membres voisins ; comme le montre l'affaire d'Enschede (10). Cette ville frontalière avec l'Allemagne avait institué des campagnes publicitaires sur la politique libérale qu'elle exerçait en matière de toxicomanie (ce qui était en complète contradiction avec l'obligation de discrétion imposée par les Pays-Bas). L'effet fut immédiat en Allemagne. La ville dut renoncer à ce moyen de promotion touristique.

Cet exemple montre bien la difficulté d'exercice d'une telle politique, y compris à l'intérieur du pays qui est devenu la destination des narcotouristes en provenance des pays voisins.

On peut ainsi comprendre que certaines municipalités, lassées de cette situation aient décidé de réagir et de devenir plus sévères à l'égard des touristes indésirables. C'est le cas à Maastricht et Kerkrade (26) :

- A Maastricht, depuis Juillet 1994, sur décision de la municipalité, la police a le droit de reconduire à la frontière de la ville (ou du pays pour les étrangers) « toute personne ne résidant pas à Maastricht et ayant un comportement suspect ». La municipalité a accompagné cette décision d'une politique programmée de hausse des prix des stupéfiants, suffisante pour dissuader les toxicomanes étrangers de venir s'approvisionner dans cette ville. Cette mesure a été pondérée par l'ouverture de centres d'accueil où les 500 toxicomanes locaux répertoriés de Maastricht peuvent « consommer » en toute tranquillité.

- La commune de Kerkrade, a quant à elle, choisi une manière encore moins détournée puisque « la chasse » aux toxicomanes non résidents dans la ville y a été déclarée pendant l'été 1994, et le dernier coffee-shop est en voie de fermeture. C'est le passage de la frontière (avec l'Allemagne) au milieu de la ville qui a déterminé cette décision.

Lorsqu'on regarde les pratiques, il semble qu'un durcissement hollandais soit en train d'émerger alors que les autorités françaises essaient désormais d'éviter la prison aux toxicomanes et se rapprochent ainsi de la visée hollandaise « de moindre mal » en ce qui concerne les consommateurs ... (15) (22)

Mais certains problèmes éthiques fondamentaux restent posés.

-1- Quelle est la représentation du toxicomane ? Est-il perçu comme un individu ? un malade ? ou un délinquant ?

Ces représentations sont-elles tranchées ou au contraire sont-elles évolutives et quelles sont les conséquences sur le toxicomane et sur sa prise en charge ?

-2- Quelle est la réaction de la société à son égard ? N'oublie-t-on pas la personne avec ses droits et ses devoirs au profit du produit ? Comment se fait l'interpénétration entre le sanitaire et le social ?

## II LA REPRESENTATION DU TOXICOMANE

Comme le montrent les textes et la pratique, le toxicomane est perçu différemment selon son interlocuteur, et cela pose une nécessité de réflexion pour essayer de définir qui est ce toxicomane qui soulève tant de variations de représentation.

### A . Le délinquant

La police et la justice ont pour rôle essentiel la protection des biens (publics et privés) et des personnes contre les agressions de toutes sortes. Les notions dominantes sont la sécurité, l'intérêt général, et l'ordre public. La toxicomanie est toujours une atteinte à l'ordre public, et le toxicomane, un délinquant. Cependant, il faut différencier le trafiquant du consommateur.

Quel délinquant ?

- Le trafiquant, quel que soit le pays auquel on se réfère, sera toujours perçu comme un criminel qui distribue la mort pour en tirer un bénéfice financier. Responsable de ces actes et porteur de la responsabilité des actions commises par ceux qui consomment, il fait l'objet de la condamnation morale et juridique (10).

Les principes de coordination des législations nationales dégagés avec le Traité de Maastricht ont abouti à une réglementation sur la répression du trafic, vis à vis blanchiment de l'argent qui en découle, et de ce fait, à l'instauration d'une coopération intensive des polices nationales pour lutter contre la circulation en Europe de ces substances interdites.

- Le toxicomane, qui commet des infractions (c'est à dire tout acte contraire à la loi) pour se procurer les moyens de sa consommation personnelle (ce qui arrive souvent pour les toxicomanes consommateurs de drogue « dure »), est considéré comme un délinquant. Mais la répression encourue n'est pas de même nature que celle prévue pour le trafiquant

Le toxicomane est donc appréhendé par la loi comme un individu responsable de ces actes, qui viole la loi et nuit à la sécurité d'autrui. C'est pour cela que le toxicomane est considéré comme un délinquant, avec des divergences dans cette assimilation selon les pays et les législations applicables (9) (12) (16).

Impact de la différence de législation

Les infractions étant prévues par la loi, ce qui est permis dans un Etat ne l'est pas forcément dans l'autre. La législation moins répressive des Pays-Bas permet la possession d'une certaine quantité de drogue, ce que ne permet pas la loi française. Il en est de même en ce qui concerne l'usage. Force est de constater que cela n'est pas, sur le plan juridique, en contradiction avec les principes communautaires. Ces principes ne recherchent qu'une coordination des politiques nationales, et non une harmonisation totale.

Au même moment, il y a donc une différence de représentation d'une même personne selon le lieu où elle se trouve, ce qui me paraît être une contradiction éthique majeure. dans un même espace communautaire.

Par exemple, un toxicomane hollandais de passage en France, sera poursuivi s'il est en possession de drogues comme un français. Un français, lui, ne sera pas poursuivi aux Pays Bas, s'il possède une quantité autorisée mais risque d'être reconduit à la frontière française.

Cet aspect peut paraître une atteinte au principe de libre circulation des personnes, mais il n'en est rien ; car la Charte sociale européenne de 1989 recense, comme dérogation à ce principe, le trouble à l'ordre public, à la sécurité ou à la santé publique (6).

Cependant, il y a réellement atteinte au principe de non-discrimination en raison de la nationalité. Ainsi, à Maastricht, le toxicomane français ne sera pas traité comme un toxicomane hollandais, car il ne pourra pas bénéficier des structures d'accueil prévues pour les « locaux ».

## B . Le malade

Le passage de la condition de délinquant à celle de malade : l'injonction thérapeutique

Le passage de la représentation du toxicomane, de délinquant à celle de malade, se fait en général par le biais de l'injonction thérapeutique (9). En France, les parquets arrêtent de percevoir, uniquement l'infraction, pour se soucier de la personne dépendante.

Aux Pays-Bas, depuis le printemps 1993, l'injonction thérapeutique existe aussi. En effet, le Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, et, le Ministère de la Justice ont rédigé une note « relative à la politique visant à réduire les troubles occasionnés par les toxicomanes », qui instaure un plan intégré de traitement visant à établir un plan de traitement aussi proche que possible des besoins de toxicomanes, avec les instances concernées(15).

Après avoir été soumise au Parlement pour discussion, et acceptée, l'injonction thérapeutique est à l'essai pour une période de 4 ans maximum.

L'injonction thérapeutique suppose un contrat entre l'autorité judiciaire et le toxicomane. Celui-ci s'engage à suivre, ou à prouver qu'il a suivi un traitement de désintoxication. En contre partie, les poursuites dont il fait l'objet vont être abandonnées. Le toxicomane est responsabilisé, car s'il abandonne le traitement commencé, les poursuites pourront reprendre.

Mais le toxicomane est-il considéré comme un malade ?

Un malade pour un traitement spécifique

Lorsque l'on assimile le toxicomane à un malade, le réflexe est de ne voir que ce qui a trait à la toxicomanie : les soins particuliers dont il peut avoir besoin, son sevrage ... C'est souvent uniquement de ce point de vue que cette question est soulevée.

Il serait en effet essentiel de savoir quelles sont les structures dont un toxicomane peut bénéficier, comment se fait l'accès aux soins, et sa prise en charge.

\* Aux PAYS-BAS, ces soins spécialisés sont organisés au sein de plus de 80 organismes publics et privés (15) :

- La prise en charge peut se faire en externat auprès des Bureaux de consultation pour l'alcool et les drogues (CAD) qui sont des organismes privés, financés par les municipalités et les organismes de réinsertion. On peut dès lors comprendre que ces organismes soient présents dans les commissariats de police pour participer à l'accueil du toxicomane et tenter d'établir un « contrat d'assistance susceptible de conduire à l'acceptation d'une aide ultérieure », durant et après la détention. Les CAD sont des organismes de soins ambulants.

- La prise en charge peut aussi se faire en internat, notamment pour les traitements cliniques. Au total, environ 1000 lits sont ouverts au sein de cliniques indépendantes (privées) ou de divisions d'hôpitaux psychiatriques.

Il existe 20 cliniques de traitement des toxicomanies où ne sont pas différenciés les dépendances à la drogue, à l'alcool et au jeu.

Les traitements offerts sont divers, et vont de la cure de désintoxication à l'hospitalisation de courte ou longue durée, et au traitement ambulatoire en consultation externe et temporaire.

On peut estimer que l'accès aux soins est assez facile pour le toxicomane qui veut essayer de se prendre en charge et de s'en sortir, du fait de la proximité des structures qui lui sont offertes notamment grâce au rôle des CAD.

\* En FRANCE, la prise en charge est organisée différemment (10) (30).

- Les structures classiques de prise en charge, mises en place dans les années 70, offrent des cures de désintoxication basées sur le sevrage, et qui sont suivies de séjours de post-cure où le toxicomane se trouve éloigné de son milieu social, pendant un temps jugé nécessaire pour couper (théoriquement) définitivement ses liens avec la drogue (cette période pouvant aller de 3 mois à 1 an). Les structures de cure se trouvent au sein des hôpitaux. Le plus grand problème est que dans la plupart des centres de cure, on ne fait entrer que ceux qui ont atteint les limites du supportable dans la vie de toxicomane, et qui, de ce fait, ont une volonté certaine de s'en sortir. Malheureusement, pour beaucoup d'individus qui arrivent à y entrer les effets physiques et psychiques sont difficilement réversibles.

La durée de cure est en moyenne d'une semaine. Les patients sont hospitalisés et des médicaments leur sont administrés pour diminuer la sensation de manque. Mais souvent le résultat est le suivant : le toxicomane passe son temps à dormir, et se réveille progressivement au bout de 5 jours pour sortir 2 jours plus tard du centre. Quant à la post-cure, elle est souvent inadaptée aux réels besoins des toxicomanes qui ont l'impression qu'on cherche à les occuper sans se soucier de ce qu'il leur faut. En effet, la post-cure consiste souvent en un séjour à la campagne où le toxicomane effectue un rapprochement vers la nature, qui lui est certainement profitable mais qui est loin de ses préoccupations et de sa façon de vivre (27). Après cette période, il est de nouveau désorienté, et pas mieux armé contre une éventuelle rechute.

-Ces pratiques sont en train d'évoluer depuis environ un an, et de nombreuses structures d'accueil sont désormais ouvertes en externe (19) : 182 centres spécialisés de soins sans hébergement, et permanences d'accueil proposent des traitements diversifiés. De plus, autour de ces structures de soins se sont mis en place, pour entourer le toxicomane et l'aider à poursuivre son traitement, des « réseaux de familles d'accueil, des appartements thérapeutiques-relais » pour le toxicomane en cure ou en post-cure.

De même, le nombre de places ouvertes pour les programmes de substitution est passé 53 à 1645 en novembre 1994, selon le Ministère de la Santé. Ce nombre n'est pas encore suffisant pour répondre à la demande mais c'est un progrès notable.

On peut donc constater que l'accès aux soins spécialisés était difficile mais il semble en voie d'amélioration. Le toxicomane a de plus en plus de possibilités de se prendre en charge. Encore faut-il qu'il le sache et qu'on ne lui renvoie pas une image négative des possibilités qui sont offertes, que ce qu'on lui propose soit adapté à ses réels besoins, et qu'on le prenne en charge comme n'importe quel autre patient à condition que la règle de l'anonymat puisse être respectée (s'il le souhaite).

Le toxicomane est certes un patient particulier en ce qui concerne le « traitement » de sa toxicomanie, mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'une demande de soins courants pour des problèmes médicaux non directement liés à l'absorption de drogues ?

Un malade comme les autres ?

La question est ici de se demander comment est perçu un toxicomane dans une structure de soins ne traitant pas de toxicomanie. L'accès aux soins n'est-il pas plus difficile du fait de sa dépendance à une drogue, quelle qu'elle soit (stupéfiants reconnus comme tels, médicaments de sevrage, ou drogue de substitution...)?

\* Aux Pays-Bas,

Les toxicomanes ont accès à toutes les structures médicales ouvertes à la population. Les structures de proximité d'aide aux toxicomanes sont pour beaucoup dans ce constat; ce rôle étant favorisé par la délégation de responsabilité qui caractérise l'organisation interne du pays (15) (31).

De plus un certain nombre de mesures gouvernementales sont édictées avec la collaboration des autorités locales, afin d'en obtenir un meilleur respect. En effet, pour le gouvernement hollandais, les soins visant en premier lieu l'amélioration du « fonctionnement physique et social » sont primordiaux. Cette expression est peut-être inadaptée, mais elle a le mérite de montrer la volonté d'intégration du toxicomane dans la société. C'est donc la voie sociale de l'insertion des toxicomanes exclus et des minorités ethniques qui est prise en considération par les gouvernants.

Malheureusement des progrès importants restent à faire pour que cela soit complètement effectif.

\* En France :

La situation est beaucoup plus délicate. En effet, beaucoup de médecins ont longtemps estimé que les toxicomanes relevaient uniquement de l'Etat et de structures spécialisées (19). Les toxicomanes ont donc une réelle difficulté d'accès aux soins, sans parler des soins spécifiques que leur état peut nécessiter. Selon le rapport Henrion, dans certaines structures hospitalières, il faut même cacher la toxicomanie d'une personne pour que celle-ci puisse bénéficier des soins qui lui sont nécessaires (19).

La situation évolue lentement, et la menace du SIDA est un des éléments qui contribuent au changement de la situation. En effet sont désormais en vente en pharmacie, pour une somme modeste (5 F), des « kits » d'hygiène minimale (les stéribox) pour les toxicomanes se droguant par voie intraveineuse. Ces « stéribox » permettent au toxicomane de retrouver une certaine dignité en lui permettant de se prendre en charge (28).

Le toxicomane n'est pas un malade comme les autres face aux structures de soins classiques. Il existe une sous-médication des toxicomanes, et cela pose le problème éthique de toutes les formes d'exclusion, et montre l'interaction des domaines sanitaires et sociaux.

### **III L'INTERACTION ENTRE LE SANITAIRE ET LE SOCIAL**

Les toxicomanes ne sont pas considérés comme des malades comme les autres. Mais peut-être sont ils, avant d'être des demandeurs de soins médicaux, des malades sociaux? Et cet état de fait ne se reporte-t-il pas sur certains « traitements » de la toxicomanie comme les programmes de substitution ?

#### **A . Le malade social**

Si l'on considère, comme Martine XIBERRAS, que la toxicomanie est la traduction d'une société qui perd sa cohésion sociale, alors le toxicomane est un malade social (32).

De même, lorsque l'on observe la difficulté d'accès aux soins des toxicomanes, la similitude avec la situation des plus démunis devient évidente. Ce sont les différentes formes d'une marginalisation qui existent dans notre société qui perd sa cohésion interne.

Nous vivons dans une société complexe, hétérogène qui essaie de donner une image normalisée de la vie. Seulement, l'évolution économique, l'urbanisme poussé des dernières décennies, ont fait émerger un certain nombre de phénomènes (émergences des banlieues, concentration et difficulté d'insertion des minorités ethniques, chômage ...) qui sont difficilement contrôlables, car n'ayant pas été pris en considération pendant longtemps. Il n'existe plus de normes réelles mais une norme dans l'absence des normes, un « dysfonctionnement qui fait partie du fonctionnement » de la société, dans un contexte de post-modernité selon Michel MAFFESOLLI (32).

L'individu n'a plus la même place, ni les mêmes repères lorsqu'il se situe hors de la norme, et il n'y a plus de norme universelle. Il est de ce fait difficile de garder une identité dans une situation en marge. La vision du groupe social est déstructurante pour l'individu qui ne s'adapte pas. On commence toujours par se voir dans le regard des autres ; et lorsque les images échangées ne sont pas satisfaisantes, il doit en assumer les conséquences. Le toxicomane se place en victime de la société (33).

Le toxicomane coupé d'une identité donnée par la société se plonge dans une autre société, celle des toxicomanes. Il y retrouve une identité et l'appartenance à un groupe, à une communauté. De ce fait, il entre dans un autre système organisé, avec ses propres contacts, ses propres rites et règles à respecter.

Les Etats, préoccupés par cet état de fait, ont demandé un certain nombre d'études concernant les toxicomanes.

Les études épidémiologiques et sociologiques

Pour le comprendre et mieux appréhender le phénomène de la toxicomanie, tous les Etats, notamment la France et la Hollande, effectuent des études sociologiques et épidémiologiques ayant

pour but final de cerner la personnalité du toxicomane et les risques qui pèsent sur certains individus et de mettre en oeuvre une meilleure prévention, une plus importante intégration sociale et un accès aux soins facilités pour endiguer ce fléau.

Ainsi les Pays-Bas ont orienté leurs études sur les migrants et les exclus en général, et recherchent avant tout des données permettant une approche toujours plus pragmatique de la toxicomanie (15).

En France, ces études sont menées principalement par la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (34) (35), sans oublier les travaux effectués par des unités INSERM sur le sujet....

Mais le principal cadre de ces études est le Groupe Pompidou, du Conseil de l'Europe, qui coordonne, depuis sa création en 1982, des études comparatives entre pays membres et, à l'intérieur des grandes villes de ces pays, pour disposer de données comparables et réaliser ainsi une étude des situations épidémiologiques de la consommation de drogue en Europe(19). Le but poursuivi par le Groupe Pompidou se rapproche de ceux établis par l'Union Européenne avec laquelle il collabore, car cela entraîne une véritable coopération entre Etats membres.

Ces études révèlent la nécessité d'une prévention adaptée, et d'une lutte contre la marginalisation en agissant sur le sentiment de solitude et la sensation de stress des personnes à risques (19).

#### La prévention

Les études épidémiologiques et l'expérience clinique montrent qu'il existe des facteurs de risques pour certains individus et des circonstances prédominantes:

##### \* L'absence d'une éducation sanitaire adaptée

La prévention en milieu scolaire est un élément important de la prévention.

Aux Pays-Bas, elle est en vigueur dans les écoles primaires où les enfants sont informés des effets nuisibles de l'alcool, du tabac et des drogues en général. En France, une telle expérience est entrain de prendre place grâce à une association, le Centre National de Prévention, d'Etudes et de Recherche en Toxicomanie, qui a édité un guide pour les enfants qui sera utilisé dans certaines écoles à partir de la rentrée scolaire 1995.

Une telle prévention aboutira, espérons-le, à une plus grande responsabilisation de l'enfant (et de ses parents) et lui donnera la connaissance minimale nécessaire pour lui donner envie de refuser des substances toxigènes (19) (33).

##### \* Le cap de l'adolescence

L'adolescent se sent dévalorisé, il se renferme sur lui, et est souvent en lutte contre le monde entier....

Mais il ne sent pas toujours assez fort pour cet affrontement, et c'est un élément de fragilisation de la personnalité qui peut mener à des troubles psychologiques mais aussi à un besoin d'aide inaccessible, qui peut le conduire à rechercher « ailleurs » et notamment dans les drogues, un sentiment d'évasion, d'oubli de la réalité que les adultes lui imposent (19) (33).

Ces points partiellement développés ne sont présentés que pour montrer la nécessité de revaloriser les liens entre les individus (32) (33). Il en existe d'autres mais ceux-ci me semblent représentatifs. La toxicomanie apparaît avant tout comme la réponse à une rupture du lien social. (32) La société a une vision de l'échec qui conduit les plus fragiles à la mésestime de soi lorsqu'ils ne peuvent éviter cet échec. L'individu se voit dans le regard des autres comme un déchet de cette société où il n'a plus d'espace. Il est un malade social, en manque d'intégration et de reconnaissance.

Cette influence de la société sur la représentation du toxicomane se remarque aussi sur le choix des produits stupéfiants utilisés, comme sur celui des produits de substitution.

## **B . L'impact social dans les programmes de substitution**

Lorsque l'on compare la façon dont ont été mis en place les traitements de substitution en France et aux Pays-Bas, on ne peut que constater que le débat social y a joué un grand rôle.

- Aux Pays-Bas, pays de la « tolérance », cela s'est fait rapidement, sans heurt. Le débat est dépassionné et le tabou de la drogue est en grande partie dépassé comme le montre la législation

permissive et l'approche pragmatique de ce fléau. La « politique du moindre mal » est de rigueur : il ne faut pas que le traitement soit plus nocif que le problème qui est combattu. Présentée comme un moyen de sortir le toxicomane d'une conduite à risques envers lui-même et les autres, et apportant une plus grande facilité de réintégration du toxicomane dans la vie sociale, la substitution par méthadone s'est instaurée facilement, dès la fin des années soixantes (15) (31).

- En France, la situation a été totalement différente. La France connaissait une expérience de traitement par méthadone autorisée depuis 1973, mais celle-ci est peu connue. En effet, elle était limitée à 2 centres autorisés ne pouvant prendre en charge chacun que 25 toxicomanes. Ces programmes n'ont été étendus qu'en 1990, par un texte de la Direction Générale de la Santé. Il a ensuite fallu un certain temps pour que le dispositif prenne place dans les structures de soins (37a). La méthadone vient seulement d'obtenir son autorisation de mise sur le marché (AMM par arrêté du 26/03/95 (11)). Fabriquée au départ par la pharmacie centrale des hôpitaux, un médecin de ville pourra désormais la prescrire (elle sera en vente à partir du 19 juin 1995 dans les pharmacies). Mais elle reste une substance classée parmi les stupéfiants et nécessite l'inscription de la prescription dans le carnet à souches prévu pour toutes les substances de ce type. Le toxicomane a donc la possibilité depuis peu de sortir du cadre des « Centres Méthadone » qui ont en outre l'avantage de proposer un accès gratuit. Le toxicomane y reçoit, en plus de ses doses, un accueil et un soutien psychologique ; la plupart des centres méthadone étant dirigée par des psychiatres (19).

Cependant, un aspect du problème reste entier car ces centres ne peuvent favoriser une réinsertion immédiate des toxicomanes qui se retrouvent seuls après. Ils n'ont plus en effet à trouver l'argent du financement de leur consommation quotidienne, mais ils ne sont pas encore réinsérés. Le vide prend une place importante dans leur vie et, cela peut provoquer l'échec du programme de substitution (sans compter les troubles caractériels qui peuvent affecter le suivi du traitement) (37b).

Pour qu'un tel traitement réussisse, le toxicomane doit avoir un projet de vie. C'est à dire qu'il accepte de sortir de l'image de mort programmée avec la drogue pour reconstruire son existence, avec la substitution qui lui permet de ne plus souffrir, et de retrouver indépendance et respect de lui-même.

La société, quant à elle, reste réticente aux programmes méthadone.

La délivrance de méthadone se fait, ou se fera en médecine de ville, pour une durée maximum de 7 jours (37a). Cette obligation a pour but d'éviter un possible trafic ou la prise d'une surdose trop importante. Mais cette obligation a pour conséquence d'entraver la libre circulation des personnes sous programme de substitution, ce qui montre qu'il reste encore des éléments à mettre en place dans le dispositif européen pour que, dans l'avenir, des médecins référents puissent prescrire cette substance aux toxicomanes qui voyagent. Les toxicomanes restent toujours « des drogués », même avec la méthadone. Tout ou presque a été écrit à propos de cette substance. Les commentaires d'experts, précurseurs ou ennemis de la méthadone n'ont fait que proliférer, rapportés par la presse qui joue un rôle dominant dans ce débat (voir bibliographie).

La méthadone est une substance dangereuse, qui doit être utilisée de façon rigoureuse pour éviter les dosages inadéquats pouvant entraîner le décès du toxicomane qui l'absorbe. Cette posologie est définie en fonction des besoins de chaque toxicomane. Mais la méthadone apporte une qualité de vie essentielle pour faciliter la réinsertion du toxicomane. Elle l'aide à retrouver sa dignité et à se responsabiliser en lui permettant de contrôler sa consommation, et de le réduire pour finalement l'abandonner.

## **CONCLUSION**

Selon les normes communautaires relatives à la toxicomanie, il ne peut pas y avoir d'harmonisation, celle-ci étant proscrite par l'article 129 du traité de l'Union. Il ne peut et ne doit être entrepris qu'une coordination des politiques nationales. Cet article est le seul articles spécifique en matière de santé et qui mentionne la problème de la toxicomanie.

Cependant, lorsqu'on regarde les pratiques, il semble qu'un durcissement hollandais soit en train d'émerger alors que les autorités françaises essaient désormais d'éviter la prison aux toxicomanes et se rapprochent ainsi de la visée hollandaise « de moindre mal » en ce qui concerne les consommateurs ... L'harmonisation sera peut-être possible à travers les pratiques mais la contradiction éthique est soulevée .



La représentation du toxicomane reste différente selon le lieu où il se trouve et cela a des conséquences négatives sur son accès aux soins. Cette différence traduit une atteinte à l'intégrité physique et psychique, différente entre les deux pays, pour la même personne humaine (en tant que telle), en prise avec les mêmes difficultés existentielles. Cet aspect pose une contradiction éthique majeure

Il convient alors d'espérer que la troisième voie proposée par le Comité Consultatif National d'Ethique (Rapport n°43) (25) s'attaque à cette contradiction, et permette une amélioration de la situation de tous les toxicomanes.