Table-ronde 3 - Réponses et expérimentations possibles au plan national et à l'échelle de La Réunion

Timothée Balestreri, Laure Benitah, Xavier de Bonnaventure, Renaud Colson, Jean-Pierre Couteron, Patrice Hemery, Cathy Pomart, Brian Tourre

▶ **To cite this version:**

Timothée Balestreri, Laure Benitah, Xavier de Bonnaventure, Renaud Colson, Jean-Pierre Couteron, et al.. Table-ronde 3 - Réponses et expérimentations possibles au plan national et à l'échelle de La Réunion. Revue juridique de l'Océan Indien, 2019, 26, pp.377-392. hal-02550280

HAL Id: hal-02550280
https://hal.univ-reunion.fr/hal-02550280

Submitted on 22 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Table-ronde 3

Réponses et expérimentations possibles au plan national et à l'échelle de La Réunion

Timothée BALESTRERI

Intervenant de rue en addictologie du Réseau Oté !

Laure BENITAH

Intervenante de rue en addictologie du Réseau Oté !

Xavier de BONNAVENTURE

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche à l'Université de Paris II

Renaud COLSON

Maître de conférences à l'Université de Nantes

Membre du laboratoire Droit et Changement Social

Jean-Pierre COUTERON

Psychologue clinicien, Président de la Fédération Addiction

Dr Patrice HEMERY

Médecin généraliste, Président du Réseau Oté !

et Membre du Conseil Scientifique et Président par intérim de l'association SAOME

Cathy POMART

Maître de conférences HDR en droit privé et sciences criminelles

Centre de Recherche Juridique (EA n°14) - Université de La Réunion

Brian TOURRE

Chargé de mission MILDECA à la Préfecture de Mayotte

Représentant du sous-préfet de Mayotte

Les praticiens des secteurs médicaux, éducatifs et sociaux ont posé un panorama assez complet de leurs attentes en matière d'accompagnement des personnes souffrant d'addictions. Il s'agit donc maintenant de tenter d'apporter des éléments de réponses à ces attentes. Deux pistes de réflexion ont été avancées.

Tout d'abord, force est de constater que le terrain n'est pas totalement vierge et que, à force d'attendre des évolutions législatives et réglementaires qui peut-être viendront un jour, certains acteurs et certaines structures ont déjà pris des initiatives. Les initiatives et expérimentations locales qui ont été déployées témoignent de la volonté d'aller plus loin dans la réduction des risques et des dommages, de faire encore davantage que ce qui existe déjà. Le temps est venu de mettre en lumière ces initiatives et expérimentations et de les valoriser (I).

Ensuite, il semble que le temps du droit ne soit pas celui des praticiens. En attendant que la réduction des risques et des dommages trouve pleinement sa place en droit français et dans les pays de la zone océan Indien, les praticiens sont dans une zone de flou. Ce flou a du bon si cela permet d'aller vers des solutions optimales. Mais le flou a aussi des aspects négatifs s'il a pour conséquence que les différents acteurs de la prise en charge des addictions se renvoient la balle (*la « balle » étant la personne qui a besoin d'une prise en charge et dont ne sait plus trop si elle relève du droit / de la répression ou du soin au sens large*). En tout état de cause, l'évolution du droit ne semble pas en phase avec les attentes des praticiens. Plusieurs propositions d'évolution de la législation ont pu être émises à la faveur de cette manifestation et doivent être approfondies (II).

I.- Des initiatives et expérimentations locales à valoriser

Plusieurs initiatives et expérimentations ont vu le jour ces dernières années. Tout d'abord, de bonnes pratiques associatives dont les bénéfices, en termes de réduction des risques, sont avérés mais qui nécessitent un accompagnement (A). Ensuite, des actions plus institutionnelles dont la réussite appelle une reconduite (B). Enfin, un projet de réseau sur l'ensemble de la zone océan Indien retient particulièrement l'attention des professionnels de la réduction des risques : ce projet, encore à l'état embryonnaire, doit être développé et soutenu (C).

A.- De bonnes pratiques associatives à accompagner

Deux initiatives en matière de réduction des risques et des dommages liés aux stupéfiants doivent être mises en exergue. La première est une expérimentation de la réduction des risques en milieu festif (1). La seconde est la proposition d'un dispositif expérimental d'encadrement de prescription, hors

autorisation de mise sur le marché, d'un médicament aujourd'hui largement détourné de son usage (2).

1 – L'expérimentation de la réduction des risques en milieu festif

Il s'agit d'une expérimentation initiée par le Réseau Oté ! lequel œuvre depuis de nombreuses années dans l'accompagnement médico-psycho-social des personnes souffrant d'addictions ainsi que dans le domaine de la prévention et de la réduction des risques et des dommages.

L'objectif de la réduction des risques et des dommages est d'être au plus près des usagers de drogues licites ou illicites, d'aller vers eux, pour leur proposer un accès au droit, un accès aux soins, un discours de réduction des risques. Il s'agit de les accompagner au mieux dans ce qu'ils souhaitent, dans un projet donné et de permettre à la personne de faire des choix éclairés.

« Aller vers » c'est aller au-devant des personnes, proposer un vrai discours, proposer une réduction des risques.

Pourquoi intervenir en milieu festif ? En milieu festif, l'objectif est d'élargir l'éventail de propositions. Il s'agit d'une prise en compte d'un public particulier dans un contexte spécifique.

En milieu festif, on ne célèbre pas nécessairement quelque chose mais on célèbre l'évènement en lui-même. On se situe dans le cadre de la « *rave party* » ou de la « *free party* ». Si la « *rave party* » tend de plus en plus à être légalisée, organisée, payante, sous forme de concerts, la « *free party* », même si l'on y écoute le même style de musique et avec le même public, est quelque chose qui se revendique libre, gratuit voire clandestin. Les participants à ces « *free party* » expliquent que ce qui est important et attire, c'est l'esprit de s'investir dans la musique à fond, de vivre dans toutes sortes d'excès, de retrouver des impressions primitives. Ils parlent d'une « *zone autonome temporaire* », une parenthèse dans le monde sur un lieu donné, pendant un temps donné, où il n'y a plus de police, de vigiles mais une autorégulation entre pairs avec des règles qu'eux-mêmes se sont fixées.

Que ce soient des soirées légales avec autorisation ou des soirées illégales, il y circule toutes sortes de substances psychoactives - cette présence de substances est une réalité et c'est même revendiqué par les participants - et on peut observer une concentration de majoration des risques dans cette parenthèse du quotidien.

Ce public n'est pas forcément accessible aux intervenants « habituels » en addictologie. La personne vient sur les lieux, il y a un début et une fin de soirée au cours de laquelle elle vit plein d'expériences - musicales ou autres -, puis,

ensuite, il y a un retour à la réalité, une vie de famille, un travail, une vie dans laquelle elle est socialement insérée. La personne est à distance des dispositifs « d'aller vers » qui sont proposés normalement (par exemple dans la rue).

L'idée c'est donc d'amener l'information, d'amener la réduction des risques vers les lieux de consommation où cette information n'existe pas nécessairement.

A La Réunion, en moyenne, il y a une ou deux soirées festives chaque week-end, pas toujours légales, sur des terrains privés ou publics, avec consommation de produits stupéfiants. Il existe des évènements légaux que l'on retrouve chaque mois de manière régulière dans les bars. S'y ajoutent de gros festivals de musique électronique avec autorisation de la préfecture.

Ce qui légitime la présence des intervenants du Réseau Oté ! ce sont les potentiels risques que prennent les personnes avec des consommations de produits sur place qui ne sont pas toujours bien dosés ni bien mélangés. Par ailleurs, les personnes ne sont pas toujours au courant de ce qu'elles achètent. Les intervenants essaient d'identifier les substances consommées et tentent de donner un maximum d'informations.

Le projet, entrepris en 2015, a été axé autour de deux idées principales.

La première idée était de créer un pôle associatif d'intervention sur ces événements festifs avec des intervenants de divers milieux afin d'avoir une pluridisciplinarité sur place. Accompagner les personnes toxicomanes, c'est se situer à plusieurs frontières : la santé, la maladie, le plaisir, la souffrance, l'insertion, l'exclusion. Pour cela il faut être plusieurs. Plusieurs compétences, plusieurs corps de métiers pour que chacun explique sa vision des choses et que tous ensemble on puisse aider la personne dans sa globalité et prendre en compte toute sa problématique.

La seconde idée était que l'intervention soit modulable selon le type d'évènement, officiel ou illégal, de petite ou grande ampleur ; selon que les intervenants montent un stand ou qu'ils se promènent dans le public en offrant du matériel d'information ; selon que l'intervention se fasse toute la nuit, sur un morceau de soirée, le matin en sortie de soirée.

L'expérimentation a pris fin en 2017. Il y a donc un peu plus d'un an et demi. Les résultats se sont révélés encourageants et les retours ont été positifs :

– prises de contact avec les différents organisateurs d'évènements festifs sur l'île pour dans un premier temps informer de l'existence d'un tel dispositif et expliquer les objectifs de réduction des risques ; dans un second temps demandes

aux organisateurs de permettre un accès au site, avec entrées et sorties illimitées et si possible un endroit pour s'installer ;

– participation à 11 évènements, illégaux et officiels, dont deux sur plusieurs jours ;

– rencontres avec plus de 1500 personnes et échanges sur des consommations de substances psychoactives légales ou illégales. ;

– distribution de matériel de réduction des risques dont des préservatifs, des « roule ta paille », des brochures d'information, des flyers et des bouchons d'oreilles.

La poursuite de ce type d'actions, qui a fait ses preuves, est cependant incertaine en raison d'un manque de moyens dédiés au volet des actions de réduction des risques :

– Il s'agit d'abord d'un manque de moyens financiers (*participer à ces évènements festifs entraîne une distribution importante de matériel de réduction des risques et donc un surcoût par rapport au budget de l'association*).

– Il s'agit aussi d'un manque de moyens humains (*les intervenants prenant part à ce type d'actions ne sont pas disponibles pour leur mission première. Ils doivent donc assumer ces initiatives en plus de leur activité).*

– Il peut également exister un frein lié aux représentations que l'on se fait de ces interventions : certains organisateurs estiment que cela ne les concerne pas, qu'il n'y a pas de consommation de drogues sur leur festival et que la présence des intervenants risque d'être associée à d'éventuelles représailles de la police. Il faut donc expliquer mais cela prend du temps. Il faut se faire une réputation, faire comprendre quels sont les objectifs et qu'il ne s'agit ni d'embêter les festivaliers en leur faisant la morale ni d'attirer l'attention de la loi sur les organisateurs.

La réduction des risques en milieu festif, mission nouvelle pour le Réseau Oté !, semble avoir donné de bons résultats. La pérennisation d'une telle initiative ne peut toutefois être envisagée que par l'obtention de budgets adaptés (*pour employer plus de personnes et surtout pour acheter du matériel de réduction des risques afin de le distribuer*).

2 – Proposition de dispositif expérimental d'encadrement de la prescription hors Autorisation de Mise sur le Marché de trihéxyphénidyle -Artane®, Parkinane® - à La Réunion

Le pourquoi de la proposition. L'usage détourné de trihéxyphénidyle (Artane®) à La Réunion, avec recherche d'effets stimulant, anxiolytique,

antidépresseur voire dopant sportif ou sexuel, date des années 1970 et constitue une particularité sur le territoire français par son ampleur et son importance croissante[1].

Certains patients, estimés à quelques centaines, présentent une maladie addictive parfois sévère et ne peuvent contrôler leur comportement d'usage. L'Artane® est un des rares psychotropes n'ayant aucune règlementation particulière.

Les pratiques d'accompagnement de ces patients, souvent stigmatisés, sont très hétérogènes aussi bien en ville qu'en milieu spécialisé (addictologie) : certains praticiens et pharmaciens refusent toute prescription/délivrance tandis que d'autres prescrivent/délivrent sans précaution ni suivi particulier ; certains patients bénéficient de contrats de soins et d'un suivi rapproché, là aussi spécifique à chaque lieu d'accompagnement.

La proposition. Le phénomène « Artane® » est un problème de santé publique réunionnais et sûrement au niveau de l'océan Indien (Ile Maurice et Madagascar). Dans un souci de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues la société réunionnaise, les professionnels de santé et de sécurisation des parcours de soins ont constitué un groupe de travail pluridisciplinaire réunissant des professionnels de santé qui ont proposé un dispositif expérimental de prescription hors autorisation de mise sur le marché encadrée d'Artane® d'une durée minimale idéale de 4 ans.

Il s'agit d'un projet issu du terrain, à la demande d'addictologues préoccupés par les patients, répondant également à une demande de la MILDECA (Mme Jourdain-Menninger, son ancienne présidente en 2015).

Les objectifs et résultats attendus sont nombreux :

– l'amélioration de l'accès aux soins des usagers ayant un trouble de l'usage du THP ;

– l'amélioration globale de la santé sur les plans addictologique, somatique, psychologique, social, relationnel, sexuel et judiciaire et du bien-être général ;

– l'harmonisation des pratiques, avec l'apport d'une cohérence dans les accompagnements afin d'améliorer et de sécuriser le parcours de soins du patient, l'amélioration du travail en réseau ;

– la diminution du nomadisme médical et pharmaceutique et la diminution de l'approvisionnement en THP par les circuits illégaux :

[1] La première alerte date de 30 ans dans un article écrit par le Dr JAY en 1988.

– la baisse du trafic de THP (en faisant baisser la demande illégale et le nomadisme) ;

– la démonstration de la faisabilité d'un tel dispositif et son acceptabilité par les soignants, les patients et les partenaires.

Plusieurs modalités de mise en place et de déroulement du projet ont été établies.

Concernant le patient et sa prise en charge « sanitaire » :

– il s'agit patients majeurs ayant une addiction au THP,

– dans le cadre d'un contrat de soins,

– avec des prescriptions sur ordonnances sécurisées pour une durée limitée,

– une initialisation en centre addictologique (CHU ou CSAPA),

– avec bilan global médical, psychologique et social,

– relais en ambulatoire vers un binôme médecin/pharmacien dès que la situation clinique est équilibrée, et ouverture d'un dossier pharmaceutique (nécessité d'avoir une carte vitale à jour),

– des dosages sanguins de THP possibles dans le cadre de ce dispositif,

– un carnet d'auto-suivi et accompagnements personnalisés.

Au niveau de l'encadrement et des équipes concernées sont prévues des réunions interprofessionnelles entre équipes d'addictologie, médecins et pharmaciens traitants, des déclarations d'addictovigilance (CEIP[2] de Bordeaux), une évaluation annuelle par une commission de suivi incluant les tutelles régionales (ARS, préfecture, CGSS), un lien régulier avec les institutions concernées.

Quels résultats aujourd'hui ? Ce projet a été présenté et a recueilli un avis favorable en 2016 :

– au niveau local auprès de la Préfecture de La Réunion, l'Agence Régionale de la Santé Océan Indien, le conseil de l'ordre des médecins, le conseil de l'ordre des pharmaciens, la Caisse Générale de Sécurité Sociale, le service médical de l'assurance maladie ;

[2] Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance.

– au niveau national auprès de la MILDECA[3] et la commission T2RA consultative de la Direction Générale des Services.

Toutefois il existe des difficultés de mise en place concrète :

– pas de réponse officielle de la DGS depuis un an ;

– refus de l'ARS Océan Indien qui attend l'aval de la DGS ;

– méconnaissance du projet par les professionnels de la santé et autres (notamment les professionnels de la justice, non associés à la démarche) ;

– impact de la récente « affaire Artane® » avec des maladresses et une perte du suivi de patients, une pression importante de patients sous THP dans les CSAPA lors de la rupture de stock de septembre-octobre 2017.

Le projet Artane®, malgré toute la bonne volonté de ses initiateurs, est aujourd'hui en attente de déblocage. Il s'agit pourtant d'un projet de santé publique, alliant réduction des risques et des dommages et « Aller vers » qui pourrait évoluer vers une modélisation possible pour d'autres médicaments détournés de leur usage et / ou nouvelles drogues.

B.- Des actions « institutionnelles » concluantes à reconduire

La mission interministérielle de lutte contre les drogues et conduites addictives (MILDECA) a fait le pari d'un effort orienté vers les populations qui, pour des raisons sanitaires ou sociales, sont les plus exposées aux risques et aux dommages associés aux consommations de substances psychoactives et auprès de tous en milieux scolaire, festif et professionnel.

A Mayotte, où près de 50% de la population a moins de 18 ans, la priorité des actions a été axée sur la prévention et la sensibilisation d'une population très jeune dans le but de retarder et prévenir la première consommation.

Deux actions, portées par la MILDECA, sont particulièrement significatives à cet égard. La première résulte d'un appel à projet lancé conjointement avec l'Agence Régionale de la Santé auprès des communes et des associations qui œuvrent en faveur de la prévention : action du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Dzaoudzi-Labattoir (1). La seconde est une action en partenariat avec l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (l'IREPS) de Mayotte (2).

[3] Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives.

1 – L'action du CCAS de Dzaoudzi-Labattoir

Ce projet de prévention des addictions, étalé sur trois ans, a débuté à la fin de l'année 2016 à Mayotte.

La structuration d'une politique publique en faveur de la lutte contre les drogues et les conduites addictives étant récente sur ce territoire, il est apparu nécessaire de disposer d'informations sur certains points : *quels sont la population, les publics, les quartiers, les territoires qui ont besoin d'informations sur les addictions ?* La première phase du projet, financée fin 2016, a ainsi consisté à repérer les groupes vulnérables nécessitant une aide face aux addictions. Le CCAS a repéré 13 groupes répartis dans différents quartiers avec une typologie précise, formalisée au départ selon l'âge, le type d'addiction, le type de violence associée (*délinquance, combat de chiens, alcool, vol*…). Ensuite, au sein de chacun de ces groupes, ont été repérés les leaders mais aussi les personnes qui pourraient être volontaires pour des actions de prévention.

Est intervenue la deuxième phase, financée en 2017, avec le montage d'ateliers de prévention. Sur la base des 13 groupes répertoriés précédemment, le CCAS s'est appuyé sur tout un réseau d'associations dans le domaine de la musique, du sport, de l'insertion, de la danse, de la poésie, du slam pour essayer - à travers la création artistique de volontaires - de produire des supports de prévention relativement aux addictions.

L'objectif de 2018 est de soutenir la troisième phase qui est celle de la présentation des supports de prévention réalisés par les jeunes eux-mêmes et ensuite de leur valorisation. L'objectif est que les jeunes, devenus acteurs de prévention, puissent ensuite porter le message auprès de leurs pairs et des autres jeunes de la commune.

Cette expérience est particulièrement importante dans la mesure où elle est à la fois durable (elle s'inscrit sur plusieurs années), et surtout qu'elle a une approche territorialisée ce qui a permis de repérer les jeunes et d'en amener certains à s'approprier un message de prévention.

Le succès de cette action a encouragé les partenaires institutionnels à la poursuivre et la consolider mais également à reconduire et développer ce type d'expériences sur d'autres communes où il existe des problématiques d'addictions et de violence.

2 – L'action réalisée par l'IREPS de Mayotte

Il s'agit d'une expérimentation, initiée par la MILDECA, afin de déterminer quels pourraient être les supports de prévention adéquats, susceptibles de toucher

un maximum de personnes. La MILDECA a ainsi financé un concours réalisé par l'IREPS de Mayotte auprès des établissements scolaires et des associations.

Le but est de permettre aux jeunes d'être des forces de proposition de messages de prévention concernant les addictions, de les inciter à créer des outils de prévention autour de trois catégories proposées : création de dessins, création de films, création de textes (poésie et slam).

A l'issue du concours, en 2017, ont été sélectionnés les meilleurs projets dans chacune des trois catégories.

La question est désormais de voir comment valoriser ces productions et comment remobiliser les jeunes pour qu'ils puissent porter le message aux autres publics scolaires (le message a vocation a être porté par les jeunes eux-mêmes pour avoir un impact plus fort).

C.- Un projet de réseau régional à développer et à soutenir

Depuis quelques temps, l'idée a été avancée de construire un réseau, dédié aux addictions non plus sur la seule île de La Réunion mais au niveau de l'océan Indien, en partenariat avec Les Seychelles, l'Ile Maurice, Madagascar, la France (La Réunion et Mayotte), Les Comores. Plusieurs pistes ont ainsi été émises pour la constitution d'un réseau *Addicto océan Indien*.

Ce réseau s'inscrit dans un contexte qui comporte plusieurs points communs :

– une situation géographique commune ;

– une multi-culturalité dans chacun des Etats envisagés ;

– une circulation entre les îles des personnes et des biens (*des drogues*) ;

– les démarches de prévention et d'accompagnement des personnes aux conduites addictives.

Mais il existe aussi des différences puisque le réseau envisagé concerne :

– divers Etats aux législations différentes, tant sur l'usage que sur le trafic de stupéfiants,

– avec des problématiques différentes quant aux stupéfiants - chimique, opiacés, VIH, VHC, cannabis, médicaments détournés de leur usage -,

– avec des accompagnements et des dispositifs différents.

La question est alors de savoir comment construire ensemble, sur des bases communes, tout en prenant en compte les différences existantes.

Un premier pas, relativement aisé, est d'identifier les divers intervenants - personnes ou associations - investis en addictologie et dans la santé de la population de chacun des Etats concernés.

Déterminer sous quel protocole, suivant quelles modalités le réseau va pouvoir se bâtir est plus difficile. Faut-il créer une association ou un collectif d'associations ? Faire porter / coordonner le projet par SAOME ? Travailler avec l'ARS OI, la Préfecture, la Commission de l'Océan Indien ? Autant de questions qui pour l'heure semblent sans réponse.

En pratique, il existe un état des lieux (*pour La Réunion, il a été dressé notamment par l'Observatoire Régional de la Santé*), des échanges d'expériences et d'actions entre praticiens, des formations (*Diplôme universitaire « addictologie » en e-learning*), des colloques qui permettent à l'ensemble des acteurs de se rencontrer.

II.- Des propositions d'évolution de la législation à étudier

En matière de stupéfiants, le cadre législatif actuel repose sur la loi du 31 décembre 1970 qui poursuit sur un double objectif : réprimer les usages et trafics de stupéfiants mais aussi offrir un panel de soins.

Plusieurs interrogations se sont posées quant à cette législation :

– Ne serait-elle pas dépassée, en inadéquation avec l'évolution de la pratique des professionnels ? [*on pense notamment aux difficultés rencontrées par les praticiens lors de la prescription et la délivrance de produits tels les traitements de substitution aux opiacées ou encore aux éducateurs-sociaux dans leur pratique de tous les jours*] ;

– Ne serait-elle pas lacunaire sur certains points ? [*on pense à la problématique de la chimique et à l'impossibilité, dans cerrtains pays, de réprimer les usagers et trafiquants en raison d'un « flou juridique »*] ;

– Ne pourrait-elle pas être améliorée pour prendre en compte la spécificité des infractions liées à l'usage de stupéfiants ? Ne pourrait-elle pas évoluer vers plus de souplesse, moins de répression ? un nouveau cadre pénal ?

Il est possible, dès à présent, de répondre à l'interrogation relative à l'impossibilité de réprimer l'usage et le trafic de « chimique » à Mayotte.

Un arrêté du 31 mars 2017 est venu clarifier la situation : au regard de la forte toxicité de ces nouveaux produits de synthèse, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament a décidé d'inscrire 12 familles chimiques et 10 nouvelles substances sur la liste des stupéfiants, lesquelles sont désormais considérées comme illégales[4].

Pour le reste, il faut s'en tenir à diverses propositions. Certaines envisagent de transformer, de manière plus ou moins radicale, le cadre législatif actuel (A), d'autres sont plus enclines à apporter des améliorations au cadre législatif actuel (B).

A.- Transformer le cadre législatif actuel

Transformer le cadre législatif actuel consisterait à revenir sur la loi de 1970 laquelle considère comme un délit punissable « *d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende* »[5] l'usage de stupéfiants, sans distinction de produit. Aujourd'hui de nombreuses voix s'élèvent pour demander des modifications de cette législation.

Plusieurs idées : un renversement du cadre législatif actuel, en choisissant la dépénalisation de l'usage de stupéfiant (1) ; un bouleversement, dans le cadre de la répression, en choisissant la contraventionnalisation du délit d'usage ou la forfaitisation délictuelle (2).

1 – Le choix de la dépénalisation de l'usage ?

La dépénalisation – c'est-à-dire la suppression de la qualification pénale prévue en matière d'usage de stupéfiant – est une piste envisageable et on songe à l'expérience réalisée au Portugal. Dans les années 1990, le pays fait face à de gros problèmes de consommation d'héroïne (*1% de la population aurait alors été concernée*) avec toutes les problématiques associées (*nombreux décès liés au SIDA et overdoses*). En 2001, le pays a décidé de dépénaliser l'usage de toutes les drogues et d'axer sa politique sur les traitements et des suivis médicaux. Malgré la désapprobation et le scepticisme de la communauté internationale, les résultats semblent tangibles : une quinzaine d'années plus tard, le pays a divisé par deux la consommation d'héroïne en passant de 100 000 à 50 000 usagers ; le nombre d'overdoses est passée de 80 à 16 par an[6] ; les nouvelles infections au VIH ont chuté[7] et le taux de décès lié à la drogue est 5 fois inférieur à la moyenne de

[4] Arrêté du 31 mars 2017, modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants, *JORF*, 6 avril 2017.
[5] Article L. 3421-1 du Code de la Santé publique.
[6] Chiffre de 2012.
[7] 1 016 en 2001 à seulement 56 en 2012.

l'Union Européenne. Il existe donc déjà un exemple concret - qu'il convient de garder en mémoire et d'évoquer - de dépénalisation qui fonctionne et qui a donné d'excellents résultats.

2 – Le choix de la contraventionnalisation ou de la forfaitisation délictuelle de l'usage ?

C'est une piste tout à la fois intéressante et dangereuse car l'idée d'une contraventionnalisation de l'usage de stupéfiants – c'est-à-dire la transformation du délit correctionnel en une simple contravention – est susceptible de provoquer des réactions très variées.

L'idée séduit les personnes qui estiment qu'il faut sanctionner plus, et plus systématiquement. La contraventionnalisation permettant de ne pas « s'encombrer » d'une individuation de la sanction pénale et de s'inscrire dans une logique de répression systématique. L'idée séduit également les partisans d'une dépénalisation qui y voient une première étape vers la légalisation et une « désescalade » pénale.

A l'heure actuelle, il existe des projets en ce sens. Le ministre de l'Intérieur évoquait une contraventionnalisation en juillet 2017 mais la commission parlementaire créée travaille plutôt sur la piste d'une forfaitisation délictuelle. Cette dernière option semble pourtant être une proposition décevante dès lors qu'il s'agit de systématiser la sanction tout en gardant le délit correctionnel avec inscription au casier judicaire. On perd alors la possibilité d'individualiser la sanction et on abandonne toute idée d'ajustement sanitaire.

Il semble important de s'entendre sur la philosophie de la réforme et plus globalement sur la fonction du droit de la drogue dans une politique de justice et santé publique. Quel est le sens de la politique nouvelle que l'on souhaite développer en France ? Vise-t-elle à résoudre les problèmes d'addictions et à s'approprier les problématiques de l'usage ou est-ce une politique tend à traiter les autres problèmes (*problèmes de l'engorgement du système judiciaire, problèmes du manque de disponibilité des forces de police, etc.*) ? Jusqu'à présent, il semble que bien que l'on soit dans des effets d'annonce sur l'existence de politiques de lutte contre la toxicomanie, or bien souvent, il s'agit de politiques qui sont instrumentalisées à d'autres fins.

B.- Apporter des améliorations au cadre législatif actuel

Dans l'hypothèse où l'on conserverait le cadre législatif actuel, ce cadre pénal qui apparaît plus répressif que sanitaire et où l'usager de stupéfiants est considéré comme un délinquant à condamner.

Deux propositions sont formulées pour recentrer l'attention sur la personne : sur le plan institutionnel, il s'agirait de revoir l'organisation judiciaire en prenant en compte la spécificité des infractions liées aux addictions (1) ; sur le plan humain, il s'agirait d'instaurer un « droit à l'oubli » de la condamnation (2).

1 – Revoir l'organisation judiciaire en prenant en compte la spécificité des infractions liées aux addictions

L'idée sous-jacente est celle de mener une véritable réflexion sur l'organisation des juridictions françaises, en favorisant la création de sections du parquet et de chambres correctionnelles spécialisées autour de la question des addictions aux stupéfiants. Une expérimentation en ce sens a été tentée au Tribunal de Bobigny mais elle n'a pas rencontré d'emblée le succès attendu, principalement pour des raisons administratives. Il semble pourtant que c'est vers ce type d'organisation que l'on pourrait s'orienter car cette approche permet d'associer le monde de la prévention, les acteurs associatifs, les psychiatres et les psychologues, les addictologues et, en même temps, les magistrats du parquet et du siège, pour une meilleure adaptation de la réponse pénale. Elle permet également une meilleure prise en compte de la « dimension addictive » de l'infraction.

Ainsi, il pourrait être opportun de repenser le fonctionnement institutionnel des parquets avec notamment des sections au sein des parquets véritablement spécialisées dans la lutte contre les addictions. Ceci devrait permettre d'éviter que la question des addictions ne soit traitée par des procureurs de permanence, dans le cadre du traitement en temps réel de la délinquance qui conduit à une logique de forfaitarisation de la décision, de classement ou de poursuites et de recours à des mesures alternatives.

Peut-être pourrait-on également envisager de créer des chambres qui soient vraiment spécialisées sur la question des addictions et qui permettent une meilleure association de l'ensemble des acteurs.

Il faudrait peut-être aller plus loin et s'inspirer du modèle canadien des *drugs courts* qui a prouvé en la matière sa pleine efficacité. Sa transposition en France devrait pouvoir être réfléchie, de manière progressive et intelligente, en concertation avec l'ensemble des administrations concernées. Ce dispositif supposera nécessairement un temps d'adaptation et d'expérimentation, et peut-être serait-il opportun de le mettre d'abord en place dans des tribunaux de grande instance d'importance moyenne à titre expérimental.

2 – Instaurer un « droit à l'oubli » pour les consommateurs condamnés

Le droit pénal français a tendance à se focaliser sur la peine elle-même en oubliant les conséquences indirectes de cette dernière, notamment les conséquences en termes d'insertion professionnelle de la personne du fait de l'inscription de la condamnation au casier judiciaire de l'intéressé.

Le fonctionnement du casier judiciaire national est assez technique puisqu'il recouvre trois bulletins : le numéro 1 qui comprend la totalité des condamnations concernant la personne et qui n'est accessible qu'aux autorités judiciaires ; le bulletin numéro 2, qui comprend également l'ensemble des condamnations et qui peut être délivré aux administrations, à certaines sociétés privées (*notamment celles qui travaillent dans le domaine de la sécurité et du gardiennage*) et à certains ordres professionnels ; le bulletin numéro 3 qui nous est personnellement délivré et qui ne comprend que certaines condamnations – (*notamment celles qui entraînent des interdictions d'exercice professionnel ou des décisions de faillite*).

L'inscription au bulletin numéro 2 du casier judiciaire, pour de petits consommateurs ou dealers, est particulièrement longue et peut-être pénalisante professionnellement parlant puisqu'elle entraîne l'impossibilité d'exercer certains emplois publics ou privés, de passer certains concours, d'accéder à certaines professions réglementées, etc. L'inscription au casier judiciaire est donc un obstacle majeur à leur réinsertion professionnelle. Quant au bulletin numéro 1, si cette inscription est moins pénalisante sur le plan de l'insertion professionnelle que celle du bulletin numéro 2, elle empêche cependant d'accéder à la magistrature ou à certaines professions en lien avec la sécurité des français.

Pour cette raison, et dans l'hypothèse d'un maintien de la législation actuelle sur la consommation des produits stupéfiants, il faudrait évoluer vers des réponses pénales plus innovantes, qui prennent vraiment en considération la spécificité de l'addiction. Une solution pourrait être de prévoir que la peine prononcée à l'encontre de consommateurs, ou de petits dealers, disparaisse (mécanisme de nullité) dès lors que la personne condamnée respecte les obligations thérapeutiques qui lui ont été fixées. La condamnation serait alors effacée de l'ensemble des bulletins du casier judiciaire, y compris du bulletin numéro un, au terme d'une période probatoire librement fixée par le juge. Ce dispositif relève d'une logique humaine parce qu'au-delà de l'opprobre même du fait de comparaître devant un tribunal, on ne peut pas défendre l'idée d'une prévention des risques, l'idée d'une réinsertion, et en même temps faire peser sur les personnes - parfois extrêmement jeunes - des dispositifs qui sont particulièrement contraignants professionnellement parlant et qui peuvent les marginaliser durablement (parfois plus durablement qu'une consommation ponctuelle de stupéfiant).

Cette solution permettrait une meilleure prise en compte de la spécificité de ce type d'infractions et s'inscrirait dans la logique de prévention des risques soutenue par les autorités françaises.