



**HAL**  
open science

## **Table-ronde 2 - Prendre en charge les addictions avec le droit plutôt que malgré le droit ou contre le droit 2nde partie – Attentes des praticiens du secteur médico-social dans la zone océan Indien**

Pooman Kangloo-Bissessur, Andriantahiana Rabezato, Ali Mohamed Youssouf

### ► To cite this version:

Pooman Kangloo-Bissessur, Andriantahiana Rabezato, Ali Mohamed Youssouf. Table-ronde 2 - Prendre en charge les addictions avec le droit plutôt que malgré le droit ou contre le droit 2nde partie – Attentes des praticiens du secteur médico-social dans la zone océan Indien. *Revue juridique de l'Océan Indien*, 2019, 26, pp.371-376. hal-02550290

**HAL Id: hal-02550290**

**<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02550290>**

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 2**

# **Prendre en charge les addictions avec le droit plutôt que malgré le droit ou contre le droit**

## **2<sup>nd</sup>e partie – Attentes des praticiens du secteur médico-social dans la zone océan Indien**

**Dr Pooman KANGLOO-BISSESSUR**

*Médecin psychiatre et addictologue (Ile Maurice)*

**Dr Andriantahiana RABEZATO**

*Médecin en service psychiatrique, CHU Hôpital de Toamasina (Madagascar)*

**Dr Ali Mohamed YOUSSEF**

*Médecin à l'UCSA et service d'addictologie du Centre Hospitalier de Mayotte*

Mayotte, Madagascar, l'Ile Maurice, trois territoires de l'océan Indien qui ont des points communs certains :

- une population jeune, voire très jeune<sup>1</sup> ;
- un niveau de vie peu élevé pour une grande partie des habitants<sup>2</sup> ;
- une consommation de stupéfiants en progression, notamment chez les jeunes<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> 60% de la population de Mayotte a moins de 25 ans, 50% a moins de 18 ans. 61% de la population malgache a moins de 25 ans. L'Ile Maurice reste toutefois bien en retrait de ces chiffres avec « seulement » 19% de la population qui a moins de 15 ans.

<sup>2</sup> Les trois quarts de la population malgache vit en dessous du seuil de pauvreté. A Mayotte, en 2016, le chômage touchait 27,1 % de la population, chiffre qui atteint 49 % chez les jeunes. Mayotte est classée selon son PIB (8 300 € / habitant) comme la région la plus pauvre de l'Union Européenne.

<sup>3</sup> A Madagascar, la moitié des consommateurs de cannabis sont des jeunes de 15 à 20 ans. Durant ces trois dernières années, la police mauricienne a constaté que le cannabis, l'héroïne et

Quelle place est alors offerte, sur ces territoires, à la réduction des risques et des dommages liés aux stupéfiants ? Que prévoit la législation et quelles sont les pratiques ? Quelles problématiques se posent ?

Force est de constater que la réduction des risques et des dommages liés aux stupéfiants a du mal à trouver sa place dans la mesure où elle se heurte à des législations particulières : loi en sa faveur mais qui reste inappliquée à Madagascar (I), loi régressive à l'île Maurice (II), loi ambiguë à Mayotte (III).

## **I.- La réduction des risques et des dommages : une législation inappliquée à Madagascar**

A Madagascar, on constate une consommation endémique de cannabis, avec comme caractéristique une utilisation traditionnelle en déclin et une utilisation récréative en augmentation.

La population rurale de Madagascar est généralement très démunie et la culture de cannabis sert à fournir un revenu pour faire vivre la famille. La majeure partie de la culture de cannabis produit localement sert pour la consommation domestique même si une petite partie part vers les îles voisines (La Réunion, Maurice) et en Afrique continentale.

Des mesures de répression et d'interdiction de culture et de consommation existent depuis le XVIII<sup>ème</sup> siècle. Le code des 305 articles du 29 mars 1881 prévoyait en son article 181 « *l'interdiction de culture des plantes constituant la source végétale de drogues illicites* ». Aujourd'hui, c'est la loi n° 97-039 du 4 novembre 1997 sur « *le contrôle des stupéfiants et substances psychotropes et des précurseurs* » qui constitue le support juridique et réglementaire des mesures de répression en matière d'usage et trafic de drogues à Madagascar.

Les arrestations pour possession de cannabis sont rares mais lorsqu'elles ont lieu elles sont susceptibles d'entraîner des peines d'emprisonnement lourdes<sup>4</sup>.

Deux idées contradictoires prédominent :

– les partisans d'une répression systématique répondent qu'une interdiction vaut mieux qu'une recommandation et que la sanction est la réaffirmation solennelle de la dangerosité des drogues ;

---

le subutex sont les drogues les plus consommées ; parallèlement depuis 2012 les drogues de synthèse ont pris une ampleur inquiétante, notamment chez les jeunes.

<sup>4</sup> Peines de 5 à 10 ans d'emprisonnement en vertu de l'article 99 de la loi de 1997.

– d’autres estiment que la toxicomanie est une maladie et qu’il est anormal de punir un individu malade.

*Que dit alors la loi ?* En cas d’usage de cannabis, la loi de 1997 laisse aux magistrats la possibilité soit de condamner le toxicomane à une peine allant de 5 à 10 ans d’emprisonnement soit, « *en remplacement ou en complément de la peine, l’inviter à se soumettre au traitement ou aux soins appropriés à son état* »<sup>5</sup>. Pour autant, le chemin qui mène à la seconde solution s’avère malaisé.

En effet, si la loi retient une alternative répression / traitement, un choix est laissé au toxicomane qui peut préférer la condamnation au suivi d’un traitement. La réduction des risques par le biais d’un traitement ou de soins appropriés, bien que prévue par la loi, reste limitée puisqu’elle suppose l’acceptation du traitement par le toxicomane.

Ensuite, au cas où le toxicomane serait sous traitement, l’encadrement de celui-ci pose un problème. En effet, pour le suivi d’un traitement, le schéma multidisciplinaire qui commence par le dépistage et se termine par la réinsertion sociale de l’usager par des spécialistes de différentes disciplines n’existe pas à Madagascar.

Ainsi la loi n’intervient-elle que pour réprimer alors que pour réduire la demande de stupéfiants, il faudrait établir une prévention efficace. La personne placée en détention ne s’inscrira pas dans une dynamique de réinsertion mais pourra au contraire être *in fine* davantage marginalisée et, le cas échéant, « s’enfoncera » dans la délinquance.

Contrairement à d’autres Etats où la consommation personnelle est sanctionnée en premier lieu pour conduire les toxicomanes à se faire soigner, Madagascar reste très en retrait d’une telle possibilité. Ceci est d’autant plus vrai que si la loi admet que les traitements et les soins peuvent remplacer la condamnation ou la peine, elle ne prévoit pas qu’ils puissent se substituer à la poursuite.

La non-application des dispositions de la loi en faveur de la réduction des risques et des dommages à Madagascar interroge. La répression domine. Faut-il réviser la loi malgache ? Ne faudrait-il pas mettre en place de véritables dispositifs de suivi de traitement (*ce qui bien sur demande et la volonté et les moyens financiers*) ?

---

<sup>5</sup> L’article 115 de la loi de 1997.

## **II.- La réduction des risques et des dommages face à une législation régressive à l’Ile Maurice : les programmes de méthadone**

L’Ile Maurice a connu un développement économique certain et les drogues y sont présentes. Après l’introduction de l’héroïne dans les années 1970, le nombre de consommateurs de cette substance n’a fait qu’augmenter dans les années 1980-1990<sup>6</sup>. Le pays a ainsi longtemps figuré à la première place dans la liste des pays d’Afrique consommateurs d’héroïne.

Cette consommation a entraîné de nombreuses problématiques liées au VIH, avec un taux de prévalence qui a continué de grimper. Vers 2005, cette situation a atteint un pic inquiétant : plus de 70% des dépistés positifs pour le VIH étaient des utilisateurs de drogues.

Dans un objectif de réduction des risques, principalement des risques d’infections au VIH / SIDA, le gouvernement a mis en place dès 2006 des programmes de méthadone et d’échange de seringues sur des sites de distribution. Pionnière en la matière, l’Ile Maurice a été le premier pays d’Afrique pour ces programmes.

Ces programmes ont permis un net recul de l’épidémie de VIH. Toutefois, beaucoup de critiques ont surgi. Les programmes ont été très controversés et décriés. Certains ont parlé de comportements antisociaux des consommateurs sur les sites de distribution, de pratiques malveillantes y compris l’existence de détournement de la méthadone et l’instauration de trafics.

En 2014, un changement de gouvernement est intervenu. Celui-ci a imposé des restrictions aux programmes.

En 2015, le gouvernement a décidé la décentralisation des sites de distribution. La décentralisation a permis de passer de 17 sites de distribution à 39 sites, pour une population d’environ 4 600 usagers. Ceci a permis une certaine « décongestion » des lieux et une meilleure organisation. Toutefois, la distribution qui se faisait par des dispensaires se fait désormais dans l’enceinte de postes de police. Ce changement n’est pas anodin puisqu’il marque le passage d’une prise en charge médicale à une prise en charge policière (*la méthadone est distribuée certes par des infirmiers mais devant des policiers*). Dans ces conditions, il existe nécessairement le risque d’une « désaffection » des usagers à l’égard de ces programmes de peur d’être stigmatisés, fichés voire arrêtés.

---

<sup>6</sup> A l’heure actuelle, on dénombre quelques 10 000 utilisateurs de drogues injectables.

Cette évolution ne va-t-elle pas constituer un frein à la réduction des risques et des dommages qui jusque-là semblait être sur la bonne voie ? Ne pourrait-on pas envisager une distribution dans les hôpitaux ? Peut-on encore considérer l’Ile Maurice comme « pionnière dans l’océan Indien » à la lumière de cette nouvelle politique de gestion des addictions ?

### **III.- La réduction des risques et des dommages face à une législation ambiguë à Mayotte : la problématique de la « chimique »**

La « chimique » est un produit en provenance de l’Asie du sud-est sous forme de poudre qui une fois arrivée sur Mayotte est diluée dans de l’alcool afin que cette solution soit ensuite mélangée à des feuilles de tabac ou d’autres produits. L’ensemble est alors séché puis fumé sous forme de joints.

L’usage de la « chimique » à Mayotte date de 2013 et, depuis 2015, il existe une véritable épidémie. Non seulement la « chimique » touche de nouveaux consommateurs, mais il existe de nombreux usagers de cannabis qui sont « passés » à la « chimique ».

Sur le plan sanitaire, la « chimique » est un produit extrêmement dangereux, qui peut entraîner une rapide dépendance voire le décès de l’usager<sup>7</sup>. Les effets secondaires, recherchés ou subis, sont nombreux : crise de panique ; délires de type persécution, paranoïa, dépersonnalisation et déréalisation, hallucinations ; tremblements, convulsions, agitations ; difficultés respiratoires, vomissements et douleurs abdominales ; troubles cardiaques.

La consommation de cannabis semble entraîner moins de problèmes de santé physique et mentale : pas de folie, pas de décès, pas de pathologies lourdes liées à l’usage de cette drogue, pas de phénomène d’agressivité, au contraire, beaucoup de jeunes s’endorment (*la « chimique » provoque l’effet inverse avec des comportements de nervosité et de violence*).

Il ne s’agit naturellement pas d’un plaidoyer en faveur de la consommation de cannabis mais d’une comparaison des effets secondaires des substances pour mettre en garde contre ceux – beaucoup plus inquiétants – de la « chimique ». Or, d’un point de vue juridique, la « chimique » est un statut incertain dans la mesure où tant que la substance n’a pas été analysée pour savoir si c’est un produit de synthèse inscrit sur la liste des produits stupéfiants, elle peut être considérée

---

<sup>7</sup> Trois cas de décès suspects ont pu être répertoriés (2 en 2014 et 1 en 2015) mais sans certitude absolue qu’ils soient liés à la chimique faute d’autopsie.

comme un médicament ou autre (*en tout état de cause, une substance non nécessairement interdite par la loi*). Sa composition, à partir de nouveaux produits de synthèse, rend cette nouvelle drogue non illégale et aucune infraction ne peut être retenue à l'encontre des usagers comme des trafiquants. Le cannabis, au contraire, est un stupéfiant bien répertorié, avec un statut juridique clair, celui d'un stupéfiant illégal.

Le cas de la « chimique » illustre bien le problème de la rencontre du juridique et du sanitaire. Le service d'addictologie de Mayotte a constaté que de patients sous cannabis, dont l'état était maîtrisé au plan sanitaire, on est passé progressivement à des patients sous « chimique » avec un statut juridique ambigu et un état physique et mental beaucoup plus inquiétant. Les deux produits agissant au même niveau des récepteurs du cerveau, il serait envisageable de faire revenir les patients sous « chimique » vers le cannabis (dont la dangerosité sanitaire semble moindre), toutefois, la loi ne le permet pas.

Il n'est donc pas possible de passer d'un produit au statut juridique ambigu mais particulièrement délétère pour la santé à un produit juridiquement interdit mais moins nocif.

Les praticiens s'interrogent : Doivent-ils privilégier la loi au détriment de la santé des patients ou privilégier la santé des patients en leur offrant de revenir en arrière, puisqu'il s'agit bien de patients qui étaient avant sous cannabis, en permettant de contrôler leur consommation voire de les sortir de là ? La législation ne devrait-elle pas s'adapter plus rapidement à l'apparition de nouvelles substances ?