

Charte

Pour une autre politique des addictions

CONSTATS

La loi qui fonde l'intervention publique dans le domaine des drogues en France a plus de 40 ans. La politique menée sur cette base dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle est devenue totalement obsolète au regard de l'évolution de la situation actuelle. Dans le monde, en Europe, en France, de plus en plus d'experts, comme l'illustrent les nombreux rapports publiés ces dernières années¹, constatent que la stratégie dite de « guerre à la drogue » a échoué, et en proposent une nouvelle, adaptée à notre XXI^{ème} siècle, centrée sur la prévention des addictions.

1.1. Les enjeux auxquels on doit faire face

Les consommations de produits psychoactifs se sont diversifiées et entraînent pour un large public des dommages importants.

Ces dernières années, la consommation de tabac, qui était sur une tendance à la baisse, semble reprendre pour une partie de la population ; les indicateurs de consommation problématique d'alcool sont orientés à la hausse ; la consommation de cannabis est restée stable à un des plus hauts niveaux européens et celle de la cocaïne a progressé à un rythme très élevé, les écarts entre la France et les pays les plus consommateurs se réduisant. Les frontières entre le licite et l'illicite sont de plus en plus floues, comme l'illustre la diversité des substances utilisées par les consommateurs de produits psychoactifs et l'importance émergente des « nouvelles drogues légales » (que souligne l'observatoire européen des drogues dans son dernier rapport).

Le tabac et l'alcool, deux substances licites largement consommées, causent le plus de dommages à la société, et les problèmes liés à leur usage augmentent. Ils sont responsables chaque année de 100 000 décès.

En ce qui concerne les drogues illicites, l'émergence du SIDA et des maladies infectieuses au cours des années 1980 a souligné la nécessité de mieux prendre en compte la question des dommages liés aux pratiques de consommation. Aujourd'hui, si l'épidémie de sida est contenue grâce aux mesures de réduction des risques, les taux de contamination des hépatites et particulièrement l'hépatite C des usagers de drogue restent d'autant plus inquiétants que l'injection se poursuit et que l'accès aux outils de réduction des risques est inégal, notamment pour les plus jeunes et les plus marginalisés. En milieu carcéral, la situation est particulièrement préoccupante, d'autant que le nombre d'usagers incarcérés n'a cessé d'augmenter.

La mortalité liée aux usages de drogues illicites, de moindre ampleur mais touchant une population plus jeune, dont la croissance avait été cassée dans les années 1990 avec la mise en place des dispositifs de réduction des risques, a repris sa tendance à la hausse, en même temps que la politique française abandonnait cette orientation.

Enfin, au regard de l'évolution de notre société addictogène, se renforce une prise de conscience de la diversité des comportements pouvant conduire à une addiction et la recherche de solutions visant à prévenir ces derniers. Ainsi, l'ouverture du marché des jeux de hasard et d'argent sur Internet nous oblige à une vigilance accrue vis-à-vis du possible développement des problèmes liés à cette pratique ludique. Ce domaine est aussi exemplaire d'un choix stratégique mettant en avant une logique de régulation et non de prohibition.

¹ Global commission on drug policies, Commission des droits de l'homme de l'ONU, OMS, Commission européenne, et en France : CNS, INSERM, FFA

1.2. L'échec global d'une loi inadaptée et plus particulièrement d'une politique actuelle régressive

Nous constatons depuis plusieurs années une évolution inquiétante :

- Une dérive sécuritaire fondée sur l'interdit de certaines drogues et le libéralisme vis-à-vis d'autres (alcool, tabac) en laissant se développer une offre massive.
- Une prévention lacunaire et inefficace : fragmentée, sans continuité, focalisée sur l'information et sur les produits...
- Une obsession autour du cannabis, laissant de côté les enjeux principaux de santé publique que représentent le tabagisme, la croissance des consommations d'alcool à risque et la forte croissance d'utilisation des stimulants dans tous les milieux sociaux.
- Un « arrêt sur image » de la réduction des risques : pas d'évolution et d'ouverture vers de nouveaux dispositifs, aucune réponse aux recommandations de l'expertise collective de l'INSERM sur ce sujet.
- Un retour à la pénalisation effective de l'usage de drogues, fondé sur une loi de 70 obsolète, qui fragilise le dispositif de réduction des risques en rendant son accès plus difficile.
- Une trop grande centralisation bridant toute initiative locale.
- Une instrumentalisation de la recherche et du dispositif d'expertise et d'observation, qui fragilise la possibilité d'établir et de s'appuyer sur un diagnostic partagé de la situation.
- Une gouvernance du dossier « drogues » déficiente avec une MILDT obsédée par une posture idéologique lui faisant perdre le sens de sa mission : créer du lien, rechercher du consensus entre les différents acteurs administratifs et professionnels afin de proposer et d'animer une politique publique en ce domaine.

PROPOSITIONS

1.1. Principes directeurs d'une nouvelle politique sur les drogues et les addictions

L'objectif d'une nouvelle politique devrait être de réguler les usages de toutes les drogues (et des comportements comportant un risque potentiel d'addiction) afin d'en réduire les dommages sur le bien-être de chacun et de tous.

En accord avec les principes directeurs de la stratégie européenne, il s'agit d'une approche équilibrée pour réduire l'offre et la demande de drogues ou des biens et services pouvant induire une addiction. Cette approche doit être basée d'abord sur les principes fondamentaux du droit et des valeurs de l'UE : le respect de la dignité humaine, la liberté, la démocratie, l'égalité, la solidarité, la primauté du droit et des droits de l'homme. Elle doit viser à protéger et à améliorer le bien-être de la société et de l'individu, afin de protéger la santé publique et d'offrir un niveau élevé de sécurité pour le grand public.

1.2. Axes stratégiques d'action

Une nouvelle stratégie sur les addictions devrait s'articuler autour des quatre axes suivants : réduire l'offre, prévenir les usages nocifs, réduire les dommages liés aux usages de drogues et améliorer l'accès et la qualité des soins :

- **La « prévention »** vise à la réduction globale de la consommation de drogues en évitant que les gens ne se mettent à en consommer et/ou qu'ils ne passent du simple usage à l'usage nocif ou à l'addiction. Elle doit devenir l'axe premier d'une autre politique des drogues. Savoir vivre et se protéger dans un monde où drogues et comportements addictifs s'inscrivent dans l'environnement de tous, dès l'enfance, est un enjeu d'abord éducatif. Informer sur les dangers des drogues et fixer des interdictions est nécessaire mais totalement insuffisant. L'éducation préventive passe par des

programmes structurés mais aussi par des stratégies d'intervention précoce et des soutiens aux familles et communautés qui sont toutes confrontées à ces questions.

- **La « réduction des risques et des dommages »** vise à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur les usagers et sur la société en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux, et vise à prendre en charge les dommages liés à ces consommations. Elle s'appuie sur des dispositifs ou actions qui cherchent à atteindre des populations éloignées du dispositif de soins, souvent précarisées, partent de leur demande (matériel rendant la consommation moins dangereuse, conseils, soins somatiques, accès aux droits, survie), s'y adaptent avec un seuil d'exigence adapté et facilitent l'accès aux soins.
- **Le « soin »** vise à sortir d'un usage nocif ou d'une addiction et à améliorer l'intégration sociale et la santé des personnes traitées. Il se décline en réponses ambulatoires ou résidentielles, associant substitution, abstinence ou consommation contrôlée, faisant appel aux acteurs de la ville, aux professionnels des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou des Centres d'Accueil et d'Accompagnement pour la Réduction des Risques des Usagers de Drogue (CAARUD) et aux personnels des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (Elsa) et des services de sevrage.
- **la réduction de l'offre de drogue et la réduction des dommages dus au trafic de drogues** : ces deux objectifs, retenus par le dernier plan drogue de l'Union européenne (2009-2012), doivent être mis en cohérence avec l'objectif plus global de protection de la santé de la nouvelle stratégie souhaitée. Les usagers de drogues doivent relever de la santé publique, tandis que les services de police doivent se consacrer à leur mission : la lutte contre les grandes organisations criminelles d'une part, la sécurité de tous les citoyens d'autre part.

1.3. Gouvernance

Pour mettre en œuvre ces orientations, une nouvelle gouvernance doit prévaloir en :

- organisant une vraie consultation, avec la participation du milieu associatif, des instances représentatives des professionnels et des usagers de drogues à la préparation et la mise en œuvre de la stratégie nationale,
- se fondant sur des données probantes et évaluées et, pour cela, elle donnera une réelle autonomie aux instances d'expertise sur lesquels elle s'appuiera, impliquant les représentants des usagers et les collectivités territoriales, leur laissant un pouvoir d'initiative, notamment en matière d'expérimentation de dispositif de prévention ou de soin.

Pour conduire ce changement, il faut un organe gouvernemental différent ayant une forte légitimité politique.

1.4. Une nécessaire révision de la loi comprenant une dépénalisation de l'usage

Avec 40 ans de recul, on peut maintenant affirmer que la pénalisation de l'usage de stupéfiants n'a pas réussi à enrayer ni leur disponibilité ni leur consommation. Preuve est faite également, au plan européen, que la plus ou moins grande sévérité des sanctions prévues pour un usage/détention de drogue n'a pas d'influence sur le niveau des consommations. La criminalisation des usagers de drogue fait obstacle à la protection de la santé en rendant plus difficile leur accès aux services de prévention et de soins, et accroît leurs prises de risque par la clandestinité. Ainsi, loin de protéger la santé, la répression de l'usage contribue à son aggravation.

La forte augmentation des interpellations pour usage de stupéfiant, la systématisation de la réponse pénale apportée à ces interpellations et l'introduction des peines planchers en cas de récidive, laissent présager une forte progression du nombre d'individus incarcérés pour un usage de stupéfiants, au titre du seul délit de se faire du mal à soi-même. Il est donc urgent de réviser la loi de 1970.

La « **dépénalisation** » de l'**usage des drogues** (supprimer la sanction pénale attachée à un comportement individuel, l'usage, la possession ou la détention pour usage personnel, d'un produit classé comme stupéfiant), n'est pas à confondre avec la « **légalisation** » (donner un statut légal, plus ou moins encadré, à un produit, le rendre légalement accessible).

Dépénaliser « les usages » **ne veut pas dire supprimer l'interdit** sur les « drogues » : cet interdit, comme le niveau requis de régulation, devrait être réexaminé, produit par produit, objet d'addiction par objet d'addiction.

La dépénalisation est compatible avec une volonté de contrôle sur l'offre de drogues, pragmatique, qui prenne en compte le fait que l'interdit ne règle pas tout. Une démonstration magistrale en est faite par la dynamique de diffusion des nouvelles drogues de synthèse jouant sur la difficulté d'établir la frontière entre le licite et l'illicite.

Ce changement de la loi permettra de mettre en place un vrai programme national de prévention.

La question de la légalisation, ou du niveau de contrôle sur l'offre des drogues, est un autre débat, moins évident, à mener également mais à un autre niveau (international) car la marge de décision de la France en ce domaine est restreinte.

Pierre CHAPPARD, Coordinateur du Réseau Français de réduction des risques

Marie-Christine CHARANSONNET, Médecin

Anne COPPEL, Sociologue

Jean-Michel COSTES, Directeur de l'OFDT 1995/2011

Jean-Pierre COUTERON, Fédération Addiction

Alain MOREL, Association OPPELIA

Didier TOUZEAU, Psychiatre, chef de service Groupe Hospitalier Paul Guiraud, rédacteur en chef du Courrier des addictions.

Marc VALLEUR, Psychiatre, Marmottan