



ADDICTIONS : LA LOI A SA PLACE

2ème Journée interassociative de la FFA

Paris, 28 mai 2010

INTRODUCTION

Dr Patrick FOUILLAND, Président de la FFA

C'est avec grand plaisir que j'ouvre la seconde journée inter associative de la vie de notre fédération. Il nous est apparu intéressant de proposer aux associations adhérentes de se retrouver ainsi une fois tous les deux ans, en alternance avec les assises nationales de la FFA. Nous sommes heureux que cette année plus de 100 personnes se soient inscrites, signe de l'intérêt du thème proposé. Au nom de la FFA, je remercie les intervenants qui ont accepté de s'associer à ces journées.

Le thème de la journée est à prendre selon ses deux sens : « la Loi a sa place » (toute sa place) et la « Loi à sa place » (qui n'est pas toute la place). Citoyens nous intégrons la Loi, comme fondateur de l'organisation sociale mais également comme facteur de protection ; la loi sous toutes ses formes, de la loi du Père au Code de la route, en passant par le Décalogue, le Code civil...

Pour nous, comme professionnels, la loi a sa place dans l'exercice de nos métiers. Les conduites d'addiction interfèrent avec les comportements sociaux et dans la mesure où elles mettent en jeu la question des limites et sollicitent les systèmes de réglementation et de protection.

Mais la loi doit rester à sa place ! Protéger individus et société, oui bien sûr, mais quand à ce titre la loi entend agir sur les comportements individuels sans effets négatifs sur les autres, et qu'à ce titre, elle sanctionne, punit, exclue, elle n'est pas à sa place. Si le respect de la loi s'impose à tous, il est néanmoins légitime de s'interroger sur ses limites, ses errances.

De par leur nature humaine, les lois sont imparfaites, ambivalentes ; elles sont le produit d'une époque, elles reflètent l'idéologie dominante de leur temps. Mais elles ont un autre effet, elles structurent des dispositifs, des organisations sociales.

L'anniversaire des 40 ans de la loi de 1970 est l'occasion de nous interroger ensemble. La question de la dangerosité est régulièrement invoquée alors même que ce ne sont pas les produits les plus dangereux qui sont visés par les interdictions, la répression.

Depuis 40 ans, l'addictologie apporte la démonstration que ce n'est pas le produit qui fait la dangerosité mais ce qui se passe dans l'interaction personnalité, produit et environnement.

La question des risques a, elle aussi, considérablement évolué pendant le même laps de temps avec l'irruption du principe de précaution !

Pour autant personne n'envisage de société sans loi, sans interdit, mais nous nous interrogeons sur la « valeur » éducative de la loi et les contradictions qui s'y attachent, notamment en termes de prévention des comportements d'addiction.

Enfin, nous réfléchissons ensemble sur les fondements du droit à intervenir au regard des travaux conduits au sein de la FFA au cours de ses dix années d'existence, pour déboucher peut-être sur des éléments susceptibles de refonder l'intervention de la loi en matière d'addiction.

SESSION 1 : COMMENT DEFINIR LA DANGEROUSITE DES SUBSTANCES ET DES COMPORTEMENTS ?

Modératrice : Dr Anne BORGNE, RESPADD

POUR UNE APPROCHE BÉNÉFICES/RISQUES DES SUBSTANCES LICITES ET ILLICITES Effets positifs et négatifs au plan sanitaire et au plan social
--

Pr Michel REYNAUD, Dr Catherine BOURGAIN

Au cours des séances de conseil d'administration de la FFA, des personnalités d'origine très diverse expriment leur opinion, et l'on peut penser qu'elles reflètent la diversité de celles de la population. Si nous experts, nous arrivions à nous mettre d'accord sur une méthode, une manière d'aborder la question de l'abus de produits psychoactifs, notre position aurait un poids certain auprès des pouvoirs publics. Il n'existe pas à l'heure actuelle de données claires et précises sur les rapports entre consommation et législation.

Si, dans les années 90, l'alcoolisme et la toxicomanie avaient une étiquette de fléaux sociaux, la notion d'addiction a permis de faire évoluer les représentations et d'introduire des nuances dans la notion d'usage.

Nos autorités de tutelle considéraient hier que l'addiction était un concept peu opératoire et qu'il valait mieux centrer son intérêt sur chaque produit ; l'objectif était de lutter contre les toxicomanies, de "faire la guerre à la drogue".

Nous pouvons aujourd'hui avoir une approche plus nuancée, vraisemblablement plus opératoire, s'appuyant sur des données scientifiques validées.

En nous inspirant du travail réalisé en 2007 selon la méthode Delphi par Nutt, président du conseil scientifique de l'équivalent britannique de la Mildt, nous proposons aux experts, addictologues dans un premier temps, un questionnaire d'évaluation des bénéfices et des risques associés à la consommation de différents produits addictifs, en faisant appel à leur perception des effets individuels et des effets sociétaux de ces produits.

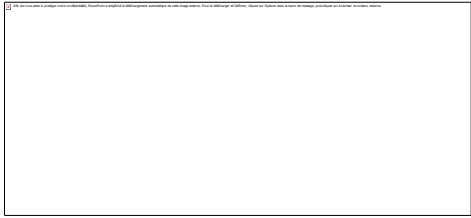
POUR UNE APPROCHE BÉNÉFICES/RISQUES DES SUBSTANCES LICITES ET ILLICITES

**Effets positifs et négatifs
au plan sanitaire et au plan social**

Professeur Michel REYNAUD
Chef du Département de Psychiatrie et d'Addictologie
CERTA L'ALBATROS
Hôpital Universitaire Paul Brousse – Villejuif
Bruno FALISSARD et Catherine BOURGAIN
INSERM U669

Effets de la législation sur la consommation des SPA et la prévention des dommages

- Législations peu cohérentes, sans rapports clairs avec les dommages
- Débats aujourd'hui dominés par l'idéologie et/ou l'économie
- Les données scientifiques devraient faciliter les débats



Sénat du Canada
(sept. 2002)

Les niveaux de consommations de drogues illicites ne sont que très partiellement reliées à la rigueur de la législation.

Degenhardt L. PLOS-2008

Pour une politique de régulation de la consommation de substances psycho-actives basée sur des données scientifiques

Champs scientifiques concernés

épidémiologie	biologie	médecine
anthropologie	psychologie	sociologie
juridique	économie	

Pourquoi consomme-t-on des s.p.a. ? Perspective évolutionniste

- Procurent du plaisir
- Procurent des états émotionnels positifs
- Bénéfices dans certains contextes
 - stimulants
 - réduction :
 - de la fatigue
 - du stress
 - de la douleur
 - de la souffrance
 - des symptômes négatifs des troubles psychiques

Drug use and addiction : evolutionary Perspective
Durrant R.
Aust. N.Z.J. Psychiatry 2009

Missions et légitimité

Du thérapeute	De l'Etat
• traiter les dommages • apaiser les souffrances • réduire les risques • accompagner l'expérience	• maintenir l'équilibre social • protéger les plus vulnérables • réduire les risques • réguler les plaisirs

→ Conflits entre Santé Publique et intérêts économiques
 → Balance entre plaisirs et risques

Comment évaluer les risques ?

- Publications internationales
- Rapports de synthèse français
 - Rapport Roques 1999, rapport Reynaud-Parquet-Lagrue 1999
 - Rapport INSERM
 - Alcool : effets sur la santé 2003
 - Alcool : dommages sociaux 2003
 - Cannabis : 2002
 - Rapport HAS
 - Cocaïne 2010
 - Tabac
 - Opiacés
 - Rapports parlementaires (juger et soigner 2009)
- Conférences de consensus

→ Données disponibles, fiables et concordantes
 → Évolution progressive, affinement sans révolution

Evaluer les risques par une démarche quantitative

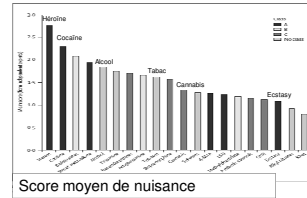
D. Nutt et al. Lancet – 2007

- Évaluation par addictologues et experts scientifiques
- Mesures des dommages physiques, dépendance, dommages sociétaux

Morgan et al. 2010

- Evaluation par des usagers
- Critères additionnels : bénéfices aigus et chroniques

Evaluer les risques par une démarche quantitative



→ Très forte corrélation entre addictologues et experts scientifiques

→ Bonne corrélation avec appréciations des usagers (Morgan, 2010)

Mais

- Même importance donnée à tous les types d'effets
- Mesure des effets sociétaux très limitée

Nouvelle enquête auprès des experts de la FFA

Comparer la dangerosité de 9 « produits addictifs »



Nouvelle enquête auprès des experts de la FFA

Comparer la dangerosité de 9 « produits addictifs »

- Envisager la dangerosité sous l'angle des **risques et des bénéfices**
- Distinguer des **effets individuels et sociétaux**
- Evaluer globalement pour chaque produit une **balance risques / bénéfices** pour les effets individuels et une balance risques / bénéfices pour les effets sociétaux

Effets individuels

Effets négatifs

- Dommages sanitaires aigus
- Dommages sanitaires chroniques
- Dépendance

Effets positifs

- Bénéfices hédoniques
- Bénéfices identitaires
- Bénéfices auto-thérapeutiques

Effets sociétaux

Effets négatifs

- Coûts sanitaires et sociaux
- Coûts légaux
- Conséquences sociales des troubles de comportement

Effets positifs

- Bénéfices économiques
- Bénéfices sociaux
- Bénéfices culturels

Effets individuels négatifs (risques individuels)

- **Dommages sanitaires aigus : les effets immédiats**
 - Dépression respiratoire, troubles cardio-vasculaires, overdose, comas éthyliques, accidents de la voie publique, troubles aigus du comportement, violence, troubles psychotiques aigus...
- **Dommages sanitaires chroniques**
 - Cancers, troubles cardio-vasculaires, pathologies respiratoires, cirrhoses, troubles psychotiques chroniques, troubles cognitifs chroniques, états démentiels, hépatites, HIV...
- **Dépendance**
 - Dépendance physique, dépendance psychique, perte de contrôle, craving, besoins compulsifs...

Effets individuels positifs (Bénéfices individuels)

- Hédoniques :
 - intensité du plaisir obtenu
 - importance des sensations
- Identitaires :
 - potentiel de socialisation lié à la valeur collective et culturelle de leur usage
- Auto-thérapeutiques :
 - soulagement de tensions, de souffrance interne
 - éventuels effets positifs sur la santé

Effets sociétaux négatifs (risques sociétaux)

- **Coûts sanitaires et sociaux**
 - coûts sanitaires directs
 - coûts sanitaires indirects (incapacité, arrêt de travail)
 - coûts liés à la prise en charge sociale et à l'invalidité
 - **Coûts légaux**
 - liés à la violence et aux comportements antisociaux
 - liés à la lutte contre le trafic et l'économie souterraine, frais de douane, de police, de justice, incarcération
 - **Conséquences sociales des troubles du comportement**
 - Dommages accidentels ou provoqués (violence familiale ou sociale)
 - Conséquences sur le fonctionnement familial
- Proportionnels à la fréquence de consommation et à la dangerosité des produits

Effets sociétaux positifs (bénéfices sociétaux)

- Economiques (économie licite)
 - production, vente, distribution, commercialisation, promotion, consommation du produit
- Sociaux :
 - importance du produit pour les équilibres sociaux
- Culturels :
 - place dans les différentes cultures
 - valeur festive, conviviale
 - inscription dans les rituels sociaux

Ces bénéfices pour la société s'évaluent en tenant compte du pourcentage des consommateurs

Protocole proposé

Envoi d'une liste bibliographique à jour à tous les participants

Double questionnaire à **remplir sur place** par tous les participants

Analyse suivie d'une étude qualitative pour étudier les éventuelles divergences

Le questionnaire

Deux parties totalement indépendantes

Questionnaire d'évaluation de la dangerosité associée
à la consommation de différents produits addictifs.

Partie I. Effets individuels

→ A remplir en priorité

Questionnaire d'évaluation de la dangerosité associée
à la consommation de différents produits addictifs.

Partie II. Effets sociétaux

Le questionnaire

Données individuelles vous concernant

Âge :

Sexe : ☐ F ☐ M

Profession :

Quels sont les produits dont vous êtes spécialiste ?

☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Cannabis ☐ Cocaine ☐ drogues de synthèse ☐ Héroïne ☐ Ecstasy

☐ Amphétamines ☐ Jeux d'argent

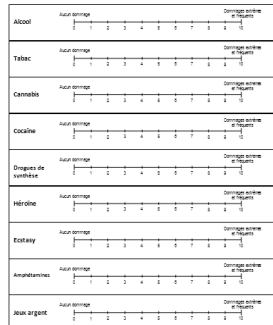
☐ Aucun

→ Levée d'anonymat uniquement pour ceux
qui souhaitent un retour sur les analyses

Une page par type d'effet

Effets individuels négatifs - Dommages sanitaires aigus

On pensera à tous les effets immédiats, par exemple : dépression respiratoire, troubles cardiovasculaires, overdose, comas éthyliques, accidents de la voie publique, troubles aigus du comportement, violence, troubles psychotiques aigus...

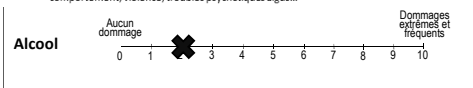


Evaluation pour les 9 produits

Echelle visuelle graduée de 0 à 10

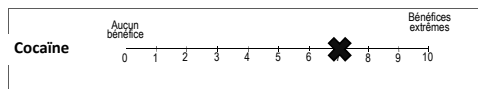
Effets individuels négatifs - Dommages sanitaires aigus

On pensera à tous les effets immédiats, par exemple : dépression respiratoire, troubles cardiovasculaires, overdose, comas éthyliques, accidents de la voie publique, troubles aigus du comportement, violence, troubles psychotiques aigus...



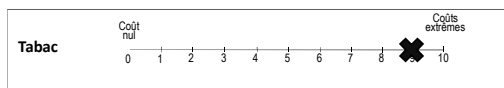
Effets individuels positifs - Bénéfices hédoniques

Il s'agit d'évaluer l'intensité du plaisir obtenu et l'importance des sensations intenses ou inhabituelles.



Effets sociétaux négatifs - Coûts sanitaires et sociaux

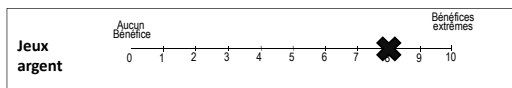
Ils comprennent par exemple : les coûts sanitaires directs liés à la prise en charge et à l'hospitalisation, les coûts sanitaires indirects liés à l'incapacité et aux arrêts de travail et les coûts liés à la prise en charge sociale et à l'invalidité. Les coûts sanitaires et sociaux sont associés à la fréquence de consommation et à la dangerosité des produits.



Effets sociétaux positifs - Bénéfices économiques

NB : Ces bénéfices pour la société s'évaluent en tenant compte du pourcentage des consommateurs

Il s'agit d'évaluer l'importance économique (dans l'économie licite) que représentent la production, la vente, la distribution, la commercialisation, la promotion et la consommation du produit.



Balance bénéfices / risques

Evaluation globale des effets négatifs et positifs de chaque produit

- Pondérer l'importance relative des différents types d'effets
- Mesure **subjective** qui **mobilise vos compétences d'experts**

Méthode

- Mettre l'évaluateur dans une **situation fictive**
- Quantifier sa **balance** bénéfices / risques avec une unité « **temps de vie** » ou « **somme d'argent** »

Balance bénéfices / risques Part 1. Effets individuels

- Décider si vous préférez vivre avec ou sans une **consommation régulière du produit**

☒ Il est préférable de vivre **EN** consommant de l'ALCOOL

☐ Il est préférable de vivre **SANS** consommer d'ALCOOL

Balance bénéfices / risques

Part 1. Effets individuels

1. Décider si vous préférez vivre avec ou sans une **consommation régulière du produit**
2. Evaluer le nombre d'années de vie que vous êtes prêts à donner pour vivre dans cette situation favorable

☒ Il est préférable de vivre **EN** consommant de l'ALCOOL

Il ne vous reste plus que 20 ans à vivre.

→ Choix entre vivre ces 20 ans **sans pouvoir consommer d'alcool** ou **renoncer à quelques années de vie, pour vivre une vie plus courte en pouvant consommer de l'alcool.**

Vous préférez maintenant plutôt que 20 ans sans pouvoir consommer d'alcool

Je préfère vivre 18 ans en pouvant consommer de l'alcool plutôt que 20 ans sans pouvoir en consommer

Vous n'êtes pas prêt à renoncer à quelques années de vie pour pouvoir consommer de l'alcool



☐ Il est préférable de vivre **SANS** consommer d'ALCOOL

☒ Il est préférable de vivre **SANS** consommer d'HEROINE

Il ne vous reste plus que 20 ans à vivre.

→ Choix entre vivre ces 20 ans **en devant consommer de l'héroïne** ou **renoncer à quelques années de vie, pour vivre une vie plus courte sans devoir consommer d'héroïne.**



Balance bénéfices / risques

Part 2. Effets sociétaux

1. Décider s'il vous semble préférable de vivre dans une société où le produit est consommé
2. On vous donne 1 million d'euros. Combien êtes-vous prêt à donner pour vivre dans cette situation favorable ?

☒ Il est préférable de vivre **DANS UNE SOCIÉTÉ OÙ L'ON CONSOMME DE L'ALCOOL**

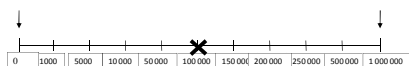
On vous donne un million d'euros et vous devez vivre dans une société sans alcool.

Quelle somme êtes-vous prêt à donner pour vivre dans une société où l'alcool est consommé ?

Je suis prêt à donner 100 000 euros pour vivre dans une société où l'alcool est consommé

Vous n'êtes pas prêt à donner un euro pour vivre dans une société où l'on consomme de l'alcool

Vous êtes prêt à donner le million d'euros pour vivre dans une société où l'alcool est consommé



☒ Il est préférable de vivre **DANS UNE SOCIÉTÉ OÙ L'ON NE CONSOMME PAS D'HEROINE**

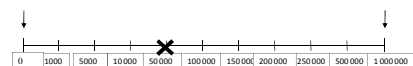
On vous donne un million d'euros et vous devez vivre dans une société où l'héroïne est consommée.

Quelle somme êtes-vous prêt à donner pour vivre dans une société où l'héroïne n'est pas consommée ?

Je suis prêt à donner 50 000 euros pour vivre dans une société où l'héroïne n'est PAS consommée

Vous n'êtes pas prêt à donner un euro pour vivre dans une société où l'on ne consomme PAS d'héroïne

Vous êtes prêt à donner le million d'euros pour vivre dans une société où ne consomme PAS d'héroïne



Les étapes de la démarche

- 
- + Etape I : Evaluation par experts en addictologie
 - + Etape II : Evaluation effets sociétaux par experts
adhoc (sociologues, politistes,
économistes, juristes...)
 - + Etape III : Evaluation par échantillon
représentatif da la population générale

Conclusion

Evaluation quantitative

- Complexité des paramètres et des enjeux
➔ nombreux écueils
- Outil important pour peser dans le débat public

Démarche exploratoire

- Votre participation est importante
- Commentaires et critiques bienvenus...
- Merci de votre participation

PRESENTATION COMPAREE DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES SELON LE PRODUIT ET LE PAYS

M. Yann BISIOU

Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles, Vice-président du Conseil d'administration
Université Paul Valéry – Montpellier III

Si les 40 ans de la loi de 70 sont fêtés cette année, les 10 ans du nouveau Code de la santé publique constituent un anniversaire tout aussi important.

Si l'usage des stupéfiants est toujours interdit, la nouvelle formulation utilisée "lutter contre les nuisances publiques" représente sans doute un progrès.

La comparaison des systèmes juridiques européens met en évidence des points de convergence, mais aussi un certain nombre d'incohérences qui méritent réflexion : tant par exemple sur la définition des divers types d'usage, la nature des infractions, que sur la réponse pénale apportée.

Le système français est l'un des plus répressifs d'Europe.

L'insuffisance de l'action sociale, de l'accompagnement des usagers, notamment ceux en état de précarité constitue plus que jamais un enjeu majeur.

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann. Bisiou
Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles
Vice-président du Conseil d'administration
Université Paul Valéry – Montpellier III

Introduction

Anniversaire des 10 ans de l'abrogation de loi du 31 décembre 1970 (22 juin 2000) par l'ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000

Article L.628 C. sant. publ. ancien: « Seront punis d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 25.000 F. ou de l'une de ses deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants ».

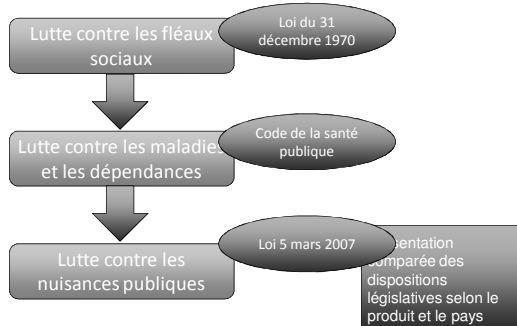
Article L.3421-1 C. sant. publ. nouveau : « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 25.000 F. d'amende ».

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul Valéry – Montpellier III

Introduction

L'abrogation formelle de la loi du 31 décembre 1970 traduisait un changement de problématique dans la législation française



Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul Valéry – Montpellier III

Plan

1. La comparaison des systèmes juridiques européens

- 1.1. Les axes de convergence
- 1.2. Les points de divergence

2. L'évolution des politiques publiques de lutte contre les stupéfiants

- 2.1. Un impact limité sur l'offre et la demande
- 2.2. Un impact certain sur le statut des usagers et des soignants

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul Valéry – Montpellier III

1. Comparaison

1.1. Les axes de convergence

- Une législation d'initiative internationale
- Un cadre européen
- Une forte cohérence dans la lutte contre le trafic, les précurseurs et le blanchiment
- L'insuffisance de l'action sociale

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul Valéry – Montpellier III

1.1. Axes de convergence

Une législation d'initiative internationale

Une histoire ancienne...

Convention entre la France et l'Angleterre sur l'opium en Indes, 31 août 1787.

Conférence internationale de Shanghai sur l'opium 1909

L'action de l'Organisation des Nations-Unies

Convention unique sur les stupéfiants de 30 mars 1961

Convention sur les psychotropes de 1971

Convention de Vienne sur le trafic illicite du 20 décembre 1988

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul Valéry – Montpellier III

1.1. Axes de convergence

Un droit européen

Le Conseil de l'Europe

Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, art. 5.1. e) – 4 nov. 1950

L'Union Européenne

Traité de Maastricht sur l'Union Européenne

Droit dérivé européen

Plan d'action « drogue » (2009-2012)

Décision cadre 2004/757/JAI du conseil du 25 octobre 2004 relative au renforcement de la répression contre le trafic

Processus d'élargissement

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

1.1. Axes de convergence

Une forte cohérence dans la lutte contre le trafic, les précurseurs et le blanchiment

Répression sévère du trafic et de son contexte (précurseurs, blanchiment)

ex.: prison à vie en Angleterre, en Roumanie ou en France, 20 ans d'emprisonnement en Espagne, 16 ans aux Pays-Bas, 15 ans en Lituanie, 12 ans au Portugal, 10 ans en Suède ou en Slovaquie, 8 ans en Pologne.

Peines « plancher »

Saisie des avoirs provenant du trafic ou appartenant à des trafiquants

En matière d'usage

Répression de la possession, mais stratégies alternatives de diversion en cas d'usage simple

Généralisation du dépistage

Convergence des politiques de réduction des risques

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

1.1. Axes de convergence

L'insuffisance de l'action sociale

« Malgré l'importance largement reconnue de la réintégration sociale, peu de choses sont encore en place sur ce point, et les consommateurs de stupéfiants se heurtent toujours à des difficultés considérables lorsqu'il s'agit de trouver un emploi et un logement décent et d'envisager un mode de vie nouveau. »

OEDT, rapport 2009, p. 12

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

1.2. Points de divergence

1.2. Les points de divergence

L'absence de définition commune de la notion de stupéfiants

Un traitement très varié de l'usage de stupéfiants

Un écart considérable entre la réglementation et son application

L'absence de politique commune de réduction des risques

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

1.2. Points de divergence

L'absence de définition commune de la notion de stupéfiants

Pas de liste homogène

Référence directe aux classements internationaux (Espagne), ou ajouts spécifiques (Norvège, France, Allemagne)

Classement en fonction de la dangerosité (Roumanie, Portugal, Angleterre)

Le cannabis est classé dans un groupe différent de l'héroïne en Angleterre, dans le même groupe au Portugal

La nature du produit intervient pour déterminer la gravité de l'infraction dans certains pays et pas dans d'autres

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

1.2. Points de divergence

Un traitement très varié de l'usage de stupéfiants

Pas d'infraction (Portugal, dans une moindre mesure Allemagne)

Infraction autonome: usage (France), usage en public (Espagne), possession pour usage (Suède)

Infraction générale de possession (Allemagne, Pologne, Slovaquie)

élément intentionnel : volonté de revente

élément matériel : quantités détenues (Lituanie, Slovaquie, Suède)

Des seuils d'usage très variables: « 10g. » (Suède), « une dose », « dose correspondant à une consommation personnelle »

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

1.2. Points de divergence

Un écart considérable entre la réglementation et son application

Possibilités de classement sans suite ou de procédures alternatives à la sanction pénale

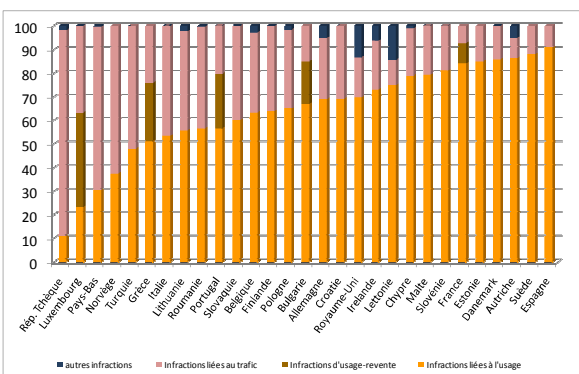
Absence de poursuites (Pays-Bas, Allemagne)

La diversité des approches rend très difficile la comparaison des politiques répressives en Europe

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

Nature des infractions à la législation sur les stupéfiants



Source : OEDT – Bulletin statistique 2009 – figure DLO-g02

1.2. Points de divergence

L'absence de politique commune de réduction des risques

« Drugs consumption rooms » en Allemagne et aux Pays-Bas

Traitements assistés à l'héroïne aux Pays-Bas

Accès au seringues stériles en prison

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

Politiques Publiques

2. L'évolution des politiques publiques de lutte contre les stupéfiants

2.1. Un impact limité sur l'offre et la demande

2.2. Un impact certain sur le statut des usagers et des soignants

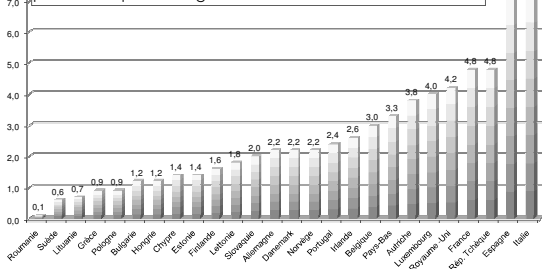
Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

Prévalence de l'usage de cannabis dans le dernier mois – ensemble des adultes

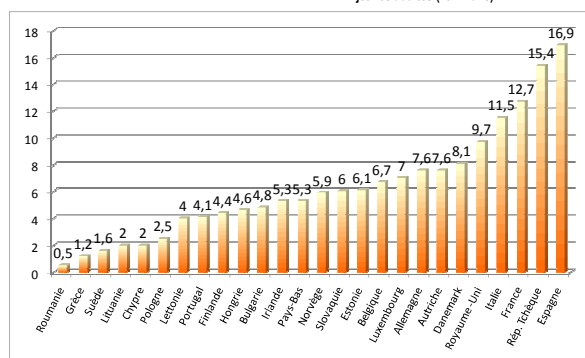
Un impact limité sur l'offre et la demande

Il n'y a pas de corrélation entre les politiques publiques et les problématiques d'usage



Source : OEDT – Bulletin statistique 2009 – figure GPS-7

Prévalence de l'usage de cannabis dans le dernier mois – jeunes adultes (15-24 ans)



Source : OEDT – Bulletin statistique 2009 – figure GPS-7

Impact sur l'offre

Un échec global dans la lutte contre la drogue

29% d'augmentation des infractions à la législation sur les stupéfiants en Europe entre 2002 et 2007

12 millions d'européens ont consommé du cannabis dans le dernier mois, 1,5 million ont consommé de la cocaïne, 1 million de l'Ecstasy

Une réussite certaine pour les politiques de réduction des risques

Effet positif indiscutable des programmes de substitution et de réduction des risques sur la diminution des décès liés à l'usage de drogues

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

Impact sur l'utilisateur

2.2. Un impact certain sur le statut des usagers et des soignants

On condamne peu les usagers, mais on les arrête souvent

Segmentation de la notion d'utilisateur considéré comme un délinquant de droit commun

Usage simple

usage au volant

usage personnel d'une entreprise de transport

usage par une personne participant à une mission de service public

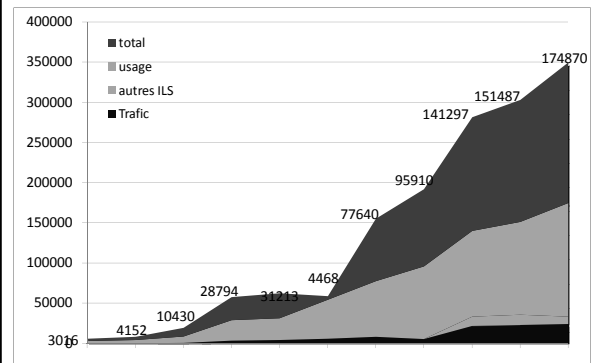
Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

Peines applicables aux usagers en France

	Emprisonnement	Amende	Injonction thérapeutique
Usage simple Art. L.3421-1 al. 1 C. sant. Pub.	1 an	3.750 €	oui
Usage au volant Art. L. 235-1, 1 C. route	2 à 10 ans	4.500 € à 150.000 €	non
Usage par dépositaire de l'autorité publique Art. L.3421-1, al.2 C. sant. Pub.	5 ans	75.000 €	non
Usage par personnel d'entreprise de transport Art. L.3421-1, al.2 C. sant. Pub.	5 ans	75.000 €	non
Usage « trafic » art. 222-34 C. pénal	10 ans	150.000 €	non

Évolution des infractions à la législation sur les stupéfiants



Risque des soignants

2.2. Un risque pour les soignants

Prohibition de certaines actions de réduction des risques

Problème de la qualification de provocation à l'usage

« Certains pays ont adopté une législation afin de résoudre les éventuels conflits entre les programmes d'échange de seringues et les dispositions juridiques visant à pénaliser la « facilitation » ou « l'incitation » à la consommation de drogues. En Belgique et en Allemagne, cette question a été traitée par une clause de la loi qui exempte spécifiquement certains programmes de toute inculpation bien que le nombre de seringues distribuées puisse être limité. »

OEDT, Rapport 2009, p.25

Présentation comparée des dispositions législatives selon le produit et le pays

Yann.bisiou@univ-montp3.fr
Université Paul-Valéry – Montpellier III

Merci!

Yann. Bisiou
Maître de conférences en droit privé et sciences criminelles
Vice-président du Conseil d'administration
Université Paul Valéry – Montpellier III

Session 1 : Comment définir la dangerosité des substances et des comportements ?

DISCUSSION

- A propos des questionnaires d'évaluation de la dangerosité associée à la consommation de produits addictifs

F. Perez, Paris : Il est dommage que le questionnaire d'évaluation comporte une catégorie drogues de synthèse avec notamment les amphétamines

M. Reynaud, Villejuif : Il était difficile de multiplier plus les items.

A. Ribaute, Hôpital Nord de Marseille : S'agissant du classement des jeux dans les produits addictogènes, J.P. Tassin considère que le jeu ne peut être addictogène qu'en cas d'autre addiction concomitante ou de comorbidité psychiatrique.

M. Reynaud, Villejuif : Etre addict au jeu suppose une vulnérabilité forte, généralement d'ordre génétique. Les stimulants naturels n'ont pas la puissance des stimulants exogènes. Les conséquences des addictions comportementales sont les mêmes que pour les autres addictions.

S. Dally, Paris : S'agissant du jeu, le mécanisme est encore plus compliqué. On connaît des produits qui déclenchent à eux seuls des addictions (antiparkinsoniens).

A. Herszkowicz, DGS : la vision présentée des fonctions de l'Etat est trop sommaire.

M. Reynaud, Villejuif : Le but n'était pas d'opposer thérapeute et Etat, mais de présenter deux logiques différentes.

A. Rigaud, Reims : Il convient de remplir les questionnaires de manière subjective. Cependant, faut-il répondre en termes de potentiel ou de réalité ? Doit-on comprendre qu'il s'agit d'une consommation régulière ?

M. Reynaud, Villejuif : La consommation est entendue comme régulière. L'intérêt individuel hédonique est plus compliqué à apprécier. Le questionnaire sur les effets sociétaux est plus subjective.

N. Ballon, Tours : Le questionnaire sera-t-il proposé aux usagers ?

M. Reynaud, Villejuif : Après ce premier test auprès des experts addictologues, les questionnaires seront soumis à des économistes, des sociologues, avant de pouvoir être diffusé à plus large échelle, ce qui supposera alors de trouver le financement correspondant. Il serait bien que les questionnaires soient retournés dans la semaine, afin que les résultats de leur exploitation puissent vous être envoyées dans le mois à venir.

- Les dispositions législatives selon le produit et le pays

K. Illel, CSAPA de la prison de la Santé : L'augmentation de 30% observée en Europe pour les infractions à la législation sur les stupéfiants en quelques années est-elle représentative de la circulation et de la consommation de drogues ?

Y. Bisiou, Montpellier : Il est difficile de le dire. Il est certain qu'il n'y a pas eu de réduction de phénomène. On constate également une surpénalisation des consommations à minima.

A. Ribaute, Hôpital Nord de Marseille : En France, l'accompagnement de l'usage n'est pas institué contrairement à des pays comme la Suisse avec Quai 9.

Un de mes patients chauffeur de poids lourd n'a pu stopper son véhicule après s'être fait couper la route par un conducteur alcoolisé. Il a été condamné à deux ans de prison avec sursis pour usage de cannabis.

Y. Bisiou, Montpellier : Et un de mes étudiants est décédé dans un accident de la voie publique provoqué par un chauffard très alcoolisé. Il avait consommé du cannabis. On a indiqué à ses parents qu'il était responsable du dommage.

J. Danet, Nantes : En cour d'appel, les décisions de justice ne font pratiquement jamais référence à la notion d'addiction. Les consommateurs sont beaucoup moins souvent condamnés qu'ils sont arrêtés. Cependant, à défaut de condamnation, ils sont sanctionnés avec des mesures qui ressemblent à des peines, inscrites au casier judiciaire. La notion d'infraction d'usage sans risque pour autrui serait à approfondir.

S. Dally, Paris : On observe des dérives dans la détection de l'usage du cannabis. La réglementation s'adressait au dépistage d'usages très récents. Or les tests permettent de dépister un usage remontant à plusieurs jours. D'autre part, les laboratoires ont des méthodes de détection (sang ou urines) et d'interprétation des résultats très variables.

J.P. Coueron, Mantes-la-Jolie : La logique de segmentation de l'usage ne laisse plus d'espace pour la réflexion, la possibilité de resituer le contexte de vie.

A. Morel, Paris : Si l'on a un regard historique sur la loi de 70, on constate des contenus implicites dans le volet sanitaire : l'injonction thérapeutique, la cure de désintoxication au centre de la vision des soins à prodiguer, la vision binaire malade ou abstinent sont complètement caduques. On se trouve devant la désignation d'une norme de comportement. Cette vision du soin a complètement explosé grâce à l'expérience de la réduction des risques lors de l'arrivée du Sida, qui a démontré l'inadéquation de la loi par rapport à la réalité (échanges de seringues).

Y. Bisiou, Montpellier : En fait d'accompagnement social, la condamnation pour trafic donne lieu à plus de 180 interdictions d'activité professionnelle au sens large (fonctionnaire, commerçant ...) et plus de 30 pour le simple usage.

A. Herszkowicz, DGS : La réduction des risques est inscrite dans la loi de 2004 : "l'Etat est responsable de la réduction des risques". Il doit organiser la distribution des différents matériels. Il existe une contradiction entre l'Etat, répressif, et qui doit aussi veiller à la santé publique. Il conviendrait sans doute de traiter les choses de façon un peu plus équilibrée.

A. Benyamina, Villejuif : Il existe un hiatus entre interpellés et condamnés en France, en matière de cannabis.

Y. Bisiou, Montpellier : La police ne constitue pas un corps homogène (gendarmerie, brigade des stupés ...) Le risque pénal diffère également selon le lieu où survient l'infraction.

SESSION 2 : QUELLE ATTITUDE ADOPTER FACE AU RISQUE ?

Modérateur : **Dr Didier PLAYOUST**, SFA

L'INDIVIDU ET LES POPULATIONS FACE AU RISQUE

Pr Sylvain DALLY, Hôpital Fernand Widal

Addictions – la loi à sa place

L'individu et les populations face au risque

Par un passionné de toxicologie réglementaire

Sylvain DALLY
Hôpital Fernand Widal

Les addictions doivent-elles être traitées hors des murs de la cité ?

Si oui
question marginale et réponses de marginaux pour des marginaux.

Sinon
application du droit commun - Pas de régime dérogatoire : toutes les personnes sont égales devant la loi.

La réglementation des produits peut être motivée par deux ordres de considérations

Éthiques :

utiliser un produit est répréhensible pour des raisons morales et son usage doit être interdit.

Toxicologiques :

utiliser un produit est dangereux et son usage doit être contrôlé.

Problème :

la toxicité des produits (ou l'absence de toxicité) est volontiers mise en avant par les moralistes.

Les considérations éthiques sont souvent prédominantes dans les attendus du Législateur

Quelques exemples :

Le dopage :

ce n'est pas nécessairement la toxicité du produit qui motive son interdiction mais la tricherie qui résulte de son usage.

Les pesticides :

accusés de souiller l'environnement. L'accent est mis sur leur rémanence plus que sur leur toxicité.

Les produits psycho-actifs :

accusés de nuire au libre arbitre, d'aliéner l'être humain etc...

Conflit de pouvoir ?

Si les considérations scientifiques l'emportent, le pouvoir appartient aux experts ; ce qui est difficilement acceptable pour beaucoup.

Mais

Des conflits peuvent également opposer politiques, juges, associations...

A noter que dans la politique de réduction des risques, les considérations techniques se sont substituées aux considérations idéologiques.

Quelques principes de toxicologie réglementaire qui peuvent s'appliquer aux « drogues » comme à tous les produits.

Danger (hazard des anglo-saxons) v.s. risque

Le danger est lié au produit

Le risque est lié à la personne

Risque = danger x exposition

La réglementation des produits toxiques est justifiée par le danger et non par le risque

Un produit très dangereux peut être associé à un risque faible

Ex : hexafluorure d'uranium

Un produit peu dangereux peut être associé à un risque élevé

Ex : alcool éthylique

Nécessité de hiérarchiser les dangers
Sont particulièrement mis en cause :

- 1/ Les produits ayant des effets neurotoxiques et particulièrement ceux qui affectent les fonctions cognitives ou les comportements.
- 2/ Les « CMR » : produits cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques.
NB : L'éthanol est à la fois cancérogène et reprotoxique

Les effets cancérogènes remettent en cause l'évaluation du danger et modifient radicalement notre attitude.
- 3/ Les effets irréversibles.
Ex : effets neurologiques de l'ecstasy vs ceux du cannabis.

Tout ce qui n'est pas interdit est autorisé :
produits industriels

Tout ce qui n'est pas autorisé est interdit
Additifs alimentaires
Pesticides
Médicaments
C'est à dire tout ce qui est ingéré ou injecté.

A noter que la réglementation des stupéfiants se fait via la réglementation des médicaments (Conventions de Vienne).

Situation ambiguë. Exclusion du tabac et de l'alcool qui ne sont pas des médicaments.

L'interdiction d'un produit en soi n'a pas de sens

Peuvent être interdits

- la détention
- la vente
- la culture, la cueillette (champignons hallucinogènes)

Mais il n'est pas possible d'empêcher un produit d'exister.

Il n'existe pas de produits illicites mais des usages illicites de produits

ex : la vente d'alcool à un mineur est un délit
Par contre l'usage thérapeutique des opiacés est licite de même que celui du cannabis (seulement en ATU).

Dans le cas des stupéfiants et des psychotropes, des conventions internationales réglementent le commerce.

Légiférer (ou ne pas légiférer) sur l'usage de produits toxiques peut entraîner des suites judiciaires
ex : amiante, sang contaminé, hormone de croissance....

Ceci comporte des conséquences :

L'ascenseur réglementaire n'est pas descenseur

Le principe de précaution.

Du danger au risque

On sait réglementer le danger. Consensus européen et sans doute un jour, mondial

Réglementer le risque est bien plus difficile

Risque = exposition x danger

ou encore

Risque = comportement (individu, environnement) x produit

Comment réglementer les expositions ?
 les comportements ?

Que proposer ?

Réduire le risque par une série de mesures ponctuelles

Mais

Le Législateur est lui même à risque d'une accusation de laxisme

Ou bien

Invoquer le principe de précaution (liberticide ?).

Le rôle de la loi face aux évolutions sociétales
PRINCIPE DE PRECAUTION VERSUS REDUCTION DES RISQUES
Quelles attitudes adopter face au risque d'addiction ?
Quelques exemples dans les grands groupes

Dr Dominique FOLLIOT, conseiller des directions EDF, médecin coordonnateur GDF SUEZ

I - Des différents principes et de leur application en entreprise :

Le principe de prévention est marqué par la connaissance des risques avérés. Il est relatif à la maîtrise des risques par leur gestion, gestion des risques santé sécurité et si nécessaire risques environnementaux.

Avant 95 les textes législatifs relèvent du principe de prévention et sont relatifs à la responsabilité pour les pouvoirs publics et pour l'employeur d'assurer la santé et la sécurité en matière de santé publique pour l'un et au travail pour l'autre (directive européenne de 1989)

De 1995 à 2002 la législation et la jurisprudence introduisent et font évoluer la notion de faute inexcusable (loi du 10 juillet 2000) et l'obligation de résultat (depuis notamment la catastrophe de l'amiante avec l'arrêt en Cassation du 11 avril 2002).

Le principe de précaution : Ce principe introduit en 1995 et inscrit dans la constitution en février 2005 est relatif aux risques potentiels. Il doit aboutir aux mesures qui doivent être prises en cas d'incertitude scientifique sur les conséquences des risques pour l'environnement et, depuis la jurisprudence, des conséquences pour la santé.

Il nécessite de définir des critères d'évaluation du risque et des dommages qui peuvent en résulter en reprenant pour l'essentiel la logique des démarches utilisées pour la gestion des risques (qu'ils soient avérés ou potentiels marqués ou non par l'incertitude) en impliquant par priorité la correction à la source. Ceci consiste pour le sujet présent (les addictions), à garantir la non consommation avant par exemple la prise du volant en terme de santé publique ou la prise de poste en particulier sensible en entreprise et à supprimer le produit sur les lieux du travail.

Ceci peut être apparenté dans une logique ingénieur au principe du zéro défaut ;

Les questions soulevées par le principe de précaution portent donc sur l'acceptabilité du risque par la population et par les employeurs, et l'extension du principe de précaution au domaine de la santé

L'acceptabilité du risque en entreprise : Lorsque les « process » de ces entreprises sont vitaux pour la nation comme ceux nécessaires pour produire de l'énergie, l'acceptabilité des risques est fonction des postes occupés mais aussi des sites concernés où travaillent les salariés.

Au regard des dommages humains (salariés quel que soit leur statut, riverains à proximité d'installation industrielle, population), des responsabilités de l'employeur vis à vis de la santé, de la sécurité et de la sûreté, de l'atteinte à l'image pour l'ensemble du groupe, des dégâts pour l'environnement auxquels il faut ajouter les coûts économiques afférents, l'évaluation des risques peut coter ces risques comme inacceptables en regard de risques mal maîtrisés.

La question de l'extension du domaine du principe de précaution au domaine de la santé nous semble aller de soi en entreprise et plutôt porter sur « ce principe permet-il d'avancer un pas de plus dans la réduction des risques » ?

En l'état, **la démarche pragmatique du principe de prévention** impliquant l'obligation d'évaluer les risques dont les risques psychosociaux (RPS), semble *en première analyse* de peu de différence avec la démarche principe de précaution.

En lui même le principe de prévention nous semble ne pas avoir atteint son degré de maturité que ce soit d'une part dans le domaine de la santé publique avec :

l'établissement de plans gouvernementaux de santé incluant une approche et une implication pluridisciplinaire dans le domaine des risques psychosociaux dans ses causes et ses effets.

Il s'agit là d'un domaine extrêmement complexe sur lequel nous ne nous focaliserons pas n'étant pas issu du domaine récent de l'école de santé publique.

Ou d'autre part en entreprise avec :

l'établissement de plans de prévention issus de démarches globales de gestion des risques, incluant une démarche collective de prévention vis à vis des addictions à impact possible sur la sécurité et la santé des personnes au travail, impliquant des actions ayant démontré leur efficacité tout en respectant les attendus de la directive européenne de 1989 sur la santé sécurité et la législation française.

Toutefois il existe des exemples de démarches que nous pourrions qualifier d' exemplaires (au sens de bonnes pratiques) dans des grands groupes, impliquant l'ensemble des acteurs santé dont les médecins du travail, les représentants du personnel et les représentant des directions.

Nous citerons à la fin de cet article des exemples de démarches sur site nucléaire ou unité de production hydraulique .

En deuxième analyse et dans la logique du principe de précaution l'évaluation du risque va s'effacer au profit de l'acceptabilité du risque. Acceptabilité sociétale s'il s'agit des domaines extérieurs à l'entreprise, acceptabilité des acteurs santé sécurité en entreprise s'il s'agit du domaine de responsabilité de l'entreprise.

Le risque devient présumé avec plus ou moins d'inconnues et devient extrêmement difficile voire impossible à gérer car les textes réglementaires se rapportant à des risques spécifiques comme le risque du à l'électricité, le risque travaux en hauteur, le risque travaux exposant aux rayonnements ionisants, le risque produits chimique dangereux, le risque cariste, grutier... se sont empilés dans une logique de prévention s'adressant à des dangers visant à la maîtrise des risques et non à la logique du risque inacceptable qui s'adresse à des personnes via leur poste occupé.

Par contre les possibilités de contrôles tels que définis par la réglementation sont renvoyés à une évaluation des risques et à une identification de certaines fonctions (postes dangereux, postes de sécurité, poste travailleur isolé...) dans un formalisme très contraignant.

Nous observons alors un décalage qui se creuse entre le Public, le monde de l'entreprise et le législateur et à une véritable injonction paradoxale entre d'une part l'aspiration publique à diminuer des champs de contraintes réglementaires et d'autre part à exiger l'obligation de résultat en matière de santé sécurité en entreprise.

Enfin, sur la durée des mesures envisagées, c'est un truisme en entreprise de rappeler le caractère permanent des mesures de sécurité, dès lors la question porte sur les ajustements nécessaires en fonction des évolutions : fusions, acquisitions, gestions de nouveaux process, nouvelles organisations de travail, mais aussi nouvelles exigences sociales et réglementaires.

Que ce soit l'approche par le principe de précaution ou le principe de prévention peu différentes en entreprise vis à vis de dangers avérés ici l'alcool ou le cannabis, mais de risques difficiles à cerner en ce qui concerne les personnes impliquées, la loi aide t'elle à la réduction des risques dus aux produits addictifs ? Aide t'elle l'employeur à exercer sa responsabilité en réduisant des risques pour lesquels il rencontre les difficultés maximales car ils relèvent essentiellement de l'humain ?

Pour tenter de répondre à cette question il est utile de rappeler les points d'entrée qui restent actuels en entreprise vis à vis de cette problématique :

II - Des points d'entrée de la problématique addiction en Entreprise dans l'application du principe de prévention pour la réduction des risques

Les obligations de l'employeur véritable « casse tête » social

- Assurer la santé sécurité de ses salariés avec obligation de résultat
 - Assurer sa part de responsabilité en matière de sous traitants, d'environnement, de tiers...
 - Employer des personnes très diverses en proportions parfois codifiée sans faire de discrimination, en assurant dans le temps l'employabilité,
 - Ne pas porter atteinte à la vie privée tout en maîtrisant les risques psychosociaux et en assurant une qualité de vie au travail
 - Evaluer les risques **professionnels** de façon itérative et pluridisciplinaires (1989)
les RPS faisant partie de ces risques à identifier en tant qu'atteinte possible à la santé mentale d'origine professionnelle.
 - Elaborer un document unique (2001)
 - Etablir un plan de prévention définissant les actions prioritaires
 - Informer et former tous les salariés à des degrés divers des risques auxquels ils peuvent être confrontés
- Notons que l'approche en tant que telle des addictions relève d'une logique différente lorsqu'il s'agit de substances illicites comme le cannabis contrairement à l'alcool ou au tabac substances licites faisant l'objet de réglementations particulières notamment dans le code du travail .
- La réponse de l'employeur face à son obligation de résultat santé sécurité va donc porter non plus sur l'identification du danger, présent ou absent, mais sur l'identification des personnes à risques et, dans une logique de précaution, à faire porter les contrôles sur toutes les personnes travaillant sur site sensible considérant que chaque personne est importante.
- Dans une logique de prévention elle portera sur l'identification des postes considérant que toutes les personnes n'ont pas les mêmes risques.

En France, l'employeur doit en outre

- **S'assurer du suivi médical de chaque salarié** par un médecin spécialisé : un médecin du travail exerçant soit dans un service de santé au travail inter entreprise soit dans un service autonome intégré à l'entreprise.
- Dans cet article les exemples médicaux que nous citons relèvent uniquement de services de santé au travail autonomes c'est à dire immergés dans des grands groupes assurant un suivi médical de proximité.

Les obligations du médecin du travail :

Elles sont encadrées par le code de déontologie et le code du travail.

- Informer l'ensemble des acteurs santé, employeur, représentants du personnel et ensemble des salariés concernés des risques pour la santé des dangers pour la santé auxquels ils sont confrontés.
- Conseiller ces mêmes acteurs sur les mesures d'hygiène et de prévention.
- Alerter le décideur

Est il besoin de rappeler que toutes ces actions sont couvertes par le respect absolu du *secret médical* .

Pour ce faire, il réalise des actions

dans le *champ collectif* au moyen du *tiers temps* (participation au CHSCT, enquêtes, groupes de travail, visites de chantiers, des locaux...) et

dans le *champ individuel* par l'ensemble des *visites médicales obligatoires pour chaque salarié* (ce qui est une spécificité notamment française) et les certificats qui en découlent : *aptitude*, *inaptitude* (temporaire ou définitive) *demandes d'aménagement de postes*, ...

Rend compte au contrôle social, au CE pour l'organisation, le fonctionnement et les résultats de la prévention médicale.
Au CHSCT pour sa contribution au plan de prévention.

L'obligation des salariés se résume à :

-respecter le règlement intérieur

-respecter les procédures

-porter les équipements de protection individuels (EPI)

-d'assurer selon ses possibilités sa sécurité et celles de ses collègues et personnes concernées par ses actes ou missions de travail conformément à sa fonction et instructions données par son employeur

III - De l'évaluation des risques et de l'apport de la législation

Le dispositif législatif peut-il aider directement (loi spécifique visant les dangers ou les personnes via les dispositions de la médecine du travail comme celle de 1970) ou indirectement (loi à portée sociale) *à la réduction des risques en entreprise?*

L'obligation récente d'évaluer les risques psychosociaux et d'obligation de résultat en matière de santé permettent de se ré-interroger à partir de ce type de démarche.

Le synoptique suivant visualise les items sur lesquels doivent pouvoir porter les leviers d'actions.

Le signe **multiplié par** indique que la certitude de maîtriser l'un des paramètres supprime le risque accidentogène. L'expérience montrant qu'il s'agit là d'une utopie la réponse ne peut être que multifactorielle sachant que la résultante reviendra au maillon le plus faible. Il en découle la nécessité d'une approche globale et si possible intégrée de la prévention.

DANGER = Substance reconnue scientifiquement dangereuse pour la
Alcool santé, la sécurité, la sûreté ...
Cannabis

x

Probabilité de rencontre avec une PERSONNE occupant un POSTE de Travail

x

Conditions d'influences externes
familiale
sociétale
professionnelle

x

Caractéristique de la personne
âge
vulnérabilité

x

CARACTERISTIQUES DU POSTE

dangereux
de sécurité
Isolé
de nuit
fortes exigences de vigilance

Concernant la maîtrise des dangers :

En ce qui concerne le danger des produits, le cannabis aussi ancien que l'alcool est pointé dans le diagramme du rapport Roques comme plus addictif que l'alcool et les anxiolytiques (mais beaucoup moins source de dépendance), plus toxique pour l'organisme que l'héroïne et modifiant plus le comportement que le tabac et l'alcool.

Il existe par contre une incertitude importante notamment pour le cannabis sur les risques réels engendrés par l'inadéquation personne-poste de travail du fait de la grande labilité de ce danger et d'études assez peu nombreuses en milieu de travail concernant en particulier

- l'état des lieux sur le nombre de personnes concernées pour une entreprise donnée.
- l'impact réel sur les performances, les atteintes à la vigilance et par conséquent le taux de fréquence et de gravité lié à ces causes.

Ceci tient aux difficultés sociales et à la complexité pour mener à bien scientifiquement de telles études. Il faut y ajouter, ce qui se comprend aisément, le peu de motivation pour les acteurs quels qu'ils soient en entreprises à communiquer sur de telles études à l'extérieur. L'établissement d'un état des lieux expose au risque de ciblage à priori de catégories de personnes au détriment de la notion d'exemplarité et à l'obligation de non-discrimination. Un état des lieux exhaustif se révèle impossible du fait de l'interdiction de procéder à des contrôles systématiques porteurs en soi de conflits sociaux.

Surtout, il expose à la perte de confiance des salariés vis à vis des systèmes internes mis en place pour diminuer le risque tels que :

Au niveau médical : les modifications d'aptitude, les retraits partiels des astreintes, la prise en charge thérapeutique en cas d'urgence, réalisée dans le respect absolu du secret médical.

Au niveau des acteurs sociaux non médicaux : groupes de confiance, démarches presque accident, signalement de personnes en difficulté de la part du RH, de la hiérarchie...

Enfin, concernant l'impact sur les performances il n'est pas éthique de mettre les salariés en situation de « cobaye » vis à vis d'un danger avéré. Pour mémoire nous connaissons par ailleurs l'inadéquation de la loi concernant les valeurs limites d'alcoolémie pour la conduite automobile des personnes authentiquement dépendants capables « d'encaisser » des doses sans rapport avec celles des consommateurs occasionnels.

La loi de 70 est ainsi présumée protectrice en classant le cannabis dans les substances illicites. C'est la prohibition adaptée à l'exigence première de la directive européenne : la suppression du danger à la source y compris dans sa possible rencontre en milieu privé précédant la conduite de véhicule et ou la prise de poste.

Elle est censé aider l'employeur directement. Ce dernier est confronté dans ce domaine non pas à l'obligation de maîtriser un danger inhérent à l'activité intrinsèque au process de l'entreprise mais un danger provenant uniquement de l'extérieur et non professionnel.

De surcroît, le droit interdit toute immixtion autoritaire de l'employeur dans la *vie privée*.

Dans ce domaine, l'entreprise dispose de deux moyens couverts par le droit :

Du règlement intérieur et des contrôles

Le *règlement intérieur* permet d'appliquer le premier principe de gestion cité ci-dessus à savoir la suppression du danger à la source.

Pour l'alcool et plus récemment pour le tabac, il s'agit d'une substance faisant l'objet de réglementations figurant dans le code du travail.

Plus précisément il est permis de détenir de l'alcool à titre personnel mais il peut être interdit par le règlement intérieur d'introduire sur les lieux du travail. Des fouilles peuvent être pratiquées dans le cadre de contrôles mais ceux-ci doivent répondre à des critères précis bordés par le code du travail et la jurisprudence.

A titre d'exemple c'est ce qui a été fait pour l'ensemble des sites sensibles d'un grand groupe de production d'énergie par la publication d'une note à valeur de règlement intérieur stipulant que l'introduction d'alcool ou sa consommation est interdite sur le site pour tout travailleur quelque soit son statut (salarié du site ou prestataire).

Cette interdiction s'étend à la restauration sous contrat hors site sensible.

L'allusion ci-dessus aux démarches globales de prévention précise d'emblée que cette note est loin de résumer à elle seule le dispositif de prévention vis à vis de cette addiction.

Pour le tabac il est également permis d'en détenir mais de plus il est permis d'en introduire. En revanche fumer sur les lieux de travail est à présent réglementé dans le code du travail. En Entreprise il est aisé de préciser les interdictions de fumer ce produit classé cancérogène, dans le règlement intérieur pour protéger les collègues exposés au risque de tabagisme passif.

Concernant le cannabis, son classement en substance illicite permet d'éviter l'amalgame avec le tabac, ce qui facilite la tâche de l'employeur pour l'application du premier principe de prévention de la Directive Européenne à savoir la suppression de l'agent nocif avant, pendant, après la situation de travail. Une simple reprise du texte de loi dans le règlement intérieur rappelant l'interdiction de détenir et donc d'introduire un tel produit sur les lieux de travail serait théoriquement suffisant si le produit n'était pas devenu omniprésent. Par ailleurs de ce classement du cannabis dans les substances de détention interdite par la loi de 70 découle l'absence de référence dans le code du travail. Dépénaliser le cannabis reviendrait à permettre son introduction et, en l'absence de référence dans le code du travail (seuils) rendrait les contrôles inopérants devant la difficulté de pouvoir quantifier le risque lorsqu'il s'agit de consommation personnelle à distance de la prise de poste mais rendant positive la détection dans les urines durant plusieurs jours.

Concernant les personnes

L'existence du dispositif de médecine du travail tout particulièrement en structure de service de santé au travail autonome permet de **gérer de façon humaine le problème**.

en précisant d'emblée qu'il ne saurait être question là aussi de résumer la réponse au risque addictif par la seule et unique médicalisation du problème.

Lors de la visite d'embauchage le médecin du travail a toute latitude de prescrire les examens complémentaires qu'il juge nécessaires pour prononcer l'aptitude dans le plus strict respect du secret médical, d'une personne à occuper un poste de travail déterminé par l'employeur.

Il ne s'agit pas d'une sélection mais de la vérification de l'absence de contre indication médicale à la tenue d'un poste dont l'étude a dû être réalisée par le médecin du travail, que les caractéristiques de ce poste aient été ou non

déterminées par l'employeur. Le certificat du médecin du travail ne comporte aucune justification et précise à présent lorsqu'il s'agit de personne DATR la date de la dernière étude de poste réalisée par le médecin du travail(R4454-1).

Nous avons précédemment cité l'intérêt des visites spontanées dans les situations où le salarié n'est pas en état de prendre son poste.

Les visites, à la demande de l'employeur ou du hiérarchique de premier niveau ou du Chargé des Ressources Humaines, sont tout à fait légitimes à partir du moment où elles sont basées sur la notion de faire part de ses craintes vis à vis d'un salarié et de s'assurer de la permanence de l'adéquation de la personne et du poste de travail qu'elle occupe. Elles deviennent illégitimes s'il s'agit de gérer l'emploi par l'aptitude.

Aussi l'employeur ne peut recourir de façon systématique à de telles visites (comme il serait illégitime de procéder à des dépistages systématiques de recherche de drogues par les médecin du travail comme il est précisé dans la circulaire du Ministère du travail).

Le médecin du travail a toute latitude de répondre ou non à l'employeur en fonction de son appréciation sur l'aptitude à l'instant T, tout en respectant le secret professionnel, en effet les certificats ne sont jamais motivés.

Le salarié est apte, inapte temporaire ou définitif après deux visites à 15 jours d'intervalle et une nouvelle étude de poste, ou fait l'objet de demande d'aménagement de poste non motivée.

Concernant les contrôles réalisés par l'employeur:

Ils sont possibles à partir du moment où ils sont indiqués dans le règlement intérieur, mais doivent répondre à des exigences précises résultant de l'évaluation des risques : soit rencontre avec une personne manifestement pas en état de prendre son poste ou soit parce qu'il s'agit de personnes occupant des postes à risque ou à haute exigence de sécurité et qu'une situation à risque est identifiée sur le moment. Ils sont encadrés d'un formalisme contraignant et prive dans une certaine mesure de marges de manœuvre.

Quoi qu'il en soit, en matière d'alcool, l'existence d'éthylomètres et de seuil délictuel en matière de conduite automobile pour mise en danger d'autrui facilite quelque peu la gestion des situations qualifiables d'urgence : le seuil d'équivalence de 0,5 g/l de sang a été retenu dans l'exemple cité pour les sites de production. Nous insisterons sur trois points.

Il existe deux contreparties « de fait » à cette interdiction figurant dans le règlement intérieur et aux contrôles à priori.

- ***Nulle sanction n'est prise à l'encontre d'une personne qui se déclare ne pas être en état de prendre son poste*** et que celle-ci est dirigée ou se rend d'elle-même spontanément auprès du médecin du travail (ce qui est facilement possible sur site disposant d'un service de médecine du travail intégré (vision pratique) pour ne pas dire autonome (terme réglementaire) et ce, quelle qu'en soit la raison.

La question est alors traitée par le médecin du travail dans le respect absolu du secret professionnel. Cette alternative nous semble cohérente avec les objectifs de la loi de 70 sur les drogues illicites qui vise d'une part à réprimer sévèrement le trafic, à poser le principe de l'interdiction d'usage tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression (en entreprise, à la sanction disciplinaire).

Est-il besoin de préciser la gratuité des consultations en médecine du travail et la garantie du secret professionnel, obligation déontologique de tout médecin qu'il soit traitant ou médecin du travail et pour ce dernier, inscrite dans tous les contrats des médecins des grands groupes cités dans le titre de cet article.

- **L'encouragement à l'autocontrôle** par mise à disposition d'éthylomètres sur les lieux de travail. Au cours des décennies les matériels et méthodes ont évolués avec l'évolution des techniques.

Le troisième point d'attention relève de l'importance de définir très clairement les rôles de chacun dans les règlements intérieurs, qui est impliqué dans les contrôles autrement dit les droits et devoirs des acteurs santé.

Une mesure d'alcoolémie faite par un RH, un hiérarchique, un employeur est un contrôle dans le cadre du règlement intérieur et expose le salarié à des sanctions.

Une mesure faite par le médecin du travail est un examen médical soumis au secret professionnel mais pouvant déboucher sur une modification de l'aptitude sans qu'il y ait la moindre justification cette modification pouvant tout autant relever d'une nuit blanche, ou de prise de médicament influant sur la vigilance.

Concernant les postes de travail :

Il s'agit d'un point clé dans l'état actuel de la réglementation des évolutions des grands groupes et des organisations du travail, en effet :

Les addictions à l'origine de modifications du comportement ne posent pas problème à l'entreprise à partir du moment où il s'agit de comportement dans la sphère privée n'entraînant pas de répercussion sur le travail, en particulier sur la conduite de véhicule ou la tenue de postes de travail à exigences particulières, nécessitant la pleine possession de ses moyens intellectuels, physiques et de vie en équipe de travail.

Inversement, laisser une personne dans un poste dit dangereux ou de sécurité, ou de façon plus générale tout poste comportant des situations accidentogènes pose un problème de responsabilité.

La difficulté dans ce domaine provient du sens juridique donné au poste à risque duquel découle des contraintes notamment en matière de sous traitance.

Aussi, les solutions souvent adoptées sont de considérer *chaque personne comme ayant un rôle important et de s'appuyer sur d'une part les règlements intérieurs et d'autre part sur une approche globale des risques et de la prévention*, la médecine du travail étant l'un des dispositifs incontournable de cette prévention.

Il semble que dans ce domaine ne plus associer poste à risque et contraintes réglementaires avec un empilement de textes mais d'harmoniser sur l'obligation de l'évaluation des risques et de l'exercice de la responsabilité par celle-ci, permettrait peut être de faire progresser la prévention.

Ceci permettrait également de ne plus « charger » à priori des catégories de personnes.

Par ailleurs, l'empilement de textes peut créer de la confusion entre poste de sécurité et poste à risque (exemple loi sur la transparence et la sûreté nucléaire, loi Seveso...), et poste dangereux. Il rend difficile la distinction des personnels que l'on souhaite protéger ou surveiller.

Concernant l'approche globale de la gestion et de la réduction des risques :

En fonction des situations locales et de la maturité du dialogue social , sans préjudice de l'application des attendus réglementaires, nous pouvons citer des exemples de démarches intégrées pour ne pas dire exemplaires sur sites sensibles :

Les points clés que nous retenons sont :

En contre point de règlements intérieurs qui sont très fermes des démarches inscrites dans la durée avec l'engagement personnel du directeur de site et

- la déclinaison locale d'une politique de santé groupe

- la création de groupes de confiance pour résoudre les cas difficiles que ceux ci relèvent de problèmes professionnels , de stress, de harcèlement et ou d'addiction

- les actions dans le domaine des risques psychosociaux

- des démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail dont la mise en place d'un numéro vert

- une charte pour les acheteurs et des recommandations aux directions ainsi qu'un guide et des fiches actions pour l'amélioration des conditions de travail des prestataires qui sont invités en milieu nucléaire à des CHSCT.

Toutes ces actions font l'objet de cahiers des charges précis discutés notamment avec les représentants du personnel, les experts médicaux, les médecins du travail

Elles conjuguent à la fois l'évaluation des risques en pluridisciplinarité intégrant de facto le médecin du travail, incluant l'évaluation des risques psychosociaux et celui des addictions ainsi que leurs conséquences possibles, le dialogue social avec l'établissement d'accord cadre portant notamment sur les RPS, le dialogue avec les prestataires en CCHSCT avec des moyens mis à dispositions des achats et des décideurs (charte, guide de bonnes pratiques pour l'amélioration des conditions de travail...), la création de groupe de confiance, la mise en place d'un numéro vert faisant l'objet d'un cahier des charges très précis et ciblé sur la qualité de vie au travail pour les personnes en difficulté, et de salle de remise en forme venue en dernier point pour « couronner » un dispositif qui s'efforce d'être pérenne. Ce n'est plus un hasard si ces sites obtiennent les meilleurs résultats tant en matière de performance que de résultats sécurité.

IV - En conclusion

De ce bref exposé d'une problématique très complexe nous retiendrons que l'arme pénale à sa place mais que l'arme pénale seule en entreprise serait un contre sens en matière de résultat vis à vis de la préservation de la santé mentale , physique et sociétale.

Modifier seulement la partie législation pénale sans contre partie c'est à dire sans amélioration de la cohérence des apports constitutionnels (principe de précaution) et surtout législatifs , dont les réglementations sur les différents risques spécifiques, risque de bousculer un fragile équilibre entre l'aide des textes apportée aux employeurs -décideurs pour la maîtrise des risques et l'aide aux autres acteurs de santé chacun dans leur domaine(tout particulièrement le médecin du travail)

Il convient aussi d'attirer l'attention sur tout ce qui peut freiner l'atteinte de la maturité en matière de démarches globales de prévention basées sur l'évaluation itérative des risques et de porter atteinte à l'employabilité dans les meilleures conditions.

Session 2 : Quelle attitude adopter face au risque ?

DISCUSSION

D. Playoust, Tourcoing : Autour des questions de risque, les représentations évoluent avec l'augmentation de la durée de vie, qui crée une nouvelle donne.

Les conséquences de l'exposition des ouvriers à l'amiante ou des militaires au danger nucléaire ont mis en avant la question de la responsabilité.

A l'inverse, la généralisation des règlements intérieurs et procédures diverses créent un climat de déresponsabilisation. Comment prendre en compte que le risque ne survient pas sur un terrain neutre ?

S. Dally, Paris : On ne connaît pas le jugement qui sera porté dans 30 ans sur les décisions prises aujourd'hui.

L'exemple en est le concepteur du Concorde, qui s'est vu reprocher l'éclatement d'un pneu 25 ans plus tard.

D. Folliot, Paris : L'évaluation du risque part du danger encouru, puis de la personne mais en fonction du poste qu'elle occupe (exemple : prohibition de tout risque dans le secteur nucléaire).

En contrepartie, toute personne occupant un poste donné peut déclarer ne pas être en état de prendre son poste, sans en donner la raison à l'employeur : il sera déclaré inapte provisoire par le médecin du travail.

La reconnaissance d'une maladie comme professionnelle fait intervenir une grille d'évaluation précise, où le contexte est prééminent : une leucémie survenant chez l'employé d'une centrale nucléaire sera automatiquement reconnue comme maladie professionnelle, même si en pratique le sujet n'a jamais été exposé à des radiations.

S. Dally, Paris : La reconnaissance de l'alcoolisme en tant que maladie professionnelle est à nouveau en discussion, dans le cadre de l'indemnisation des problèmes de souffrance au travail.

D. Folliot, Paris : Il en va de même du suicide.

J.Y. Bénard, La Membrolle : En matière de jurisprudence, y a-t-il un lien reconnu entre suicide, stress et addiction ?

D. Folliot, Paris : Il convient de prêter attention aux suicides en entreprise. Néanmoins, dans les grands groupes, il s'avère que le taux de suicides est constant, et ce quelles que soient les mesures prises. C'est aussi le cas pour France Télécom. En revanche, le nombre de dépressifs est en augmentation.

S. Dally, Paris : Le suicide est reconnu en tant qu'accident de travail, mais pas s'il survient au domicile. Il vaudrait mieux par conséquent se focaliser sur la souffrance au travail.

S'agissant du lien éventuel entre suicide et addiction, on ne retrouve que peu de liens entre les problèmes traités dans la consultation de maladies professionnelles et dans la consultation d'addictologie de mon hôpital. On pourrait considérer qu'une conduite addictive en milieu de travail est une manière de se protéger contre la souffrance et le suicide.

D. Playoust, Tourcoing : Tout dépend de l'attente de la personne par rapport à la substance. A cet égard, il convient de bien distinguer le plaisir hédonique de la suppression d'une souffrance. A l'arrêt du produit, on retrouve l'état de base, qui n'est pas du tout le même dans les deux cas.

A. Ribaute, Marseille : En quoi un addictologue est-il habilité, autorisé, voire tenu de répondre à une demande d'avis d'un médecin du travail concernant une décision d'aptitude au travail ?

D. Folliot, Paris : L'addictologue a le rôle d'expert, mais le médecin du travail reste responsable de la décision prise. Il revient au médecin du travail de prendre tous les avis nécessaires préalables.

P. Fouilland, Le Havre : Que devient le secret médical dans ce contexte ?

D. Folliot, Paris : Tout médecin est soumis au secret. En aucune manière ce que fait le médecin ne doit être susceptible de nuire à la personne. L'addictologue peut remettre les conclusions au salarié et l'informer de ses conséquences.

D. Playoust, Tourcoing : Cela ne suffit pas pour autant. Le patient ne peut faire lever le secret médical.
J. Yguel, Avesnes-sur-Helpe : L'expert occupe une position à mi-chemin entre le pénal et le soin.
S. Dally, Paris : Le médecin-expert et le médecin traitant doivent être distincts. Ce n'est pas toujours le cas dans les CSAPA.

M. Reynaud, Villejuif : Deux dimensions du risque sont essentielles à considérer.

La séparation claire entre risque sanitaire aigu, risque sanitaire chronique, et addiction d'une part ; le tabou de la comparaison des effets du cannabis et de l'alcool d'autre part.

S. Dally, Paris : Les deux produits peuvent être comparés sur le plan de leur dangerosité. Du fait des risques au volant, l'alcool est de très loin en tête sur le plan de la santé publique. Le risque de l'alcool tient à son effet très désinhibiteur, ce qui n'est pas le cas du cannabis (qui diminue la vigilance). En la matière, la cocaïne est à rapprocher de l'alcool.

D. Folliot, Paris : Lorsqu'un patient demande s'il doit informer le médecin du travail qu'il est sous traitement de substitution aux opiacés, il convient de le renvoyer à la relation de confiance qui doit exister entre le salarié et le médecin qui le suit. C'est l'addictologue qui précisera au médecin du travail l'effet d'une dose donnée.

S. Dally, Paris : En sachant qu'il s'agit plus d'une question de pharmacocinétique que de dose. Les études sur la vigilance des patients substitués ne montrent pas de conséquences importantes sur la conduite automobile, entre autres.

SESSION 3 : LA LOI A-T-ELLE UNE FONCTION EDUCATIVE EN MATIERE DE GESTION DES RISQUES ?

Modératrice : Dr Béatrice STAMBUL, AFR

Comme présidente de l'AFR, association qui milite pour la dépénalisation de l'usage de toutes les drogues, je considère la loi de 70 comme scélérate et liberticide.

Elle a fait la preuve de son échec : le nombre de consommateurs a explosé, il y a un rajeunissement des usagers, une criminalisation, le nombre de drogues s'est multiplié.

L'AFR milite pour une éducation à la santé.

Comme psychiatre, je sais que la loi structure le Surmoi. Les usagers ont des difficultés avec la notion de limite. Mais la répression peut-elle améliorer leur fonctionnement ? Si la loi doit punir, elle doit aussi protéger.

La loi doit offrir un cadre suffisant, mais sans trop de répression qui favorise la clandestinité et l'augmentation des risques.

LES DIFFERENTES FONCTIONS DE LA LOI

Dr Alain Rigaud, Reims

Ce texte sera ajouté prochainement

PRATIQUES ADDICTIVES ET SANTE PUBLIQUE

Place et objectifs de l'approche législative

Dr François BOURDILLON

Président de la Société française de santé publique, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

En reprenant le détail du Plan gouvernemental 2008-2011, il est étonnant d'observer qu'il comporte pas moins de huit rubriques à caractère franchement répressif, et seulement deux rubriques censées illustrées le volet prévention. Si ce n'est que leur contenu ne répond pas à ce que l'on peut attendre de réelles mesures de prévention. Au nom de la Société française de santé publique, je revendique une véritable promotion de la santé.



Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
Département de biostatistiques, de santé
publique et d'information médicales



Pratiques addictives et santé publique place et objectifs de l'approche législative

Fédération Française d'Addictologie

Mai 2010

François Bourdillon
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Pratiques addictives et santé publique

- Le champ des pratiques addictives est vaste :
 - tabac,
 - alcool,
 - autres substances psychoactives,
 - nutrition,
 - Jeux, ...
- Les pratiques addictives sont intimement liées à la notion de risque
- Ces risques sont connus et le plus souvent quantifiés

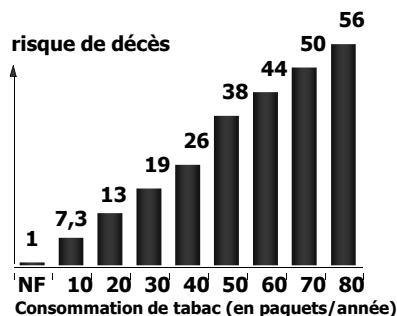
Les risques

- Il faut distinguer les risques individuels et les risques collectifs
- Les représentations du risque varient d'un individu à l'autre et d'une époque à l'autre
- L'incertitude est diversement appréciée
 - Vache folle, onde électromagnétique

3

Consommation de tabac et risque de décès

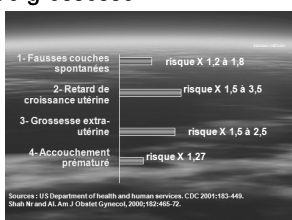
Si le risque
de mourir
d'un cancer
bronchique
est de 1
chez un non-
fumeur,
le risque peut
être
multiplié par
56 chez un
gros fumeur.



D'après Doll R, Peto R. Br Med J. 1976 Dec 25;2(6051):1525-36.

Risques collectifs et individuels

- Tabac :
 - Tabagisme actif = 60 000 morts / an
 - Tabagisme passif = 3000 morts par an
 - Risque grossesse



Sources : US Department of health and human services, CDC 2001:163-449.
Shuh W and Al. Am J Obstet Gynecol, 2000;182:465-72.

5

Risques collectifs et individuels

- Alcool
 - Risque individuel
 - Augmentation générale de la mortalité
 - Des dizaines de milliers de décès directement liés à l'alcool (cancers, cirrhoses, ...)
 - Risque collectif
 - Accidents de la voie publique (dans 31% des accidents mortels on retrouve une alcoolémie illégale - 1998)
 - Accident du travail (liés dans 10 à 20% à alcool)
 - Absentéisme, violence, maltraitance, suicides, délinquance ...
 - Alcoolisation fœtale (1000 cas / an) : retard psychomoteur, dysmorphie, ...

6

Trois lois encadrent les politiques publiques

- La Loi de 1970 – toxicomanie
- La Loi EVIN 1991
- La Loi de santé publique 2004

Que disent-elles ?

7

1. La Loi de 1970 - toxicomanie

- Réprime le trafic
- Interdiction de l'usage et alternative thérapeutique à la sanction pénale
 - Injonction thérapeutique
- Gratuité des soins
- Elle semble inamovible (presque 40 ans)

8

2. La Loi Evin (1991)

- **Tabac**
 - Interdit toute publicité
 - Message sanitaire sur les paquets de cig.
 - Interdiction de fumer dans les lieux collectifs
 - 15 ans avant d'être appliqué (2008)
 - Associations : partie civile
 - Prix du tabac sorti du calcul de l'indice des prix

9

• Alcool

- Encadrement de la publicité (zone de production)
- Message sanitaire sur les publicités
- Associations : partie civile
- Trois amendements
 - 1994 : affichage n'est plus limité aux zones de production
 - 1998 : amendement buvette
 - 2005 autorisation des références
 - Aux appellations d'origine
 - Relatives à la couleur et aux caractéristiques olfactives et gustatives
 - 2008 : le débat sur internet

10

3. La Loi de santé publique (2004)

- Elle fixe des objectifs
 - **Tabac**
 - Abaisser la prévalence du tabagisme de 33 à 25%
 - Réduire le tabagisme passif
 - **Alcool**
 - Diminuer la consommation annuelle d'alcool de 20%
 - Objectif 2008 : 8,5 l/an/habitant
 - Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif
 - Prévenir l'installation de la dépendance
 - **Toxicomanie**
 - Poursuivre l'amélioration de la prise en charge
 - Définit la politique de réduction des risques

11

4. Diverses mesures qui relèvent de décrets, d'arrêtés, de lois

- CSAPA (décret 2007)
- Signalétique grossesse (arrêté 2006)
- HPST (loi 2009)
 - Qq mesures d'interdiction
 - Interdiction de vente d'alcool aux mineurs, des opens bar, restriction des horaires de vente en stations service
 - Interdiction de ventes de cigarettes aromatisés



12

Quelques constats

- La Loi fixe les principes, le cadre :
 - Toxicomanie : Interdiction / répression / gratuité des soins
 - Tabac : dénormalisation / se donner les moyens d'augmenter les prix
 - Alcool : il ne reste plus que qq interdictions
 - Tabac / Alcool / Toxicomanie : des objectifs de réduction de consommation
 - c'est bien mais on ne dit pas comment on fait

13

Quelques constats

- Les lois, ce n'est pas tout
- Les politiques publiques s'appuient aussi sur
 - des plans nationaux,
 - des programmes de santé publique,
 - les projets régionaux de santé,
 - les projets locaux de santé

C'est souvent à ce niveau que la prévention se construit

14

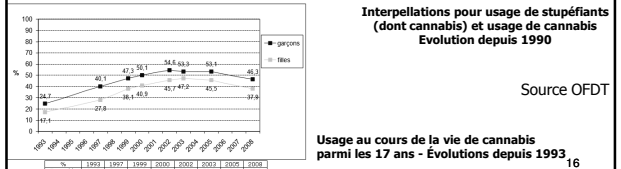
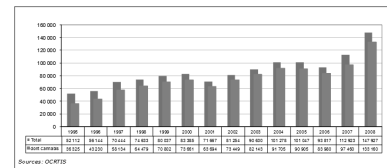
Prévention et promotion de la santé

- Les limites de l'interdiction
 - Liberté individuelle et santé publique

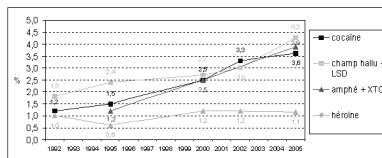


Prévention et promotion de la santé

- Les limites de la politique de répression



Usage au cours de la vie de substances psychoactives (hors alcool, tabac et cannabis) parmi les 18-44 ans Evolutions depuis 1992

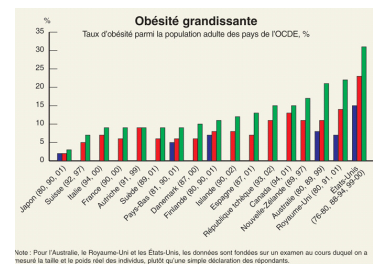


Source OFDT

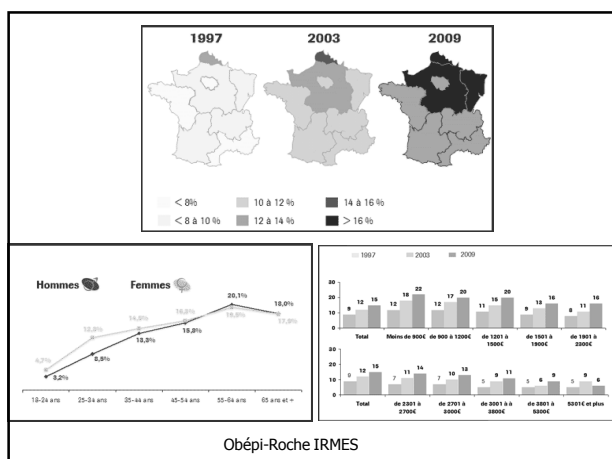
17

Prévention et promotion de la santé

- Responsabilité individuelle ou responsabilité collective



18



Quelle politique ?

- Agir sur les choix collectifs relève de la politique publique,
- Agir sur les choix individuels relèvent de l'éducation pour la santé,

Il n'y a pas d'oppositions
à ces deux concepts

« il faut trouver un équilibre entre la responsabilité des personnes et celles des autorités publiques et de la société. Il ne devrait pas être acceptable de considérer les personnes comme seules responsables de leur addiction ».

Charte européenne de l'obésité 2006

20

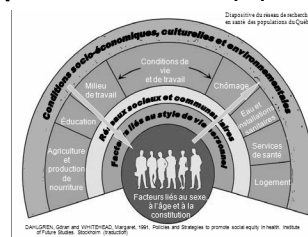
Les écueils

- Mieux appréhender les contradictions entre
 - Liberté individuelle et santé publique
 - Plaisir et risques
- Attention au retour de l'hygiénisme, des valeurs morales
- Eviter la stigmatisation, la notion de groupe à risque

21

Pour une approche globale centrée et pilotée santé (1)

- Créer des environnements favorables



- Dénormaliser ou ne plus promouvoir certaines catégories de produits

22

Pour une approche globale centrée et pilotée santé (2)

- Mobilisation des services de santé : du 1^{er} recours de soins au dispositif spécialisé
- Renforcement de l'action communautaire
 - Associations de malades
 - Entreprises (exemple tabac en entreprise)

23

Pour une approche globale centrée et pilotée santé (3)

- Ethique des firmes et veille promotionnelle
- Lutte contre les lobbies
- Renforcer l'éducation pour la santé et les aptitudes des individus à faire des choix
 - A tous les niveaux

24

Conclusions

Les addictions c'est l'affaire de tous

La future loi de santé publique devrait être
une loi de promotion de la santé

25

Les propositions de la SFSP

- *La SFSP propose 8 principes pour la future Loi de santé publique*
 1. *Principe de temporalité*
 2. *Principe de programmation*
 3. *Principe d'intersectorialité*
 4. *Principe de démocratie sanitaire*
 5. *Principe de hiérarchisation*
 6. *Principe de financement*
 7. *Principe de connaissance*
 8. *Principe d'évaluation*

26

Session 3 : La loi a-t-elle une fonction éducative en matière de gestion des risques ?

DISCUSSION

A. Ribaute, Marseille : La construction identitaire se fait dans l'altérité. Les comportements addictifs sont un problème de construction sociale, que la loi ne va pas résoudre.

C. Taisne, Longjumeau : Les fiches du Plan gouvernemental ne mentionnent pas la question de la publicité pour l'alcool dans la presse et sur internet.

F. Bourdillon, Paris : Une loi de santé publique doit être une loi de promotion de la santé et y ajouter les autres mesures nécessaires telles qu'une régulation forte de la publicité.

Mme X, psychologue : Malgré la loi, il y a toujours plus de problématiques addictives. D'autres éléments sont à considérer, tel le facteur générationnel pour la consommation de cannabis. Pour les jeunes concernés, la garde à vue de 4 à 20 h qui leur est imposée constitue un choc. Elle peut être aussi une porte d'entrée pour certains publics qui n'auraient jamais accédé aux soins.

B. Stambul, Marseille : Il est possible de soigner sans enfermer ! Est-il obligatoire de passer par une loi répressive pour faire de la prévention ?

F. Bourdillon, Paris : Il convient d'agir sur l'ensemble des déterminants, y compris régulation et répression

A. Rigaud, Reims : La rencontre comporte un intérêt, même à l'occasion d'une sanction avec obligation de soins. Mais il ne faut pas tomber dans l'excès qui voudrait que la rencontre ne puisse avoir lieu sans la sanction. Prohibition de l'usage et accès aux soins doivent être découplés.

J.P. Couteron, Mantes : Il faut prendre en compte le contexte social. Nous vivons dans une société addictogène, de stimulation sensorielle où intensité et instantanéité sont les maîtres mots. Les principes moraux auxquels on nous renvoie ne sont plus du tout en lien avec la dynamique culturelle dans laquelle nous nous trouvons.

Sans contrainte, il n'y a pas de démarche. Mais il est fondamentalement pervers de confier la démarche éducative à la contrainte. Nous avons participé à une médicalisation excessive de ces questions.

L'accompagnement de l'usager et de la personne se situent ailleurs.

L. Durouchoux, Paris : Le déni de la vulnérabilité des personnes est-elle un argument pour une santé "communautaire", l'ancrage à un réseau ?

A. Rigaud, Reims : Notre société addictogène, hyperstimulante, qui promeut l'individualisme, a en contrepartie comme idéal l'autonomie, la responsabilité et la liberté individuelle. La société individuelle et libérale rend les gens responsables de leurs choix, de leurs actions et de leurs échecs (chômage, objectifs fixés au sein des entreprises ...).

Ce modèle nie les vulnérabilités, le fait que nos capacités individuelles ou physiques ne sont pas égales. D'où des personnes encore plus en souffrance, face à l'indifférence de la société. La défense de l'abolition de la prohibition au nom de l'individualisme, de la responsabilité risque de se faire aux dépens de l'autre.

B. Stambul, Marseille : La criminalisation du racolage passif, l'interdiction de la mendicité, la stigmatisation des jeunes sont autant de pas vers une politique d'exclusion.

J.P. Couteron, Mantes : Notre société favorise désormais plus une provocation sans limites à la consommation que l'individualisme. Y mettre un cadre législatif qui n'est plus fonctionnel n'autorise pas à repenser aux grands principes éducatifs. Il est risqué de masquer l'expérience d'usage derrière une loi.

J. Yguel, Avesnes-sur-Helpe : Et pourtant l'éducation à la santé est fondamentale. Devons-nous nous positionner sur un plan idéologique ou faire avec la loi pour soigner ?

M. Reynaud, Villejuif : Les thèmes de cette journée sont la prévention et la répression. Les risques des produits peuvent désormais être mesurés de façon objective, sans que l'on parle pour autant de médicalisation. Il doit être possible de faire intégrer des propositions réfléchies, mesurées, dans une politique globale, adaptée aux nécessités de l'éducation et de l'encadrement.

B. Stambul, Marseille : Un collectif "Loi de 70" a été mis en place par les associations impliquées dans la réduction des risques, avec comme objectif une critique radicale et constructive de cette loi vieillissante

SESSION 4 : SUR QUELS FONDEMENTS LE DROIT PEUT-IL INTERVENIR ?

Modérateur : Pr François PAILLE, COPAAH

La loi a sa place, et la loi à sa place, tel est le thème de notre journée.

Quelles perspectives pouvons-nous ouvrir afin de mobiliser le cadre législatif et la santé publique autour de la problématique des addictions ?

L'exposé d'Alain Morel se réfère au travail effectué par la FFA depuis 2002. Me Danet nous donne les bases juridiques pour réfléchir à la manière dont la question pourrait évoluer.

FONDEMENTS ET PRINCIPES D'UNE NOUVELLE APPROCHE POLITIQUE ET JURIDIQUE DES ADDICTIONS

Dr Alain Morel

Nous avons aujourd'hui un ensemble d'éléments qui nous permettent de faire un bilan des quatre dernières décennies de l'approche politique et juridique des drogues et des addictions. Ce bilan, si on le résume en deux phrases, montre un renforcement croissant des mesures de contrôle, avec d'un côté une politique d'encadrement, hésitante certes mais de plus en plus serrée, envers l'usage des substances réglementées (alcool, tabac, médicaments psychotropes), et, de l'autre, une « guerre » contre les substances prohibées qui s'est traduit, dans notre pays, par une réactualisation récurrente du « tout répressif » de la loi de 70. Cette politique a donné des résultats contrastés, avec quelques évolutions intéressantes - sur le tabac notamment-, mais, globalement, notre pays se maintient à des niveaux élevés de consommation en Europe, en particulier des drogues illicites, et ce alors qu'il a conservé pendant quarante ans une loi particulièrement répressive dans ce domaine.

Le champ de l'addictologie s'est constitué récemment en France, et cette naissance traduit les profonds changements de conception et de pratiques qui traversent la société ces dernières décennies. Il est devenu évident que les fondements de l'approche politique et juridique de ces comportements doivent prendre en compte ces changements. La réforme de la loi de 70 est en quelque sorte le symbole de ces changements, mais ce n'est pas qu'une question de textes, c'est surtout une question de logique et de légitimité de l'action publique sur des comportements humains de consommations de substances psychoactives.

Cette réflexion, la FFA l'a amorcée dès sa création en 2002. Et nous avons pu constater que s'il existe un consensus sur la remise en question de la politique « dissuasion répressive » envers les stupéfiants, ce consensus ne dépasse guère le cercle des professionnels et qu'il est moins clair en ce qui concerne la place du contrôle et les alternatives que l'on peut proposer. Pourtant, il ne sera pas possible de faire avancer la société et de la faire changer de perspective si les professionnels du champ sanitaire et social, avec des spécialistes des questions juridiques et des politiques,

n'apportent pas quelques pistes indiquant la faisabilité et l'intérêt pour tous de mettre en œuvre une nouvelle approche. Une approche que l'on pourrait appeler « éducative et sanitaire ».

Cela passe par un travail de fond et par un effort de définition et de clarification de ce que l'on veut encadrer par la loi et comment réaliser cet encadrement. Nous l'avons mené en cinq points.

- 1) Définir d'abord ce qui a changé dans nos modes d'intervention et nos conceptions de l'acte de modification de soi, de ses dangers individuelles et collectives, mais aussi de ses bénéfices, et de ses liens ou de ses spécificités par rapport aux autres comportements des hommes d'aujourd'hui qui interrogent le sens de l'intervention de la collectivité.
- 2) Déterminer ensuite ce qui, dans l'éthique du droit dans nos sociétés démocratiques, fonde et guide l'action publique, en particulier pour contrôler les individus. En premier lieu le postulat d'une distinction entre ce qui est du registre de la mise en danger de soi et ce qui touche à la mise en danger d'autrui.
- 3) Distinguer les questions ayant trait aux comportements d'usage de celles qui concernent l'accès aux substances (ou aux objets de satisfaction pouvant provoquer des addictions).
- 4) Distinguer l'action publique à mettre en œuvre selon que l'auteur de l'acte est mineur ou majeur.
- 5) Distinguer enfin l'action publique selon le type de comportement, c'est-à-dire, schématiquement, différencier cette action selon que l'usage est « simple » ou « problématique ».

Sur ces bases nous envisagerons quels pourraient être les principes sur lesquels un droit positif nouveau pourrait être bâti dans le domaine des addictions.

1) Les fondements épistémologiques : quelle conception avons-nous du problème ?

Au regard de ce qui a présidé à l'élaboration de la loi de 1970 et de la politique envers les drogues en général, nous devons prendre la mesure de ce qui a changé et savoir l'expliquer à l'opinion comme aux politiques.

Aujourd'hui, nous sommes à peu près tous d'accord pour dire que les consommations de substances psychoactives comme l'ensemble des comportements qui entrent dans le domaine des addictions consistent en des modifications auto-déclenchées de soi, répondant à une recherche de bien ou de mieux être - que celui-ci recouvre une notion de plaisir, de soulagement, ou de socialisation - et qui s'inscrit dans un mode de vie.

Quatre évolutions pratiques en découlent.

- En premier lieu, nous savons que le type de produit utilisé est secondaire par rapport au comportement lui-même, ce qui implique la remise en question des catégories de « drogues » (stupéfiant, licite, drogues dures, drogues douces...) comme élément déterminant des politiques spécifiques.
- Ensuite, une relativisation de l'abstinence comme finalité, celle-ci n'étant qu'une option, des consommations à moindre risques pouvant exister d'autant plus si on aide les usagers à utiliser leurs propres ressources, et la dépendance n'étant ni le seul problème de santé posé ni une perte totale de soi.
- La mise en évidence d'un continuum et de trajectoires de consommation qui s'inscrivent toujours dans un mode de vie avec toutefois des distinctions essentielles entre des modes d'usage (usage simple, à risque, nocif ou de dépendance).
- Enfin, le constat pour la plupart des acteurs de prévention que le rappel à la loi et l'information sur les dangers des produits ne suffisent pas, et que si elle ne prend pas en compte les satisfactions qu'ils apportent, la prévention est hémiplégique, donc inefficace.

Autant d'éléments très importants qu'une politique moderne des addictions doit intégrer.

Les problèmes sociétaux soulevés par les drogues et les comportements addictifs se rapprochent de ceux posés par d'autres comportements, depuis la fête collective, la transe musicale jusqu'au suicide en passant par l'« onanisme »¹, l'avortement ou l'homosexualité, pour ne citer que quelques exemples. Dans une société qui consacre la primauté de l'individu, les mœurs évoluent dans le sens d'une individualisation des choix de mode de vie et il est évident que les pratiques de modification de soi ne peuvent que se diversifier et se multiplier. Elles sont l'expression de la liberté individuelle au service de l'amélioration de soi, y compris par la prise de risque. Elles ne peuvent donc être éradiquées, mais, en revanche, elles peuvent trouver des modalités à moindre risque et gagner en auto-contrôles.

2) Distinguer la mise en danger de soi de la mise en danger d'autrui

Par définition, les conduites d'auto-modification ont pour caractéristique fondamentale de ne viser que leur auteur, et, de ce fait, si elles peuvent perturber celui-ci voire le mettre en danger, en soi, elles ne portent pas atteinte à autrui. La « dangerosité sociale » imputable à ces comportements (et, là encore, pas seulement à telle ou telle drogue) n'est donc qu'indirecte et fonction d'éléments extérieurs au comportement lui-même. Il est extrêmement important d'être très clair sur ce point et d'en tirer toutes les conséquences en matière de représentations sociales et de droit. Comme sur le point précédent, en tant qu'experts en addictologie, nous avons une responsabilité particulière pour permettre à la société et aux décideurs politiques de le comprendre et d'abandonner les croyances trompeuses en ce domaine.

Dans un célèbre essai sur « La liberté », dans le prolongement des philosophes des Lumières, Stuart Mill écrivait au XIX^{ème} siècle : « Le seul but pour lequel la force puisse être rationnellement exercée sur un membre d'une société civilisée, contre sa volonté, est de l'empêcher de faire du mal aux autres. Sur lui-même, sur son propre corps et sur son esprit, l'individu est souverain... Chacun est seul gardien de sa santé morale, physique et intellectuelle ».

Il est d'ailleurs remarquable de constater que les mouvements prohibitionnistes et défenseurs de la morale sociale d'abstinence de toutes les époques ont toujours pris pour argument la défense de la société face aux dangers sociaux des drogues. À l'exemple de l'alcool que l'on a accusé de provoquer le désordre des mœurs, l'augmentation de la criminalité, l'augmentation des accidents, la désunion des familles, la remise en question des valeurs établies et la mise en danger de la Nation, liste à laquelle on ajoute à présent le coût économique pour la sécurité sociale... Sous des aspects plus modernes, c'est souvent les mêmes dénonciations pour les drogues (et les usagers) que l'on veut exclure. L'autre argument du prohibitionnisme est le lien de cause à effet qui unirait toute forme de consommation à des conséquences sociales néfastes, contestant du même coup toute idée de modération ou d'usage à risque acceptable pour la société. « Boire raisonnablement est une expression aussi contradictoire que mentir raisonnablement ou voler raisonnablement » disait Legrain, l'un des théoriciens de la prohibition de l'alcool en 1895. Dans cette logique, la drogue visée est non seulement un poison pour le consommateur mais aussi un poison violent pour la société. Une forme élémentaire de « défense sociale » exige donc qu'elle soit éradiquée. Mais c'est faire fi de l'existence d'usages contrôlables, ce qui est en grande partie contredit par ce que nous savons des pratiques de consommation.

L'histoire de la consommation de l'alcool dans nos pays comme celle des médicaments psychotropes ou des opiacés montre clairement que la dangerosité sociale est le plus souvent indirecte (sauf pour le tabagisme passif), très relative, qu'elle dépend de circonstances et peut être réduite.

La question de la dangerosité sociale des drogues, on le voit, est l'un des enjeux principaux du débat politique et juridique.

¹ La masturbation a fait, pendant deux siècles, l'objet d'une constante stigmatisation mobilisant la religion, la morale publique et la médecine, alors que, depuis les années soixante dix, rentrée dans le domaine de la liberté de chacun de disposer de son corps, elle ne pose plus de problème à personne.

Les atteintes à autrui du fait de la consommation de substance psychoactive existent, mais en tant que risque, dans certaines circonstances. Le droit, notamment pénal, a évidemment un rôle très important à jouer dans ce domaine. Toutefois, pour que des mesures légales face à cette « dangerosité pour autrui de certains comportements d'usage » soient efficaces (c'est-à-dire légitimes, équitables et crédibles), encore faut-il **déterminer précisément les différents dangers réels de ce type que l'on entend prévenir et sanctionner**. On peut en citer principalement quatre catégories : la conduite d'engin sous l'emprise de substances, la pratique de certains métiers sous cette même emprise, la commission d'actes médico-légaux (sous l'effet d'un produit ou du fait d'un besoin à s'approvisionner), et la consommation dans l'espace public. Certains y ajoutent l'atteinte du fœtus durant la grossesse, mais il y a lieu d'être prudent sur le maniement de la sanction sociale dans ces domaines. En tout état de cause, les risques d'atteinte d'autrui sont divers et variables. Ils doivent donc être traités par le droit de façon adaptée mais sur les mêmes principes, en particulier celui de proportionnalité de la sanction à la faute et de la diffusion des moyens de diminuer leur occurrence et leur gravité.

Différencier la prise de risques pour soi et la mise en danger d'autrui, et, en termes plus généraux, la santé publique et la sécurité publique, répond à un principe de légitimité du droit, car différencier la nature de l'acte en fonction de ses retentissements sur autrui est à la base de la conception de la liberté et de celle de la justice dans une société démocratique censée protéger les libertés individuelles. Selon que l'acte porte ou non atteinte à autrui nous ne lui appliquons pas les mêmes interdits et nous ne concevons pas les mêmes préventions.

Lorsque l'objectif est de modifier un comportement touchant à la santé de son propre auteur, **il s'agit d'inciter à l'autoprotection et donc d'éducation**. La règle posée collectivement par la loi – si elle est nécessaire - ne vient qu'appuyer la démarche éducative².

Lorsque l'objectif est d'empêcher la commission d'actes attentatoires à autrui, il s'agit aussi de prévenir – donc d'éduquer – mais la fonction de la loi va aussi viser à organiser la répression en tant qu'arbitrage entre l'auteur et sa victime et pour la réparation envers celle-ci. Ainsi, par exemple, on ne poursuit pas de la même façon un manquement à l'obligation de porter sa ceinture de sécurité et le fait de conduire avec plus de 0,5 g/l d'alcool dans le sang.

3) Distinguer le comportement d'usage de l'accès aux substances

Si le comportement d'usage est autocentré et répond à une recherche de satisfaction dans notre société moderne, l'exposition d'autrui et la mise à disposition des autres des moyens de consommer est d'un autre registre. On peut dire que l'un concerne l'espace privé, l'autre l'espace public et que leur légitimité ne répond pas aux mêmes critères.

Les tenants des prohibitionnismes ont toujours voulu imposer l'idée que les actes, depuis la production du produit jusqu'à sa consommation, étaient totalement solidaires et devaient donc être frappés du même interdit, même si les sanctions peuvent être différenciées. Les tenants de l'anti-prohibitionnisme radical utilisent le même postulat en considérant qu'une dépénalisation de l'usage sans légalisation fut-elle contrôlée, ne serait qu'introduire une nouvelle hypocrisie. Pourtant, même dans la législation prohibitionniste actuelle sur les stupéfiants, les actes de trafic sont du ressort du droit criminel (donc des assises) alors que les actes d'usage sont du ressort du droit pénal (donc du tribunal correctionnel), ce qui indique d'ores et déjà qu'une différence de traitement est légitime. Cette distinction est évidente pour les substances réglementées : les règles concernant la publicité, le prix, les critères de mise sur le marché ou non d'un produit ne déterminent pas celles quant aux limites de l'usage. Et même si l'offre et la demande sont interactifs, l'une et l'autre n'engagent pas les mêmes conséquences ni les mêmes responsabilités. En matière d'accès au produit,

² La plupart des prescriptions d'attitude de protection de sa santé ne s'accompagne d'aucun texte législatif, ce qui indique le caractère secondaire de la fonction du droit dans ce domaine. Les prises de risques jugées excessives sont diversement encadrées : par exemple, le ski hors piste fait l'objet de conseils mais n'est pas formellement interdit, le saut en élastique n'est autorisé que sur certains sites et dans certaines conditions, le port de la ceinture est obligatoire en voiture (toutefois, les peines encourues n'excèdent pas des amendes), les vaccinations sont également obligatoires, mais cette obligation ne s'accompagne d'aucune sanction.

c'est la responsabilité collective, politique, qui est engagée, alors que dans le domaine de l'acte de consommer, c'est la responsabilité individuelle qui est en cause.

Aborder de façon distincte la question de l'usage de celle de l'accès aux produits permet à la fois d'être plus efficace sur les deux versants et de ne pas s'empêcher de dépénaliser l'usage de produits ni de réglementer ou d'en prohiber d'autres, en fonction d'objectifs précis. La légalisation contrôlée du cannabis serait ainsi possible à envisager. La question concrète qui se pose alors au législateur est celle de la limite entre usage personnel et revente. Et c'est pourquoi tous les pays qui ont dépénalisé l'usage ont été amenés à fixer une limite de quantité considérée comme relevant de l'usage personnel et dont on tolère la possession.

4) Aménager les mesures selon que l'auteur de l'acte est mineur ou majeur

Dans une société démocratique la désignation d'une frontière entre un état de majorité et un état de minorité n'est pas que formelle, elle renvoie à une capacité différente de responsabilité au regard de la loi sociale. Notre société considère que le mineur ne peut totalement exercer sa responsabilité citoyenne et sa responsabilité sur lui-même, signifiant ainsi que son apprentissage n'est pas achevé et qu'il dépend toujours des adultes. De ce fait, il est en état de vulnérabilité et les mesures qui seront prises en sa direction en cas de transgression d'une loi seront associées à des mesures de protection. Il paraît important que cela soit présent dans la réglementation en matière d'usage de substance psychoactive.

5) Différencier les mesures envers les usagers selon que l'usage est « simple » ou « problématique ».

Il s'agit, sur ce point, de sortir de la vision binaire qui a prévalu jusqu'ici et qui est sous jacente au volet sanitaire de la loi de 70 : la consommation de stupéfiant définit le toxicomane c'est à dire celui qui relève du soin et de la « désintoxication », sa seule perspective étant l'abstinence sans quoi il est, juridiquement parlant, « en récidive », basculant alors dans la catégorie du délinquant.

Il est aujourd'hui très clair que les dispositions à prendre, en particulier en matière d'aide et de soins mais aussi de contrôle des individus (par exemple dans le domaine des soins sous obligation), ne sont pas les mêmes selon que le comportement d'usage est « problématique » (schématiquement abus et dépendance) ou pas (usage simple). Les premiers peuvent bénéficier utilement d'une intervention d'aide, voire de soins, les seconds requièrent davantage de conseils et d'un accompagnement préventif. Bien évidemment, ce n'est ni au policier ni au juge de savoir discriminer le type d'usage en cause chez une personne interpellée, et cela justifie l'adresse à des professionnels en capacité de faire cette évaluation et d'adresser la personne au service adapté. Les questions qui se posent alors sont de savoir si cette évaluation doit être faite systématiquement et si une pression sous forme d'alternative à une sanction est nécessaire pour motiver le justiciable à y recourir.

6) Sur quels principes bâtir un droit positif nouveau dans le domaine des addictions ?

Tant en matière d'efficacité que d'équité, de crédibilité ou de transmissibilité, les interdits tels qu'ils sont posés aujourd'hui dans le domaine des conduites addictives suscitent des interrogations. Sur de nombreux points, ils ne semblent pas (ou plus) en phase avec les moyens de faire progresser l'ensemble de la société dans la régulation des comportements à risque addicif³. Un fossé d'incompréhension s'est creusé, en particulier entre adultes et jeunes, que l'on aurait tort de croire conjoncturel ou inhérent au conflit inévitable entre générations.

³ La loi de 1970 en matière de stupéfiants a été, par exemple, un obstacle à la politique de réduction des risques face au sida, et les deux mesures qui ont eu le plus d'impact (la libéralisation de l'accès aux seringues et aux traitements de substitution) n'ont été adoptées que sous la pression de l'épidémie et en dérogation à sa logique. Cette même loi a également conçu des soins sous injonction en mettant la « cure de désintoxication » au centre, alors que les soins sont à présent

S'interroger sur cette discordance et sur l'adaptation des lois est une nécessité, notamment dans l'objectif de rendre la prévention beaucoup plus efficace qu'elle ne l'a été jusqu'ici pour diminuer les consommations et leurs dommages. Plus qu'une question de mesures techniques, il s'agit davantage d'un problème de sens, c'est-à-dire de politique globale. Il serait donc insuffisant d'effectuer un « toilettage » technique du droit et stérile d'opposer répression et laxisme, mais il apparaît indispensable de commencer par redéfinir l'ensemble de la démarche envers les conduites addictives et de leur prévention.

Globalement, il s'agit de passer d'une approche déterminée par la sécurité publique (une approche « dissuasive et répressive ») à une approche centrée sur la santé publique et l'éducation (une approche « éducation et santé »).

Soulignons le, l'objectif de l'action publique dans le domaine des addictions est avant tout préventif car il s'agit de contribuer à mieux réguler des comportements principalement autodéterminés afin qu'ils soient favorables à la santé et au bien être de chacun et de tous, cela dans une société indéniablement elle-même addictogène. Le recours à la loi sociale n'a donc, ici, de véritable efficacité que si elle se subordonne à cet objectif préventif, fondamentalement éducatif. L'interdit n'a une telle valeur pédagogique que s'il est conçu et énoncé comme **un repère** permettant à chacun de déterminer ses conduites et fixant les limites de la liberté individuelle lorsqu'elle détruit celle des autres. Qui fixe aussi les moyens que se donne la société pour limiter ses effets dérégulateurs.

Un interdit n'est véritablement un support éducatif que s'il est **intelligible et porté, habité et transmis par des adultes en accord avec leurs propres règles de vie**, permettant ainsi à l'enfant de les faire siennes, même s'il doit parfois s'y confronter. Ce type d'interdit n'a pas à être forcément inscrit dans un texte répressif. Par exemple, aucun éducateur ne voudrait voir un jeune se suicider, mais c'est au nom de l'attachement à la valeur de sa vie, ce n'est pas en fonction d'une loi sociale. De même, la vision d'une adolescente qui plonge dans l'anorexie au risque d'y perdre sa vie est des plus terribles, mais il n'est personne pour réclamer la pénalisation du refus de s'alimenter.

Quelle pourrait être une autre approche politique et juridique des drogues et des addictions qui réponde mieux à ces enjeux dans une société elle-même addictogène ? Nous venons de tracer un certain nombre d'axes essentiels sur lesquels devra s'appuyer, à nos yeux, cette nouvelle politique. Sur tous ces points il existe des expériences, notamment à l'étranger et en Europe, et dans d'autres domaines que celui des addictions, dont les leçons seront très utiles dans les débats qui précéderont ces changements.

➔ Diminuer l'exposition aux risques

Diminuer l'exposition aux substances elles-mêmes, donc leur accès, en est un des moyens. Mais il est loin d'être le seul. Les risques concrets sont mieux appréhendés, ainsi que les facteurs qui les aggravent ou qui les réduisent. Pour autant, ils ne peuvent pas être totalement supprimés. Si on ne peut les éradiquer, on peut en revanche les diminuer et limiter les attentes qui motivent leurs consommations abusives. La société a sur ce point à limiter ses tendances contraire (incitation à la consommation, à l'instantanéité, à la surstimulation), ce qui signifie que de s'auto-limiter ne va pas de soi et passe souvent par un combat⁴.

➔ Favoriser l'éducation préventive

Si l'on donne pour objectif à l'intervention publique la prévention, c'est l'éducation qui doit être la préoccupation centrale. Une éducation permettant de former des individus capables de s'autodéterminer, d'utiliser ses propres ressources et d'avoir le souci d'eux-mêmes et des autres. Cela impose de développer beaucoup plus fortement l'apprentissage de la citoyenneté, la promotion de la santé et l'aide à la gestion des expériences de vie.

➔ Développer l'accès aux informations, aux moyens de réduire les risques et de se soigner

pensés et mis en œuvre dans un objectif d'accompagnement à long terme, d'étape en étape, y compris celle de la « rechute » et sans chercher à parvenir tout de suite à l'abstinence.

⁴ Le récent épisode sur la publicité pour l'alcool autorisée sur Internet malgré l'avis des acteurs de santé publique en est une nouvelle manifestation.

Il ne suffit pas en effet d'en appeler à la responsabilité des individus si ceux-ci n'ont pas accès à des informations claires et validées, à des moyens de se protéger de dommages supplémentaires lorsqu'ils sont usagers ou à une diversité des soins lorsqu'ils en ont besoin. Ce qui ne se résume pas à des dispositifs délivrant des messages ou des services, mais qui renforcent aussi les soutiens communautaires et les solidarités entre les individus et les générations.

→ **Respecter les libertés individuelles tout en empêchant la mise en danger d'autrui**

Il faut, pour cela, distinguer ce qui est d'un registre et ce qui est de l'autre, pour ensuite en tirer les conséquences légales. De même, il apparaît important en matière de soins sous obligation de ne pas confondre le contrôle social judiciaire qui peut dans certains cas être nécessaire et le traitement.

→ **Protéger les mineurs**

Les enfants et jeunes adolescents sont à considérer comme des personnes en situation de vulnérabilité, ce qui est confirmé par le fait que plus un usage est précoce plus il comporte des risques de s'engager dans un processus addictif grave. Cela justifie des interdictions spécifiques et des limitations imposées dans la distribution des substances mais aussi des mesures de protection et d'éducation particulières.

Sur tous ces principes, il est possible d'établir une politique et des mesures légales concrètes. La législation mise en place par le Portugal en 2001 est un exemple assez proche de ce qui pourrait être réalisé en France sur ces principes : une « déjudiciarisation » de l'usage privé de toutes les drogues, une dépénalisation associée à une « contreventionnalisation » interdisant l'usage public de certaines substances et comportant des mesures d'orientation pour évaluer la gravité de l'usage et l'orientation, des mesures systématiques de ce type pour les mineurs, un maintien de la criminalisation du grand trafic de drogues illicites.

Mais, soulignons le, un tel changement de législation ne peut être adopté et efficace que s'il s'accompagne d'une très vigoureuse politique de prévention éducative et d'une vaste mobilisation qui vise à expliquer ses objectifs, notamment une diminution des usages, des abus et des dépendances. Et cela suppose également un effort d'explication auprès des services de répression et de suivi des politiques d'application de la loi. L'exemple portugais montre qu'après un moment de flottement des services de police, souvent convaincus a priori que la dépénalisation de l'usage les empêcherait d'intervenir sur le petit trafic (et donc à « remonter les filières »), ces services ont pu se recentrer sur le trafic, et si les interpellations d'usagers ont chuté, celles de trafiquants ont nettement augmenté.

Plus globalement, il est important de bien s'entendre sur ce que peut (ou ne peut pas) apporter un tel changement de législation, en terme de moyens publics à déplacer de l'appareil répressif vers le dispositif de prévention, de réduction de risques et de soins, en termes aussi de diminution du nombre d'incarcérations, en terme surtout de changement des représentations et d'abandon des croyances de la société sur les drogues.

LES PRINCIPES SUSCEPTIBLES DE GUIDER UNE NOUVELLE CONCEPTION DE L'INTERVENTION DE LA LOI DANS LES CONDUITES DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Me Jean Danet

Me Jean Danet, avocat honoraire, Maître de conférences à la Faculté de Droit de Nantes

L'orateur précise s'exprimer en tant que pénaliste et non en tant que spécialiste du droit de la drogue et invite l'auditoire à se reporter au n° 31 de 2009 des *Archives de politique criminelle*, éditions Pédone consacré aux addictions.

Son exposé tente de définir ce qui peut expliquer que la prohibition générale de l'usage prônée par la loi de 70 résiste encore aujourd'hui et développe quelques items concernant l'évolution du droit pénal en général.

Les fondements

Dimension internationale. Conventions de l'ONU, dont celle de Vienne en 1971. Peu d'indications sur les fondements.

Le projet de loi de 70 ne prévoyait d'inclure que l'usage en réunion, succédant à la notion d'ivresse publique. C'est par amendement qu'on introduisit la prohibition générale.

La pénalisation générale fut présentée comme une contrepartie à la Sécurité sociale.

La notion de toxicomanie, maladie contagieuse avec un risque social, impliquait, dit-on aussi au cours des débats parlementaires des limites à l'usage de son propre corps.

40 ans plus tard

Rappel sur la graduation des délits (contravention, délit, crime).

L'usage des stupéfiants est un délit puni d'emprisonnement. On fit donc le choix d'une pénalisation dure quand par exemple un autre risque pour soi pénalisé, le défaut de port de ceinture de sécurité est une contravention.

Le droit pénal est de plus en plus réceptif à la notion de risque, et tend à incriminer en amont de tout dommage.

Depuis le nouveau code pénal en 1994, création des délits de mise en danger d'autrui.

Mais en matière d'usage de stupéfiant, le risque est pour soi, le risque pour autrui n'est que très indirect et même contestable car le lien de causalité reste à démontrer (exemple de la violence).

La loi de 70 est très isolée dans cette pénalisation du risque pour soi-même, alors que tout ce qui était lié aux valeurs morales et religieuses avait été ou a été retiré du cadre de la criminalisation du risque pour soi dès le XIXème siècle (exemple suicide, auto-avortement etc.) ou n'a pas été incriminé (consommation de tabac et d'alcool).

Cependant on doit relever une tendance contemporaine, dans une partie de l'opinion, à vouloir au nom de la notion de "dignité" incriminer un comportement individuel, volontaire, consenti, et qui ne fait pas de victime, qui n'est pas une atteinte à la dignité d'autrui, mais pour la seule raison qu'il est jugé comme portant atteinte à la dignité de l'humanité au travers de la propre dignité de celui qui le pose. Il attenterait à la dignité humaine sur lui-même.

Cette démarche s'éloigne à notre sens du droit issu du siècle des Lumières. En effet qui va dire ce qui est contraire à la dignité humaine ? Au nom de quelles valeurs morales ?

Exemples : le mouvement en faveur d'une pénalisation de toute relation sexuelle tarifée. Les juristes qui se sont émus d'une décision de la CEDH soumettant le bien-fondé d'une condamnation pour des actes sado-masochistes au fait qu'ils étaient non consentis et qui considère que toute relation sado-masochiste même consentie est contraire à la dignité humaine et à ce titre pénalisable.

Paradoxe

La justice devient néolibérale, tente de s'appuyer sur les notions d'autonomie et de responsabilisation.

Avec des conséquences telles que la nécessité d'un consentement pour le port du bracelet électronique mobile ou la prise d'un traitement inhibiteur de la libido.

Le non respect du contrat conclu fait de l'individu concerné un danger possible.

Mais dans le même temps certains remettent en cause la notion de consentement comme critère de la non-pénalisation des actes qui ne nuisent pas à autrui. Le consentement n'est peut-être pas un critère parfait mais on pourrait dire comme Churchill de la démocratie que c'est le pire à l'exception de tous les autres...

Complexité donc de la situation du droit pénal et des mouvements qui le traversent au regard de ces notions

Donc la loi de 1970 est en l'état isolée en tant qu'incrimination d'un comportement représentant un risque pour soi. Mais nous avons le risque de voir de telles incriminations prospérer à l'avenir sur le fondement de la notion de dignité ou du moins d'une de ses utilisations qui n'est pas sans danger car elle peut involontairement faire alliance avec tous les fondamentalismes possibles.

Peut-on expliquer la loi de 1970 (l'expliquer ne veut pas dire la justifier !) et l'incrimination de l'usage comme un délit de manière spécifique, ce qui a l'avantage de bien la cantonner comme une exception à la liberté des comportements sur son propre corps qui ne nuisent pas à autrui ?

Si on veut être cohérent, au regard de l'alcool et du tabac ou des jeux, le fondement de la santé publique ne résiste pas. L'explication par des arguments de type culturels ou économiques (drogues des blancs licites...) pas davantage (CF. nos analyses dans l'article des APC).

Si aucun fondement n'est vraiment sérieux, comment la loi de 70 résiste-t-elle ?

Pourquoi la prohibition de l'usage ou de la possession des stupéfiants se retrouve-t-elle avec seulement des nuances dans tous les pays ?

Nous avons posé l'hypothèse suivante en laissant de côté en un premier temps la question du cannabis: Les drogues dont l'usage est prohibé présentent en termes de représentation un ensemble spécifique de propriétés communes:

- la vitesse des effets positifs (plaisir) et négatifs (manque, risque sanitaire)
- la puissance de ces effets positifs et négatifs
- l'intensité des sensations recherchées et subies
- le profit particulier tiré de ces produits du fait de la dépendance.

Ni l'alcool ni le tabac ne partagent ces représentations sauf peut-être le binge drinking qui ne manque pas d'ailleurs de provoquer des interrogations sur la réponse qui doit lui être apportée.

La discussion autour de la pénalisation de l'usage du cannabis ne dément pas cette hypothèse au contraire elle la renforce si on constate que la représentation du cannabis est discutée. Au plan de la vitesse des effets de la puissance et de l'intensité des sensations il est plutôt placé du côté de l'alcool.

On peut aller plus loin et poser l'hypothèse que si cet ensemble spécifique de propriétés communes appelle de la part des sociétés contemporaines une réponse pénale en termes de prohibition générale c'est peut-être parce que ce sont là les valeurs de nos sociétés contemporaines, valeurs posées comme positives mais aussi valeurs remises en cause, source d'inquiétudes. Le stupéfiant peut-être alors le tabou de notre société contemporaine. Il fascine et fait peur.

Proposer une éducation autour de ces produits, des plaisirs et des risques qu'ils comportent, c'est développer un esprit critique sur le fait même de consommer et sur ces valeurs de vitesse de puissance et d'intensité des sensations si généralement partagées au plan de la consommation et de la société toute entière. Cela met en cause le fonctionnement même de notre société.

Recourir au droit pénal évite de s'engager sur le terrain de l'éducation, avec la nécessaire réflexion générale qu'elle suppose.

Session 4 : Sur quels fondements le droit peut-il intervenir ?

DISCUSSION

A. Morel, Paris : Il y a eu un durcissement de la loi de 70 depuis 40 ans, dont la loi de 2007 avec la mise en place de l'éducation forcée ("stages") et des médecins relais ("suivi médico-judiciaire du toxicomane").

J. Danet, Montpellier : Le cadre de la loi de 70 a suffi, car l'usage y avait été d'emblée considéré comme un délit, là où par exemple le fait de ne pas porter sa ceinture de sécurité ne constitue qu'une contravention. La peine d'un an pour usage simple n'a pas été modifiée, mais des circonstances aggravantes ont été introduites.

M. Reynaud, Villejuif : A nous professionnels, la loi semble peu adaptée et paraît s'être aggravée. Nous sommes dans une culture de protection contre les risques qui nous incite à être prudents dans nos demandes de reformulation de la loi. La libéralisation à tout prix n'est pas forcément la solution. Il faut parvenir à un ensemble de mesures conciliant, prévention, éducation et soins d'une part, interdiction et répression de certains comportements d'autre part. Le vrai problème est celui du cannabis et de l'alcool, que notre société ne parvient pas à traiter correctement. On se dirige soit vers la contraventionnalisation soit vers la régulation avec distribution contrôlée. Malgré les conventions internationales, on devrait pouvoir proposer une distribution contrôlée du cannabis.

J. Danet, Montpellier : Les représentations sont parfois erronées, la rapidité des effets négatifs du tabac n'est pas perçue par exemple.

La contraventionnalisation est possible. Mais elle ne résout pas l'incohérence de traitement entre l'alcool et le cannabis. La distribution contrôlée est une autre voie, mais elle ne fera pas disparaître l'infraction de trafic.

Les notions de délit et de peine d'emprisonnement semblent disproportionnées, mais ce sont sans doute les résultats demandés à la police et à la justice qui ont des conséquences extravagantes sur le nombre de personnes poursuivies, le suivi judiciaire, l'inscription aux différents registres, etc.

A. Morel, Paris : Il faudrait dépasser la discussion de la dépénalisation ou de la liberté au nom de la seule liberté, et trouver des mesures législatives à proposer pour soutenir les actions d'accompagnement éducatif qui sont entravées par le contrôle excessif.

A. Rigaud, Reims : La notion de mise en danger de soi-même a deux versants, l'atteinte corporelle et l'aliénation de l'esprit.

Le versant somatique est à préserver sans pénalisation, pour faciliter une politique de réduction des risques.

Le suicide n'est plus incriminé, mais les malades mentaux peuvent faire l'objet de contraintes de soins, avec abolition de leur liberté.

Les conduites addictives forment un continuum depuis l'usage simple jusqu'à la dépendance avec perte de la liberté et mise en danger de soi-même. S'il ne s'agit pas d'aliénation confirmée avec internement, on se trouve dans une situation de contrainte de soins. La solution à rechercher est à mi-chemin entre liberté, entière autonomie et aide à ceux qui la perdent, sans passer par l'incrimination.

CONCLUSION de Patrick Fouillard

Dans cette confrontation entre addictions et loi, la loi de 70 a montré qu'elle ne fonctionne pas. Elle affiche son incohérence et cependant résiste.

La dynamique associative est un atout pour permettre à notre responsabilité en tant qu'acteurs et citoyens à élaborer une meilleure coopération entre santé et droit.

La FFA est en position pour mettre en place un système de propositions à la mesure de l'enjeu que représente le devenir du paysage addictologique à l'horizon 2012.

Ce débat a été rendu possible grâce à la participation et au travail préparatoire d'intervenants de qualité, mais également au soutien financier de la DGS. Nous les en remercions.