

SOMMAIRE

Pages

**AVIS adopté par le Conseil économique et social
au cours de sa séance du 7 juillet 1999..... I - 1**

I	- LE CONSTAT : L'ÉTAT NE JOUE PAS, EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE, LE RÔLE D'INITIATEUR ET DE COORDONNATEUR DES POLITIQUES PUBLIQUES QUE L'ON EST EN DROIT D'ATTENDRE.....	4
A	- LES TOXICOMANES : UNE POPULATION MAL CONNUE, HÉTÉROGÈNE ET EN PLEINE MUTATION	4
B	- LES POLITIQUES PUBLIQUES : UNE ADAPTATION PARFOIS DIFFICILE AUX RÉALITÉS NOUVELLES	5
C	- LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : DES INITIATIVES ADAPTÉES AU CONTEXTE LOCAL, QUI GAGNERAIENT À ÊTRE MIEUX SOUTENUES ET COORDONNÉES	6
II	- LES PROPOSITIONS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL.....	7
A	- MIEUX CONNAÎTRE, MIEUX COMPRENDRE ET MIEUX SUIVRE LES ÉVOLUTIONS DU PHÉNOMÈNE DES TOXICOMANIES DANS NOTRE PAYS, POUR ÊTRE EN MESURE D'AGIR PLUS EFFICACEMENT	7
B	- ÉLABORER UNE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE PLUS LISIBLE ET MIEUX COORDONNÉE.....	8
	1. Modifier les statuts, les missions et le fonctionnement de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).....	9
	2. Promouvoir une réelle politique pénale d'incitation aux soins pour les toxicomanes sous main de justice.....	10
	3. Mettre en place, coordonner et animer une politique préventive cohérente relayée localement	10
C	- SUSCITER ET ANIMER UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE LOCALE DES PROBLÈMES LIÉS AUX TOXICOMANIES, EN CONCERTATION ÉTROITE AVEC LES ÉLUS ET LES ASSOCIATIONS	11
	1. Au niveau du quartier	11
	2. Au niveau de la commune.....	11
	3. Au niveau du département	12

4. Au niveau de la région.....	12
D - CORRIGER LES INÉGALITÉS RÉGIONALES, ET METTRE EN OEUVRE POUR LES RÉGIONS LES PLUS DÉMUNIES DES ACTIONS PRIORITAIRES	13
E - PRÉPARER LE PASSAGE DU SYSTÈME DE SOINS SPÉCIALISÉ POUR TOXICOMANES VERS LE SYSTÈME DE DROIT COMMUN	14
III - CONCLUSION	14
ANNEXE A L'AVIS.....	17
SCRUTIN.....	17
DÉCLARATIONS DES GROUPES.....	19

RAPPORT présenté au nom de la section du cadre de vie par Mme Sylvie Wiewiorka, rapporteurII - 1

INTRODUCTION.....	5
TITRE I - LA TOXICOMANIE : DES CONCEPTS, DES RÉALITÉS ET DES POLITIQUES PUBLIQUES EN PLEINE ÉVOLUTION	7
I - LES CONCEPTS ÉVOLUENT	9
1. Débats récents autour de la notion de drogue	9
2. Evolutions des concepts de la prévention : le Rapport Parquet	12
II - LA RÉALITÉ DE LA TOXICOMANIE CHANGE : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES	15
1. De la difficulté de fournir des données fiables	15
2. Evolutions épidémiologiques récentes.....	17
III - ASPECTS SOCIOLOGIQUES PARTICULIERS : LA QUESTION DU RAPPORT ENTRE DÉLINQUANCE ET TOXICOMANIE ; L'ÉCONOMIE SOUTERRAINE DE LA DROGUE DANS LES QUARTIERS.....	18
1. Toxicomanie et délinquance	18
2. L'économie souterraine de la drogue dans les quartiers	25
IV - LES POLITIQUES PUBLIQUES ÉVOLUENT ELLES AUSSI ..	29
1. La politique sanitaire a subi ces dernières années un complet changement	29
2. les politiques sociales en direction des toxicomanes se modifient elles aussi	31
3. Les stratégies répressives évoluent plus lentement	32
V - CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE	36

TITRE II - LE RÔLE DE L'ÉTAT	37
I - LA LÉGISLATION	39
1. Rappel des principes généraux de la loi de 1970.....	39
2. Conséquences de la loi de 1970 pour l'organisation sanitaire et sociale de la lutte contre la toxicomanie	40
3. Depuis 1978 (Rapport Pelletier), d'innombrables rapports ont critiqué telle ou telle disposition de la loi de 1970, sans que celle-ci ne soit modifiée de façon substantielle ni abrogée	41
II - LES POLITIQUES DE L'ÉTAT	47
1. L'interministérialité et la politique de la ville.....	48
2. Les chefs de projet toxicomanie	57
3. Le financement de la lutte contre la toxicomanie et l'évaluation de la dépense publique	58
III - CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	62
TITRE III - LES AUTRES ACTEURS	63
I - LES COLLECTIVITÉS LOCALES	65
1. Aspects généraux.....	65
2. Résultats de l'enquête menée auprès de 52 villes de plus de 50 000 habitants	66
3. Quelques exemples	71
4. La Martinique : une situation très préoccupante.....	80
II - LES ASSOCIATIONS.....	90
1. La première période : les associations pionnières de la prise en charge des toxicomanes.....	90
2. La deuxième période : diversification et fin du monopole des associations	92
3. Difficultés relevées par la Cour des comptes, liées au rôle prépondérant des associations dans la lutte contre la toxicomanie.....	94
4. Un cas particulier : l'association Charonne et l'affaire de la rue Beaurepaire	94
III - CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE.....	98
TITRE IV - EN EUROPE, DES POLITIQUES ET DES INITIATIVES DIVERSIFIÉES.....	99
I - QUELQUES ÉLÉMENTS DE COMPARAISON ENTRE LES LÉGISLATIONS DES DIFFÉRENTS PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE (UE)	101
II - L'ACTION COMMUNAUTAIRE	104
III - LA VILLE DE LIVERPOOL ET LE MERSEYSIDE.....	106
1. Quelques données socio-économiques	106

2. La politique nationale de lutte contre la toxicomanie au Royaume Uni	107
3. La politique locale à Liverpool dans le Merseyside	109
IV - TROIS VILLES D'EUROPE : BARCELONE, CHARLEROI ET FRANCFORT.....	111
1. La ville de Barcelone, en Espagne.....	111
2. La ville de Charleroi, en Belgique.....	113
3. La ville de Francfort sur le Main, en Allemagne	116
V - CONCLUSION DE LA QUATRIÈME PARTIE.....	118
CONCLUSION.....	121
ANNEXE.....	123
TABLE DES SIGLES	127
LISTE DES ILLUSTRATIONS	128

AVIS

**adopté par le Conseil économique et social
au cours de sa séance du 7 juillet 1999**

Au cours de sa réunion du 7 juillet 1998, le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section du Cadre de vie l'élaboration d'une étude portant sur « *les toxicomanes dans la cité* »¹. La section a désigné Mme Sylvie Wieviorka comme rapporteur. Par délibération en date du 8 juin 1999, le Bureau a décidé la transformation de cette étude en rapport et avis.

*
* *

Les toxicomanes ont fait leur apparition dans les villes françaises au début des années soixante-dix. Il s'agissait alors d'un phénomène marginal et relativement bien contrôlé, qui concernait au plus quelques milliers de personnes, dans un contexte social globalement favorable.

Aujourd'hui, on estime à environ 150 000 le nombre de toxicomanes dépendant de l'héroïne ou de la cocaïne, tandis que plusieurs millions de personnes déclarent avoir fumé du cannabis au moins une fois dans leur vie. C'est dire que le phénomène a changé d'ampleur, et donc de nature. Ces changements sont encore majorés par un contexte économique difficile, qui contribue à accroître l'exclusion ou la précarité de certains toxicomanes, tandis que l'apparition de nouvelles formes de toxicomanies (polytoxicomanies, consommation « festive » de drogues de synthèse telle que l'ecstasy) pose des problèmes sanitaires et sociaux inédits.

La présence durable et parfois ostensible dans certains quartiers de toxicomanes au comportement perturbateur est difficilement tolérée par les habitants. L'enrichissement par le trafic et le commerce des stupéfiants contribue à créer dans notre pays une véritable économie parallèle. Ceci concerne avant tout la grande criminalité organisée au plan international. Dans certains quartiers en difficulté s'est installée, au fil des années, une économie souterraine dont l'impact financier demeure difficile à apprécier, mais dont les effets en termes de perte des repères et des valeurs sont destructurants pour les personnes qui s'y engagent.

La politique française de lutte contre la toxicomanie apparaît souvent désarmée face à ces nouvelles réalités : trop centralisée et éloignée des problèmes concrets, prise dans des contradictions difficiles à dépasser entre les impératifs du soin et ceux de la répression, peinant à coordonner les multiples actions qui sont menées localement.

Elle n'est pas aujourd'hui en mesure de répondre à ces questions pourtant fondamentales : comment dissuader d'utiliser les drogues, sans pour autant renoncer à aider les toxicomanes ? Comment soutenir efficacement leur entourage, parents, voisins, habitants d'un même quartier ? A partir de quand la collectivité est-elle fondée à empêcher un individu de se détruire ?

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté à l'unanimité par 176 voix (voir résultat du scrutin en annexe).

Le Conseil économique et social a souhaité faire mieux connaître les évolutions récentes dans le domaine des toxicomanies ainsi que les initiatives prises par certaines collectivités territoriales confrontées au problème en France et en Europe. Il espère permettre par ses propositions que soit renforcé et clarifié le rôle de l'Etat, favoriser le développement d'actions locales plus innovantes et efficaces, et promouvoir, sans négliger de poursuivre avec opiniâtreté la lutte contre la toxicomanie par la prévention et la répression de l'offre de drogue, une approche plus humaine des toxicomanes dans la cité.

I - LE CONSTAT : L'ÉTAT NE JOUE PAS, EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE, LE RÔLE D'INITIATEUR ET DE COORDONNATEUR DES POLITIQUES PUBLIQUES QUE L'ON EST EN DROIT D'ATTENDRE

La loi du 31 décembre 1970 fait de la lutte contre la toxicomanie une compétence exclusive de l'Etat, qui n'a pas été remise en cause par les lois de décentralisation. Ceci implique qu'il puisse jouer pleinement son rôle d'incitateur et de coordonnateur des politiques publiques sans se défaire sur les collectivités territoriales de ses responsabilités en matière de soin et de répression.

Force est de constater qu'un certain nombre d'obstacles concourent à rendre difficile cette nécessaire action de l'Etat.

A - LES TOXICOMANES : UNE POPULATION MAL CONNUE, HÉTÉROGÈNE ET EN PLEINE MUTATION

« Combien y a-t-il de drogués en France ? est le type même de question à laquelle il est impossible d'apporter une réponse sérieuse » écrivait Monique Pelletier en janvier 1978 dans son rapport au Président de la République sur les problèmes de drogue. Si aujourd'hui nous avons fait quelques progrès, les données précises et fiables restent insuffisantes tant sur l'ampleur du phénomène que sur la nature des drogues consommées, les modes de consommation, les populations touchées, les facteurs de risques, les stratégies de prévention les plus efficaces.

Les politiques publiques sont élaborées sur un socle de connaissances incertain, et les risques d'erreur, par excès ou par défaut sont grands. Si, au plan national, il ne s'agit que de carences, on se doit de souligner que les collectivités territoriales ne disposent pas, sauf quelques rares et notables exceptions, des données locales qui pourraient leur permettre d'élaborer des politiques adaptées aux besoins et d'en mesurer l'impact.

Les toxicomanes constituent un ensemble mal défini et en tout état de cause hétérogène. Le débat est aujourd'hui ouvert pour savoir s'il faut considérer les personnes dépendantes de substances psychoactives licites (alcool, tabac) comme des toxicomanes. L'interrogation porte également sur les stratégies préventives : doit-on mettre l'accent sur l'interdit des drogues, ou bien tenter d'en promouvoir un usage « raisonnable » ? Les avis des experts ne sont pas unanimes, et tous ces sujets font encore aujourd'hui l'objet de débats passionnés, à travers lesquels il n'est pas simple de se faire une opinion.

Il existe de fortes disparités sur l'ensemble du territoire français, qui concernent l'ampleur des toxicomanies, la nature des substances utilisées, leur impact social, sanitaire et sur la sécurité publique. A cet égard, la situation de certains départements d'Outre-mer, comme la Martinique, ne saurait être comparée avec celle de la métropole, et requiert des mesures spécifiques.

Les toxicomanies évoluent. On assiste aujourd'hui en France à une relative désaffection des toxicomanes pour l'héroïne, tandis que la consommation des substances psychostimulantes est en augmentation. Les polytoxicomanies, associant le plus souvent de manière aléatoire substances illicites et substances licites (alcool et médicament) prennent de l'ampleur. Le dispositif français semble trop lent à percevoir ces évolutions, et peine à mettre rapidement en œuvre les changements nécessaires.

B - LES POLITIQUES PUBLIQUES : UNE ADAPTATION PARFOIS DIFFICILE AUX RÉALITÉS NOUVELLES

La politique sanitaire a, ces dernières années, subi un profond remaniement. L'épidémie de Sida qui a durement touché les toxicomanes a rendu indispensable un changement des objectifs et des modalités de leur prise en charge. Le début des années quatre-vingt-dix a vu le développement de la politique dite de « réduction des risques », qui admet que, si un usager de drogue ne peut ou ne veut pas renoncer à l'usage de drogue, on doit l'aider à réduire les risques qu'il cause à lui-même et aux autres. Aux côtés des traitements visant à l'abstinence, on a ainsi vu se développer la prescription de médicaments de substitution, l'accueil et l'hébergement d'urgence de toxicomanes toujours consommateurs de drogues, la distribution de matériel stérile d'injection ; on s'interroge aujourd'hui sur la pertinence de mettre en place des programmes de prescription d'héroïne.

Dans le même temps, les difficultés sociales des toxicomanes (insertion professionnelle, logement) ont dû être prises en compte, au même titre que celles des autres personnes en situation de précarité. L'anonymat et la gratuité des soins, qui ont pu au début des années soixante-dix inciter les toxicomanes à se soigner, sont devenus des obstacles à leur traitement et à leur insertion dans le cadre du droit commun.

Dès le vote de la loi de 1970, il était apparu préférable d'inciter les usagers de drogues à entrer dans le système sanitaire et social, plutôt que de les envoyer en prison. L'injonction thérapeutique devait être la voie qui permettrait à tous ceux qui voulaient se soigner d'échapper aux poursuites, aux côtés d'autres alternatives à l'incarcération (obligations de soin, mesures de libération conditionnelle). Dans les faits, en dépit de nombreuses circulaires émanant de la Chancellerie, ces différentes possibilités restent peu utilisées, et la répression des usagers de drogues ne fonctionne toujours pas comme une réelle incitation au soin. Les pratiques policières sont en décalage avec les préoccupations sanitaires et sociales des pouvoirs publics : plus de 80 % des interpellations réalisées en 1997 concernent des usagers de cannabis, et n'auront aucune suite judiciaire. Ce pourcentage est en augmentation régulière, tandis que le nombre des petits trafiquants arrêtés diminue.

La banalisation de l'usage du cannabis, le développement de l'usage récréatif de l'ecstasy, la recrudescence de l'alcoolisme des jeunes nécessitent, essentiellement en termes de prévention, des approches novatrices qui peinent à voir le jour.

La structure nationale de coordination de la politique en matière de lutte contre les drogues et la toxicomanie (aujourd'hui Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, MILDT) a pâti, depuis sa création en 1982, d'une instabilité chronique : remaniements nombreux, rattachements fluctuants et succession rapide des responsables. La MILDT doit composer, non sans peine, avec les impératifs souvent contradictoires du soin et de la répression au plus haut niveau. Elle s'est trouvée jusqu'à présent dans l'impossibilité, faute de cohérence et de stabilité, d'impulser une politique interministérielle lisible, de coordonner les actions au niveau local, national et international, et de promouvoir un langage commun pour l'ensemble des acteurs.

C - LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : DES INITIATIVES ADAPTÉES AU CONTEXTE LOCAL, QUI GAGNERAIENT À ÊTRE MIEUX SOUTENUES ET COORDONNÉES

Dans son rapport sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie (juillet 1998), la Cour des Comptes relève l'ambiguïté qui caractérise le partage des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales dans ce domaine : en matière de prévention, une circulaire de mars 1992 incite les structures de soins spécialisés à solliciter le concours financier des collectivités territoriales pour leurs actions de prévention ; l'aide médicale pour les toxicomanes comme pour les autres personnes à faible niveau de ressources est financée par les départements, alors qu'en théorie elle est du ressort de l'Etat.

De nombreuses collectivités territoriales, jugeant l'action de l'Etat insuffisamment efficace, se sont mobilisées pour définir les principes et les modalités de leur engagement dans la lutte contre la toxicomanie. Tandis que les régions demeurent en général peu impliquées, certains Conseils généraux ont, dans les départements les plus touchés, mis en place des missions spécialisées, chargées d'impulser et de coordonner des actions de prévention et de formation. De nombreuses communes se sont elles aussi engagées dans des politiques diverses, prévention primaire, réduction des risques, travail communautaire... Le plus souvent, c'est l'inquiétude des habitants confrontés au développement de la toxicomanie dans leur quartier, leur ville ou leur département et qui ont le sentiment que rien n'est fait, qui a été le moteur de la mobilisation des élus. Les services déconcentrés de l'Etat ne paraissent pas jouer un rôle suffisamment actif dans ces initiatives, tandis que les structures de concertation municipale, comme les Conseils communaux de prévention de la délinquance (CCPD) ou les Contrats locaux de sécurité (CLS), réunissant autour des élus l'ensemble des partenaires concernés, semblent plus offensives.

L'absence d'une coordination et d'une planification des besoins et des moyens au niveau départemental favorise le développement anarchique de structures parfois concurrentes, alors que certains départements restent notoirement sous-équipés.

L'Etat n'a pas toujours avec ses partenaires, qu'il s'agisse des collectivités territoriales ou des associations, des relations clairement régulées. Le manque de transparence et de concertation avec les acteurs locaux est préjudiciable, quand il s'agit par exemple d'implanter dans un quartier plutôt que dans un autre une structure d'accueil spécialisé.

La politique de l'Etat manque, d'une façon générale, de cohérence et de lisibilité, tant au niveau national qu'aux échelons locaux. Les initiatives des collectivités territoriales et des associations ne sont pas toujours convenablement soutenues, restent trop souvent mal coordonnées et planifiées, et leurs effets trop rarement évalués.

II - LES PROPOSITIONS DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

L'ensemble des pays développés est aujourd'hui concerné par les problèmes de toxicomanie. La France ne fait, en ce domaine, pas figure d'exception.

La loi de 1970 pénalise d'une façon graduée l'ensemble de la filière « drogue » des usagers simples aux producteurs sans distinction entre les différentes drogues, crée un système de soins spécialisés financé par l'Etat et offre la possibilité aux magistrats de renoncer aux poursuites pour les usagers de drogues qui acceptent de se soumettre à un traitement. L'Etat est officiellement seul en charge de la lutte contre la toxicomanie.

Depuis le vote de cette loi, beaucoup de choses ont changé dans notre pays. Les lois de décentralisation ont opéré une redistribution des pouvoirs et des responsabilités entre l'Etat et les collectivités territoriales. Le phénomène des toxicomanies s'est transformé, en ampleur et en nature, dans une société elle-même en pleine mutation. La conjonction de ces facteurs amène le Conseil économique et social à observer que le dispositif actuel doit évoluer.

A - MIEUX CONNAÎTRE, MIEUX COMPRENDRE ET MIEUX SUIVRE LES ÉVOLUTIONS DU PHÉNOMÈNE DES TOXICOMANIES DANS NOTRE PAYS, POUR ÊTRE EN MESURE D'AGIR PLUS EFFICACEMENT

La faiblesse des connaissances en matière d'épidémiologie des toxicomanies a été soulignée par de nombreux rapports depuis 1978 (rapport Pelletier). La France doit se doter des moyens nécessaires pour suivre régulièrement les évolutions des pratiques de consommation et repérer rapidement l'apparition des nouvelles drogues.

Une meilleure connaissance passe par des enquêtes et des études régulièrement répétées, seul moyen réel de suivre les évolutions année après année. Il paraît indispensable de disposer d'informations fiables concernant :

- la population générale, afin de connaître la prévalence des divers usages de drogues dans notre pays ;
- des populations cibles. Des études doivent être menées en direction des jeunes, en milieu scolaire et dans le cadre de la journée de préparation à la défense. Il faut également développer les recherches

en direction des toxicomanes eux-mêmes (modes de vie, usages des drogues, psychopathologie, facteurs de risques etc.) ;

- des régions particulières. On doit être en mesure d'extraire des enquêtes nationales les éléments qui concernent les régions, et de promouvoir des études spécifiques utiles à l'élaboration de politiques ciblées localement ;
- l'apparition de nouvelles drogues. Le développement des drogues de synthèse nécessite une surveillance régulière et aussi instantanée que possible de l'arrivée sur notre territoire de ces nouvelles substances. Un réseau-sentinelle devra être mis en place en coordination avec les autres pays de l'Union européenne ;
- le traitement des nouvelles formes de toxicomanie : polytoxicomanie, cocaïnomanie, consommation d'ecstasy ainsi que l'étude des facteurs individuels de vulnérabilité des personnes au regard de la toxicomanie. Des recherches cliniques, sociologiques et neuropharmacologiques doivent être entreprises dans ces différents domaines.
- l'économie souterraine de la drogue : ce phénomène inquiète d'autant plus qu'il est mal connu. L'impact de cette économie doit être étudié dans sa dimension financière réelle, sans méconnaître ses conséquences déstructurantes pour une société déjà fragilisée par un chômage endémique et qui voit ainsi remise en question la valeur du travail.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), groupement d'intérêt public (GIP) financé par la MILDT créé en 1994, est l'organisme chargé de rassembler en un lieu unique l'ensemble des données chiffrées disponibles sur les toxicomanies. Le rôle de cet organisme mérite d'être renforcé. En particulier, le dispositif d'enquêtes, d'études et de recherche, pour être efficace, devra être planifié sur plusieurs années et pérennisé. Ces travaux seront menés en concertation avec les autres pays de l'Union européenne, et répondront autant que possible à des standards communs.

B - ÉLABORER UNE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE PLUS LISIBLE ET MIEUX COORDONNÉE

L'action de l'Etat souffre, en matière de lutte contre la toxicomanie, de la contradiction entre les impératifs sanitaires et sociaux de l'aide aux toxicomanes et ceux de la répression liée à l'interdit de l'usage des drogues. Elle pâtit également du caractère passionné et irrationnel que prend le débat public dans notre pays dès qu'il s'agit de la question des drogues, amenant les gouvernements successifs à préférer l'évitement à l'affrontement. Des efforts peuvent toutefois être entrepris pour clarifier les intentions des pouvoirs publics et favoriser le passage des toxicomanes sous main de justice vers le soin et l'insertion sociale.

1. Modifier les statuts, les missions et le fonctionnement de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

La MILDT est la structure administrative chargée de coordonner l'ensemble de la politique de l'Etat en matière de drogues et de toxicomanie. Ses statuts, ses missions et son fonctionnement gagneraient à être reconsidérés et précisés.

a) Ses statuts devraient lui assurer stabilité et pérennité

Le caractère interministériel et étroitement dépendant du pouvoir politique constitue pour la MILDT un facteur d'instabilité chronique, qui pourrait être atténué par un statut différent, du type Agence. Une direction nommée pour plusieurs années (cinq ans par exemple) pourrait être assurée de la pérennité nécessaire à une action de longue durée et à son évaluation.

b) Ses missions pourraient être recentrées

La MILDT souffre de la confusion entre des objectifs politiques pas toujours clairement énoncés et les impératifs scientifiques et techniques de la lutte contre la toxicomanie. Les arbitrages entre les divers ministères concernés (près de vingt aujourd'hui) sont du ressort du Premier ministre. La MILDT doit devenir, en partenariat avec l'OFDT et des instances nationales en charge de la recherche (CNRS, INSERM), le pôle français de référence et d'aide à la décision politique en matière de lutte contre la toxicomanie. Sans souci d'exhaustivité, on peut énumérer ici quelques unes des missions importantes que la MILDT devrait être en mesure de remplir, et qui contribueraient à clarifier ainsi qu'à mieux faire connaître et comprendre les options françaises :

- En matière de prévention : élaboration de guides des bonnes pratiques, élaboration et diffusion de campagnes nationales, mise à disposition des acteurs de prévention de matériel scientifiquement validé. Dans une telle démarche, il est indispensable d'utiliser ce qui existe déjà : matériel élaboré, entre autres, par le Comité national olympique et sportif français (CNSOF) et le Comité français d'éducation à la santé (CFES).
- En matière de formation et de documentation : impulsion et coordination de missions départementales, en partenariat avec les Conseils généraux. A ce niveau, une instance consultative départementale de même composition que l'instance nationale recommandée ci-dessous trouverait tout à fait sa place.
- En matière d'aide à la décision : mise à disposition de chaque ministère des éléments scientifiques et techniques nécessaires à l'élaboration de leur stratégie propre en matière de lutte contre la toxicomanie.
- En matière d'évaluation : mise en place d'une structure d'évaluation comparative des résultats des politiques publiques, en concertation étroite avec les instances consultatives.

c) Son fonctionnement pourrait être modifié

La MILDT, pour exercer pleinement sa mission d'impulsion et de coordination des politiques locales et d'aide à la décision politique au niveau national devra se doter de deux structures consultatives :

- un conseil scientifique, composé d'experts dans les différentes disciplines concernées par la toxicomanie ;
- un conseil national consultatif devra être mis en place auprès de la MILDT, rassemblant les représentants des collectivités locales et des différents acteurs de la société civile, en particulier les associations familiales, sportives, de jeunesse et d'éducation populaire, les éducateurs, les bailleurs sociaux... Une attention particulière doit être portée à la détresse, mais aussi aux efforts de la cellule familiale qui se trouve bouleversée quand un de ses membres devient toxicomane.

2. Promouvoir une réelle politique pénale d'incitation aux soins pour les toxicomanes sous main de justice

En France comme dans toute l'Europe, chacun est convaincu qu'il conviendrait de favoriser au maximum le passage des toxicomanes sous main de justice vers les structures d'aide sanitaire et sociale. L'ensemble des études concernant les alternatives aux poursuites et à l'incarcération pour les toxicomanes montre que ces dispositifs, pourtant prévus par les textes, demeurent peu ou mal utilisés, alors qu'ils constituent le point d'équilibre de notre législation entre le soin et la répression. Des efforts importants doivent être entrepris pour que la finalité de la répression de l'usage des drogues devienne réellement l'incitation au soin de préférence à une dissuasion par la sanction qui n'a toujours pas fait ses preuves. Des moyens à la mesure des besoins devront être affectés en priorité à la mise en place dans les tribunaux d'instance, d'antennes chargées d'assurer l'articulation entre les services judiciaires et les divers services spécialisés d'aide aux toxicomanes.

3. Mettre en place, coordonner et animer une politique préventive cohérente relayée localement

La prévention reste en France le parent pauvre des politiques publiques. En matière de lutte contre la toxicomanie, elle n'est actuellement clairement définie ni dans ses objectifs, ni dans ses modalités, ni dans ses financements. Pour être utile, la prévention doit se mener en concertation étroite avec les structures et les associations au contact des jeunes, au premier rang desquelles on trouve l'Education nationale, les associations familiales, sportives et d'éducation populaire.

Les campagnes nationales menées sous l'égide de la MILDT devront faire l'objet de consultations préalables des associations au contact des jeunes et de leurs parents, afin d'en cibler au mieux les objectifs et les messages. Le conseil national créé auprès de la MILDT devra être sollicité dans ce sens. L'évaluation en termes d'impact et de résultat de ces campagnes devra être rendue publique.

Des messages de prévention devront être élaborés en commun par la MILDT et d'autres administrations concernées. A titre d'exemple, des

campagnes concernant les dangers du dopage pour les sportifs de tous âges et de tous niveaux et ses liens avec la toxicomanie pourraient être menées conjointement par la MILDT et le ministère de la jeunesse et des sports.

Le rôle des médias dans l'information sur les drogues ne doit pas être sous-estimé. S'il n'appartient pas à l'Etat de contrôler ou de censurer la presse, il ne lui est pas interdit de contribuer à une meilleure information des citoyens, en favorisant la diffusion de messages visant à mieux éclairer les jeunes et leurs familles sur les risques réels liés à la consommation des drogues.

C - SUSCITER ET ANIMER UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE LOCALE DES PROBLÈMES LIÉS AUX TOXICOMANIES, EN CONCERTATION ÉTROITE AVEC LES ÉLUS ET LES ASSOCIATIONS

L'Etat doit pouvoir jouer pleinement son rôle d'incitateur et de coordinateur des politiques locales, tout en assumant ses prérogatives, en matière de soin, d'éducation et de répression.

Les élus doivent, à tous niveaux, être étroitement associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions de l'Etat sur le territoire où ils ont compétence. Ils sont fortement sollicités par leurs électeurs, qu'il s'agisse de mieux aider les toxicomanes ou d'améliorer la sécurité dans les quartiers les plus concernés par la drogue.

Les associations jouent un rôle majeur, qu'il s'agisse de la prévention, du soin, de l'insertion sociale. Elles doivent pouvoir participer aux décisions dans tous les domaines où elles interviennent.

Toutes les ressources existantes de la politique contractuelle entre l'Etat, les collectivités territoriales et les associations doivent être mobilisées pour contribuer à une réelle impulsion de la lutte contre la toxicomanie sur l'ensemble du territoire.

1. Au niveau du quartier

Le projet de service public de quartier permet, dans le cadre de la politique de la ville, de coordonner l'ensemble des acteurs autour d'un objectif commun. Les quartiers les plus touchés par la drogue ne correspondent pas nécessairement à la géographie prioritaire de la politique de la ville. Toutefois, certains quartiers très touchés par les problèmes de drogues devraient pouvoir bénéficier de ce dispositif.

2. Au niveau de la commune

Les communes doivent pouvoir jouer tout leur rôle dans la lutte contre la toxicomanie et l'insécurité ainsi que dans l'assistance aux toxicomanes et à leurs familles. De nombreux projets sont cofinancés chaque année dans ce cadre par le ministère de la Ville et par les communes, en matière de prévention de la délinquance, de soutien aux associations, d'implication dans des programmes de réduction des risques, de points-écoute, d'insertion socioprofessionnelle. Le rôle central des élus doit être reconnu et soutenu : les CCPD rendent de grands services en matière de partenariat de l'ensemble des acteurs. Certaines difficultés qui semblent insurmontables au niveau national,

telles les contradictions entre les ministères sociaux et les ministères répressifs, se résolvent plus aisément au plan municipal, par la concertation entre les différents acteurs autour de situations concrètes. Le cadre des CLS doit pouvoir remplir la même fonction. Il convient de souligner que le niveau communal semble adéquat pour la concertation, trop souvent éloignée des habitudes françaises, entre les acteurs sanitaires et sociaux d'une part, et les magistrats et les policiers d'autre part. La mise à disposition par l'Etat de moyens supplémentaires pour les communes qui prendront clairement cette option sera une aide utile au nécessaire changement des mentalités dans notre pays.

3. Au niveau du département

La question du pilotage départemental des actions de lutte contre la toxicomanie est centrale. Ce pilotage est théoriquement assuré depuis 1996 par des chefs de projet toxicomanie nommés auprès des préfets. Dans la plupart des départements, les chefs de projet n'ont pas été en mesure d'assumer réellement leurs fonctions. Aucune planification des besoins n'est effectuée et les chefs de projet n'ont bien souvent aucune vue d'ensemble sur le dispositif départemental. Le pilotage départemental doit être repensé :

- dans les départements les plus concernés, une mission de lutte contre la toxicomanie pourrait utilement être créée par contrat entre l'Etat et le Conseil général. Cette mission aurait pour objet de promouvoir et de relayer les actions de prévention émanant de la MILDT, de mettre en place un centre départemental de documentation correspondant de celui de la MILDT, de proposer aux élus et aux acteurs départementaux et communaux des formations spécialisées, de favoriser la mise en œuvre des synergies nécessaires entre les communes du département, de mettre en place des actions de prévention adaptées au contexte local pour les jeunes et leurs parents. Cette mission pourrait servir d'appui au chef de projet, en particulier en relayant auprès de ce dernier les informations issues du terrain.
- les services déconcentrés de l'Etat devront être fermement incités à ne pas agir seuls : le financement des actions en matière de lutte contre la toxicomanie pourrait utilement être soumis à l'avis consultatif du chef de projet et de la mission départementale le cas échéant.

4. Au niveau de la région

Dans les régions les plus touchées, les contrats de plan Etat-Région en cours de préparation devraient être l'occasion d'une implication plus forte dans la lutte contre la toxicomanie, associant les départements. Ces contrats pourraient concerner en particulier la mise en place d'équipements lourds dans les régions qui en manquent (centres de soins, structures d'hébergement...), ainsi que des programmes de prévention.

D - CORRIGER LES INÉGALITÉS RÉGIONALES, ET METTRE EN OEUVRE POUR LES RÉGIONS LES PLUS DÉMUNIES DES ACTIONS PRIORITAIRES

Des disparités régionales criantes existent en matière de répartition de crédits d'Etat, ainsi que l'a souligné la Cour des Comptes dans son rapport de juillet 1998. L'égalité de traitement pour l'ensemble du territoire devra être rétablie, et la priorité donnée pour que les régions les plus touchées et les plus démunies rattrapent leur retard.

Il conviendra de dresser un inventaire aussi précis que possible des moyens existants sur l'ensemble du territoire, dans l'ensemble des domaines concernés (soin, aide sociale, insertion, formation, prévention, répression), de les comparer aux indicateurs de prévalence dont on dispose, afin de savoir avec une précision suffisante quelles sont les régions les plus défavorisées en matière de lutte contre la toxicomanie. La MILDT pourrait utilement piloter une telle étude.

Les régions identifiées comme prioritaires devront se voir proposer l'ensemble des mesures préconisées plus haut : contrat de plan Etat-Région favorisant l'implantation d'équipements lourds, mise en place de missions départementales, subventions dans le cadre de la politique de la ville, incitation à la mise en place de CLS incluant la lutte contre la toxicomanie, installation auprès des tribunaux d'antennes visant à favoriser l'accès aux soins des toxicomanes sous main de justice.

L'Outre-mer, et particulièrement les zones les plus touchées, devra faire l'objet d'une attention toute particulière. Outre les mesures générales préconisées ci-dessus, dont elle devra pouvoir bénéficier pleinement, il faudra tenir compte des spécificités de la toxicomanie dans ces territoires : passage fréquent du cannabis à la cocaïne et usage très dominant de cette dernière sous forme principalement de « crack », développement récent et rapide des toxicomanies (alors que le phénomène semble se stabiliser en métropole), absence quasi complète de possibilités d'insertion pour les toxicomanes en traitement, déstructuration familiale massive, importance des troubles du comportement liés à la nature psychostimulante des drogues utilisées, faible prévalence du tabac, difficulté de lutter contre le trafic du fait de l'insularité. Des programmes spécifiques de soin, d'aide sociale, de prévention et de lutte contre les trafics doivent être élaborés, en concertation avec les acteurs locaux. Un renforcement très important des moyens qui doivent, dans tous ces domaines, être désormais à la mesure de l'ampleur du phénomène constaté et impliquer tous les niveaux d'action dans le cadre d'une mobilisation collective, s'impose. C'est dans ce sens qu'une coordination des différents intervenants devra s'exercer de façon particulièrement vigilante. Les politiques à conduire devront reposer sur des fondements clairement définis et s'appuyer sur une connaissance la plus rigoureuse possible du phénomène, de son contexte, de ses évolutions et de son traitement. Ces politiques devront être assurées d'une nécessaire continuité.

Le mécanisme des contrats de plan constitue une modalité privilégiée pour traduire ces orientations, en même temps que l'expression attendue d'une forte volonté politique de combattre efficacement la toxicomanie telle qu'elle se développe Outre-Mer avec ses caractères aggravés qualitatifs et quantitatifs.

Le développement des CCPD et la signature des CLS demeurent également des priorités. Au regard de leur situation, certaines entités d'Outre-Mer devraient être traitées comme de véritables régions expérimentales.

E - PRÉPARER LE PASSAGE DU SYSTÈME DE SOINS SPÉCIALISÉ POUR TOXICOMANES VERS LE SYSTÈME DE DROIT COMMUN

L'anonymat et la gratuité des soins pour les toxicomanes figurent dans la loi de 1970 : le caractère délictueux de l'usage des drogues ne devait pas dissuader les toxicomanes de se soigner volontairement.

Aujourd'hui, ni l'anonymat, ni la gratuité des soins ne sont plus appliqués pour les dizaines de milliers de toxicomanes qui se voient prescrire des traitements de substitution : ils reçoivent des ordonnances nominatives, et leurs traitements sont pris en charge par la Sécurité sociale. Le Conseil économique et social considère que l'existence d'une filière de soins spécialisée, gratuite et entièrement financée par l'Etat, doit être reconsidérée. Dès lors que la Couverture maladie universelle sera mise en place, toutes les personnes en situation de précarité, y compris les toxicomanes, pourront se soigner correctement, quelles que soient leur pathologie et leur situation sociale.

Diverses précautions devront être prises, pour que ce passage ne pénalise ni les toxicomanes, ni les professionnels, souvent salariés d'associations spécialisées.

Si l'anonymat proposé aux toxicomanes dans le système de soins spécialisé doit disparaître, car il n'est plus guère utilisé et constitue un frein à l'insertion sociale, il faut garantir le plein respect de la confidentialité, dans le cadre de la loi et dans le respect des codes de déontologie des professions concernées. Un document officiel, rédigé sous la direction de la MILDT, en partenariat avec la Chancellerie, les Ordres, les syndicats professionnels ainsi que les associations d'usagers de drogues, pourra utilement préciser le cadre et les limites de cette nécessaire protection.

Une concertation devra se mettre en place dans les meilleurs délais, à l'initiative du ministère des Affaires sociales, afin de préparer le changement de statut des personnels du système de soins spécialisé et son financement par la CNAM.

III - CONCLUSION

Le Conseil économique et social a souhaité éviter les débats idéologiques qui stérilisent toute réflexion et freinent toute avancée dès lors qu'il s'agit des toxicomanes. Si aucune société ne peut rester passive face à la destruction physique, psychologique et sociale d'une partie de sa jeunesse par les drogues, la question des toxicomanies pose aux démocraties des problèmes qui ne sont pas simples à résoudre. La collectivité nationale ne pourra éternellement éluder ces questions, y compris dans leurs aspects les plus délicats : éthique individuelle et collective, pénalisation/dépénalisation de l'usage des drogues...

Aucune politique n'a à ce jour permis de répondre à l'ensemble des problèmes posés par les drogues aux sociétés contemporaines. Cependant, des

progrès sont possibles. C'est le sens des propositions du Conseil économique et social.

ANNEXE A L'AVIS

SCRUTIN

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants.....176

Ont voté pour.....176

Le Conseil économique et social a adopté.

Ont voté pour : 176

Groupe de l'agriculture - MM. Baligand, de Beaumesnil, de Benoist, Bros, Bué, Chardon, Compiègne, Coste, Ducroquet, Guyau, Kayser, Lapèze, Le Fur, Mangin, Mme Méhaignerie, MM. Rousseau, Stéfani.

Groupe de l'artisanat - MM. Arianer, Delmas, Gilles, Lardin, Millet, Piet, Teilleux, Vignon.

Groupe des associations - MM. Bastide, Coursin, Gevrey, Mmes Mengin, Mitrani.

Groupe de la CFDT - Mlle Andreux, Mme Azéma, MM. Bury, Capp, Carles, Delaby, Denizard, Mme Djukic, MM. Lobjeois, Lorthiois, Mennecier, Moussy, Ramphft, Rousseau-Joquet, Toulisse.

Groupe de la CFE-CGC - MM. Cazettes, Chapuis, Clapin, Mme Cumunel, MM. Insa, Walter.

Groupe de la CFTC - MM. Deleu, Faki, Gourmelon, Hédouin, Naulin, Weber.

Groupe de la CGT - MM. Andouard, Bonnet, Demons, Forette, Junker, Le Duigou, Masson, Moulin, Mme Rey.

Groupe de la CGT-FO - MM. Bouchet, Caillat, Gaillard, Gaudy, Gendre, Grandazzi, Mme Paulette Hofman, MM. Jayez, Lesueur, Mailly, Malley, Ordronneau, Roulet, Santune, Sohet, Valladon.

Groupe de la coopération - Mme Attar, MM. Ballé, Courtois, Ducrotté, Gautier, Gonnard, Marquet, Morel, Picard, Verdier.

Groupe des départements, des territoires et des collectivités territoriales à statut particulier d'outre-mer - MM. Briand, Dindar, Hmeun, Laventure.

Groupe des entreprises privées - MM. Brunet, Cerruti, Chesnaud, Clément, Dermagne, Domange, Flahault, Franck, Gauthier, Ghigonis, Gilson, Gorse, Kessler, Leenhardt, Michel, Périgot, Pinet, Rapeaud, Rebuffel, Scherrer, Séguy, Simond, Tardy, Veysset.

Groupe des entreprises publiques - MM. Bonnaud, David, Delaporte, Gadonneix, Hadas-Lebel, Jurgensen, Piazza-Alessandrini, Rouvillois.

Groupe de la FEN - MM. Andreau, Barbarant, Gualazzi, Oger.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement - MM. Courbey, Marlin, Ricout.

Groupe de la mutualité - MM. Baudiment, Chauvet, Ronat.

Groupe des personnalités qualifiées - MM. Beauchamp, Bêche, Mme Bergé, M. Bichat, Mmes Braun, Brunet-Lechenault, Cayet, MM. Chaton, Dechartre, Deleplace, Depaix, Désir, Mme Fossey, MM. Giscard d'Estaing, Haggai, Hintermann, Legrand, Lux, Mandinaud, Mekachera, Miot, Motroni, Schapira, Steg, Teulade.

Groupe des professions libérales - MM. Chambonnaud, Guy Robert, Salustro.

Groupe de l'UNAF - MM. Bichot, Billet, Bordereau, Boué, Brin, Burnel, de Crépy, Guimet, Mme Lebatard, M. Trimaglio.

DÉCLARATIONS DES GROUPES

Groupe de l'agriculture

La toxicomanie est devenue depuis deux décennies un véritable fléau qui touche tous les pays et toutes les populations. Elle se développe par de multiples voies et étend insidieusement ses ramifications au sein de l'ensemble de notre société jusque dans les zones les plus rurales. Personne, aujourd'hui, ne peut s'en croire à l'abri. Les villes comme les campagnes sont concernées par les terribles conséquences d'un usage excessif de psychotropes. Aucune catégorie sociale n'est épargnée, même si les jeunes et les familles en difficulté apparaissent surtout vulnérables face à l'extension de la toxicomanie.

Pour nous, la toxicomanie est la négation des droits de l'être humain et notamment de son droit au bonheur. Elle entraîne inéluctablement la destruction physique, psychologique et sociale des personnes et de leurs proches. Et, cela, on ne peut l'accepter.

C'est pourquoi, nous devons joindre nos efforts pour combattre ce fléau et le faire régresser. Nous devons particulièrement nous associer pour prendre en charge les toxicomanes désireux de se soigner et de retrouver une vie normale :

1.- Parce qu'il est plus aisé de prévenir que de guérir, l'accent doit encore et encore être mis sur la prévention. Les populations sensibles comme les jeunes, doivent par exemple être l'objet de véritables priorités de santé publique. Ils devraient être aidés et entourés à l'âge difficile où se construit la personnalité et au moment où l'individu forge sa place dans la société.

Mais, pour être efficace, la prévention doit s'inscrire dans la durée. Elle doit relever d'une action collective et globale, articulée autour des parents, premiers éducateurs des enfants, de l'école et des acteurs sociaux spécialisés. Les médias sont également très concernés, dont les images véhiculées ont une influence si forte sur les enfants.

Les jeunes doivent, avec notre aide, apprendre à dire : non !

2.- Les toxicomanes sont des malades et doivent être considérés ainsi. A cet égard, l'équilibre de notre législation entre le répressif et le thérapeutique devrait être l'objet d'une nouvelle réflexion afin de répondre de façon plus satisfaisante aux besoins des personnes. Des efforts importants doivent être entrepris pour que l'incitation aux soins prévale sur une dissuasion par la sanction qui n'a pas toujours fait ses preuves.

Les toxicomanes devraient plus systématiquement être dirigés vers des structures d'aide sanitaire et sociale et les alternatives aux poursuites pénales développées.

Les toxicomanes représentent des personnes et des familles qui souffrent et qu'il nous appartient d'aider car les conséquences sont humainement, socialement et moralement inacceptables.

Groupe de l'artisanat

Face à l'insécurité grandissante souvent liée aux comportements perturbateurs des toxicomanes, la tendance naturelle à la révolte de ceux qui en subissent les conséquences - les artisans n'en sont malheureusement pas exempts - prend naturellement le pas sur l'élan d'entraide ou de compréhension.

A ces sentiments contradictoires, s'ajoute aujourd'hui celui de l'impuissance à en maîtriser la cause dans la mesure où le commerce de stupéfiants dépasse le champ de notre territoire.

Conscient de la difficulté à traiter cet aspect de dimension internationale et de nature souterraine, le groupe de l'artisanat regrette que cet avis ne l'aborde que sous l'angle statistique et ne propose aucune réflexion au niveau européen voire mondial.

S'agissant de l'approche franco-française, l'ampleur du développement de la toxicomanie et son changement de nature surtout méritent effectivement de s'interroger sur le bien-fondé du dispositif en vigueur. Bien que partagé sur l'abandon de toute forme répressive, le groupe de l'artisanat accepte sa remise en cause dans ses formes actuelles et la priorité accordée dans l'avis à la prévention. Celle-ci doit passer effectivement par une meilleure appréhension du phénomène dans toutes ses dimensions sanitaires, sociales et d'ordre public, afin de définir les objectifs, les modalités et les financements de la politique de lutte contre la toxicomanie.

Compte tenu de la redistribution des pouvoirs et des responsabilités entre l'Etat et les collectivités locales, une véritable coordination des actions des différents niveaux de décision s'impose afin d'éviter le gaspillage des moyens et l'inefficacité des mesures.

Trop cantonné dans cette approche pragmatique du fonctionnement de nos institutions, certes nécessaire, l'avis aurait mérité d'être plus ambitieux dans la réponse aux nombreuses interrogations mentionnées dès le préambule, portant sur la dissuasion de l'usage des drogues, la protection des jeunes en milieu scolaire, l'amélioration de la sécurité dans la ville et plus particulièrement dans les quartiers difficiles.

Malgré ces remarques liées à la précipitation de la transformation de l'étude en avis, le groupe de l'artisanat tient à souligner sa satisfaction quant à l'importance accordée à l'information dès le plus jeune âge et notamment la suggestion de cibler au mieux les objectifs et les messages des campagnes nationales sur les risques réels liés à la consommation des drogues et surtout de rendre publique l'évaluation de leur impact et de leur résultat.

Bien que respectant le choix de cet avis d'écarter tout débat idéologique, le groupe de l'artisanat souhaite que dans le cadre d'une réflexion plus large au niveau international qu'il appelle de ses vœux, les médias soient associés à une revalorisation de l'image de la société et notamment à une redynamisation de la valeur travail indispensable à la réinsertion de toutes ces personnes en marge de notre système social.

Le groupe de l'artisanat a voté favorablement cet avis.

Groupe des associations

Pourquoi, comment devient-on toxicomane ? L'avis, face à ces interrogations, s'engage dans un constat précis sur la réalité de la présence durable de toxicomanes dans les villes.

Il évite les débats devenus idéologiques « pour ou contre la dépenalisation », sans pourtant esquiver la réalité du problème ainsi posé à la société. Ainsi : comment dissuader d'utiliser les drogues, sans pour autant renoncer à aider les toxicomanes ? Comment soutenir efficacement l'entourage ? A partir de quand la collectivité est-elle fondée à empêcher un individu à se détruire ? L'avis du Conseil économique et social ne répondra pas à toutes ces questions, mais nous savons que le préalable à tout débat, c'est de poser sagement les termes de la question. C'est la pertinence d'un tel choix qui permet de dégager des réponses. Des lors, attachons nous à l'avis que nous approuvons.

Le rôle de l'Etat : il doit jouer tout son rôle d'initiateur et de coordinateur des politiques publiques. L'avis souligne également les effets positifs des politiques départementales et communales de coordination là où elles ont été entreprises, tout en regrettant que de telles coordinations ne soient pas généralisées, d'où certains cas de développement anarchiques de structures parfois concurrentes. Nous ne pouvons qu'approuver lorsque l'avis rappelle que l'Etat n'a pas toujours établi de véritables relations partenariales, qu'il s'agisse des collectivités territoriales ou des associations, dont les initiatives sont trop rarement soutenues, souvent mal coordonnées et planifiées, et leurs effets trop peu évalués.

Le phénomène de la toxicomanie étant en constante évolution, l'avis souhaite, pour mieux en comprendre et suivre ces évolutions, que des enquêtes régulièrement répétées puissent apporter en permanence des connaissances en matière d'épidémiologie des toxicomanies. Dans le cas de jeunes, il est précisé que ces études doivent être menées en milieu scolaire et dans le cadre de la journée de préparation à la défense. Sur ce point, nous observons que dans l'état actuel, cette journée peut difficilement recevoir une nouvelle charge sauf si le contenu global de cette journée était modifié au bénéfice, pour partie, d'un bilan médical.

Le rapporteur a pris en compte nos observations sur la composition d'un conseil consultatif national placé auprès de la MILDT. Elle verrait aussi ses statuts, ses missions et son fonctionnement modifiés pour lui assurer une plus grande stabilité et pérennité. Nous souhaitons que le Conseil National Consultatif rassemble non seulement les collectivités locales, les bailleurs sociaux, les éducateurs, mais aussi les représentants des associations familiales, sportives, de jeunes et d'éducation populaire.

C'est pour une meilleure appréhension locale des problèmes liés aux toxicomanies que l'avis rappelle les prérogatives de l'Etat en matière de soins, d'éducation et de répression insistant sur la concertation étroite que l'Etat doit mener avec les élus et les associations tant au niveau du quartier, de la commune, du département et de la région. Cependant l'avis aurait encore gagné à être plus

détaillé sur l'école, lieu d'information, d'éducation et de prévention dans la cité, et sur la famille.

Sur l'école : le collège est le lieu le plus fragilisé, il importe donc que des postes de médecins scolaires et d'assistantes sociales scolaires formées à cet effet, soient multipliés. Sur la famille : elle est incontestablement un vecteur de prise en charge des jeunes usagers. C'est elle qui dans bien des cas, favorise l'accès aux soins. Cette prise en charge avec et par les familles comporte des aspects préventifs : sur les frères et soeurs non consommateurs de drogues, pour la réduction des risques par l'information et l'entourage... Il faut donc prendre en compte tous ces aspects, dans l'ensemble des dispositifs touchant à la toxicomanie.

Le groupe a voté l'avis.

Groupe de la CFDT

La CFDT apprécie que l'avis se soit efforcé de formuler des propositions concrètes immédiatement applicables. Ce choix de l'efficacité a conduit le Conseil économique et social à ne pas s'engager sur des questions telles le statut légal ou la dépénalisation. En effet, la grande diversité, sur ces questions, des analyses des experts, le caractère passionnel du débat public, les évaluations divergentes des expériences étrangères sont peu propices aux décisions mesurées et efficaces.

Au cours de ces dix dernières années, la toxicomanie a changé de nature et d'ampleur. Elle touche un nombre de plus en plus important de jeunes, de plus en plus tôt. Le comportement de certains toxicomanes, leur présence durable dans certains quartiers, la délinquance liée à la toxicomanie, posent de plus en plus de problèmes dans les zones dites sensibles. Ces seules raisons devraient conduire à réfléchir à la pertinence et à l'adaptation des dispositifs en place. Ainsi, la CMU, conquête sociale déterminante, devrait favoriser l'accès aux soins des toxicomanes et faciliter l'application de l'injonction thérapeutique. Celle-ci prévoit le passage des toxicomanes sous main de justice vers des structures d'aide sanitaire et sociale.

A juste titre, l'avis met l'accent sur le lien complexe entre drogue et délinquance, sur le problème de l'économie dite souterraine ou de substitution, tout en sachant se garder des excès nés d'une certaine exploitation médiatique. L'avis aide à prendre la mesure du pouvoir destructeur du développement de cette économie, qui génère des complicités, y compris familiales, et fragilisent davantage les structures sociales. Ces pratiques délictueuses sont défavorables à la sûreté, au développement économique, social et culturel : elles sont un handicap à la nécessaire mixité sociale.

La CFDT est d'accord avec le fait de reconnaître dans cette lutte un rôle essentiel à l'Etat, qui doit impulser les politiques publiques, les coordonner, à la fois sur le champ sanitaire et social et sur celui de la répression. L'Etat doit aussi faire davantage la place aux collectivités territoriales et aux associations, qui prennent de remarquables initiatives, particulièrement sur le champ de la prévention. La proposition visant à rendre plus opérationnel le niveau national en

transformant la mission interministérielle et en lui donnant le statut d'Agence reçoit donc l'appui de la CFDT, ainsi que celle prônant l'instauration d'antennes, dont l'objectif serait d'articuler dans les tribunaux d'instance, les services judiciaires et les services d'aide aux toxicomanes.

Par ailleurs, l'avis insiste sur le rôle des communes. La proximité facilite une approche globale et concrète, ce qui est souvent difficile au niveau national. Une action efficace devra donc nécessairement être coordonnée au niveau des agglomérations, avec un pilotage départemental assuré.

Pour toutes ces raisons, la CFDT a voté l'avis.

Groupe de la CFE-CGC

L'avis du Conseil économique et social permet d'avoir une meilleure connaissance du phénomène d'extension de la toxicomanie et contribue à ancrer le rôle de l'institution dans les réflexions des pouvoirs publics. L'analyse fine de l'évolution de la toxicomanie qui en est faite permet d'établir des parallèles avec l'avis du Conseil économique et social en 1989 relatif aux « problèmes posés par la toxicomanie ».

La toxicomanie a changé d'ampleur, et donc de nature. De nouvelles formes de toxicomanie sont apparues comme la polytoxicomanie et la consommation « festive » de drogues de synthèse telle l'ecstasy. Les problèmes sanitaires et sociaux de ces nouvelles drogues sont inédits tandis que le contexte économique difficile accroît l'exclusion ou la précarité de certains toxicomanes.

La politique française de lutte contre la toxicomanie apparaît souvent désarmée face aux nouvelles réalités et trop lente à mettre rapidement en oeuvre les changements nécessaires. Il est indispensable d'une part, de mieux appréhender les évolutions des pratiques de consommation afin de repérer rapidement l'apparition des nouvelles drogues et d'autre part, de mener des actions efficaces et modulées en fonction des populations visées.

A l'instar de ce qu'il avait déjà déclaré en 1989, le groupe de la CFE-CGC pense qu'il faut, d'une part, poursuivre avec opiniâtreté la lutte contre la toxicomanie par la prévention et la répression de l'offre de drogue et, d'autre part, promouvoir une approche plus humaine des toxicomanes dans la cité. Le groupe de la CFE-CGC a toujours mis l'accent sur la prévention bien que celle-ci reste en France le parent pauvre des politiques publiques. En matière de lutte contre la toxicomanie, elle n'est actuellement définie ni dans ses objectifs, ni dans ses modalités, ni dans ses financements. Il faut désormais mettre en place, coordonner et animer une politique préventive cohérente relayée localement.

Le groupe de la CFE-CGC adhère totalement à la proposition de l'avis de renforcer et clarifier le rôle de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Celle-ci a pâti, depuis sa création, d'une instabilité chronique et n'a pu, de ce fait, impulser une politique lisible. Pour assurer sa pérennité, ses statuts devraient la rendre indépendante du pouvoir politique et ses missions devraient être recentrées de façon à ce qu'elle devienne le pôle français de référence et d'aide à la décision politique en matière de lutte contre la toxicomanie.

L'anonymat et la gratuité des soins ne sont plus appliqués pour les dizaines de milliers de toxicomanes qui se voient prescrire des traitements de substitution. Par conséquent, le système de soins spécialisés, gratuit et entièrement financé par l'Etat doit disparaître. Mais, le groupe de la CFE-CGC réaffirme avec force le principe selon lequel la lutte contre la toxicomanie ne peut se départir du respect scrupuleux des libertés individuelles. Il faut donc garantir le plein respect de la confidentialité.

Le groupe regrette que dans la mesure où la consommation de drogue n'est pas totalement indépendante de l'offre, le rapport ne se soit pas davantage intéressé au problème de la vulgarisation de la toxicomanie.

Le groupe CFE-CGC a voté l'avis.

Groupe de la CFTC

La toxicomanie constitue un des grands fléaux de notre société. L'organisation très structurée du marché de la drogue à l'échelle mondiale atteint aujourd'hui tous les lieux et toutes les personnes, particulièrement les jeunes, cibles privilégiées des trafiquants.

L'avis approche la toxicomanie avec beaucoup d'intelligence. Sur un tel sujet qui suscite des débats passionnés, il a le mérite de tenir des propos mesurés et fermes à la fois, notamment lorsqu'il affirme la nécessité de mener simultanément une politique de soins et une politique de répression.

Nous constatons que dans son avis, le rapporteur a choisi de donner une priorité au traitement des conséquences des méfaits de la drogue sur la santé physique et morale des victimes de la toxicomanie et nous le comprenons. Cependant, une part trop faible concerne la recherche des causes et des moyens à mettre en oeuvre pour lutter contre un marché structuré et organisé qui engendre misère, délinquance, et favorise le développement de la criminalité, notamment dans les zones sensibles des grandes agglomérations et dans l'Outre-mer. Il est vrai que traiter les problèmes de la toxicomanie en amont aurait mérité à lui seul un rapport spécifique et que tel n'était pas l'objectif du présent rapport.

L'avis décrit bien l'essentiel des caractéristiques des évolutions de la toxicomanie (accroissement du nombre de toxicomanes, types de drogues utilisées...), lesquelles effectivement nécessitent de faire évoluer les politiques sanitaires et sociales. Les ravages de la toxicomanie sont considérables. Outre la dégradation physique, les toxicomanes sont entraînés dans un engrenage infernal qui plonge dans la détresse leur famille. Leur dépendance les conduit à recourir à toutes sortes de moyens pour se procurer de la drogue. L'endettement, la misère, l'isolement, le vol et les actes violents deviennent le lot quotidien dont il est difficile de sortir sans le soutien d'un dispositif d'accompagnement et d'écoute.

L'avis est assez sévère sur le rôle de l'Etat : absence de lisibilité de sa politique, manque de coordination de l'action des différents ministères, soutien insuffisant apporté aux actions des collectivités territoriales. Les propositions qu'il fait visant à renforcer son rôle d'impulsion et d'animation des politiques conduites par les élus sont tout à fait judicieuses.

Le groupe CFTC insiste sur le rôle important que jouent les associations de lutte contre la drogue et de réinsertion des toxicomanes. Il estime qu'il est essentiel de promouvoir les associations qui rendent acteurs de la lutte contre la drogue les anciens toxicomanes, à l'image des actions menées par les associations d'anciens alcooliques.

Le groupe CFTC aurait également souhaité que l'avis s'intéresse davantage aux difficultés que rencontrent les populations des quartiers où la drogue est très présente. Elles subissent des situations très pesantes et vivent dans un climat menaçant difficilement supportable. Une action orientée vers l'information et la protection des habitants et des familles des zones concernées nous apparaît également indispensable.

Le groupe CFTC a voté l'avis.

Groupe de la CGT

Réussir à synthétiser des approches et des discours aussi divers mais, surtout exprimer des idées nouvelles dont la pertinence et la force ont entraîné l'adhésion de la section du cadre de vie, constitue pour l'avenir de l'avis de notre Conseil des atouts indéniables.

Des questions d'ordre sociétal, ont cependant été relevées par le groupe de la CGT auxquelles il n'a pas été apporté de réponses dans l'avis. Certaines sont pourtant posées dès l'introduction de ce projet : « ... comment dissuader d'utiliser les drogues, sans pour autant renoncer à aider les toxicomanes ? Comment soutenir efficacement leur entourage, parents, voisins, habitants d'un même quartier ? A partir de quand la collectivité est-elle fondée à empêcher un individu de se détruire ? ... ». Plus largement, les questions de dépénalisation/pénalisation, de définitions nouvelles des drogues (alcool, tabac, ...) ont été évacuées des travaux de la section ; elles sont pourtant au centre des préoccupations des Français et notre société ne pourra pas éternellement renoncer à y répondre. Cette problématique dépasse probablement très largement les compétences de notre assemblée et c'est pour cela que, tacitement ou explicitement, la section ne l'a pas abordée. Le groupe de la CGT estime cependant que le projet d'avis devrait comporter une interpellation dans ce sens et c'est pourquoi il a déposé un amendement sur ce sujet.

Une deuxième interrogation se pose quant à l'adéquation de l'avis avec le texte de la saisine tel que retenu par le Bureau de notre Conseil en juillet dernier. Il semble au groupe de la CGT que la section n'a pas su réaliser complètement l'ambition affichée implicitement « d'analyser pleinement la dimension urbaine » du sujet, notamment dans les « quartiers sensibles » évoqués dans la saisine.

Ce manque d'approfondissement de ces aspects ne nuit pas à l'intérêt du rapport ni à la cohérence des propositions contenues dans l'avis. Mais le groupe de la CGT regrette que certaines pistes n'aient pas été plus exploitées, certaines propositions plus approfondies, et que l'on en soit resté parfois au simple constat comme : « les quartiers les plus touchés par la drogue ne correspondent pas nécessairement à la géographie prioritaire de la politique de la ville » voire au

voeu pieu tel : « toutefois, certains quartiers très touchés par les problèmes de drogue devraient pouvoir bénéficier de ce dispositif ».

Cela étant dit il n'en reste pas moins que la lecture générale de l'avis faite par le groupe de la CGT reste positive même si on peut regretter que l'avis ne soit pas à la hauteur de ce que promettait le rapport. Le constat est novateur, les propositions sont de nature, si leur philosophie est concrétisée, à faire évoluer favorablement cet épineux dossier ; c'est pourquoi le groupe de la CGT votera positivement l'avis.

Groupe de la CGT-FO

Il est souhaitable que l'avis recueille l'écho qu'il mérite tant la toxicomanie représente un fléau en termes de santé et d'ordre public pour les individus, pour leur famille et pour la société toute entière. Les travaux de la section du cadre de vie ont permis de constater une approche souvent différente voire opposée entre ceux qui sont chargés de la prévention et les autorités responsables de la sécurité publique. C'est, notamment, le cas concernant la dépénalisation de l'usage des drogues dites douces, en particulier le cannabis. A ce sujet, les statistiques font apparaître des tendances en augmentation malheureusement très lourdes. Pour notre part, nous pensons qu'il est contestable, sinon dangereux, de mettre au même niveau l'usage des drogues dites douces avec celui de l'alcool et du tabac. Ce serait, selon nous, banaliser un usage qui peut constituer une étape vers celui de drogues plus dangereuses. Le constat d'infraction peut s'avérer être un clignotant déclenchant l'alerte des intervenants dans le domaine de la prévention, du traitement et permettent de remonter les filières.

Outre un problème de santé publique, la toxicomanie représente un cortège de délinquance, de violence, d'insécurité et un drame permanent pour beaucoup de familles dont un ou plusieurs des membres sont devenus dépendants. Au demeurant, nous n'avons garde d'oublier que l'usager, même s'il est le dernier maillon d'une chaîne, est aussi victime des dysfonctionnements de la société avec ses difficultés sociales, l'éclatement des cellules familiales, l'explosion du chômage et l'existence de zones de non-droit. Les travaux du rapporteur ont, à cet égard, permis de mettre en évidence le rôle qu'ont eu les associations pour compenser le peu de réactivité de l'Etat par rapport à la forte émergence du phénomène dans les années 70. En outre, face à une insuffisance de moyens, il est vrai que de nombreuses collectivités territoriales ont dû prendre ce problème à bras le corps pour tenter de le résorber (l'exemple bien connu du département du Nord en constitue une illustration). Par conséquent, nous approuvons l'idée d'instauration d'un plan d'urgence avec des moyens adaptés.

De tout temps, notre organisation syndicale a défendu le principe républicain d'égalité des citoyens. C'est d'autant plus essentiel dans le domaine de la santé où l'Etat doit pleinement jouer son rôle dans tous les endroits du territoire français.

Le groupe FO a voté le projet d'avis.

Groupe de la coopération

Le groupe de la coopération souligne l'intérêt de l'avis qui montre notamment que la dimension sanitaire de la toxicomanie n'est pas la seule à prendre en compte, le poids de l'économie, de la géopolitique et de la culture restant prédominant. Au-delà de la technicité de ces problèmes, un constat subsiste, le texte de référence, la loi de 1970, n'a pas changé. Ainsi, la loi n'opère aucune distinction entre les drogues dures même si l'utilisateur n'est pas soumis à la répression comme le fabricant (la jurisprudence en atteste), la réalité a rendu la loi obsolète sur bien des aspects. Le groupe de la coopération émet le vœu qu'elle soit modifiée.

Le marché de la drogue repose sur des mécanismes économiques, qu'il faudrait faire évoluer. La matière première étant de faible valeur, les profits de ce commerce ont essentiellement pour origine le régime de prohibition et d'interdiction imposé par la loi.

La délinquance étant liée à l'acquisition rapide de sommes importantes, l'organisation d'un mécanisme favorisant la chute des prix, en particulier dans le domaine des drogues douces, serait un moyen d'affaiblir et de réduire la délinquance.

Dans une société où le chômage est devenu important, où les inégalités se sont développées et où les écarts de revenus sont très forts, la consommation des drogues s'est étendue à l'ensemble de la société. Le groupe de la coopération pense qu'il faut considérer les usagers de drogues en situation de dépendance comme des personnes en difficulté temporaire qui doivent être aidées pour un retour à la vie normale, c'est-à-dire une vie économiquement et socialement autonome.

Il faut que le législateur revoie les conceptions qui ont inspiré la loi actuelle pour intégrer l'utilisateur de drogue dans la cité, tout en maintenant la répression du trafic.

La politique de la ville, à condition qu'elle soit concentrée sur les quartiers à problèmes, est une partie essentielle de toute action collective contre la drogue. Au-delà des interventions nécessaires sur les équipements et les travaux, elle doit se consacrer à renforcer les acteurs locaux, au premier rang desquels on trouve les municipalités mais aussi les organismes d'HLM. Elle doit aussi se traduire par une évolution des métiers de gestionnaire urbain et de gestionnaire immobilier vers des métiers de gestion de populations et de gestion d'activités.

Groupe des Départements, Territoires et Collectivités à statut particulier d'Outre-mer

La très sensible et difficile question des « *Toxicomanes dans la Cité* », dernier sujet discuté dans la présente mandature, souligne la pertinence de la décision du législateur d'accorder une place particulière à l'Outre-mer au sein de cette assemblée. L'Outre-mer est, en effet, le seul espace de la République à bénéficier ici d'une représentation territoriale, ce qui nous amène à nous

prononcer sur le projet d'avis, aussi bien au niveau du débat national que par rapport à nos réalités particulières d'Outre-mer.

Au plan général, le projet se met à l'abri du risque du débat idéologique et privilégie l'approche pragmatique, les mesures concrètes peut-être trop prioritairement instrumentales.

Nous aurions aimé y trouver l'affirmation de l'impératif d'un combat résolu contre la toxicomanie même si, évidemment l'approche des toxicomanes doit s'organiser avec la compréhension due aux personnes. Attention au risque que nous pourrions donner à penser qu'il serait possible de s'accommoder de la toxicomanie comme d'une fatalité.

Nous aurions aussi apprécié que soient privilégiés les principes de proximité, partenariat, synergie et continuité dans cet indispensable combat contre la toxicomanie. Les déclarations du Ministre présentant ici les décisions arrêtées le 16 juin laissent heureusement espérer que ces orientations essentielles sont ou seront prises en compte. Il conviendra, bien sûr, d'y veiller.

Mais, au-delà, il y a l'insupportable gravité de la toxicomanie Outre-mer où ses différences de nature et de degré appellent des réponses plus lourdes, plus massives, plus diverses et réellement efficaces.

Rappelons en effet que ces différences portent notamment sur :

- la nature des substances (très prioritairement le « crack ») ;
- les effets sociaux et sociologiques ;
- la croissance tout à fait inquiétante constatée Outre-mer alors que le phénomène est en régression en métropole ;
- l'absence de certitude thérapeutique pour les consommateurs de « crack » ;
- l'environnement géographique très gravement corrosif des Caraïbes et de l'Amérique centrale ;
- un contexte social où le taux de chômage est en moyenne de 30 %.

Ces différences constatées par le rapporteur lui-même et le Président de la section venus au contact des réalités en Martinique, appellent irrésistiblement une prise de position forte au Conseil économique et social comme un signal puissant à l'intention des pouvoirs publics et d'abord de l'Etat, aussi bien que de tous les acteurs concernés et notamment ces multiples structures, associations, organismes locaux, personnes ressources qui s'investissent si admirablement souvent avec des moyens largement insuffisants. Un changement est urgent dans la prise de conscience et la mise en oeuvre de véritables réponses appropriées à une situation indiscutablement d'alerte.

C'est le sens des amendements raisonnables et mesurés, mais essentiels, que nous avons soumis à la sagesse de notre assemblée. Rappelons nous que c'est de traiter de manière identique des situations différentes que vient la discrimination.

Groupe des entreprises publiques

Le projet d'avis qui nous est soumis est important, non seulement en raison de l'importance du phénomène de la toxicomanie à l'intérieur de nos cités, mais aussi parce que les propositions qui nous sont présentées peuvent contribuer, si elles sont suivies d'effet, à renforcer l'efficacité de la lutte contre ce fléau social.

Le groupe des entreprises publiques souscrit à l'orientation générale du projet d'avis concernant le rôle qui revient à l'Etat dans la lutte contre la toxicomanie, à savoir un rôle central mais non exclusif. Or, faute pour l'Etat de jouer pleinement ce rôle, les élus locaux, municipaux, départementaux ou régionaux ou encore les associations ont été souvent conduits à se substituer à lui. Il faut donc comme le propose le rapporteur mieux clarifier le rôle de l'Etat qui doit assumer ses prérogatives propres en matière d'éducation, de répression et de soins et par ailleurs coordonner les initiatives émanant des élus locaux aux divers niveaux, notamment par un renforcement des procédures contractuelles.

Nous approuvons également la proposition sur le renforcement et la pérennisation de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Le groupe des entreprises publiques votera le projet d'avis.

Groupe de la FEN

Certains des maux qui frappent notre société ne peuvent être valablement traités que si on les sort du débat strictement idéologique.

Il en est ainsi pour les politiques de lutte contre la toxicomanie qui souffrent d'être aujourd'hui encore écartelées entre « prohibitionnistes » et « abolitionnistes ».

L'avis a le mérite de donner la priorité à une démarche réaliste et pragmatique, partant du constat que la gravité de la situation est telle que l'urgence est à l'action, au renforcement de l'efficacité des institutions et des procédures et à la mobilisation de tous les acteurs, plutôt qu'au débat idéologique avec les déchirements et exclusions qu'il induit.

Le problème des toxicomanes dans la cité touche les toxicomanes eux-mêmes, qu'il faut aider à sortir de leur dérive, donc traiter sans exclure. Il touche leurs proches, souvent désorientés et démunis, qui ont besoin de notre solidarité active. Il concerne aussi la population, dont la tentation naturelle est de se protéger contre ce qu'elle perçoit comme un danger : danger d'agression contre les personnes et contre les biens, risque de contagion touchant nos proches et en particulier nos enfants, risque d'étiollement voire de basculement des valeurs morales et notamment celles liées au travail.

On est au cœur de la vie en société, au cœur même du contrat social et tout doit être mis en œuvre pour que les liens unissant nos concitoyens et permettant la vie en commun, la vie dans la cité, ne se délitent pas. Aussi toute démarche, toute action, pouvant aboutir à des rejets, des exclusions, des frustrations doivent-elles être résolument écartées.

L'avis propose un renforcement des différents dispositifs institutionnels, mettant davantage en synergie les nombreux acteurs concernés : on ne peut qu'approuver, de même que l'idée de banaliser la prise en charge sanitaire des toxicomanes (et donc leur pathologie). Toutes les mesures qu'il propose sont cohérentes et vont dans la bonne direction.

Par contre, l'avis ne répond pas vraiment à certains des problèmes de société qui nous sont posés. En particulier, il reste silencieux sur les réponses à apporter à des questions posées dans son introduction : comment dissuader d'utiliser les drogues, sans pour autant renoncer à aider les toxicomanes ? Comment soutenir efficacement leur entourage, parents, voisins, habitants d'un même quartier ? Comment améliorer la qualité de vie dans les quartiers lourdement touchés ? A partir de quand la collectivité est-elle fondée à empêcher un individu de se détruire ? De même, aurait-on pu porter un regard particulier sur la drogue en milieu scolaire. Faute de pistes dégagées sur ces différents points, peut-être parce que le temps a manqué entre l'adoption de l'excellente étude sur laquelle est venu s'appuyer l'avis et la présentation de celui-ci, le ton peut apparaître empreint d'un fatalisme qui ne saurait être de mise dans ce domaine et qui ne reflète pas l'orientation donnée aux travaux de notre assemblée. A tout le moins, le travail réflexif méritera d'être poursuivi.

Cependant, parce qu'il faut agir sans retard et parce qu'une meilleure lisibilité s'impose dans la recherche d'une plus grande efficacité, il est important que les propositions développées dans l'avis soient retenues et mises en œuvre.

Le groupe FEN et le représentant de la FGSOA ont donc approuvé l'avis.

Groupe de la mutualité

Longtemps occultés par des considérations - qui restent fondamentales - de morale et de philosophie sociale, les phénomènes de toxicomanies se sont développés avec une telle force dans les sociétés modernes, qu'ils menacent la santé d'une partie grandissante des populations jusqu'à toucher la cohésion du corps social et à amplifier les fractures de toute nature. Le groupe de la mutualité apprécie donc d'autant plus les orientations présentées par cet avis qu'il ne s'agit pas d'une révolution ou d'une évaluation à partir d'appréciations idéologiques. L'avis s'efforce seulement d'apporter des réponses qui conduisent à une politique de santé publique visant toutes les toxicomanies qui détruisent physiquement, psychiquement et socialement, une frange de plus en plus nombreuse de la population.

Devenues un problème d'urgence nationale, les toxicomanies évoluent très rapidement dans leur nature, leur répartition, leur ampleur. C'est la raison pour laquelle l'avis insiste avec justesse sur la nécessité urgente de mieux comprendre les évolutions des phénomènes liés aux toxicomanies. Il est donc prioritaire de rassembler l'ensemble des informations issues d'organismes multiples, de les croiser pour en faire la synthèse. C'est ce que fait l'Observatoire français des drogues et le groupe de la mutualité approuve la nécessité de le renforcer. Il note par ailleurs qu'une évolution dans ce sens est en cours, avec la création récente d'un « système d'identification nationale des toxiques et substances », et d'un

« Observatoire des tendances récentes de l'usage des drogues ». La création d'un Conseil consultatif auprès de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie que propose l'avis, où les mouvements associatif et mutualiste concernés par les problèmes de la Santé y auraient toute leur place, viendrait heureusement compléter un dispositif où la participation de tous est une condition essentielle de succès.

Les propositions de l'avis conduisent, plus encore que dans le rapport, à la mise en oeuvre d'une politique préventive qui reçoit le soutien de la mutualité. Le groupe de la mutualité approuve donc cet avis sur les toxicomanies, en regrettant cependant qu'il n'ait pu intégrer dans son constat, les toutes récentes décisions prises par le gouvernement sur ce problème, et notamment un plan triennal élaboré par le Comité interministériel *ad hoc*, qui vise à pérenniser et à mettre en place une politique préventive cohérente, ce qui répond, en partie au moins, aux propositions de l'avis. Il regrette également qu'en ne décrivant pas les différents types de toxicomanies, le Conseil économique et social se soit affranchi d'un débat pour prendre parti sur la toxicomanie par l'alcool, de plus en plus reconnue comme fléau national.

L'ampleur de ce phénomène fait apparaître que, malgré toutes les institutions qui agissent dans le secteur de la protection sociale, la France n'a encore pu faire face à ce défi de santé publique. Les propositions de cet avis pourraient contribuer à la mise en place d'une politique globale de santé publique, articulée avec tous les acteurs de l'assurance maladie, qui permette de progresser dans les procédures nationales, régionales et locales de prévention et d'épidémiologie pour mieux maîtriser l'ensemble de la santé publique. La prévention et la lutte contre les toxicomanies pourraient ainsi prendre toute leur place dans une telle politique qu'il revient à l'Etat d'impulser, de coordonner, d'en assurer le suivi et d'en contrôler les applications sur le terrain. Le groupe de la mutualité approuve cependant l'avis qui met en évidence l'actuelle inadaptation des politiques de l'Etat, par rapport à une décentralisation particulièrement nécessaire dans cette matière.

Le groupe de la mutualité a voté positivement.

Groupe des personnalités qualifiées

M. Schapira : « Ce rapport concerne un problème de société dont les pouvoirs publics n'ont pris conscience que tardivement. Le rapporteur a eu l'audace de le traiter et je l'en remercie »

Les élus et les professions de santé côtoient tous les jours les problèmes de la toxicomanie. La situation, de par son ampleur, est préoccupante.

Dans un tel contexte l'information est primordiale. Informer signifie, aussi, anticiper l'évolution des modes de consommation. A cet égard, l'observatoire des drogues et des toxicomanies doit jouer pleinement son rôle.

Il convient également de privilégier la communication préventive qui, pour être efficace, doit être conçue en concertation avec les associations qui sont en contact avec les jeunes. Des campagnes doivent être définies en partenariat avec les ministères concernés, les élus et les collectivités territoriales en utilisant les

grands médias et en recourant à des images qui marquent comme cela a été fait pour la prévention routière.

Il faut faire davantage, aussi, pour réprimer le trafic et commencer par mieux coordonner les services répressifs, qu'ils soient nationaux ou internationaux. Une question de principe doit également être posée sur l'évaluation de l'efficacité des interpellations.

Il convient enfin de mieux prendre en charge les usagers. Des programmes d'accompagnement doivent être définis et appliqués, et la continuité des soins doit être assurée pendant les gardes à vue. Il faut, dans le même temps, lutter contre les dépendances et donc, aussi, contre l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psycho-actifs.

Le rapporteur a abordé tous ces sujets importants de manière ouverte, y compris ceux à propos desquels les experts hésitent. D'autres rapports sur ce sujet devront être élaborés, certaines questions comme la "dépénalisation" devront être clairement posées car nous sommes dans un domaine où les évolutions sont rapides.

Je voterai pour ce projet d'avis qui contient des propositions judicieuses et innovantes ».

Groupe des professions libérales

Le groupe des professions libérales salue le travail positif de madame le rapporteur et approuve les propositions qu'il comporte.

Il souhaite simplement ajouter que cet avis pose, une nouvelle fois, une question importante sur la nature des travaux de notre assemblée. La recherche d'un consensus est considérée, légitimement comme impérative. Mais cette recherche ne risque-t-elle de conduire à éluder les problèmes de fond pour éviter des confrontations difficiles à résoudre. Ainsi en est-il, en la circonstance, sur deux plans :

Tout d'abord, le problème des drogues douces et de leur dépénalisation. Alors qu'à nos frontières, l'attitude d'un voisin européen est diamétralement opposée à la nôtre, ne devrions-nous pas, ou réviser notre position législative actuelle, ou la confirmer pour essayer de convaincre avec le plus de force le ou les pays divergents, et tenter une harmonisation européenne. Ceci d'autant plus que cette disparité peut altérer quelque peu l'efficacité des accords de Schengen.

D'autre part, le problème est plus vaste, et sans doute fondamental : une démocratie a-t-elle le droit d'empêcher l'individu de vivre comme il le veut tant que la sécurité publique n'est pas atteinte ? Est-ce que la drogue, qui est certainement un fléau, conduit inévitablement à la délinquance et à la criminalité de droit commun ? Est-ce que l'homme ne doit pas bénéficier de son libre-arbitre ? La drogue n'a-t-elle pas provoqué quelques créations artistiques et ne peut-elle être un élément de bonheur ? L'homme n'a-t-il pas le droit de choisir, même s'il sait qu'il se détruit, une vie parsemée d'exaltation fut-elle courte, plutôt qu'une vie qu'il estime à tort ou à raison terne et insipide.

Nous concevons tout à fait que vous ayez préféré laisser ces questions de côté. Mais il nous semble qu'il était nécessaire de poursuivre la réflexion que vous avez ouverte.

Enfin, qu'il me soit permis de souligner le rôle important des professions libérales dans l'aide apportée aux toxicomanes pour les amener à se détacher de la dépendance : les professions de santé, les médecins, tout particulièrement les pharmaciens, et aussi le barreau, et notamment les jeunes avocats, qui, individuellement et dans la discrétion, participent à cette action de soutien et de solidarité.

Le groupe des professions libérales votera donc le projet d'avis.

Groupe de l'UNAF

L'avis soumis à l'examen de notre assemblée traduit une préoccupation première : celle de s'adresser à des personnes toxicomanes et non à des toxicomanies et le souci de ne pas rejeter les usagers de drogues hors de nos villes ou hors de nos regards. Il s'agit d'un problème difficile ayant des causes complexes et des conséquences allant bien au-delà du toxicomane, à commencer pour sa famille. Ce fléau touche en priorité les jeunes, dans leur santé et leurs relations, mais aussi dans leur rapport à la société tout entière, société fragilisée par un chômage important.

Plutôt que de se lancer dans des débats idéologiques qui risquaient d'être stériles, l'avis, après un constat lucide de la situation, fait des propositions concrètes que l'UNAF partage. Une question de fond est posée : si vouloir changer la lettre de la loi de 1970 ne saurait constituer une priorité et si la légalisation de l'usage de certaines drogues, comme la levée de l'interdit qui en résulterait, ne sont pas envisageables, ne faut-il pas tendre à clarifier les objectifs et les mécanismes de cette loi, afin de favoriser le passage des toxicomanes sous mains de justice vers les soins et l'insertion sociale ? Cette alternative aux poursuites et à l'incarcération recueille l'adhésion de l'UNAF. De même, il faut insister sur l'importance de la prévention qui doit concerner la puissance publique, et singulièrement l'Education nationale, toutes deux ayant un rôle spécifique à jouer. Par ailleurs, la responsabilité de ceux qui sont cités en exemple, en particulier les sportifs de haut niveau, est engagée.

Pour l'UNAF, la prévention doit viser toutes les drogues, y compris celles qui sont licites comme l'alcool et le tabac, tout en veillant à adapter les actions de prévention aux diverses drogues concernées, afin de ne pas les banaliser et, par là, en diluer l'impact. L'UNAF souhaite que soient bien prises en compte les modifications proposées pour une meilleure efficacité de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, afin de renforcer son autonomie et d'en faire un véritable partenaire des collectivités territoriales et des structures locales, ce qui lui permettrait d'acquérir la crédibilité souhaitée.

Les familles sont directement concernées par le fléau de la drogue. L'UNAF apprécie que les associations familiales figurent au premier rang des acteurs de terrain qui conduisent des actions spécialisées ou généralistes. Leur rôle peu spectaculaire sans doute, mais irremplaçable, doit être encouragé dans la

durée, y compris dans le cadre des réseaux d'accompagnement à la parentalité qui se mettent en place avec le concours de la Délégation interministérielle à la famille. Afin qu'elles soient associées aux prises de décision dans tous les domaines où elles interviennent, l'Union nationale et les Unions départementales d'associations familiales, en se référant à leur mission institutionnelle, devraient être membres de droit des organismes compétents, en particulier du Conseil national consultatif placé auprès de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Les hasards du calendrier font que la conférence de la Famille qui se tient aujourd'hui verra la participation de l'UNAF à l'élaboration d'une authentique politique familiale, à l'édifice de laquelle cet avis a apporté une pierre.

RAPPORT

**présenté au nom de la section du cadre de vie
par Mme Sylvie Wieviorka, rapporteur**

Par décision en date du 7 juillet 1998, le bureau du Conseil économique et social a confié à la section du Cadre de vie la préparation d'une étude sur « *les toxicomanes dans la cité* ». La section a désigné Mme Sylvie Wiewiorka en qualité de rapporteur.

Pour son information, la section a procédé aux auditions suivantes :

- M. le professeur Henrion ;
- Mme Nicole Brévan, déléguée interministérielle à la ville et au développement social urbain ;
- Mme Nicole Maestracci, présidente de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie ;
- M. Alain Morel, directeur médical du Trait d'Union ;
- M. Jean-Claude Coqus, association Généralistes et toxicomanies ;
- Mme Perlette Petit, directeur de l'association Charonne ;
- Mme Nathalie Foy, substitut du Procureur près le tribunal de grande instance de Versailles ;
- M. Serge Estier, chef de la sûreté départementale du Nord ;
- M. Gilles Leclair, chef de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants.

Par ailleurs, le rapporteur a effectué sept déplacements :

- à Norrköping au Danemark ;
- au centre communal de Saint-Herblain ;
- à la communauté urbaine de Lille ;
- à Liverpool ;
- en Martinique ;
- à l'Office européen des drogues et des toxicomanies à Lisbonne ;
- au Conseil général de Seine-Saint-Denis.

Le rapporteur exprime ses remerciements aux personnalités auditionnées, aux organisateurs des visites et missions susvisées ainsi qu'à :

- Clotilde Tascon-Mennetrier, du forum européen pour la sécurité urbaine ;
- Nathalie Frydman et Hélène Martineau ;
- Pierre Kopp ;
- Michel Joubert ;

dont les travaux ont été une aide précieuse pour la réalisation de cette étude.

INTRODUCTION

La présence de toxicomanes dans les villes françaises est devenue, depuis les années quatre-vingt, une réalité tangible et qui s'avère durable. Il convient de s'interroger sur les raisons de cette situation et la façon, sinon d'y mettre fin, du moins de comprendre, d'accompagner et de traiter ce phénomène d'une façon plus humaine. L'image du toxicomane a considérablement évolué, et une majorité de Français s'accorde pour dire aujourd'hui que ce sont des malades qu'il faut aider. Toutefois, dans les quartiers fortement touchés, la délinquance liée à la toxicomanie et l'économie souterraine de la drogue, rendent la vie quotidienne des habitants parfois très difficile, et contribuent fortement à l'inquiétude de la population et au sentiment d'insécurité qui s'en dégage.

Depuis 1978, de nombreux rapports ont étudié la situation française face à la toxicomanie, et préconisé d'une façon quasi unanime des modifications de la loi de 1970, sans effet sur les divers gouvernements qui se sont succédés.

C'est pourquoi le Conseil économique et social n'a pas jugé utile d'aborder une fois de plus cette question du statut légal de l'usage des drogues, sur laquelle tout, ou presque, a déjà été écrit ni sur l'indispensable lutte contre le trafic qui reste d'actualité. Il lui a semblé plus intéressant de se pencher sur la façon dont, avec une législation globalement prohibitive qui ne semble pas devoir évoluer, les collectivités locales et les associations tentent de lutter contre la toxicomanie, en articulation plus ou moins harmonieuse avec l'Etat, légalement en charge du sujet.

Il n'existe pas plus en France que dans les autres pays de l'Union européenne de recette susceptible de faire disparaître les problèmes liés à la présence des toxicomanes dans la cité. Nous voulons toutefois montrer que certaines collectivités locales, principalement des villes, ont initié des politiques originales, visant à améliorer l'intégration citoyenne des toxicomanes. Sans renoncer à lutter contre la toxicomanie, cette approche permet d'éviter la stigmatisation et le rejet des toxicomanes. Elle favorise en retour le nécessaire changement d'attitude de certains d'entre eux envers la collectivité.

TITRE I

**LA TOXICOMANIE : DES CONCEPTS,
DES RÉALITÉS ET DES POLITIQUES
PUBLIQUES EN PLEINE ÉVOLUTION**

Le dictionnaire définit la toxicomanie comme un « *état d'intoxication engendré par la prise répétée de substances toxiques* »¹. On a toutefois coutume de réserver le terme de toxicomanie à la consommation répétée de substances psychoactives dont l'usage est interdit par la loi (les stupéfiants), ou bien qui sont détournées de leur usage normal (certains médicaments, l'éther etc.). Le terme de toxicomanie a classiquement une double connotation, celle de la pathologie (c'est anormal, c'est une maladie), et celle de l'interdit.

Les théories, les modes de pensée, et les réalités de la toxicomanie sont en pleine évolution. La pertinence des catégories actuelles, qui fondent notre législation et nos politiques publiques est remise en cause par beaucoup. Des travaux récents sont venus bousculer les idées reçues, favorisant une prise de conscience générale du caractère mouvant et mal structuré des connaissances en matière de drogues et de toxicomanies.

I - LES CONCEPTS ÉVOLUENT

1. Débats récents autour de la notion de drogue

En 1994, dans son « *Rapport sur les toxicomanies* », le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) soulève la question du fondement de la distinction juridique entre les drogues dont l'usage est autorisé, comme l'alcool et le tabac, et celles dont l'usage est interdit, les stupéfiants.

L'interrogation du CCNE porte sur les aspects scientifiques, juridiques et éthiques de la consommation des drogues. Les conclusions sont claires : la classification juridique des drogues ne repose sur aucun fondement scientifique. Les connaissances récentes issues de la neurobiologie ou de la pharmacologie ne permettent pas de justifier l'actuelle distinction entre drogues licites et drogues illicites. Une réglementation rationnelle devrait tenir compte de la dangerosité des diverses substances pour le système nerveux central ainsi que des risques que leur consommation est susceptible d'entraîner. Ces risques varient, pour le CCNE, en fonction de la nature des substances elles-mêmes, mais aussi des doses utilisées, de la fréquence de leur consommation, de leur possible association, des produits de coupage, du mode d'absorption, et enfin de la sensibilité individuelle. La dangerosité des diverses drogues n'est pas la même à court, à moyen et à long terme. Les conditions socio-économiques et l'environnement qui président aux consommations des drogues sont également facteur d'une plus ou moins grande nocivité.

Dans un rapport intitulé « *Problèmes posés par la dangerosité des drogues* », rédigé sous la direction du professeur Bernard-Pierre Roques et remis en mai 1998 au secrétaire d'Etat à la Santé et à l'action sociale, Bernard Kouchner, une nouvelle classification des drogues est proposée, qui ne tient plus compte de leur statut légal. Les drogues sont classées en fonction de leurs facteurs de risque, qui sont au nombre de cinq :

¹ Nouveau Petit Robert, Dictionnaire de la langue française, éd. 1995.

- dépendance physique ;
- dépendance psychique ;
- neurotoxicité ;
- toxicité générale ;
- dangerosité sociale.

Cette nouvelle classification aboutit à classer les drogues en trois groupes :

- le premier groupe, qui comprend les drogues les plus dangereuses : l'héroïne, la cocaïne et l'alcool ;
- le deuxième groupe, celui des drogues « moyennement » dangereuses : les psychostimulants, les hallucinogènes, le tabac et les benzodiazépines ;
- le troisième groupe comprend le cannabis, qui fait courir les risques les moins grands.

Tableau 1 : Classification proposée par le rapport Roques

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA (ecstasy)	Psycho-stimulants	Alcool	Benzo-diazépines	Cannabioïdes	Tabac
Suractivation dopaminergique	+++	++++	+++	++++	+	+ -	+	+
Etablissement d'une hypersensibilité à la dopamine	++	+++	?	+++	+ -	?	+ -	?
Activation du système opioïde	++++	++	?	+	++	+	+ -	+ -
Dépendance physique	Très forte	faible	Très faible	faible	Très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	Très forte	Forte mais intermittente	?	moyenne	Très forte	forte	faible	forte
neurotoxicité	faible	forte	Très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	Forte*	forte	Eventuellement très forte	forte	forte	Très faible	Très faible	Très forte (cancers)
Dangerosité sociale	Très forte	Très forte	Faible (?)	Faible (exceptions possibles)	forte	Faible**	faible	0
Traitement substitutifs ou autres existants	oui	oui	non	non	oui	Non recherché	Non recherché	oui

*pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique

** sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de «soumission » ou «d'autosoumission », où la dangerosité devient alors très forte

Source : extrait du « rapport Roques », p 182.

Une lecture détaillée du rapport Roques met en lumière le fait qu'aucune substance psychoactive, même le cannabis, n'est totalement sans danger. Cependant, lors de la remise de ce rapport au secrétaire d'Etat à la Santé et aux affaires sociales, la présentation faite par les médias¹ a pu laisser croire qu'il s'agissait d'un plaidoyer pour la dépénalisation du cannabis, estimé moins dangereux que le tabac ou l'alcool.

¹ En particulier dans « Le Monde » du 17 juin 1998.

Tout comme le CCNE, le rapport Roques pose la question des fondements de l'actuelle classification des drogues. En tout état de cause, il ne s'agit pas d'une classification rationnelle, scientifiquement étayée, mais plutôt d'une classification qui repose sur un ensemble d'éléments pas toujours cohérents, économiques, historiques, culturels, liés aux diverses conventions internationales signées par la France... Comme le relèvent N. Frydman et H. Martineau¹, « *les classifications juridiques reposent souvent sur d'autres considérations. Elles ont pu être influencées par d'autres intérêts publics et privés. Il ne faut pas oublier que les conflits d'intérêt entre pays producteurs et pays consommateurs sont apparus dès les premières négociations internationales sur le contrôle des stupéfiants au début du siècle. Certains pays qui tiraient des revenus du commerce de l'opium, s'opposaient à sa prohibition, alors que celle-ci était réclamée par d'autres. Les biais restent évidents en ce qui concerne la production d'alcool et de tabac, notamment dans les pays européens.* ».

Les diverses logiques à l'œuvre dans l'élaboration du statut des drogues ne coïncident plus. Il n'est même pas certain qu'elles aient jamais coïncidé. Dans la conclusion de son livre consacré aux « Drogues et drogués au XIXème siècle », J.J. Yvorel évoque ainsi la loi du 12 juillet 1916, première loi française de prohibition de l'usage des drogues : « *tous les usages de toxiques ne sont pas juridiquement condamnés. Juridiquement, la loi s'applique à une liste de produits, elle même à géométrie variable. La « dangerosité » du produit n'est pas le seul critère d'entrée ou de sortie. Le statut de la substance, les considérations économiques, l'action des groupes de pression, jouent aussi un rôle. Un médicament entre beaucoup plus facilement dans ce répertoire des stupéfiants qu'un produit industriel. L'éther, à cheval entre les deux, n'y est inscrit qu'en... 1984 ; le ministère de l'Industrie était contre... Socialement, la consommation contrôlée médicalement n'est pas visée ; l'ordonnance reste un sauf-conduit, même si la déconsidération guette tout usage de modificateurs de conscience.* »².

Les polémiques qui ont suivi la publication du rapport Roques, soupçonné de vouloir banaliser l'usage du cannabis, classé ici comme moins dangereux que le tabac³, montrent bien qu'il est illusoire d'espérer fonder sur des critères partagés par l'ensemble de la communauté scientifique une classification juridique des drogues. Rappelons à ce propos que l'Académie nationale de médecine, dans un « vœu » adopté à l'unanimité le 27 juin 1995, estime indiscutables les données scientifiques concernant les effets nocifs des principes actifs contenus dans le cannabis sur le système nerveux central, et considère comme établi que « *la consommation répétée de cette drogue est préjudiciable, notamment chez les enfants et les adolescents.* »⁴.

¹ Dans « la drogue : où en sommes nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies », IHESI, La Documentation Française, Paris, 1998, p. 45.

² J. J. Yvorel, « Les poisons de l'esprit. drogues et drogués au XIXème siècle » Quai Voltaire Histoire, Paris, 1992, p. 244-245.

³ Cf. Le Figaro du 1 /07/98, qui publie un texte signé de 10 experts en toxicologie protestant contre les conclusions du rapport Roques.

⁴ Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 1995, 179, n° 6, séance du 27 juin 1995.

Dans un même état d'esprit, l'Académie des sciences a publié en avril 1997 un Rapport sur les « *aspects moléculaires, cellulaires et physiologiques des effets du cannabis* »¹, dans lequel il est souligné que les risques encourus par les usagers sont variables en fonction de l'intensité de la consommation et de la concentration du cannabis en THC². A long terme, le rapport fait état de modifications des perceptions sensorielles. Certaines études montrent que la consommation de cannabis provoque des effets neuronaux et peut perturber l'apprentissage. L'Académie des sciences considère la dépendance psychique comme avérée, traduite par un changement d'humeur chez le fumeur qui devient abstinent, tandis que la dépendance physique n'est pas prouvée.

La classification de B. Roques qui se veut tout aussi scientifique que les rapports de deux académies évoquées ci-dessus, n'est pas à l'abri des critiques. Elle s'appuie en effet sur l'addition de critères relevant des sciences « dures » tels que « la suractivation dopaminergique », et de critères plus incertains, comme cette notion de « dangerosité sociale », définie comme « *les états comportementaux qui peuvent engendrer des conduites très agressives et incontrôlées induits par le produit (cocaïne, alcool, psychostimulants) ou des désordres variés (rixes, vols, crimes) pour se procurer celui-ci et des risques pour le consommateur ou autrui, par exemple dans le cas de la conduite d'un véhicule.* » Ceci suffit à faire de cette classification, comme de toutes les autres proposées précédemment, une classification qui n'est pas rigoureusement scientifique.

Il semble bien que ce soit inévitable. La question posée par le Comité national d'éthique, tout comme par le rapport Roques, ne saurait toutefois être éludée. Il s'agit de l'explicitation des critères, et donc des priorités, qui président au statut actuel des drogues. La santé publique n'est ici qu'un critère parmi d'autres. Le poids de l'économie, de la géopolitique, et de la culture reste ici majeur. Le tabac, si l'usage en était interdit, une fois les effets nocifs sur la santé connus, n'aurait aujourd'hui aucune chance d'être légalisé dans notre pays. C'est bien parce qu'il est consommé librement depuis plusieurs siècles qu'il paraît si difficile d'en prohiber aujourd'hui l'usage.

2. Evolutions des concepts de la prévention : le Rapport Parquet

Le comité interministériel réuni le 14 septembre 1994 pour arrêter le plan de lutte triennal contre la toxicomanie a inscrit comme première mesure du volet « prévention », l'élaboration et la diffusion d'un texte de référence sur la prévention primaire des toxicomanies. Un comité scientifique a été constitué, sous la présidence du professeur Parquet. Le « rapport Parquet », remis fin 1997, propose une refonte des concepts de la prévention ainsi que des nouvelles méthodes pour la mettre en œuvre.

¹ Académie des sciences : Aspects moléculaires, cellulaires et physiologiques des effets du cannabis - Rapport n° 39, Lavoisier - Tec et Doc, avril 1997.

² THC Delta ou Δ^9 THC : le tetrahydrocannabinol est le principe actif du cannabis. La concentration du cannabis en THC varie en fonction des plantes utilisées ou de la préparation qu'elles subissent. Le titrage peut varier de 3 % comme dans le cas étudié par l'académie des sciences à 40 voire 60 %, ce qui fait du cannabis un produit hétérogène, de dangerosité éminemment variable.

La prévention primaire a évolué. Classiquement, elle se définit comme l'ensemble des actions visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, en réduisant le risque d'apparition de cas nouveaux. En matière de toxicomanie, la prévention primaire avait deux objectifs : éviter la rencontre de la personne avec le produit par la lutte contre l'offre, et éviter l'initialisation de la consommation en luttant contre la demande, quelles que soient la personnalité du consommateur et la substance consommée, pourvu qu'elle soit illicite.

De nombreux travaux ont été consacrés à distinguer les types de consommation, en fonction de la nature du produit utilisé. On a ainsi étudié les effets cliniques de la consommation du cannabis, de l'héroïne, de la cocaïne, de l'alcool... Or, il est établi depuis longtemps que la plupart des toxicomanes consomment soit en même temps, soit de façon successive, plusieurs produits.

C'est pourquoi, en matière de prévention, le professeur Parquet préconise que l'intérêt se déplace de l'étude des types de consommation en fonction de la nature pharmacologique de la substance consommée vers celle des comportements de consommation des substances psychoactives quelles qu'elles soient, qui doivent eux mêmes être distingués des complications et des dommages liés à cette consommation.

La neurobiologie et les sciences humaines permettent d'avoir des connaissances précises sur les comportements, les mécanismes qui les sous-tendent ainsi que sur leurs déterminations et les facteurs qui les favorisent. Ces connaissances sont indispensables pour construire d'une façon raisonnée des stratégies de prévention.

Le rapport Parquet insiste sur la nécessité d'édifier un cadre théorique clair, qui permette aux concepteurs et aux acteurs français de la prévention d'échanger avec leurs collègues des autres pays, et de bénéficier des travaux étrangers menés dans ce domaine.

Nous avons évoqué plus haut la difficulté qu'il y a à classer les drogues de manière scientifiquement fondée. Les connaissances en matière de toxicomanie sont vastes, mais les comparaisons et les compilations des différents travaux sont délicates à mener, tant les concepts et les mots utilisés pour décrire les phénomènes divergent selon les auteurs et les pays considérés.

Le professeur Parquet retient trois comportements distincts, l'usage, l'abus et la dépendance, qui ont des définitions internationalement reconnues : « *La référence aux trois comportements distincts d'usage, d'abus et de dépendance permet à tous les acteurs intervenant dans ce champ d'avoir une base commune d'observation en ce qui concerne les comportements de consommation des substances psychoactives, et donne une cohérence à la diversité des actions de prévention, de soins et de réhabilitation.* »¹.

Le Professeur Parquet souligne que la dépendance, telle qu'elle est définie dans les deux principales classifications internationalement validées qui sont le DSMIV (classification de l'Association Américaine de Psychiatrie) et le CIM 10 (classification de l'Organisation mondiale de la santé), est une entité

¹ Rapport du professeur Parquet, Editions du CFES, 1997, p. 25.

psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel des individus. Autrement dit, il s'agit d'un trouble mental, qui doit être considéré au travers de ses caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et éthiques. Pour le DSM IV, la dépendance se définit comme « *un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois ou plus des manifestations suivantes survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois.* » (suit une énumération de sept types de manifestations).

L'abus, ou usage nocif de substances psychoactives est caractérisé par une consommation susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, pour le sujet soi-même, pour son environnement proche ou pour la société.

Enfin, l'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication, ni dommage.

Cette approche privilégie le sujet et ses modalités comportementales face aux drogues et à leur statut licite ou illicite. Si la dépendance, qui définissait jadis la toxicomanie, paraît à tous comme une entité bien établie, il n'en va pas de même pour la distinction entre usage et abus, comme le relève le professeur Parquet lui-même :

« La distinction faite par les grands organismes internationaux entre usage et abus, ou usage nocif, pose explicitement le fait qu'il pourrait y avoir certaines substances et certaines modalités de consommation, une consommation sans risque et non dommageable pour la personne. Cette affirmation justifie les politiques de certains pays en matière de drogue. Elle sous-tend la proposition de dépénalisation ou de légalisation de l'usage de certaines substances psychoactives. Un grand nombre de pays contestent vigoureusement cette affirmation, ce qui les amène à réglementer ou à interdire la consommation des substances psychoactives inscrites au tableau des stupéfiants. »¹.

La difficulté est la même, s'agissant de préciser les concepts de la prévention, que quand il s'agit d'étudier la dangerosité des drogues. Les enjeux scientifiques ne sont pas les seuls, ni même la priorité. Toute étude qui montre par exemple, et il en existe beaucoup², qu'un usage de cannabis peut ne générer ni dommages, ni complications, court le risque d'être immédiatement interprétée par les tenants de la dépénalisation comme par ceux de la prohibition dans le sens qui leur convient. C'est toute la difficulté dans un pays comme la France de mener une réflexion sereine et rationnelle sur un sujet aussi passionnel que la toxicomanie.

En matière de prévention primaire, le triptyque usage/abus/dépendance se décline en :

¹ Idem, p. 30.

² Entre autres : Le Cannabis en France, par R. Ingold et M. Toussirt, ou « L'usage dur des drogues douces, recherche sur la consommation de cannabis dans la région parisienne » Grass-Iresco, Mildt/Mesr, 1995-1997.

- prévenir la rencontre de la personne avec les produits. C'est d'une part la classique « lutte contre l'offre », qui correspond globalement aux stratégies répressives, d'autre part la lutte contre la demande, qui implique toutes sortes de stratégies visant à renforcer, essentiellement chez les jeunes, les capacités à refuser de consommer des substances psychoactives dès lors qu'elles leur sont proposées ;
- prévenir le passage de l'usage à l'abus, puis à la dépendance. Ce passage n'est pas obligatoire. Certaines actions de prévention peuvent favoriser la désescalade, le retour à l'abstinence après une phase d'usage ou d'abus ;
- Mettre en œuvre, pour ceux qui usent, abusent ou dépendent des substances psychoactives, une politique sanitaire de réduction des risques, visant non seulement les risques infectieux (hépatites et Sida), mais aussi les risques sociaux, psychologiques, professionnels.

Si chacun s'accorde pour souligner l'importance de la prévention en matière de lutte contre la toxicomanie, les opinions divergent sur la nature des stratégies à mettre en œuvre, des acteurs à privilégier, des moyens qui doivent lui être consacrés.

Le travail du professeur Parquet a le mérite de proposer une remise à plat des concepts et des pratiques. Il évite soigneusement l'écueil du statut légal des substances psychoactives, puisque son analyse est centrée non plus sur les produits, mais sur les personnes et leur comportement. Il permet une approche plus large des consommations de substances psychoactives que traditionnellement, et qui rend bien compte de ce que l'on observe en pratique : rares sont les consommateurs d'une seule substance, la plupart consomment plusieurs produits à la fois ou successivement.

Ces travaux vont dans le même sens que ceux du professeur Roques ou du Comité d'éthique : il s'agit de fonder, en matière de prévention et de soins, des pratiques raisonnées, donc raisonnables, tout en laissant de côté la question du statut légal des drogues, qui répond à bien d'autres considérations.

Ces nouveaux concepts permettent une approche souple et non stigmatisante des diverses modalités de la consommation des drogues. Ils pourraient favoriser à terme une meilleure intégration des toxicomanes dans la cité, aux côtés des consommateurs de substance licites, au premier rang desquels il faut mentionner les alcooliques.

II - LA RÉALITÉ DE LA TOXICOMANIE CHANGE : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES

1. De la difficulté de fournir des données fiables...

« Combien y a-t-il de drogués en France ? » est le type même de question à laquelle il est impossible d'apporter une réponse sérieuse » écrivait Monique Pelletier en janvier 1978, dans son rapport au Président de la République sur les problèmes de la drogue. Elle poursuivait : *« Les réponses abondent, qui ne reposent sur rien, mais que chacun oppose à l'adversaire supposé, car*

l'évaluation statistique que l'on donne du phénomène est indissociable d'une prise de position sur le fond, chacun étant porté à sous-estimer ou à surestimer l'ampleur du phénomène pour justifier la politique, libérale ou répressive, qu'il souhaite. »¹.

La situation n'a évolué que lentement, puisque Catherine Trautmann, dans son rapport sur la toxicomanie remis au premier ministre en février 1990, réclamait toujours la mise en place d'une véritable surveillance épidémiologique. C'est à la suite de ce rapport que la Délégation générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT) ancêtre de l'actuelle Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) commande à René Padiou, inspecteur général à l'INSEE, un rapport sur les sources statistiques disponibles sur la drogue. Les remarques faites à l'époque restent valides aujourd'hui, et c'est pourquoi elles méritent d'être rapportées ici.

René Padiou rappelle le caractère complexe du phénomène étudié, et les difficultés pour y avoir accès. Il souligne de caractère ambigu des données recueillies par des institutions diverses (police, justice, douanes, centres de soins etc.), avec des méthodes et des interprétations éminemment variables.

Les statistiques sont le plus souvent des statistiques « de clientèle », qui reflètent au moins autant les performances des institutions que le phénomène social qu'elles ont à traiter.

Enfin, selon les définitions retenues, et l'on a pu voir plus haut qu'on est aujourd'hui sous cet angle en pleine recomposition, les résultats seront classés différemment.

Si la question du recueil des données mérite d'être considérée avec prudence, il en va de même avec celle de l'interprétation des chiffres recueillis.

En 1994, le professeur Henrion, dans son rapport au Premier ministre, préconise lui aussi un renforcement de la surveillance et de la recherche épidémiologiques.

La création, en 1994, de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), après celle, en 1993, d'un Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), montre que si les choses avancent lentement, elles avancent tout de même....

Les données recueillies proviennent de trois types de sources : les chiffres issus des services de police, de gendarmerie et des douanes, ceux issus du système socio-sanitaire, auxquels il convient d'ajouter les résultats des diverses enquêtes menées en population générale (baromètre santé du CFES, enquêtes de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en milieu scolaire, enquêtes menées dans les centres de sélection de l'armée etc.). La qualité pas toujours excellente de la collecte des renseignements, les ambiguïtés de définitions concernant les drogues et les toxicomanes ainsi que les difficultés méthodologiques d'extrapolation des résultats font que les chiffres avancés

¹ Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, présenté par Monique Pelletier, La Documentation Française, janvier 1978, p. 66-67.

devront être considérés avec prudence, même si des progrès ont été faits ces dernières années dans tous ces domaines.

2. Evolutions épidémiologiques récentes

Lors de son audition par la section du Cadre de vie du Conseil économique et social, le professeur Henrion, qui préside le Conseil scientifique de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), a retracé les évolutions récentes en matière de drogues et de toxicomanies¹.

Le nombre des usagers a beaucoup augmenté des vingt dernières années. Les différentes études de prévalence laissent penser que le nombre d'héroïnomanes se situe entre 160 000 et 200 000. Il semble que ce phénomène qui a décuplé depuis le début des années soixante-dix, soit aujourd'hui stabilisé.

Dans son rapport de 1996, l'OFDT estimait à sept millions le nombre de personnes ayant consommé au moins une fois du cannabis dans leur vie, et à deux millions ceux qui en auraient consommé dans l'année écoulée. Pour Marie Choquet et Sylvie Ledoux (Inserm, 1993), au-delà de 18 ans, 38 % des garçons et 22 % des filles ont consommé au moins une fois une drogue illicite, en général du cannabis. Une enquête menée en 1998 par le CFES retrouve des chiffres en tous points comparables.

Les consommateurs sont de plus en plus jeunes. L'âge moyen de la première consommation (en général, il s'agit de cannabis), est de 14 ans. La proportion des mineurs interpellés par l'Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) est en augmentation (12 % de l'ensemble des interpellations en 1996, 13,7 % en 1997).

La consommation des drogues s'est étendue à l'ensemble de la société, y compris à des secteurs jusqu'ici épargnés, tels que les ouvriers et les cultivateurs. Le trafic s'est propagé sur l'ensemble du territoire, et n'est plus cantonné aux zones urbaines.

La nature des drogues consommées évolue elle aussi : augmentation de la consommation de cocaïne, réapparition du LSD, apparition de nouvelles drogues dites « de synthèse » (ecstasy, amphétamines), détournement de médicaments psychoactifs (benzodiazépines).

Dans une très large majorité, les consommateurs de drogue sont aussi consommateurs d'alcool (88 % dans l'étude INSERM de 1993) et de tabac (67 % dans cette même étude). La fréquence des polytoxicomanies ne cesse d'augmenter : 63 % des toxicomanes suivis dans le système sanitaire et social en novembre 1993 consommaient plus d'un produit toxique, contre 59 % l'année précédente. L'alcool occupe une place prépondérante dans ces polytoxicomanies (52 % des cas) devant les médicaments psychotropes et le cannabis.

Quelle que soit la drogue en cause, on retrouve une proportion de 70 % de consommateurs du sexe masculin contre 30 % de filles, sauf pour l'ecstasy, où la proportion de filles tend à rejoindre celle des garçons.

¹ La plupart de ces chiffres nous ont été communiqués par le professeur Henrion, et figurent dans le dernier rapport annuel de l'OFDT : « Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances », édition 1996.

Les données précises concernant la situation sanitaire et sociale des toxicomanes sont issues des études menées par le secteur socio-sanitaire. Elles recourent globalement les données fournies par le secteur répressif, mais avec quelques différences, dues au fait que les toxicomanes interpellés ou incarcérés ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux qui ont recours au dispositif d'accueil et de soins.

D'une manière générale, les toxicomanes connus comme tels ont un âge moyen d'environ 25/27 ans. Ils sont majoritairement de nationalité française (de 70 à 90 % selon les sources). Leur insertion dans la vie active est faible : 72 % des toxicomanes suivis en novembre 1994 n'exercent aucune activité professionnelle, et ceux qui exercent un emploi sont dans une situation généralement précaire. Les toxicomanes déclarent neuf fois sur dix bénéficier d'un régime d'assurance maladie. Un quart des toxicomanes perçoit le RMI. Des études de terrain soulignent qu'au fil des années, on assiste à une radicalisation de la précarisation et des états de pauvreté parmi certaines populations de toxicomanes.

Les problèmes de santé spécifiques aux toxicomanes sont l'infection par le VIH et les hépatites, principalement l'hépatite C. La proportion de sujets séropositifs vis-à-vis du VIH se situe aux environs de 20 %. Ce chiffre est en nette diminution depuis 1991. La proportion de toxicomanes contaminés par le virus de l'hépatite C est mal connue. Les chiffres varient entre 50 et 70 %, selon que l'on étudie l'ensemble des toxicomanes, ou que l'on ne retient que ceux qui consomment par voie intraveineuse.

Les décès par surdose d'héroïne, après avoir été en forte augmentation jusque en 1995 sont en diminution régulière depuis cette date. Cette diminution est mise au crédit du développement des traitements de substitution, mais s'accompagne d'une augmentation préoccupante des décès par surconsommation médicamenteuse, non explicitement liée au suicide.

Tableau 2 : Nombre de décès par surdose d'héroïne

1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
318	350	411	499	454	564	465	393	228

Source : rapport OCRGIS 1997.

III - ASPECTS SOCIOLOGIQUES PARTICULIERS : LA QUESTION DU RAPPORT ENTRE DÉLINQUANCE ET TOXICOMANIE ; L'ÉCONOMIE SOUTERRAINE DE LA DROGUE DANS LES QUARTIERS

1. Toxicomanie et délinquance¹

La relation entre toxicomanie et délinquance n'est pas une relation simple. Il faut tout d'abord rappeler que l'usage de drogues est en soit, du fait de la loi du 31 décembre 1970, un délit. Toutefois, quand on évoque les liens entre

¹ Les éléments d'analyse ci-dessous empruntent beaucoup à l'ouvrage de Nathalie Frydman et Hélène Martineau : La drogue, où en sommes-nous, déjà cité.

toxicomanie et délinquance, on fait le plus souvent allusion à des délits autres que le simple délit d'usage de stupéfiants.

Les acteurs de la répression, tout comme ceux qui exercent dans le champ sanitaire et social, mettent volontiers en avant un lien de causalité entre toxicomanie et délinquance. Ils le font pour des raisons qui sont parfois diamétralement opposées. Dire que la toxicomanie est une cause de délinquance justifie pour les uns l'interdit qui pèse sur l'usage des drogues, pour les autres la levée de la prohibition, qui renchérit les coûts et « oblige » les toxicomanes à voler pour acheter leur drogue.

L'analyse de la relation entre drogue et délinquance requiert, avant de conclure, au minimum deux étapes :

- les délinquants, d'une manière générale, sont-ils plus ou moins consommateurs de substances psychoactives que l'ensemble de la population ?
- les toxicomanes ont-ils des comportements délictueux spécifiques ?

Si de nombreuses études montrent que les sujets connus comme délinquants consomment significativement plus de psychotropes que les autres, il demeure difficile d'en déduire que la délinquance est une conséquence directe de la consommation de drogues. L'abus de substances psychoactives est un paramètre parmi d'autres facteurs criminogènes. Il est à noter que bien souvent des actes délictueux ont précédé le début de la toxicomanie, et non l'inverse¹.

Dans une étude de terrain consacrée au rapport entre drogue et délinquance à Amsterdam², une équipe de sociologues propose trois modèles théoriques de la relation entre drogue et délinquance. Selon le premier modèle, les toxicomanes sont conduits à la délinquance parce qu'ils doivent engager de grandes dépenses pour acquérir les produits. Ce modèle suppose que les toxicomanes sont physiquement dépendants de leurs consommations et qu'ils tomberaient malades s'ils ne jouissaient pas d'une quantité quotidienne minimale. Cette position est généralement désignée par le terme « *d'hypothèse de la fatalité* ». Au contraire, le second modèle considère que « *la délinquance conduit à la consommation de drogues* ». Dans cette perspective, être délinquant suppose à la fois un environnement, des groupes d'appartenance et des cadres cognitifs qui autorisent un passage vers les stupéfiants. Le troisième modèle soutient que la consommation de drogues et la délinquance sont des manifestations spécifiques et distinctes d'une même déviance, manifestations qui se renforcent mutuellement. La déviance est ici analysée comme le résultat de réactions collectives et individuelles aux déterminations socio-économiques les plus flagrantes. Dans ce contexte théorique, la délinquance liée à la drogue est en partie expliquée par le statut moral qu'offre la drogue au consommateur et par les conditions sociales d'usage des stupéfiants. Les racines du mal ne sont plus les

¹ Denis Richard et Jean-Louis Senon, A propos des liens entre comportement toxicomaniaque et comportements délinquants, Revue Documentaire Toxibase, n° 2, 1997.

² Martin Grapendaal, Ed Leuw et Hans Nelen, Drogue et délinquance dans un contexte de tolérance. La situation à Amsterdam, paru dans les Cahiers de la sécurité intérieure, revue de l'IHESI, 1998, p. 63/83.

substances aliénantes, mais les conditions culturelles et les structures socio-économiques.

Pour les auteurs de cette étude, chacun de ces trois modèles est valide pour certains types de consommateurs, et sous certaines conditions. L'étude de terrain menée à Amsterdam à la fin des années quatre-vingt montre que les comportements délictueux des toxicomanes ne peuvent être isolés du contexte sanitaire et social dans lequel ils se produisent.

De nombreuses recherches, menées tant en Europe qu'en Amérique du Nord, confirment l'existence d'un lien entre toxicomanie et délinquance.¹ En France, une étude de 1993 trouve une proportion de 50 % de toxicomanes parmi les personnes détenues à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis². Entre 60 et 70 % de ces sujets ont débuté leur conduite toxicomaniaque avant une première incarcération, et près de 50 % d'entre eux sont passés devant un juge des enfants avant le début de leur toxicomanie.

On retrouve des chiffres du même ordre dans diverses études menées en France, en Espagne. Aux Etats Unis, le « *Drug Use Forecasting System* » permet d'évaluer la prévalence de l'usage de drogues illicites chez des individus arrêtés dans vingt-quatre villes américaines, par recueil d'urine et auto-révélation de la consommation. Dans cette étude, entre 50 et 80 % des hommes et 45 à 85 % des femmes présentent des traces de drogue dans l'urine (cannabis et cocaïne pour les hommes, cocaïne, médicaments et héroïne pour les femmes). Ces taux sont de 17 à 25 fois supérieurs à ceux retrouvés dans la population de référence³.

Il existe plusieurs modalités de délinquance liée à la consommation de drogues :

- La délinquance pharmacologique naît de la composition même du produit, qui peut générer des états violents. Ce fait est bien connu avec l'alcool, mais peut se retrouver sous des formes diverses avec d'autres substances psychoactives. Les benzodiazépines favorisent la désinhibition et les passages à l'acte, la cocaïne et les amphétamines peuvent générer des paranoïas aiguës, tous les psychotropes, en association avec l'alcool, peuvent causer des états confusionnels.
- On appelle délinquance économique-compulsive l'ensemble des actes délictueux liés aux impératifs économiques de l'acquisition des drogues. Ces liens semblent évidents pour des sujets dépendants physiquement de drogues coûteuses, et qui doivent se procurer l'argent nécessaire. Dans une note à l'intention de la Fondation Saint-Simon, Pierre Kopp, spécialiste de l'économie de la drogue, étudie cette « délinquance acquisitive »: « *L'image du toxicomane à la recherche de ses mille francs quotidiens nécessaires à sa consommation de drogue a presque acquis le statut de fait documenté alors qu'en moyenne, le besoin d'argent des héroïnomanes est beaucoup plus bas (...)* Dans une

¹ Cf Toxibase n° 2, Délinquance et toxicomanie, dossier réalisé sous la direction de M.D. Barré, D. Richard, J.L. Senon, Lyon, 1997.

² C. Sueur et T. Rouault, Toxicomanes en prison, Revue documentaire Toxibase n° 1, 1993.

³ Schneeberger et Brochu, 1995, cité par D. Richard et J.L. Senon, Toxibase n° 2, 1997.

capitale européenne, il est raisonnable d'estimer qu'en moyenne, un héroïnomane très dépendant doit se procurer par la délinquance (hors trafic de drogue) entre cent et deux cents francs par jour. Sachant que, pour les femmes, la prostitution représente, selon les pays, jusqu'à 2/3 de la délinquance alors qu'elle reste marginale chez les hommes, le revenu nécessaire pour se procurer de la drogue n'est pas extravagant. Bien sûr, cette délinquance est le plus souvent durement ressentie par la population, car la fréquence des délits commis pour obtenir des petites sommes d'argent est particulièrement élevée, d'où un fort degré de victimisation pour un montant relativement bas.»¹.

Diverses études permettent de mieux approcher les origines des revenus des toxicomanes, ainsi que la nature des délits commis pour acquérir la drogue.

¹ P. Kopp, Drogue, réduire le coût social, notes de la Fondation Saint-Simon, déc. 1998, p. 16.

Tableau 3 : Origine du revenu des consommateurs dépendants de la drogue*

Pays	Echantillon	% du revenu issu de la délinquance (hors trafic de drogue)	% du revenu issu du trafic de drogue	% du revenu issu d'activités légales
Ecosse	Hommes héroïnomanes sévères	39	50	10
Ecosse	Hommes consommateurs modérés d'héroïne	69	21	10
Allemagne	Hommes héroïnomanes dépendants	41	37,5	21,5
Allemagne	Femmes héroïnomanes dépendantes	43,7	32,4	17,1
Pays-Bas	Consommateurs d'opiacés	21	18	60
USA	Hommes consommateurs irréguliers d'héroïne	26	19	34
USA	Consommateurs réguliers d'héroïne	35	20	23
USA	Consommateurs quotidiens d'héroïne	36	29	14
USA	Hommes, Chicanos et Blancs dépendants	48	27	25

Source : « Paying for heroin », Institute for Studies on Drug Dependence, 1994, cité par Pierre Kopp, Note pour la Fondation, Saint-Simon, p. 16.

* Les différentes études portent sur le début des années 1990. Le total ne fait pas nécessairement 100 % du fait des imprécisions statistiques.

Même si ce type de tableau doit être considéré avec réserve car on ne sait pas comment ces chiffres ont été établis, et qu'ils comparent des situations et des populations différentes, il a le mérite de montrer que la part du revenu issu de la délinquance investie dans l'achat des drogues varie selon le type de toxicomane considéré, ainsi que selon les pays. C'est aux Pays-Bas, où l'aide sociale est très développée et l'héroïne bon marché et facile d'accès, qu'elle est la plus faible.

Une équipe anglaise a procédé à une enquête détaillée du comportement de 1 075 toxicomanes, afin de chiffrer le revenu moyen par toxicomane de la délinquance acquisitive.

Tableau 4 : Infractions et délinquance acquisitive

Type de délit	Revenu acquis par le toxicomane « type » en francs (médiane)	%
Cambriolages	18.670	27
Vols	2.710	4
Vols à l'étalage	46.010	66
Vols de véhicules	2.130	3
Total du revenu de la délinquance acquisitive	69.520	100

Source : A. Healey et alii, 1998, cité par Pierre Kopp, Note pour la Fondation Saint-Simon, p. 17.

Le revenu annuel de la délinquance acquisitive est faible (69 520 F) et correspond à environ 190 F par jour.

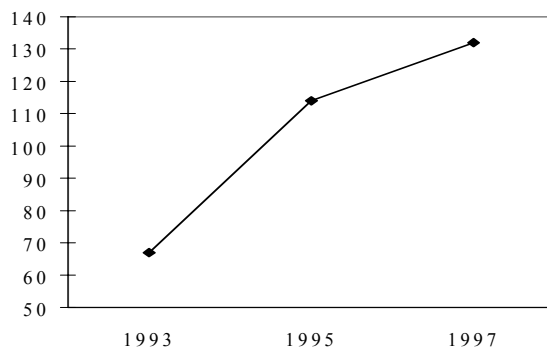
- Certains sociologues considèrent que le lien entre toxicomanie et délinquance participe d'un « style de vie ». Ce modèle est dit « systémique », et avance qu'il existe une interaction complexe (qui n'est pas pour autant une relation stricte de cause à effet) entre un milieu criminogène, un style de vie déviant et le marché de la drogue. Ce n'est pas le produit lui-même qui est responsable de la délinquance ; c'est l'interaction entre des sujets ayant un style de vie déviant et qui opèrent des transactions illégales dans un environnement criminogène qui sera prise en compte¹.

L'équipe de la Direction centrale des renseignements généraux (DCRG), conduite par Mme Lucienne Bui Trong, propose une classification des quartiers sensibles à partir de son travail de terrain. Huit degrés de violence sont identifiés, de la violence en bandes, sans caractère anti-institutionnel (degré n° 1) à la guérilla urbaine (degré n° 8). Évalués à 800 en 1991, 1088 quartiers sensibles ont été recensés en 1997 parmi lesquels 751 concernaient des atteintes sérieuses à l'ordre public. 55 % des violences relèvent du degré 1.

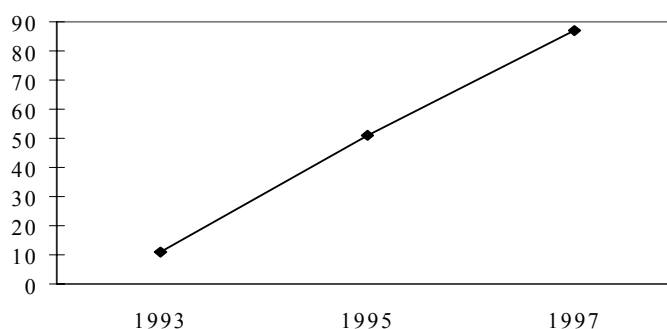
La DCRG dénombre 132 quartiers dans lesquels le trafic d'héroïne est visible (graphique n° 1) et 87 dans lesquels les violences visent à protéger le commerce de stupéfiants (graphique n° 2).

¹ Brochu S. Drogue et criminalité, une relation complexe. Presse de l'Université de Montréal, 1995, 226 p.

Graphique 1 : Quartiers « sensibles » où le trafic d'héroïne est visible
(en nombre de quartiers), 1993-1997



Graphique 2 : Quartiers sensibles où se produisent des violences spécifiques visant à protéger le commerce des stupéfiants
(en nombre de quartiers), 1993-1997



Source : Violences et insécurité urbaines - Que Sais-je ? - Alain Bauer et Xavier Raufer - PUF 1998

Il convient d'être prudent dans l'analyse des liens entre délinquance et toxicomanie. Si ces liens sont certains, le décryptage de leur nature se fait à travers des modèles théoriques divergeants, et dans une certaine mesure complémentaires. Les politiques à mettre en œuvre pour réduire l'impact de la délinquance issue de la toxicomanie doivent, en tout état de cause, tenir compte de la complexité du rapport délinquance/toxicomanie, et se garder des analyses simplistes qui amènent à des fausses solutions. La délinquance des toxicomanes a de multiples facettes, pharmacologiques, économiques, sociales, juridiques et culturelles. La régulation des aspects économiques de la délinquance des toxicomanes par la légalisation du commerce des drogues peut paraître une idée séduisante. Toutefois, on peut s'interroger sur l'impact qu'aurait une telle mesure sur les aspects pharmacologiques et sociaux de la question, et se demander si globalement, le bénéfice en termes de délinquance serait si considérable.

Dans la cité, l'impact négatif de la délinquance toxicomaniaque est pour l'essentiel lié au caractère répétitif des petits délits (vols à la tire, vols à l'étalage) commis par les toxicomanes pour se procurer leur drogue, et qui touchent bien souvent des personnes vivant dans les mêmes quartiers qu'eux. L'étude menée à Amsterdam montre que cette délinquance acquisitive n'a rien d'inéluctable, et qu'une politique de traitements de substitution large, couplée à des prestations sociales généreuses, la réduit considérablement¹. Toutefois, comme le souligne à juste titre Pierre Kopp², « *la compréhension des problèmes de délinquance causée par les drogues ne doit pas être cantonnée à une approche comptable de la question. L'existence de zones de revente et de consommation, l'envahissement des parties communes d'immeubles par les consommateurs et les revendeurs de certains quartiers et, plus généralement, un comportement antisocial engendrent un sentiment d'insécurité qui, bien qu'il ne puisse pas facilement être évalué, vient s'ajouter aux données généralement recensées.* ».

2. L'économie souterraine de la drogue dans les quartiers

« *La drogue n'enrichit pas les banlieues* », écrit Pierre Kopp³. Cette affirmation est corroborée par certaines études françaises ainsi que par de nombreux travaux nord-américains.

Entre le consommateur qui paye la drogue au prix fort, et le trafic organisé à l'échelle internationale, on trouve l'échelon du trafic local, censé alimenter une économie souterraine dans les quartiers difficiles.

Michel Schiray a étudié pour le Conseil national des villes (CNV), six quartiers de diverses agglomérations françaises⁴. L'économie souterraine est un phénomène économiquement limité dans ces quartiers, et qui repose sur des petits réseaux. La consommation de cannabis est largement banalisée, tandis que celle d'héroïne demeure de faible importance. Dans le quartier du Val d'Argent, à Argenteuil (28 000 habitants, 22 % entre 18 et 24 ans, 17 % de population de nationalité étrangère, 1 jeune sur 3 au chômage), 80 % des garçons de moins de 30 ans consomment régulièrement du cannabis, contre 50 % des filles. Les consommateurs réguliers d'héroïne sont au nombre d'environ 50. Le trafic de cannabis est aux mains d'usagers revendeurs qui ne dégagent que peu d'argent de leur activité. Le trafic d'héroïne occupe cinq revendeurs, dont un seul est susceptible de réel enrichissement.

L'étude de Sylvain Aquatias et col. sur « *l'usage dur des drogues douces* »⁵ confirme cette notion d'un faible revenu du trafic de cannabis en banlieue. Une soirée moyenne de vente dans une cité rapporte entre 500 et 900 F. Le gain réel d'un dealer se situe aux alentours de 5 000 F par mois, compte tenu des divers aléas de la vente, avec des fluctuations selon les points de vente et les époques.

¹ M. Grapendaal, E Leuw, H Nelen, étude citée ci dessus.

² P. Kopp, Note pour la Fondation Saint Simon, p. 18.

³ P. Kopp, ouvrage cité, p 19.

⁴ Conseil national des villes, L'économie souterraine de la drogue, travaux animés par Michel Schiray, Maison des sciences de l'homme, synthèse des recherches, Paris, juin 1994.

⁵ S. Aquatias, H. Khedim, N. Murard et col ; l'usage dur des drogues douces, Recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne, MILDT/MESR, 1995-1997.

Pour les dealers de proximité, la vente et la revente de cannabis sont des économies d'appoint ou de survie, ce qui n'est pas le cas du trafic d'héroïne, plus lucratif, mais plus dangereux.

En effet, le risque d'être arrêté est, pour un petit revendeur de cannabis, quasi nul, tandis que de 10 à 20 % des revendeurs de drogues dures sont interpellés au moins une fois par an¹.

Une étude menée aux Etats-Unis (P. Reuter et col., 1991) indique qu'à Washington DC, les revendeurs de rue gagnent entre 600 et 700 F par jour, chiffres en tout point comparables à ceux trouvés dans les études françaises. Le paradoxe de la situation des petits revendeurs réside dans le divorce entre une analyse comptable, qui montre des résultats somme toute modestes, et le vécu qu'ils en ont. Le petit trafic permet à celui qui s'y livre de résoudre son problème d'approvisionnement en drogue et de survie matérielle immédiate. Ceci va de pair avec une sous-estimation des risques encourus, qui explique qu'aux Etats-Unis, la revente de drogue soit devenue une activité attrayante pour les minorités pauvres, et en particulier les jeunes noirs.

Le travail de Michel Kokoreff sur l'économie informelle de la drogue² s'intéresse aux représentations des institutionnels. Pour ces derniers, l'existence d'une économie souterraine de la drogue semble être le corollaire du chômage. Les retombées économiques du trafic leur paraissent marginales. Si quelques familles vivent du trafic, le reste des sommes parfois importantes qui transitent dans certaines banlieues sont instantanément réinvesties dans la consommation. Les travailleurs sociaux sont sévères pour les parents des jeunes trafiquants, qui sont à leurs yeux bien souvent complices, quand ils n'en bénéficient pas directement, des activités illicites de leur progéniture.

L'argent dégagé par la vente de drogue n'est qu'exceptionnellement investi durablement. Il est en général consommé, dans une existence sans projection vers l'avenir.

Il faut noter que si les dealers vivent souvent dans les quartiers où ils exercent leur activité, leur zone de chalandise s'étend à travers la ville et notamment dans les quartiers résidentiels plus riches, assurant ainsi des transferts monétaires parfois non négligeables.

Sur un tout autre plan, le développement de cette économie parallèle de substitution ne manque pas d'être préoccupant. En effet, il modifie fondamentalement les valeurs de notre société en justifiant ou à tout le moins en rendant acceptable un comportement illégal et répréhensible. Le blanchiment de l'argent de la drogue dans des activités commerciales tout comme son investissement dans des acquisitions ostentatoires (voitures, vêtements, loisirs) ne peuvent que choquer une population qui, d'une manière générale, vit assez durement dans ces quartiers.

¹ Calcul sommaire découlant de l'estimation du nombre de revendeurs de cannabis et de drogues dures, corrélé aux chiffres des interpellations fournis par l'Ocrtis.

² M. Kokoreff, De la défoncée à l'économie informelle. Processus pénal, carrières déviantes, actions de prévention liés à l'usage de drogues dans les quartiers réputés « sensibles », Clerse-Ifresi, décembre 1997.

Globalement, le trafic de drogue constitue une économie parallèle et de substitution face à la crise. Cette économie prendra d'autant plus d'importance qu'elle touchera des quartiers où cette crise frappe de plein fouet. Le trafic de drogue s'inscrit dans un ensemble de pratiques délinquantes (cambriolages, vols, rackets) et dépasse parfois le cercle des seuls délinquants notoires pour impliquer leur famille.

Si l'impact économique du deal reste souvent limité sur les quartiers, l'image du dealer peut être attractive pour certains jeunes, ce qui préoccupe fortement élus, magistrats, et travailleurs sociaux.

Pierre Kopp¹ estime à 250 000 le nombre de petits trafiquants de cannabis, et considère que le trafic de drogues dures occupe entre 16 000 et 30 000 personnes en France. S'il existe incontestablement un « milieu criminel » spécialisé dans des trafics de drogues très lucratifs en gros et demi-gros, on ne saurait adhérer à l'idée d'une jeunesse des banlieues choisissant de manière rationnelle une carrière criminelle, par comparaison avec les perspectives offertes par la société et qui seraient jugées moins compétitives. Le petit trafic est peu lucratif, et obéit à des logiques peu rationnelles. Il demeure dans les banlieues l'apanage de jeunes relativement pauvres, et appelés à le rester.

D'autres travaux concluent à l'importance plus grande de l'économie souterraine de la drogue. Une estimation proposée par Jacques Franquet² concerne le trafic de haschisch dans le quartier Laënnec à Hem près de Roubaix. Une enquête réalisée à l'issue du démantèlement d'un réseau en 1997 a permis d'établir que « *le trafic avait généré au moins trois millions de francs de bénéfice net* ».

Alain Bauer et Xavier Raufer rapportent dans leur ouvrage « *Violence et insécurité urbaine* »³ le résultat d'une observation de plusieurs mois qui a conduit à une estimation financière du trafic d'héroïne sur un site :

« Voici un exemple concret des sommes colossales générées par l'économie souterraine : durant plusieurs mois de l'année 1994, des policiers surveillent des dealers d'héroïne de la cité de la Pierre-Plate à Bagneux (Hauts de Seine). Dissimulés dans un appartement en surplomb, des experts des stup notent jour et nuit allées et venues et transactions, filment, enregistrent.

Synthèse éclairante de ce semestre d'observation clinique : quelque 500 toxicomanes viennent chaque jour se fournir en héroïne à la Pierre Plate - week-end et jours fériés inclus . Une moitié de ces drogués achète un demi-gramme (400 F), l'autre un gramme (800 F). Cette noria représente, pour une seule cité, pour un seul lieu de deal, un marché de détail annuel de 110 millions de francs (11 milliards de centimes). Profit pour les dealers et leurs clans : 60 à 70 millions, nets d'impôts... ».

¹ P. Kopp, ouvrage cité.

² Jacques Franquet : *Drogue et toxicomanie dans le Nord* - IHESI Les cahiers de la sécurité intérieure - Drogue - 1998.

³ Alain Bauer et Xavier Raufer : « *Violences et insécurité urbaines* » QJSJ n° 2976 2ème édition - janvier 1999.

Le petit commerce de proximité mérite lui aussi notre attention car il contribue à générer et alimenter des violences et un sentiment d'insécurité parmi la population urbaine. A l'écart des grands réseaux de la criminalité organisée se sont développées de véritables entreprises familiales dans les cités. Celles-ci s'approvisionnent régulièrement au pays, en particulier au Maroc pour le haschisch (quelques dizaines à quelques centaines de kilos) et redistribuent en gros, favorisant ainsi l'éclosion de réseaux locaux de plus petits revendeurs. Ces derniers, constitués en bandes, prospèrent et s'organisent. Dans certains cas ils procurent « *des moyens d'existence parfois très lucratifs pour des familles entières ou des groupes, voire des quartiers* »¹. De véritables « métiers » apparaissent. A côté des dealers et des rabatteurs, des fonctions de surveillance et de guet sont confiées aux plus jeunes, le plus souvent âgés de 10 à 15 ans qui trouvent ainsi un argent facile et s'engagent dans une carrière de délinquance.

La loi du 13 mai 1996, qui punit de 5 à 10 ans d'emprisonnement toute personne étant en relation habituelle avec un trafiquant ou un usager (délit dit de « proxénétisme stup ») avait pour objectif explicite d'activer la répression contre l'économie souterraine de la drogue. Cette loi n'est quasiment jamais appliquée. Les ministères de l'Intérieur et de la Justice font de sa réactivation un élément important de la politique de lutte contre le trafic. Cette loi rompt avec la tradition juridique française en inversant la charge de la preuve.

A travers les travaux qui viennent d'être cités, il apparaît que la question de l'étendue de l'économie souterraine de la drogue suscite des controverses. Les médias, en quête de sensationnel, ont pu contribuer à populariser auprès de certains jeunes un mode de vie et d'enrichissement qui restent bien précaires. Une meilleure connaissance des réalités est éminemment souhaitable, ainsi qu'une politique de communication plus rigoureuse en direction des jeunes, qui ne doivent pas être confortés dans le mythe d'une vie facile grâce au trafic.

Nous avons laissé de côté les profits considérables de la criminalité liée au trafic international des drogues.

De même, un point aveugle de notre étude reste le nombre de consommateurs « branchés » « huppés » de certains milieux du show-biz, de la presse, de la bourse, etc., qui maîtrisent, sans trouble apparent de l'ordre public, une consommation de substances illicites plus importante qu'on ne l'imagine parfois.

Ni le chiffre des saisies en douanes, ni le nombre des interpellations ne peuvent refléter la réalité des quantités de drogues réellement consommées sur le territoire, pas plus que des profits qui y sont attachés.

¹ Jacques Franquet. Drogues et toxicomanie dans le Nord. Les Cahiers de IHESI - 1998 - p. 120-121.

IV - LES POLITIQUES PUBLIQUES ÉVOLUENT ELLES AUSSI

1. La politique sanitaire a subi ces dernières années un complet changement

Dans son rapport au Premier ministre¹, le professeur Henrion relevait en 1995 que « *la prise en charge des toxicomanes est restée à l'écart des grands courants qui ont traversé l'évolution de la politique sanitaire et sociale depuis vingt-cinq ans. L'amélioration des prestations servies par les régimes de sécurité sociale, puis la régression de certaines d'entre elles, l'ouverture très progressive de l'hôpital sur des prises en charge plus souples, la décentralisation de l'aide et de l'action sociale ne l'ont pas affectée. La toxicomanie est restée isolée dans le paysage de la solidarité.*

Cet isolement découle de principes institués par la loi du 31 décembre 1970 : prise en charge directe de la toxicomanie par l'Etat, gratuité et anonymat, répression de l'usage. Ils érigent entre les toxicomanes et le reste de la population une barrière symbolique.»

Cette « barrière symbolique », érigée comme le relève le professeur Henrion entre une filière de soins spécifique en termes de clientèle (les toxicomanes, au sens de la loi de 1970), de financement et de modalités d'accès (l'anonymat et la gratuité), et le reste du dispositif sanitaire et social, est aujourd'hui en passe de tomber.

On peut faire remonter au plan gouvernemental du 21 septembre 1993 le début officiel d'une inflexion nette de la politique sanitaire de lutte contre la toxicomanie. Au chapitre « amélioration du système sanitaire » de ce plan triennal, on lit pour la première fois qu'il faut développer les réseaux ville-hôpital-toxicomanie, étendre les programmes d'échange de seringues, créer des centres d'accueil et d'hébergement d'urgence, développer « de façon maîtrisée » des programmes de substitution par la méthadone. Le Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie de 1995 ne fera que poursuivre et amplifier les orientations prises en 1993. Soulignons toutefois que c'est en 1995 que la « réduction des risques » est évoquée pour la première fois de manière explicite dans un plan gouvernemental.

Cette notion de « réduction des risques » est relativement récente en France, puisqu'elle fait son apparition au début des années quatre-vingt-dix. On peut en retenir la définition suivante : « *si un usager de drogues (homme ou femme) ne peut ou ne veut pas renoncer à l'usage de drogue, on doit l'aider à réduire les risques qu'il cause à lui même et aux autres.* »². Ceci constitue pour la France une petite révolution, puisque la mise en place de cette politique amène les pouvoirs publics à admettre qu'on peut accueillir, héberger et soigner des toxicomanes toujours actifs.

¹ Roger Henrion, Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, la Documentation française, mars 1995.

² E. Bunning et G. Van Brussel, The effects of harm reduction in Amsterdam, *Europ. Addict. Res.*, n°1, 1995, p. 92-98.

C'est l'épidémie de sida qui a rendu ce changement de perspective indispensable : il devenait impensable de refuser accueil et soins à des toxicomanes malades. Il devenait impératif de promouvoir la prévention de la contamination par le VIH parmi cette population à hauts risques.

En 1998, consécutivement à ces évolutions, le dispositif de soins pour toxicomanes se décline comme suit :

- 229 centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire ;
- 664 places dans des centres spécialisés de soins avec hébergement collectif ;
- 731 places dans les centres spécialisés avec hébergement éclaté ;
- 2 communautés thérapeutiques ;
- 125 places en famille d'accueil ;
- 16 centres spécialisés de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire ;
- 8 unités pour sortants en pénitentiaire ;
- 32 boutiques ;
- 86 programmes d'échange de seringues ;
- 26 000 pharmaciens d'officine ;
- 50 réseaux ville-hôpital-toxicomanie ;
- entre 5 000 et 8 000 médecins impliqués dans la prise en charge de toxicomanes ;
- 8 000 personnes sous méthadone ;
- 32 000 à 40 000 personnes sous traitement buprénorphine (Subutex®)¹.

Le changement est considérable. L'immense majorité des 40 000 personnes sous Subutex® est traitée par des médecins de ville. Elles ne bénéficient donc plus de l'anonymat, ni de la gratuité qui reste l'apanage exclusif des centres spécialisés. Le développement des réseaux ville-hôpital-toxicomanie contribue lui aussi à rompre l'isolement des filières spécialisées. La création des « boutiques » et des lieux d'hébergement d'urgence (« sleeping », actuellement au nombre de 3) oblige à un partenariat avec le secteur sanitaire et social pour venir en aide aux toxicomanes les plus marginalisés. Enfin, le projet d'extension des actions de soins et de prévention jusqu'ici réservées aux usagers de substances psychoactives illicites en direction des alcooliques et des tabagiques risque bien de faire tomber la dernière barrière qui sépare encore le traitement sanitaire des toxicomanes de celui du reste de la population.

¹ L. Fourmier, présentation du dispositif de soins, la santé d'e l'homme, n° 334, 1er semestre 1998, p 44-46.

2. les politiques sociales en direction des toxicomanes se modifient elles aussi

La prise en charge quasi exclusive des toxicomanes dans un système spécifique, totalement gratuit et éventuellement anonyme a eu pour conséquence que les aspects sociaux ont pu être négligés. Pour se soigner, être accueilli ou hébergé, un toxicomane n'avait besoin d'avoir ni couverture sociale, ni ressources. Ce qui s'est voulu dans un premier temps un dispositif généreux d'aide à des personnes démunies et marginales a pu devenir une machine à maintenir, le plus souvent bien involontairement, ces mêmes sujets dans un système d'exclusion sociale. Les évolutions de la politique sanitaire ont favorisé les innovations dans l'approche sociale des toxicomanes, qui s'est développée suivant trois axes principaux :

- *la question des prestations sociales.* Sauf exception, les toxicomanes peuvent bénéficier comme tout le monde d'une couverture sociale, du RMI, d'aides au logement etc. La difficulté d'y avoir accès est souvent liée à l'instabilité d'une population méfiante vis à vis des institutions et qui peine à faire des démarches administratives parfois longues et compliquées. Le développement des traitements de substitution a permis de stabiliser de nombreux toxicomanes qui ont ainsi pu venir à bout de leurs démarches administratives. Se soigner en médecine de ville impose de sortir un tant soit peu de la marginalité, et favorise donc aussi l'accès à une situation sociale un peu moins précaire.
- *la question de la formation et de l'emploi.* Les toxicomanes sont faiblement insérés dans la vie active (72 % des toxicomanes suivis en novembre 1994 dans les centres de soins spécialisés n'exercent pas d'activité professionnelle, 58 % des usagers interpellés en 1997 sont classés « sans profession »). De gros efforts ont été faits ces dernières années pour favoriser l'insertion professionnelle des toxicomanes. Des associations spécialisées se sont créées, qui ont explicitement pour objet de favoriser l'emploi ou la formation des toxicomanes, sans qu'il soit en général nécessaire pour ceux qui y ont recours d'être totalement guéris. Les difficultés demeurent grandes de remettre au travail des personnes qui ont le plus souvent un faible niveau d'étude et une expérience professionnelle inexistante, doublée parfois d'un casier judiciaire qui interdit l'accès à certaines professions.
- *le logement.* La création en quelques années de plus de sept cents places de logement éclatés, qui correspond en général à des appartements thérapeutiques ou à des chambres d'hôtel, témoigne d'une prise de conscience de la nécessité de sortir les toxicomanes de la rue. Il y a là un double souci : favoriser l'insertion des toxicomanes, certes, mais aussi diminuer la visibilité du phénomène et les nuisances sociales qui en découlent. Les difficultés qu'ont les toxicomanes à se loger sont le reflet aggravé de la situation générale du logement social en France. Ils peuvent bénéficier des dispositifs

actuels d'aide au logement pour les populations défavorisées, sans exclusive particulière.

Les toxicomanes bénéficient d'un changement d'image et donc de traitement incontestable. En quelques années, ils sont passés du statut de délinquant ou de pervers à celui de malade et d'exclus.

Ce changement est tout à la fois le fruit des événements et d'une politique délibérée. L'épidémie de sida a fait prendre conscience à beaucoup qu'on ne pouvait abandonner à son sort une population de plusieurs dizaines de milliers de jeunes. Les approches sanitaires et sociales se sont progressivement modifiées, dans le sens d'une banalisation des modalités de traitement des problèmes : passage progressif d'une partie non négligeable des traitements du secteur spécialisé au secteur de droit commun, prise en compte des difficultés sociales des toxicomanes au même titre que celles des autres populations précarisées. Une spécificité forte demeure pourtant : l'usage des drogues reste interdit et réprimé, même si, on va le voir, les politiques répressives ont été infléchies ces dernières années.

3. Les stratégies répressives évoluent plus lentement

Les stratégies répressives peuvent s'analyser à partir de leurs intentions affichées (lois, circulaires, textes réglementaires divers), et aussi à travers leurs résultats (saisies, interpellations, condamnations). Elles concernent la justice, les services de police et de gendarmerie, et les douanes.

3.1. Aspects judiciaires

Les aspects juridiques de la toxicomanie sont sous-tendus par deux problématiques parfois délicates à distinguer : celle de l'usage, et celle du trafic. Si les toxicomanes sont toujours usagers, ils sont bien souvent usagers-revendeurs. L'analyse de la politique pénale vis-à-vis des trafiquants non usagers ne concerne pas notre étude, et sera ici laissée de côté.

L'article L. 638 du Code de santé publique fait de l'usage illicite de stupéfiants un délit réprimé d'un an d'emprisonnement et/ou d'une amende de 50 à 250 000 F. Toutefois, en cas de délit d'usage, l'article L 628.1 du Code de la santé publique donne au procureur de la République la possibilité d'enjoindre l'usager de drogue à suivre un traitement médical. En cas de respect du traitement, il peut déclarer l'action publique éteinte. C'est la mesure dite « d'injonction thérapeutique ».

A tout moment du processus pénal, les magistrats peuvent en outre imposer à l'usager de stupéfiants une obligation de soins. Dans ce cas, les poursuites sont engagées, mais le fait que l'usager se soit soumis à ces obligations n'aura de conséquence que sur le quantum de la peine (réduction, voire dispense). Lors du prononcé du jugement, le tribunal peut imposer une mesure de soins. Enfin lors de l'exécution de la peine, le juge d'application des peines peut ordonner une obligation de soins lors de l'octroi d'une libération conditionnelle.

L'injonction thérapeutique reflète la position intermédiaire prise par le législateur de 1970, qui considère le toxicomane comme un délinquant qu'il faut punir et comme un malade qu'il faut soigner. Elle implique une liaison entre le

pénal et le sanitaire, qui peinera au fil des années à se mettre en place¹. Une première circulaire, en 1987², suivie d'une deuxième en 1993³ et d'une troisième en 1995⁴ viseront d'abord à développer l'injonction thérapeutique (1987), puis à en étendre l'application, qui devient possible alors même que l'usager a été interpellé à l'occasion d'un délit autre que celui d'usage illicite de stupéfiants. Rien ne s'oppose, à partir de la circulaire de 1995, à ce qu'un usager fasse l'objet de plusieurs mesures successives d'injonction thérapeutique. Cette même circulaire rappelle également qu'il existe d'autres alternatives aux poursuites, qui sont le classement sans suite avec signalement à l'autorité sanitaire, ou le classement sans suite avec avertissement. La circulaire de 1995 témoigne d'une volonté claire de privilégier la réponse sanitaire par rapport à la réponse répressive.

La relance, à partir des années quatre-vingt dix, de l'injonction thérapeutique s'est traduite par une augmentation des mesures prises par les parquets, avec néanmoins d'importantes disparités régionales.

Tableau 5 : Mesures d'injonctions thérapeutiques prononcées par les juridictions

Année	Nombre de mesures
1992	4 935
1993	6 149
1994	7 678
1995	8 630

Source : ministère de la Justice.

Il est plus difficile de chiffrer les autres formes d'obligation de soins, qui ne sont pas comptabilisées directement par les juridictions. On peut, suggère Laurence Simmat-Durand⁵, tenter d'en apprécier indirectement l'ampleur en s'intéressant au nombre de condamnation pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) avec sursis partiel ou mise à l'épreuve. Dans de tels cas, il est probable (mais pas certain), que les condamnés ont été soumis à une forme d'obligation de soins. L'autre difficulté d'un tel calcul est que les condamnations sont classées en fonction de l'infraction principale, et qu'ainsi, de nombreuses ILS ne sont pas comptabilisées, étant associées à des vols ou des agressions.

¹ L. Simmat-Durand, les obligations de soins aux toxicomanes, dans « Psychotropes », 1997, n° 4, p. 127-144, Masson.

² Circulaire CAB 87-02 du 12 mai 1987 : coopération entre les autorités judiciaires et les autorités sanitaires et sociales pour l'application de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970.

³ Circulaire CRIM 93-03 E du 15 février 1993.

⁴ Circulaire conjointe DGLDT/CRIM/DGS n° 20C du 28 avril 1995 concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, BO justice n° 58 du 30 juin 1995.

⁵ L. Simmat-Durand, article cité, p. 139.

Le nombre des condamnations pour ILS a subi une augmentation de l'ordre de 300 % entre le début des années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt dix, conformément à ce que l'on sait par ailleurs de l'évolution du nombre des toxicomanes en France dans la même période.

Tableau 6 : Condamnations pour ILS selon l'année et l'infraction principale

Année	Condamnation			Sursis total ou partiel avec probation		
	Total	Dont usage	% usage	Total	Dont usage	% usage
1983	8 831	4 595	52	1 063	579	54,5
1988	17 022	4 930	29	3 030	1 055	34,8
1993	22 530	7 699	34,2	3 738	1 467	39,2

Source : ministère de la Justice, Les condamnations (volumes successifs). La Documentation française.

Depuis le début des années quatre-vingt dix, la diversification des réponses judiciaires dans le sens général d'une association avec un suivi sanitaire et social est évidente. Toutefois, selon un bilan effectué en 1997 par la Direction des affaires criminelles et des grâces, une disparité importante persiste selon les juridictions : les textes seront appliqués en fonction des possibilités de coopération entre le secteur sanitaire et social d'une part et le secteur judiciaire d'autre part, et selon l'implication personnelle des magistrats. Une étude menée en 1995 par la Chancellerie montre qu'environ 800 personnes entrent encore chaque année en prison pour simple usage de stupéfiants, en dépit des diverses préconisations de pénaliser à minima l'usage simple. Ces difficultés à voir la politique pénale évoluer dans le sens voulu par les pouvoirs publics d'un maximum d'alternatives à l'incarcération des usagers simples de drogues pourront-elles être levées sans que la loi de 1970 ne change ? On ne peut à ce jour que soulever la question...

3.2. L'activité des services de police, de gendarmerie et des douanes.

Les toxicomanes qui entrent dans le système répressif au titre de leur toxicomanie le font à travers une interpellation par les services de police, de gendarmerie et des douanes pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS).

Ne seront comptabilisées au titre de l'ILS que les interpellations donnant lieu à la rédaction d'un procès-verbal transmis au parquet.

La source principale du relevé de ces interpellations provient de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), qui comptabilise chaque année les interpellations pour trafic ou usage de stupéfiants par la police, la gendarmerie et les douanes.

L'OCRTIS distingue dans ses rapports d'activités annuels les interpellations concernant les usagers et le trafic qui concerne les saisies et les interpellations de trafiquants.

Tableau 7 : Usagers et trafiquants de stupéfiants interpellés de 1987 à 1997

Année	Usagers interpellés et pourcentage par produit						Nombre total de trafiquants interpellés
	Nombre total	Cannabis*	Héroïne*	Cocaïne*	Ecstasy*	LSD*	
1980	10 187	48,63	32,89	2,94		3,01	771
1981	12 888	47,56	36,75	3,45		2,91	831
1982	20 936	58,39	32,83	2,00		1,46	1 001
1983	23 531	64,35	31,07	1,32		0,88	2 735
1984	25 372	57,07	38,10	1,95		0,70	3 275
1984	25 631	54,58	41,72	1,50		0,58	4 046
1986	26 067	61,43	34,94	1,95		0,26	4 326
1987	26 933	62,61	34,12	1,88		0,32	4 118
1988	26 919	60,39	35,78	2,63		0,26	4 244
1989	29 063	63,81	32,77	2,33		0,23	4 418
1990	28 983	69,33	27,81	1,77	0,11	0,25	5 198
1991	39 755	70,25	26,41	2,02	0,10	0,23	5 303
1992	48 543	66,29	30,03	1,97	0,28	0,17	5982
1993	45 282	62,61	33,04	2,25	0,53	0,36	6 451
1994	52 518	62,24	32,65	2,43	1,27	0,45	7 179
1995	62 325	66,92	27,85	2,20	1,80	0,37	7 107
1996	69 228	73,73	21,12	2,39	1,70	0,39	8 412
1997	82 725	80,48	14,37	2,51	1,48	0,24	6 560

* Chiffres donnés en pourcentage du nombre d'usagers interpellés.

Source : usage et trafic de stupéfiants, statistiques 1997, ministère de l'intérieur, Direction générale de la police nationale, OCRTIS.

Ces chiffres sont éloquentes. On voit que les interpellations d'usagers de substances illicites se sont, de 1980 à 1997, multipliées par huit, et par trois depuis 1990. La place des interpellations d'usagers de cannabis n'a cessé de croître, tandis que celle des usagers d'héroïne subissait, surtout depuis 1995, une nette diminution. Les usagers d'ecstasy apparaissent dans les statistiques policières à partir de 1990, mais le nombre des interpellés reste modeste. Enfin, la croissance des arrestations de trafiquants ne suit pas tout à fait celle des interpellations d'usagers.

La volonté des autorités sanitaires est de ne pas stigmatiser inutilement les toxicomanes, tandis que les autorités judiciaires souhaitent promouvoir les alternatives sanitaires et sociales à la répression. On voit ici clairement que les services de police, de gendarmerie et de douanes continuent à appliquer à la lettre la loi de 1970 alors que dans les autres secteurs des circulaires sont venues infléchir la rigueur législative. La majeure partie de leur activité d'interpellation concerne des usagers de cannabis, ce qui se conçoit vu le nombre croissant de consommateurs et de petits vendeurs, mais qui met cruellement en lumière la discordance qui existe entre l'approche sanitaire et sociale de la question des toxicomanies, et l'approche policière du problème. L'immense majorité de ces

interpellations n'amène aucune suite judiciaire, et l'on peut alors s'interroger sur la pertinence d'interpeller 66 577 personnes¹ sans suite d'aucune sorte.

Le nombre croissant d'interpellations d'usagers de cannabis peut apparaître comme le fruit d'une volonté délibérée de traquer ces derniers, dans le cadre d'une politique concertée de lutte contre la toxicomanie. Il n'en est rien. La raison de cette inflation statistique semble plutôt ressortir à la façon dont l'activité de la police est comptabilisée : une interpellation d'usager de cannabis est, pour la statistique policière, un délit constaté et aussitôt élucidé, qui vient améliorer les chiffres d'activité des commissariats.

V - CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Tous les indicateurs montrent que les toxicomanes de 1999 ne sont plus ceux de 1980, qu'il s'agisse de leur nombre, de leur situation sanitaire et sociale ou de leurs modes de consommations des drogues. La réflexion des spécialistes et les politiques publiques tentent de s'adapter à ces évolutions, sans pour autant, nous le verrons dans la deuxième partie, qu'il soit envisageable à l'heure actuelle de revoir le cadre légal. La difficulté de l'exercice est mise en lumière quand on compare les approches sanitaires et sociales développées ces dernières années avec les pratiques policières et, dans une moindre mesure, judiciaires. Pour les toxicomanes, qui sont chaque jour confrontés avec des politiques publiques qui peuvent apparaître comme contradictoires, la situation n'est pas simple. Délinquants au regard de la loi et donc dans leurs relations avec la police et la justice, de plus en plus souvent reconnus malades ou exclus quand ils rencontrent les systèmes d'aide sanitaires et sociaux, leur place dans la cité ne s'en trouve guère clarifiée.

¹ Nombre d'usagers de cannabis interpellés en 1997.

TITRE II
LE RÔLE DE L'ÉTAT

On l'a vu, l'Etat intervient en matière de prise en charge des problèmes posés par les toxicomanes à travers des politiques publiques, qui s'expriment pour l'essentiel dans le champ sanitaire et social et dans celui de la répression.

La loi du 31 décembre 1970 fait de la lutte contre la toxicomanie une mission dévolue à l'Etat. Cette compétence exclusive de l'Etat n'a pas été remise en cause par l'article 51 de la loi du 22 juillet 1983 qui confie aux départements une compétence de droit commun dans le domaine de l'aide sociale. Cette mission de l'Etat s'accomplit à travers des institutions et des personnes dont le rôle est de participer à la définition de la politique en matière de lutte contre la toxicomanie et à sa mise en œuvre. La partie centralisée de la lutte contre la toxicomanie mérite d'être étudiée, du moins dans ses principaux aspects, car elle a une incidence forte sur les politiques locales qui peuvent être proposées, et qui demeurent l'objet principal de notre étude.

I - LA LÉGISLATION

1. Rappel des principes généraux de la loi de 1970

La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses est le pilier de la politique française en matière de drogue.

Cette loi comporte deux volets : un volet sanitaire, qui ressort de l'insertion de la loi au Code de la santé publique, et un volet répressif concernant l'usage et le trafic.

L'ouvrage de Jacqueline Bernat de Celis¹ sur la genèse de la loi de 1970 permet d'en bien comprendre la logique. Jusqu'à la fin des années soixante, la perception française du problème de la drogue se limite à la question du trafic international. A cette époque, de nouvelles drogues inconnues dans notre pays apparaissent (cannabis, LSD), tandis que le phénomène de la toxicomanie, jusqu'ici resté marginal et limité, se développe parmi la jeunesse. L'usage de drogue est assimilé au mouvement contestataire de mai 1968, et la loi de 1970 est alors, dans l'esprit du législateur, un des moyens d'endiguer la vague de « dissolution des mœurs » portée par la contestation. Dans le même temps, la France découvre qu'elle est devenue une plaque tournante du trafic de drogue international (la « French Connexion »). Pour toutes ces raisons, la question de l'usage de drogue est perçue comme un danger social majeur.

Le texte final de la loi de 1970 est le fruit d'un compromis entre deux ministères. Le ministère de la Justice demande la création d'un délit d'usage de drogues, car jusqu'alors, les usagers étaient déférés sous la qualification de détention de stupéfiants. Il s'agit de raisons plus techniques que de principe. Le ministère de la Santé demande quant à lui la mise en place d'une surveillance sanitaire obligatoire pour les toxicomanes.

La loi de 1970 organise le soin, anonyme et gratuit qui s'effectue dans le cadre d'une prise en charge sanitaire et sociale conventionnée par l'Etat.

¹ J. Bernat de Celis, Drogues : consommation interdite. La genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants, L'Harmattan, Paris, 1996.

Toute infraction à la législation sur les stupéfiants est réprimée, du simple usage au trafic et à la production, sans distinction entre les produits, pourvu qu'ils figurent sur la liste des substances prohibées. L'injonction thérapeutique, qui devait favoriser la mise en place de cette fameuse surveillance sanitaire obligatoire réclamée par le ministère de la Santé et représentait un compromis entre la répression et le soin, peinera, on l'a vu, à se mettre en place. La répression des usagers, quant à elle, se développera au rythme même du phénomène qu'elle devait endiguer, comme le montrent des chiffres d'interpellations rapportés plus haut.

La lutte contre le trafic sous toutes ses formes est centrale. La loi de 1970 prévoit des procédures et des peines exceptionnellement sévères au regard du droit commun : garde à vue prolongée, droit de perquisition étendu, peines dépassant dans leur ensemble le maximum légal prévu pour la répression des délits. La loi de 1970 fera l'objet de modifications ultérieures qui iront toutes dans le sens d'une aggravation des peines encourues par les trafiquants.

Au total, les grands principes de la loi de 1970 se caractérisent par :

- la pénalisation graduée de toute la filière « drogue », des usagers simples aux producteurs ;
- l'absence de distinction entre les différentes drogues, dont la production, le trafic et l'usage sont pénalisés de la même façon ;
- la création d'une filière de soins spécialisée pour les toxicomanes, sous la responsabilité et le financement directs de l'Etat. L'accès pour les toxicomanes à cette filière est caractérisé par la gratuité et l'anonymat ;
- la possibilité pour la justice de renoncer aux poursuites pour les usagers de drogues qui acceptent de se soumettre à un traitement.

2. Conséquences de la loi de 1970 pour l'organisation sanitaire et sociale de la lutte contre la toxicomanie

La loi de 1970 ne comporte aucune disposition concernant la prévention. Si la lutte contre le trafic et l'usage de drogues, ainsi que les soins aux toxicomanes sont du ressort exclusif de l'Etat, chacun peut s'improviser acteur de prévention. Ceci explique en grande partie le flou qui perdure concernant la prévention, ses objectifs et ses acteurs dans notre pays, ainsi que la volonté du comité interministériel de 1993, à travers le rapport Parquet, de mettre un peu d'ordre dans ce domaine.

La commission Henrion¹, en 1995, a examiné de près les conséquences de la loi de 1970 sur l'organisation sanitaire et sociale de la lutte contre la toxicomanie.

Pour cette commission, l'anonymat, la gratuité et la répression de l'usage contribuent à isoler les toxicomanes du reste de la population.

¹ R. Henrion, Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, La Documentation Française, mars 1995.

L'anonymat, souligne le rapport Henrion, est lié à la philosophie générale de la loi, qui fait du toxicomane un délinquant mais lui laisse la possibilité d'échapper aux poursuites s'il se soigne (art L 628-1, 3ème alinéa). La loi ne prévoit pas le cas du toxicomane qui rechute, ni de celui qui continue à consommer des produits stupéfiants alors qu'il est en traitement. Or, on sait bien qu'il est exceptionnel qu'un traitement réussisse du premier coup. Par ailleurs, le développement des traitements de substitution implique que l'on lève l'anonymat des toxicomanes pour qu'ils puissent bénéficier d'une prescription médicamenteuse.

En 1995, quand la commission Henrion rend son rapport, seules quelques dizaines de toxicomanes reçoivent un tel traitement. Aujourd'hui, c'est environ 60 000 toxicomanes qui ont du renoncer à l'anonymat pour pouvoir se soigner. Cette disposition de la loi de 1970 pourrait, comme déjà préconisé par le rapport Henrion, être remplacée sans dommage par une application rigoureuse du secret médical. Plus encore, la commission a considéré que la suppression de l'anonymat serait un élément positif qui sortirait les toxicomanes d'un régime d'exception devenu plus stigmatisant que protecteur.

La question de la gratuité des soins, autre pilier de la loi de 1970, est complexe. Elle ne facilite pas l'intégration, en contribuant à maintenir les toxicomanes dans un circuit spécifique de soins. Toutefois, sa suppression doit être envisagée avec prudence, car les enquêtes épidémiologiques montrent que beaucoup de toxicomanes sont sans ressources, et doivent pourtant être en mesure de suivre un traitement qui est le plus souvent long et coûteux.

Dès aujourd'hui, l'application de la gratuité dans le cadre de la loi de 1970 pose des problèmes concrets aux polytoxicomanes dépendants de produits licites (alcool, médicaments psychotropes y compris les médicaments de substitution) et qui ont besoin d'un sevrage. Ils ne peuvent en effet bénéficier de la gratuité du sevrage à l'hôpital, qui ne s'applique qu'au sevrage des substances prohibées. Soit ils sont en mesure de payer leurs frais d'hospitalisation, ce qui est rare, soit ils bénéficient avant leur admission en sevrage d'une couverture sociale à 100 %, soit ils doivent renoncer à se soigner.

L'accroissement massif des polytoxicomanies amène de plus en plus souvent les toxicomanes à devoir se passer de soins adéquats, faute de couverture sociale et parce que la loi de 1970 ne prévoit la gratuité des soins que pour les usagers de substances illicites.

La loi contre les exclusions, et en particulier la couverture maladie universelle (CMU), devrait régler, pour les polytoxicomanes en situation de précarité, cette question de l'accès au soins, et rendre définitivement inutile l'existence d'un système de soins gratuits dérogatoire du droit commun.

3. Depuis 1978 (Rapport Pelletier), d'innombrables rapports ont critiqué telle ou telle disposition de la loi de 1970, sans que celle-ci ne soit modifiée de façon substantielle ni abrogée

Trois rapports officiels ont été demandés depuis 1978 pour analyser la loi de 1970 et en évaluer les difficultés d'application.

Le premier d'entre eux a été demandé par le Président de la République, Valéry Giscard d'Estaing à Monique Pelletier en 1978 c'est-à-dire avant que n'interviennent les lois sur la décentralisation.

Les propositions du rapport Pelletier¹ sont précédées d'un préambule qui rappelle que « *il n'existe pas, dans l'état actuel des choses, une solution unique à un problème de la drogue qui serait lui même unique, mais des solutions multiples aux problèmes posés par l'usage des drogues.* »².

Les propositions sont exposées après un préalable et comportent cinq types d'actions possibles :

- En préalable, Monique Pelletier réclame des mesures visant à améliorer les connaissances en développant la recherche, la documentation, la circulation de l'information et l'appréhension statistique du phénomène de la toxicomanie. Pour ce faire, elle préconise l'instauration d'un programme de recherche d'ensemble, élaboré par une instance interministérielle dont elle demande la création. Elle souhaite en outre que cette instance, rattachée au Premier ministre, soit relayée dans chaque département par un groupe de travail restreint, réuni autour du Préfet, et assisté d'un comité consultatif plus large. La structure départementale devrait être coordonnée à la structure nationale par le biais de réunions régulières, afin d'assurer la cohérence entre les différents niveaux de la lutte contre la toxicomanie.
- Le premier groupe d'action concerne la prévention, l'information et la formation. Pour favoriser la prévention, il convient d'améliorer le fonctionnement de l'institution scolaire, de favoriser la vie associative dans les quartiers, de créer les lieux d'accueil polyvalents en direction des jeunes en difficulté. L'information doit viser les parents, les personnes au contact des jeunes et des toxicomanes, et plus largement l'opinion publique. Une formation générale sur les toxicomanies doit être délivrée aux personnes en contact avec les toxicomanes. Il faut également prévoir la formation de spécialistes, médecins et non médecins.
- Le deuxième groupe d'action concerne la question de l'offre de drogues. Le rapport Pelletier se prononce clairement pour la répression de l'offre de drogues dans toutes ses dimensions, et préconise un renforcement des peines prévues pour les trafiquants, ainsi que des moyens mis à disposition des services chargés de la répression. Il souligne en outre la part prise dans l'approvisionnement en drogues par les ordonnances volées ou falsifiées, ainsi que par les prescriptions et dispensations de complaisance, pour lesquelles une surveillance accrue est demandée.
- Le troisième groupe de propositions concerne les interventions des pouvoirs publics sur la demande. D'emblée, la question de l'opportunité de poursuivre les usagers de drogues est posée. Il est impossible de citer

¹ Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, présenté par Monique Pelletier, La Documentation Française, janvier 1978.

² Rapport Pelletier, p. 151.

ici *in extenso* l'argumentaire développé autour de cette question¹ mais on se doit d'en souligner la clarté, la pertinence et la modernité. Vingt ans après, les propos de Monique Pelletier sont toujours d'actualité. Le rapport Pelletier préconise de procéder pendant trois ans à une application loyale et effective de la loi de 1970, en élaborant des circulaires et textes d'application nécessaires, afin de ne plus poursuivre pénalement les usagers simples de cannabis, de désigner dans chaque juridiction des magistrats spécialisés et de les former, d'améliorer l'injonction thérapeutique en simplifiant les formalités administratives et en admettant la rechute comme une étape inévitable du traitement qui ne doit pas dissuader d'avoir à nouveau recours au traitement médical, de développer pour les mineurs l'assistance éducative plutôt que la procédure pénale, d'aménager les conditions de détention pour les toxicomanes. A l'échéance de trois ans, le rapport Pelletier préconise l'élaboration d'un nouveau régime juridique pour la toxicomanie, après un large débat public visant à faire émerger un consensus autour des questions suivantes : faut-il réprimer pénalement l'usage de toutes les drogues, ou bien seulement de certaines d'entre elles, et quel système peut-on mettre en place pour amener les toxicomanes à demander ou accepter une prise en charge ?

- Les deux derniers groupes de propositions concernent le traitement, la prise en charge et la réinsertion des toxicomanes. L'accueil des toxicomanes doit s'effectuer dans des structures spécifiques, et être coordonné au plan départemental. Il faut créer des lits de sevrage disséminés dans des services non spécialisés ainsi que quelques unités spécifiques chargées du soin et de la recherche. La prise en charge a pour finalité la réinsertion des toxicomanes dans la société.

Un deuxième rapport est demandé à Mme Catherine Trautmann par M. Michel Rocard, Premier ministre, en 1989².

Les propositions de ce rapport sont groupées en huit chapitres, précédés d'un exposé des options du rapporteur et des objectifs du rapport³.

- D'une manière générale, Mme C. Trautmann préconise de reconnaître l'interaction de l'offre et de la demande, de parler **des** toxicomanies (au pluriel plutôt qu'au singulier), de dépasser le clivage obsolète licite-illicite, de considérer les toxicomanies comme un symptôme de mal-être et comme un style de vie, d'avoir pour référence la personne et son aspiration à devenir autonome, et de refuser de faire des toxicomanes les boucs émissaires de la société. L'action de l'Etat doit tenir compte d'une triple exigence, la défense des libertés, de la santé et de l'ordre public. Cette action doit être coordonnée et concertée, associer tous les acteurs de la nation, et se soucier de la coopération à l'échelle européenne et internationale. Les objectifs sont classiques : réduire

¹ Rapport Pelletier, p. 202 et suivantes.

² Catherine Trautmann, La lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants, rapport au Premier ministre, La Documentation Française, février 1990.

³ C. Trautmann, p. 139 et suivantes.

l'offre, réduire la demande, améliorer la prise en charge des toxicomanes.

- Le premier groupe de propositions concerne la coordination de l'action des pouvoirs publics. La Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT, créée par décret du 8 janvier 1982) en est l'acteur essentiel. Pour Mme C. Trautmann, elle doit impérativement être rattachée au Premier ministre, rester de taille limitée, et s'articuler avec des délégués régionaux placés auprès du préfet de région, ainsi qu'avec les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie.
- Le deuxième groupe de propositions concerne l'action internationale : renforcement du travail avec les Nations Unies, ratifications de conventions, aide aux pays en voie de développement, mise en place d'une politique européenne de lutte contre la drogue.
- Le troisième groupe de propositions est consacré à la législation. Il est inutile de changer la loi française, dit le rapport, ceci au nom de deux arguments principaux : la législation n'a qu'un impact relatif sur la maîtrise du phénomène des toxicomanies, et il est préférable d'éviter un affrontement théorique stérile. Catherine Trautmann préconise de laisser à l'Europe le soin d'harmoniser le moment venu les législations des pays membres. Enfin, elle récuse l'idée d'une cour d'assises pour juger le grand trafic.
- La lutte contre le trafic est le sujet du quatrième groupe de propositions. Elle doit s'adapter à la suppression des frontières intracommunautaires et développer la coopération entre les différents services nationaux. Les priorités doivent être redéfinies : contrôle des flux de marchandises, contrôle des voies aériennes, lutte contre les profits financiers.
- La prévention doit être développée, par les différents ministères concernés et par le mouvement associatif. Des politiques locales doivent être dynamisées, et des protocoles d'évaluation de ces actions de prévention mis en place.
- Un sixième groupe de propositions concerne l'action auprès des toxicomanes. Le dispositif spécialisé doit être renforcé, en tenant compte des préoccupations d'insertion et de réinsertion, ainsi que de sa nécessaire articulation avec ses partenaires (acteurs locaux de prévention, hôpitaux, justice, clubs de prévention). Le dispositif de soins spécialisés doit s'adapter, sans changer pour autant de logique, aux problèmes liés au sida. Enfin, la nécessité d'un système de financement solide et bien géré pour les structures spécialisées est rappelée.
- La communication et l'information à propos des toxicomanies doivent être mieux élaborées.
- L'épidémiologie et la recherche sont l'objet du huitième et dernier groupe de propositions. Le rapport Trautmann souligne la nécessité de développer une politique active de recherche, tant en neurobiologie qu'en sciences humaines et en méthodologie évaluative.

Mme Simone Veil, ministre d'Etat, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville, a demandé en mars 1994 au professeur Henrion de présider une commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie. Le rapport de cette commission sera rendu public en mars 1995¹. Les propositions et recommandations de la commission Henrion sont classées en cinq chapitres, précédés d'un préambule où il est rappelé que la commission n'a pas la prétention de proposer une solution au problème de la drogue, mais plutôt des pistes à suivre, en insistant sur la nécessité de mettre en place une véritable politique d'évaluation.

Les propositions et recommandations sont les suivantes :

- Améliorer l'efficacité des politiques suivies. Pour ce faire, trois domaines sont apparus comme prioritaires :
 - le renforcement de la surveillance épidémiologique par la mise en place d'indicateurs précis permettant un suivi quantitatif et qualitatif du phénomène ;
 - la promotion de la recherche en neurobiologie, en clinique, en thérapeutique et en sciences humaines. Cette recherche doit être programmée et coordonnée.
 - la mise en place d'une coordination efficace des différentes actions menées. La DGLDT (successeur de la MILDT, et chargée de la politique interministérielle de lutte contre la toxicomanie) doit être transformée en une agence indépendante pour pouvoir mener ses missions dans la stabilité et la durée.
- La lutte contre la toxicomanie passe en priorité par la prévention.

Il faut identifier les groupes à risque, et les facteurs de risque, afin de mener une politique de prévention qui renforce les facteurs de santé. La prévention spécifique doit être une prévention de la dépendance, qui ne s'appuie pas nécessairement sur le caractère licite ou non des produits, et qui ne doit pas être « rejetante » pour les consommateurs. La prévention « grand public » doit intégrer les critères connus d'efficacité tirés des expériences étrangères.

¹ Roger Henrion, Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, la Documentation Française, mars 1995.

- Rompre l'exclusion des toxicomanes

L'amélioration de la santé des toxicomanes passe par le renforcement des liens avec les usagers de drogues. L'implication des hôpitaux, des médecins généralistes et des pharmaciens doit être renforcée. La prévention du sida et des hépatites exige une action résolue, par le biais de lieux de contact avec les toxicomanes les plus marginalisés (boutiques, programmes d'échange de seringues, sleep-in), ainsi que par le développement de programmes de distribution de méthadone. La situation sanitaire dans les prisons doit être améliorée. La politique de réductions des risques doit se poursuivre, et implique des accommodements avec la répression de l'usage des drogues. La commission Henrion souligne la contradiction qui existe entre cette politique et le maintien d'une pénalisation de l'usage. Les diverses modalités de traitement des toxicomanes doivent être développées sans exclusive, ainsi que les groupes d'auto-support. Le cadre réglementaire de la prise en charge sanitaire des toxicomanes doit être reconsidéré : la gratuité, l'anonymat, ainsi que la centralisation du financement ne sont peut-être plus nécessaires.

- Modifier la loi

La commission Henrion s'est longuement penchée sur la question de la pénalisation de l'usage. Deux aspects distincts sont abordés, celui des principes et celui de la cohérence avec les priorités de santé publique. Le rapport Henrion relève que la distinction drogue dure/drogue douce n'est pas appropriée, mais que certaines drogues sont à l'évidence plus dangereuses que d'autres. Le cannabis, en particulier, ne paraît pas particulièrement dangereux, s'il n'est pas totalement anodin, surtout associé à l'alcool et aux médicaments. La commission s'est prononcée pour une dépénalisation de l'usage du cannabis, mais ne souhaite pas autoriser sa distribution. Pour ce qui est des drogues dites « dures », la commission souhaite que leur usage demeure pénalisé, tout en soulignant que la loi doit être profondément modifiée. En particulier, il ne paraît pas souhaitable d'emprisonner les usagers de drogues, mais plutôt de trouver des formes de contraintes qui soient utiles aux toxicomanes.

En tout état de cause, la commission souhaite que les modalités de pénalisation de l'usage des drogues soient reconsidérées, mais après que les procédés d'évaluation et les moyens sanitaires et judiciaires suffisants aient été mis en place.

- Peut-on améliorer la répression du trafic ?

La commission demande une augmentation des moyens de la lutte contre le trafic, ainsi que la création d'un « Conseil de médiation », rattaché au Premier ministre, pour coordonner l'action des différents partenaires de la lutte contre le trafic.

Ces trois rapports ont été demandés par les plus hautes autorités du pays. Divers autres travaux, tous plus ou moins critiques vis-à-vis de la législation et de l'organisation française en matière de lutte contre la toxicomanie, ont été rendus publics ces quinze dernières années. Citons ici, sans souci d'exhaustivité, le rapport d'Evelyne Sullerot, pour le Conseil économique et social (mai 1989), le rapport du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de

la santé (en novembre 1994), le rapport de la commission sociale de l'épiscopat, (septembre 1997).

Une telle production interpelle : qu'ils soient réalisés à la demande d'autorités gouvernementales ou par des institutions qui s'auto-saisissent, tous ces rapports attestent à tout le moins d'un malaise. Depuis le rapport Pelletier de 1978, on retrouve les mêmes critiques, on formule les mêmes recommandations : l'évaluation des politiques publiques en matière de lutte contre la toxicomanie est inexistante, la coordination entre les différents acteurs (répressifs et sanitaires) est insuffisante, la recherche doit être développée, les alternatives à l'incarcération pour les usagers de drogue doivent être recherchées, le clivage drogues licites-drogues illicites doit être repensé, l'articulation entre la politique menée par l'Etat et celle mise en œuvre par les diverses collectivités locales n'est pas satisfaisante etc.

L'inertie des pouvoirs publics, dans ce domaine, est flagrante. Avec un bel optimisme, Mme Monique Pelletier estimait en 1978 que trois ans suffiraient pour que l'opinion publique soit prête à ce que la question du statut des drogues et de celui des toxicomanes soit abordée, et que la loi de 1970 soit modifiée. On voit, vingt ans plus tard, qu'il n'en n'a rien été. Cette immaturité réelle ou supposée de l'opinion vient conforter l'immobilisme des décideurs : ne rien changer semble à beaucoup la solution la plus sage.

Une lecture détaillée de la plupart de ces rapports nous montre que, outre la question du statut des drogues, qui focalise l'attention des médias et de l'opinion à chaque fois que l'un d'entre eux est publié, beaucoup de questions ont été abordées avec pertinence, beaucoup de pistes tracées qui n'ont pas été suivies. Repenser les filières de soins pour les toxicomanes, ainsi que le demandait le rapport Henrion, coordonner étroitement les initiatives au niveau du département, comme le suggérait Mme Monique Pelletier ou au niveau régional comme le proposait Mme Catherine Trautmann, mettre en place une politique ambitieuse et concertée en matière de recherche, tout ceci ne devrait pourtant pas enflammer l'opinion, ni poser de problèmes insurmontables aux décideurs.

II - LES POLITIQUES DE L'ÉTAT

La politique en matière de lutte contre la toxicomanie repose, on l'a vu, sur la loi de 1970. Son application concerne aujourd'hui près de vingt ministères ; la problématique de l'interministérialité est donc centrale au niveau national, tandis qu'au niveau départemental, des chefs de projet sont, non sans difficultés, en charge de l'animation de la politique définie nationalement. La question du financement par l'Etat des actions menées intervient à tous les niveaux de la chaîne, et mérite à ce titre toute notre attention.

1. L'interministérialité et la politique de la ville

1.1. Le pilotage central de la lutte contre la toxicomanie¹

Le dispositif institutionnel pour la mise en œuvre du pilotage central de la lutte contre la toxicomanie comprend un comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, et une structure administrative de coordination interministérielle.

a) Le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, présidé par le Premier ministre, a été créé par décret en 1982. Sa mission était de définir, animer et coordonner la politique du Gouvernement en matière de lutte contre la toxicomanie, et notamment les actions de prévention et de réinsertion sociale relatives aux toxicomanes. Le décret de 1982 a été modifié à deux reprises, en 1985 et 1989, avant d'être abrogé par un décret du 6 décembre 1989, qui crée un comité interministériel de lutte contre la drogue, lui-même modifié par décret en 1990. En 1996, un nouveau décret (le sixième !), abrogeant celui de 1989, a redéfini la mission du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Le comité interministériel, à travers ses formules successives, a globalement pour mission de préparer les décisions du Gouvernement, au plan national et international, en ce qui concerne la lutte contre la production et le trafic de stupéfiants, ainsi que contre la consommation des drogues et la toxicomanie.

De 1982 à 1986, le comité interministériel a tenu quatre réunions et adopté deux programmes d'action. Il s'est réuni à nouveau, pour adopter un programme d'action, en 1993 et 1995, et sans adopter de programme particulier en octobre 1998.

b) La structure administrative de coordination a pâti, depuis sa création en 1982, d'une instabilité chronique : remaniements nombreux, rattachements fluctuants et succession rapide des responsables :

- un décret du 8 janvier 1982 crée une « mission permanente de lutte contre la toxicomanie » rattachée au ministre de la Solidarité nationale, qui a eu deux présidents successifs en deux ans ;
- le décret du 7 février 1985 organise une « mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie » (MILT), rattachée successivement au Premier ministre, puis au ministre de la Justice (1986), puis à nouveau au Premier ministre (août 1988), puis, pour sa gestion, au ministère de la Solidarité nationale, de la santé et de la protection sociale (novembre 1988). La MILT a eu successivement six présidents en cinq ans ;

¹ Ce paragraphe est largement inspiré du chapitre II du rapport de la Cour des Comptes : le dispositif de lutte contre la toxicomanie, Rapport public particulier, juillet 1998, Les Editions du Journal officiel.

- le décret du 6 décembre 1989 crée auprès du Premier ministre une « délégation générale à la lutte contre la drogue » (DGLD), qui a autorité sur la MILT ;
- la MILT et la DGLD fusionnent par décret du 25 juillet 1990 en une « délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie » (DGLDT), rattachée au Premier ministre, puis au ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville. Elle a été dirigée par trois personnalités successives en cinq ans ;
- le décret du 24 avril 1996 a supprimé la DGLDT, et a placé auprès du Premier ministre une « mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie » (MILDT). Elle a eu deux présidentes successives, la dernière ayant été nommée en juin 1998. Dans l'organisation actuelle, si les services du Premier ministre exercent la tutelle administrative de la MILDT, c'est le secrétaire d'Etat à la santé et aux affaires sociales qui dispose de la mission pour l'exercice de ses attributions et le suivi de ses actions.

La lettre de mission adressée le 10 juillet 1998 par le Premier ministre Lionel Jospin à Mme Nicole Maestracci, nommée présidente de la MILDT un mois plus tôt, permet de lire en creux, à travers les directives qu'elle donne, les carences passées de l'instance interministérielle. Outre l'interrogation sur l'élargissement des missions de la MILDT aux substances licites (alcool, tabac et médicaments psychotropes), le Premier ministre souhaite qu'une réflexion soit menée sur les points suivants:

- *« (...) ensuite, le développement d'une politique de lutte contre la toxicomanie qui concilie la prévention, les impératifs de santé publique et la répression se heurte à la difficulté de mettre en place une coordination locale satisfaisante. Il m'apparaît en conséquence indispensable d'évaluer les procédures de coordination existantes et de les améliorer en tenant compte à la fois de la mise en œuvre des contrats locaux de sécurité et des projets développés dans le cadre de la politique de la ville ;*
- *enfin, l'évaluation des actions conduites ou soutenues par la MILDT est aujourd'hui largement insuffisante. Il m'apparaît donc nécessaire que vous élaboriez des procédures permettant d'évaluer régulièrement l'efficacité des projets financés, de définir les besoins et de planifier le développement des nouvelles actions. »*¹

Dans ses « propositions d'orientation pour une politique interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies », remises le 15 octobre 1998 au Premier ministre, la présidente de la MILDT souligne l'importance de la coordination nationale en matière de lutte contre la toxicomanie : « compte tenu de la multiplicité des acteurs et des financements, la lisibilité de la politique publique dépend de la capacité à coordonner et à trouver un langage commun au niveau local, national et international ». Elle note plus loin que,

¹ Lettre de mission du Premier ministre à Mme Nicole Maestracci, présidente de la MILDT, du 10 juillet 1998.

malheureusement, « *l'expérience et l'instabilité chronique de la MILDT, ainsi que les difficultés rencontrées peu ou prou par toutes les structures interministérielles, conduisent donc à un certain scepticisme sur les chances de réussir à élaborer un véritable travail interministériel* ».

On ne peut à ce jour que partager les interrogations de la présidente de la MILDT concernant l'interministérialité en général, et son application spécifique au domaine de la lutte contre la toxicomanie. L'histoire montre que les impératifs sanitaires et sociaux se concilient, du moins au plan national, difficilement avec ceux de la répression. La MILDT, institution fragile, risque donc d'avoir bien du mal à devenir ce « *véritable lieu d'élaboration du travail interministériel* » que la présidente appelle de ses vœux.

1.2. La politique de la Ville et le partage Etat - collectivités locales

Définir la place et le rôle de la politique de la Ville dans la lutte contre la toxicomanie n'est pas une tâche aisée. L'étude de la politique de la Ville en la matière peut s'entendre de deux façons distinctes, et non exclusives l'une de l'autre : on peut considérer les mesures explicitement soutenues et financées par l'administration interministérielle concernée, la Délégation Interministérielle à la Ville ; on peut aussi s'intéresser au partage de fait entre la politique nationale et les politiques locales, qui constitue le cadre dans lequel ces mesures spécifiques vont prendre place. Rappelons toutefois que, d'une manière générale, le soin et la lutte contre le trafic et l'usage des drogues sont du domaine de l'Etat, tandis que les collectivités locales sont essentiellement concernées par la prévention.

a) L'action de la Délégation interministérielle à la ville (DIV)

Lors de son audition par la section du Cadre de vie du Conseil économique et social, Mme Claude Brévan, déléguée interministérielle à la ville et au développement social urbain, a exposé les principes et les moyens de son action.

La principale vocation de la DIV est de donner une dimension territoriale à des politiques sectorielles. L'action de la DIV s'exerce sur des territoires précis, et vise à faire la synthèse de plusieurs politiques issues de différents départements ministériels. Au niveau local, la conséquence de ce principe général est que toute la politique conduite sera fondée sur le partenariat. Il n'y a pas une politique de la ville, conduite par le seul ministère de la Ville. La politique menée le sera toujours en partenariat non seulement avec les autres départements ministériels concernés, mais encore avec les collectivités territoriales, et tout un ensemble de partenaires, définis en fonction de la thématique considérée.

Une autre conséquence de ce principe est que la quasi totalité des budgets que gère la Délégation interministérielle à la ville (DIV) est déconcentrée au niveau des régions, puis des départements.

Les actions de la DIV en matière de toxicomanie sont des actions de prévention. Le caractère partenarial des interventions a pour conséquence que les crédits « toxicomanie » ne sont pas identifiables aujourd'hui en tant que tels, et qu'ils se fondent dans le cadre général de la prévention de la délinquance. Les crédits spécifiquement consacrés à la prévention de la toxicomanie seront

identifiés *a posteriori*, quand la DIV aura pris connaissance de l'usage qui a été fait des crédits alloués.

Les orientations générales données par la DIV en matière de prévention de la toxicomanie sont celles retenues par la MILDT. Ensuite, ce sont les départements qui définissent leurs priorités.

Outre le partenariat interne à l'Etat, il faut souligner, en matière de lutte contre la toxicomanie, l'importance de l'effort mené par les collectivités locales (communes, département) qui assurent la moitié du financement en matière de prévention.

A titre d'illustration, le bilan pour 1997 des actions de prévention des toxicomanies conduites dans le cadre de la politique de la ville est le suivant :

- budget total consacré à la prévention de la délinquance : 569 millions de francs (MF), parmi lesquels 84,99 MF pour le financement des actions de prévention de la toxicomanie, tous partenaires confondus, soit 14,9 % de l'ensemble ;
- ces crédits ont concerné pour 54 % la géographie prioritaire, c'est-à-dire les quartiers difficiles faisant l'objet d'un contrat de ville, le reste étant affecté à des approches départementales moins spécifiques ;
- les 84,99 MF consacrés à la prévention de la toxicomanie au titre de la politique de la ville ont été financés comme suit :
 - 42,4 MF par l'Etat, à travers les crédits du ministère de la Ville (23,9 MF), des ministères de l'Emploi et de la solidarité (9,57 MF), de la Justice (1,67 MF), de la Jeunesse et des sports (2,16 MF), de la Culture (0,10 MF) ;
 - 5,34 MF par divers organismes publics : Caisse d'allocations familiales (CAF), Caisse primaire d'allocations familiales (CPAF), Fonds d'action sociale (FAS), Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (CNASEA) ;
 - 38,4 MF par les collectivités locales : communes (29,1 MF), conseils généraux (10,2 MF), conseils régionaux (0,53 MF) ;
 - 4,1 MF par divers contributeurs : usagers (0,7 MF), mécénat (1,07 MF), associations (2,4 MF).
- 506 projets ont été conduits en 1997 au sein des contrats de prévention pour la sécurité dans la ville, des volets prévention des contrats de ville ainsi que des contrats départementaux. Ils concernent l'information générale sur les risques des diverses drogues (principalement en direction des élèves des écoles, des collèges et des lycées, ainsi que des adultes en contact avec les jeunes), le soutien aux associations spécialisées dans la prise en charge, l'implication dans les programmes de réduction des risques, l'accueil des publics concernés (jeunes par le biais de permanences ou de points-écoute, et parents dans une moindre mesure), l'aide à l'insertion sociale et professionnelle, la prévention de l'alcoolisme. Pour animer ces 506 projets, 1 781 personnes, représentant 856 postes à temps plein, ont été impliquées, bénévolement

dans un quart des cas, et par le biais de mise à disposition pour un peu moins d'un tiers d'entre eux.

L'implication financière des communes ressort fortement de ce bilan, puisqu'elles assurent plus de 34 % du financement de l'ensemble des actions de prévention des toxicomanies. Elles demeurent, après l'Etat (49,9 %) les partenaires les plus fortement engagés, loin devant les départements (10,2 %).

1.3. De la politique nationale vers les politiques locales¹

Deux grandes périodes peuvent être distinguées pour l'étude diachronique de l'articulation entre l'Etat et les collectivités locales en matière de lutte contre la toxicomanie, selon que l'on se situe avant ou après la prise de conscience par la majorité des acteurs politiques des problèmes posés en ce domaine par l'épidémie de sida. L'image des toxicomanes et des problèmes qu'ils posent à la société s'est progressivement modifiée à partir du début des années quatre-vingt-dix. Si les préoccupations sécuritaires demeurent, elles coexistent avec un souci de plus en plus important de prise en compte sanitaire et sociale, qui s'exprime aussi bien au plan national qu'au niveau local.

a) La première période : 1978-1992

Dès 1978, Mme Monique Pelletier soulignait l'importance du « *cadre du quartier* » et du « *travail de rue* » pour toucher les jeunes les plus vulnérables². Elle préconisait deux formules d'intervention distinctes : des « *consultations d'accueil pour jeunes* » (ancêtres de nos actuels « Points Ecoute ») ainsi que des clubs et équipes de prévention.

Les clubs et équipes de prévention évoqués par Mme Monique Pelletier se réfèrent à une tradition de travail de rue qui perdure jusqu'à ce jour. Ils ont progressivement été amenés à ne plus se cantonner aux seules questions de délinquance pour se pencher sur les problèmes sanitaires et sociaux des jeunes en difficulté.

Notons que la plupart des propositions de Mme Monique Pelletier en matière de prévention n'ont à l'époque pas été prises en compte.

C'est avec le rapport de M. Gilbert Bonnemaïson³ et les lois de décentralisation que les initiatives locales de prévention de la délinquance font leur entrée dans la politique nationale. Le rapport ne propose aucune structure spécifique pour la lutte contre la toxicomanie au plan local, qui doit s'inscrire dans les Conseils communaux de prévention de la délinquance (CCPD). Le Comité interministériel de lutte contre la toxicomanie qui se tient peu après la parution du rapport Bonnemaïson fait de la prévention l'axe prioritaire. Pour ce faire, le Comité préconise un effort de formation en direction des élus, une

¹ D'après le rapport du GRASS Villes et toxicomanies, les réseaux de politique publique dans l'action locale sur les problèmes liés aux drogues, 1998, par M. Joubert, G. Alfonsi, E. Jacob, C. Mougin et M. Weinberger.

² Monique Pelletier, Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, la Documentation Française, 1978, p. 169.

³ Commission des maires sur la sécurité. Face à la délinquance, prévention, répression, solidarité, La Documentation française, Paris, 1982.

amélioration de la coordination au niveau départemental, par le biais de « bureaux de liaisons » ouverts aux associations ainsi qu'à des élus désignés par les comités de prévention de la délinquance.

C'est la première fois que la politique de lutte contre la toxicomanie s'inscrit aussi clairement dans un cadre décentralisé, tout en restant sous la compétence de l'Etat.

M. Laurent Fabius, alors Premier ministre, ne suivra pas les recommandations de M. Gilbert Bonnemaïson, et préconisera la création de structures spécifiques, les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie (CDLT) distincts des comités départementaux de lutte contre la délinquance (CDLD), chargés de « *coordonner et d'animer au niveau local, et vis-à-vis des services extérieurs de l'Etat et des collectivités locales, l'ensemble des actions de lutte contre la toxicomanie* ».

De fait, ces comités fonctionneront mal, se réuniront peu, étouffés par la concurrence écrasante des CDPD¹.

Le rapport Trautmann sanctionne en 1990 l'échec des velléités de coordination départementale². Il souligne « *l'abondance brouillonne des initiatives mal coordonnées* », se montre réservé vis-à-vis des orientations de la DIV qui privilégient l'approche municipale et court-circuitent ainsi l'approche départementale, et réaffirme l'importance du travail de quartier. Il suggère un édifice à trois niveaux : l'Etat, via les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) impulsant la politique générale et gérant la prise en charge des toxicomanes et de la lutte contre les trafics, le conseil général, chargé de la coordination des politiques préventives au niveau du département, la commune mettant concrètement en œuvre sur le terrain les politiques de prévention.

En août 1990, une circulaire de M. Michel Rocard, Premier ministre, consacrée à la prévention de la délinquance, évoque la collaboration existant au niveau national entre la DIV et la DGLDT, et réclame qu'elle trouve au niveau local sa traduction par une attention soutenue portée par les conseils communaux de prévention de la délinquance à la lutte contre la toxicomanie.

La même année, Gilbert Bonnemaïson, Vice-Président du Conseil national des villes réaffirme la doctrine de l'Etat animateur de la politique locale, dans le cadre de la loi. La lutte contre la toxicomanie se situe clairement du côté sécuritaire, associée explicitement à la lutte contre la délinquance. Une circulaire de 1990 instaurant les comités d'environnement social dans les établissements scolaires souligne le rôle des initiatives communales dans le domaine de la prévention.

Un guide méthodologique publié conjointement par la DIV et la DGLDT en 1991³ explique comment élaborer une politique locale de prévention des

¹ J. C. Karsenty et M. Nosmas, Rapport sur le fonctionnement des conseils départementaux de lutte contre la toxicomanie, IGA, ministère de l'Intérieur, 1994.

² C. Trautmann, 1990, op. cit. p. 168-169.

³ Prévention des toxicomanies. Guide des politiques locales.

toxicomanies et comment l'évaluer. La conception générale des actions reste toutefois du domaine de l'Etat.

En 1991, il faut le rappeler, la prise de conscience des problèmes de santé publique qui touchent les toxicomanes, et en particulier par l'épidémie de sida qui les atteint de plein fouet, n'en n'est plus à ses balbutiements. Dès juillet 1987, Michèle Barzach, alors ministre de la Santé, avait autorisé la mise en vente libre de seringues, tandis qu'en 1989, les premiers programmes expérimentaux d'échange de seringues se mettaient en place. Toutefois, comme le souligne Michel Joubert « *pour conclure sur cette période, il est clair que la politique nationale reste écartelée entre la mise en avant du couple délinquance-toxicomanie et le choix d'engager des actions préventives au sein de la « communauté » (...)* Comment, en particulier, dans ces conditions, engager sérieusement un travail avec les populations exposées comme les usagers de drogue, alors qu'ils se sentent menacés par la répression. »¹.

L'apparition de préoccupations sanitaires et sociales de plus en plus vives exacerbera au plan national les contradictions entre les « sanitaires » et les « répressifs ». Au niveau local, on constate, surtout à partir de 1992, à un foisonnement d'initiatives sanitaires et sociales qui feront plus ou moins bon ménage avec l'approche sécuritaire qui demeure prévalante. Ceci sera d'autant plus vrai que les structures locales de concertation et de coordination entre ces deux facettes du problème font défaut, ou ne fonctionnent pas.

b) A partir de 1992

A partir de 1992, on assistera à un mouvement visant à rapprocher l'offre de soins et de prévention des lieux et des populations concernés, tandis qu'officiellement, les problèmes de lutte contre la toxicomanie continuent d'être associés à la lutte contre la délinquance. Le travail communautaire se développe, à la fois, nous le verrons, sous l'impulsion de collectivités locales particulièrement mobilisées, mais aussi grâce à divers décrets et circulaires émanant de l'Etat.

La loi de 1970, en organisant une filière de soins spécifique pour les toxicomanes, avait contribué à isoler leur prise en charge des autres composantes de l'action sanitaire et sociale. En mars 1992, une circulaire du ministère des Affaires sociales incite les structures du dispositif de soins spécialisé à rechercher le concours des collectivités territoriales pour le financement des actions de prévention.

Une note aux préfets, procureurs de la République et présidents des tribunaux sur la « *mise en œuvre des conventions d'objectifs de lutte contre la toxicomanie* » de janvier 1993 souligne la nécessité de développer le travail conjoint de l'ensemble des partenaires locaux. Les quinze départements prioritaires de la politique de la Ville doivent élaborer une convention d'objectifs pour répondre aux problèmes posés dans certains quartiers en rapport avec la toxicomanie. Ils doivent, pour ce faire, consulter les CDPD et le comité départemental de lutte contre la toxicomanie, tandis que l'engagement des

¹ M. Joubert et col. , Ville et toxicomanies, op. cit. p 15.

services sociaux du département et du président du conseil général doit être activement recherché.

Dans les faits, ces conventions peineront à se mettre en place, faute d'impulsion et de coordination par les services déconcentrés de l'Etat.

Le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue présenté par M. Edouard Balladur Premier ministre en 1993 reste discret sur l'action locale, dont la mission essentielle vise à développer les lieux de contact avec les toxicomanes les plus marginalisés, et la prévention sur les lieux de rassemblement de la jeunesse, type concerts, festivals etc.

En 1994, M. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la Santé, souligne lors d'un colloque l'importance du rôle des élus locaux : *« Je crois que dorénavant, les élus locaux doivent avoir un rôle de santé publique, d'éducation pour la santé.(...) La toxicomanie et le sida sont deux domaines fondamentaux dans lesquels les élus locaux doivent s'investir. »*¹.

Toutefois, au niveau local, l'instance de concertation et de coordination de la lutte contre la toxicomanie reste le CCPD ou le CDPD. Cette réalité est rappelée par la circulaire sur la politique de prévention de la délinquance et de lutte contre l'insécurité en milieu urbain pour le 10ème plan de mai 1994.

Le rapport du professeur Henrion, rendu public début 1995, s'interroge sur le partage des responsabilités en matière de lutte contre la toxicomanie : *« Il serait peut-être utile de reconsidérer le partage des responsabilités entre l'Etat et les collectivités locales dans les départements. Le conseil général et les maires de communes de plus de 50 000 habitants seraient mieux à même, de manière directe et plus directement responsable, de régler sur le terrain les problèmes de toxicomanie. L'Etat conserverait un rôle d'incitation et de contrôle du bon usage des deniers publics alloués aux différentes actions sanitaires et sociales »*².

Le décret de mars 1995 qui autorise les associations engagées dans la prévention à distribuer gratuitement des seringues souligne qu'il est nécessaire de se concerter avec les communes. Cette préoccupation est confirmée dans la circulaire du 12 avril 1995 relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogue par voie intra-veineuse, qui rappelle aux DDASS qu'une concertation préalable, menée sous l'autorité de ces derniers, est *« absolument indispensable »*, et doit concerner tous les partenaires locaux (services de l'Etat, collectivités territoriales, associations, centres de soins spécialisés pour toxicomanes etc.).

C'est l'Etat, contrairement aux suggestions du rapport du professeur Henrion, qui conçoit et anime la politique de santé publique en matière de toxicomanie. Les collectivités locales n'en sont pour l'essentiel que le relais. Ce sont les DDASS, représentant l'autorité sanitaire au niveau des départements, qui initient et coordonnent des actions décidées en haut lieu. Les impératifs de la politique de réduction des risques amènent toutefois les DDASS à rechercher l'accord des acteurs locaux. L'installation d'un programme d'échange de

¹ P. Douste-Blazy, Le Quotidien du médecin, 18/2/94.

² R. Henrion, op. cit.

seringues ou d'une boutique d'accueil pour toxicomanes ne peut se faire sans eux.

Au niveau des départements, la question de la coordination n'est, en 1995, toujours pas résolue. Les conseils départementaux de lutte contre la toxicomanie ne fonctionnent pas, et les CDPD ont bien d'autres problèmes à traiter. A ce dispositif, déjà bien peu fonctionnel, s'ajoutent les comités départementaux de sécurité, coprésidés par le préfet et le procureur de la République, mis en place par la circulaire interministérielle du 9 septembre 1993, qui visent à coordonner les actions de la police, de la gendarmerie, de la douane et de l'autorité judiciaire. La lutte contre la drogue est une des quatre missions prioritaires assignées à ces comités.

Le Gouvernement propose, dans le nouveau plan triennal mis en place en septembre 1995, que les préfets nomment dans chaque département un « *chef de projet toxicomanie* », chargé de « *suivre et de contrôler l'évolution de la toxicomanie, d'animer, de coordonner et d'impulser l'action de l'Etat en liaison avec les associations et les collectivités locales* ». Nous reviendrons plus loin sur cette question des chefs de projet toxicomanie.

La mise en place de Points Ecoute pour les jeunes et les parents, à partir de 1997, suit elle aussi la logique de la concertation avec l'ensemble des partenaires concernés localement. Elle propose une approche territorialisée : « *ces Points Ecoute doivent être implantés au plus près de la population concernée et donc en priorité dans les quartiers en difficulté. Leur mise en place et leur action font l'objet d'une concertation avec les élus locaux, les habitants du quartier, les partenaires associatifs, les professionnels sanitaires et sociaux, les services de police et les chefs d'établissement scolaires. L'intervention du point écoute dans le quartier est globale, c'est-à-dire qu'elle doit aborder les problèmes liés aux drogues dans toute leur complexité et s'inscrire dans une logique de développement social urbain* »¹.

Aujourd'hui, la relation entre la politique menée par l'Etat au plan national et les politiques locales qu'il appelle de ses vœux est, pour reprendre l'expression de Michel Joubert², « *incertaine* » : « *au niveau de l'Etat, on peut donc distinguer trois politiques qui sont loin d'être complémentaires et concertées et induisent une grande confusion (ou une grande liberté ?) sur le plan local : la politique de prévention (incitée par la circulaire sur les Points Ecoute dans le cadre de la politique de la ville et des comités d'environnement dans les établissements scolaires) ; la politique de réduction des risques qui a fini de s'inscrire dans la stratégie affichée par la Direction générale de la santé, mais avec des problèmes de relais sur le plan des DDASS et des moyens qui restent très insuffisants ; la politique de prévention de la délinquance qui continue à intégrer la lutte contre la toxicomanie comme un de ses sous-ensembles* »³. Les Contrats locaux de sécurité (CLS) qui se mettent en place actuellement, prévoient eux aussi d'inclure la prévention de la toxicomanie dans le sous ensemble plus large de la prévention de la délinquance.

¹ Circulaire 97-280 du 10/4/1997

² Sociologue op cit.

³ M. Joubert et col., op. cit. p 28.

2. Les chefs de projet toxicomanie

Le programme gouvernemental de lutte contre la drogue du 14 septembre 1995, prévoyait la nomination, dans chaque département, d'un « *Chef de Projet Toxicomanie* », chargé de « *suivre et de contrôler l'évolution de la toxicomanie, d'animer, de coordonner et d'impulser l'action de l'Etat en liaison avec les associations et les collectivités locales* ». Une circulaire du Premier ministre du 9 juillet 1996 réforme le dispositif de coordination départemental. Le nouveau cadre départemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie comporte trois niveaux :

- un niveau de direction : c'est le préfet, assisté d'un chef de projet, qui en a la charge ;
- un niveau de coordination : c'est le comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie, qui réunit les responsables départementaux des services administratifs de l'Etat et les représentants de l'autorité judiciaire ;
- un niveau de concertation : c'est le conseil départemental de prévention de la délinquance (CDPD), qui se réunit sur un ordre du jour spécifique dans sa composition habituelle, ou dans une formation « lutte contre la drogue et la toxicomanie ». Il ne s'agit pas de fusionner, ni de confondre lutte contre la délinquance et lutte contre la toxicomanie, mais d'utiliser une même instance, le CDPD, pour traiter les deux sujets.

Dans son rapport concernant le dispositif de lutte contre la toxicomanie de juillet 1998, la Cour des Comptes juge que le rôle des chefs de projet dans la coordination locale est resté insuffisant¹ : c'est le profil même des chefs de projet, étudié selon une liste établie par la MILDT en juin 1996, qui n'est pas de nature à assurer leur autorité, notamment à l'égard des services de police quand ils n'appartiennent pas au corps préfectoral.

La MILDT a organisé, en février 1999, une réunion de l'ensemble des chefs de projet toxicomanie. La compilation des rapports demandés à chaque chef de projet à cette occasion permet de dégager les remarques générales suivantes :

- les chefs de projet se plaignent d'une absence d'axes politiques forts et d'orientation nationale, qui se traduit sur le terrain par une hétérogénéité des messages provenant des divers ministères. Ils regrettent le manque de suivi et d'accompagnement au niveau départemental. Certains évoquent la nécessité d'une coordination régionale ;
- la sociologie des chefs de projet n'a guère évolué depuis 1996 ;
- dans 50 départements, le chef de projet est issu de la DDASS : cadre administratif ou médecin ;

¹ Cour des Comptes, Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, Rapport public particulier, juillet 1998, Les Editions du Journal Officiel n° 4367.

- dans 45 départements, le chef de projet appartient au corps préfectoral : préfet, sous-préfet, directeur de cabinet, sous-préfet à la ville (8 cas) ;
- dans 5 départements, il appartient à l'administration de la jeunesse et des sports.

Autant que l'origine professionnelle, il semble que ce soit l'investissement personnel du chef de projet qui favorise une bonne coordination départementale. La publicité donnée à leur nomination, le caractère argumenté de leur lettre de mission, ainsi que leur disponibilité sont des facteurs importants de réussite.

- le comité restreint prévu par la circulaire de 1996 ne fonctionne pas toujours de façon satisfaisante, alors qu'il est un des éléments fondamentaux de la coordination départementale ;
- les liens avec les CDPD et la politique de la Ville continuent d'être importants. Parfois même, vraisemblablement d'autant plus que le chef de projet est le sous-préfet à la ville, la coordination départementale de la lutte contre la toxicomanie est totalement intégrée à la politique de la Ville. La coopération interdépartementale semble inexistante ;
- si, dans chaque département, un foisonnement d'initiatives et d'actions existe, le rôle du chef de projet demeure souvent limité. Certains d'entre eux demandent que l'ensemble des crédits de prévention leur soit délégué, afin qu'ils disposent de leviers leur permettant d'affermir leur rôle d'animateur de l'ensemble du dispositif départemental ;
- à travers des disparités liées, on l'a vu, à des facteurs tels que l'origine professionnelle et l'implication personnelle des chefs de projet ainsi qu'à la publicité donnée par le préfet à leur mission, on voit que cette fonction de coordination départementale de la lutte contre la toxicomanie peine à se mettre en place. L'absence d'autorité d'une administration sur une autre, l'absence de pouvoir réel des chefs de projets, la superposition des dispositifs concernés par la lutte contre la toxicomanie et des lieux de décision, tous ces éléments contribuent à rendre aléatoire l'animation d'une véritable politique départementale cohérente. Les difficultés sont les mêmes qu'au niveau national, et les causes n'en sont vraisemblablement guère différentes.

3. Le financement de la lutte contre la toxicomanie et l'évaluation de la dépense publique

Le financement de la lutte contre la toxicomanie a fait, en 1998, l'objet d'un rapport spécifique de la Cour des Comptes¹, qui souligne d'emblée toute la difficulté de l'exercice : « *Dans la pratique, l'extension de la toxicomanie au cours des 25 dernières années a cependant contraint de nombreux autres acteurs publics à participer à la lutte contre ce fléau social : collectivités locales* »

¹ Cour des Comptes, op cit.

- départements, mais aussi communes, voire régions, organismes de sécurité sociale – de la branche maladie comme de la branche famille- institutions de l'Union européenne. Dès lors, il est de plus en plus difficile d'évaluer l'ensemble des financements publics de la lutte contre la toxicomanie ».¹

La lutte contre la toxicomanie fait intervenir de nombreux ministères qui participent, selon leur vocation, aux actions de prévention, de prise en charge sanitaire et sociale, ainsi qu'aux actions de répression. Certaines de ces actions sont clairement identifiables, pour d'autres, il faut utiliser des clés de répartition, avec les incertitudes inhérentes à cette méthode : les crédits affectés chaque année au système de soins spécialisé sous le régime de la loi de 1970 sont connus. En revanche, il est plus difficile de savoir quelle part du budget des services de santé scolaire, ou de la justice, doit être affectée à la lutte contre la toxicomanie.

3.1. Quelques éléments concernant la dépense publique

Une démarche d'évaluation de la dépense publique en matière de lutte contre la toxicomanie a été menée par Pierre Kopp et Christophe Palle² à la demande de l'OFDT.

La description des politiques publiques prend volontiers l'allure d'un inventaire à la Prévert, puisqu'on y retrouve juxtaposés des lits de sevrage, des seringues, des saisies de drogue, des actions de prévention etc. A la diversité des contextes d'intervention s'ajoute l'imprécision de la délimitation du champ même de la lutte contre la toxicomanie. En matière de répression, la lutte contre la délinquance, autre que les infractions à la législations sur les stupéfiants doit-elle être imputée totalement ou en partie à la lutte contre la toxicomanie ? En matière de soins, que faire des coûts liés aux traitements des sujets atteints de sida ou d'hépatites ? En matière de prévention, où s'arrête la prévention des toxicomanies quand certains prétendent lui imputer des actions visant à favoriser l'établissement d'une bonne relation mère-enfant pendant la grossesse ou la lutte contre l'agressivité dans les écoles maternelles ?

P. Kopp et C. Palle³, après diverses précautions méthodologiques, étudient ministère par ministère la dépense publique de la lutte contre la drogue. Ils précisent bien que leurs résultats sont entachés d'incertitudes, liées pour l'essentiel à la question des clés de répartition retenues, et qu'ils doivent être considérés comme des estimations plutôt que comme des chiffres sûrs.

Tableau 8 : Evaluation du coût de l'intervention publique en matière de drogue (1995)

En millions de francs			
Nature des dépenses	Crédits propres	Crédits	Total

¹ Cour des Comptes, op cit p 13.

² OFDT, Vers l'analyse du coût des drogues illégales, un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts, mai 1998, ARMI.

³ Op cit.

		interministériels	
Justice	1 520	16,56	1 536,56
Police	1 235,7	24,84	1 260,54
Gendarmerie	459,2	10,35	469,55
Douanes	430	20,25	450,25
Santé	630,114	26,1	656,3
Affaires sociales	14	14,58	28,58
DIV	22	9,45	31,45
MILDT	*	45,36 **	45,36
Education Nationale	2	9,9	11,9
Jeunesse et Sports	17,7	8,38	26
Recherche	42	2,43	44,43
Affaires Etrangères	14	7,2	21,2
Coopération	18	1,8	19,8
Travail, Emploi, Form. profession.		0,81	0,81
Contribution de l'UE	30		30
Total	4 434,8	197,9	4 632,7

* Les dépenses de fonctionnement de la MILDT n'ont pu être déterminées, une partie du budget relevant du budget du Premier ministre dans lequel ces dépenses ne sont pas identifiables.

** Actions telles que Drogue Info Service, OFDT, Conventions départementales d'objectifs etc.

Source : d'après P. Kopp et C. Palle, déjà cité.

La dépense publique drogue représente, selon cette étude, 0,06% du PIB et 0,3 % du budget de l'Etat.

3.2. Les financements

Les sources de financement se sont considérablement diversifiées ces dernières années. Aux financements spécifiques de l'Etat s'ajoutent ceux des nouveaux acteurs publics : collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, institutions de l'Union européenne.

Les crédits spécifiques émanant de l'Etat, votés en lois de finances initiales, figurent dans deux chapitres : le chapitre 47-15 (dispositifs de lutte contre la toxicomanie) et le chapitre 47-16 (actions interministérielles de lutte contre la toxicomanie). Les dépenses votées sous ces deux chapitres ne reflètent pas tout à fait les dépenses réalisées, puisque chaque année on trouve des annulations de dépenses et des reports. Enfin, certaines dépenses de lutte contre la toxicomanie sont imputées sous d'autres chapitres.

La Cour des Comptes remarque que « on mesure ainsi la difficulté que l'on rencontre pour isoler et donc contrôler l'emploi des différents crédits ouverts au budget de l'Etat pour la lutte contre la toxicomanie. Il paraît dès lors assez vain de recommander l'établissement d'une annexe au projet de loi de finances annuel - sur le modèle des « jaunes » budgétaires - visant à recenser l'ensemble des crédits de l'Etat affectés à la lutte contre la drogue et la toxicomanie. »¹.

L'évolution des crédits spécifiques toxicomanie votés en lois de finances initiale montre qu'ils ont à peu près doublé en 10 ans.

Tableau 9 : Crédits spécifiques toxicomanie votés en lois de finances initiales

¹ Cour des Comptes, op cit p. 23.

(en millions de francs)

Année	Crédit santé-ville (47-15)	Crédits interministériels (47-16)	Total
1987	294,2	250	544,2
1988	294,2	200	494,2
1989	346,4	200	546,4
1990	352,6	250	602,6
1991	438,9	250	688,9
1992	439,9	246,9	686,8
1993	461,1	246,9	708,0
1994	484,5	237	721,5
1995	619,1	215,5	834,6
1996	690,4	230,5	920,9
1997	751,1	230,5	981,9
1998	779,7	294,5	1074,2

Source : Cour des Comptes.

L'évaluation des financements consentis pour la lutte contre la toxicomanie par les autres acteurs que l'Etat est, on l'imagine bien, impossible. Des études menées localement permettent de chiffrer, pour telle région, tel département ou telle commune, l'effort consenti. D'une manière générale, l'essentiel de la participation des collectivités territoriales provient des départements et des communes, l'engagement des régions, s'il n'est pas nul, demeurant extrêmement faible.

La Cour des Comptes souligne à ce propos que *« l'ambiguïté qui caractérise le partage des compétences en ce domaine entre l'Etat et les collectivités locales du fait de l'absence de dispositions claires et précises dans les lois de décentralisation a été accrue par diverses initiatives telles que la circulaire du ministère des affaires sociales du 23 mars 1992 incitant les structures du dispositif spécialisé de soins à solliciter le concours financier des collectivités territoriales pour leurs actions de prévention. De semblables pratiques peuvent être constatées en ce qui concerne l'aide médicale financée par les départements. »*¹.

Les organismes de sécurité sociale, et principalement l'assurance maladie, participent également, et de plus en plus, au financement de la lutte contre la toxicomanie. En application de la loi du 31 décembre 1970, l'assurance maladie ne devrait prendre en charge que les soins somatiques et les complications psychiatriques liées à la toxicomanie. Or, le développement massif des traitements de substitution, qui concernent pour 1998 environ 70 000 personnes, a entraîné un transfert de fait sur l'assurance maladie et l'aide médicale financée par les départements d'une partie non négligeable des dépenses de soins. Le laboratoire qui commercialise la buprénorphine haut dosage (commercialisée sous le nom de Subutex®) estime son chiffre d'affaires pour cette spécialité à environ 400 millions de francs en 1998, auxquels il faut ajouter la marge bénéficiaire des pharmaciens et le coût des consultations médicales nécessaires à la prescription de ce médicament. C'est au bas mot 500 millions de francs (soit la

¹ Cour des Comptes, op cit p. 23.

moitié du montant total des crédits spécifiques toxicomanie votés en lois de finances initiales) qui ne sont plus à la charge de l'Etat.

III - CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Le rôle de l'Etat en matière de lutte contre la toxicomanie est essentiel : le législateur l'a voulu ainsi en 1970, et les lois de décentralisation ont confirmé cette option. Toutefois, les difficultés budgétaires de l'Etat, le développement et les modifications du phénomène, et les changements dans la perception générale du rôle des collectivités locales depuis la décentralisation, concourent à une nouvelle partition de fait en matière de lutte contre la toxicomanie. La législation et l'organisation actuelles sont critiquées par beaucoup, car elles semblent décalées en intention et en pratique avec les réalités rencontrées chaque jour par les acteurs de terrain, qu'il s'agisse des professionnels et des associations du champ sanitaire et social, des élus, des services chargées de la répression. L'interministérialité est en difficulté au plan national et peine à concilier les impératifs des ministères répressifs et ceux des ministères sanitaires et sociaux. Elle est en difficulté à l'échelle du département, pour des raisons parfaitement symétriques. Aujourd'hui, après trente ans d'un fonctionnement en théorie centralisé et de fait de plus en plus clivé, plusieurs questions méritent d'être posées.

L'émergence de nouveaux acteurs de la lutte contre la toxicomanie aux côtés de l'Etat, au premier rang desquels les collectivités locales, pose la question d'une répartition différente des prérogatives et des moyens. Les difficultés de l'interministérialité en matière de lutte contre la toxicomanie amènent à réfléchir à sa pertinence même dans ce domaine : doit-on se battre pour que, tant nationalement que dans les départements, la politique de l'Etat fasse coïncider les impératifs de la répression et ceux du soin, ou bien vaut-il mieux laisser chacun des deux axes de la loi de 1970 développer sa logique propre, sans chercher à tout prix une cohérence impossible ? Quel est le niveau pertinent pour traiter les problèmes posés par cette contradiction structurelle ? Enfin, l'évolution des pratiques sanitaires et sociales, ainsi que la mise en place d'une couverture maladie universelle, ne doivent-elles pas amener le législateur à revoir la question de l'anonymat et de la gratuité pour les soins aux toxicomanes ?

TITRE III

LES AUTRES ACTEURS

I - LES COLLECTIVITÉS LOCALES

1. Aspects généraux

« L'ambiguïté qui caractérise le partage des compétences dans ce domaine (s.e. celui de la lutte contre la toxicomanie) entre l'Etat et les collectivités locales du fait de l'absence de dispositions claires et précises dans les lois de décentralisation a été accrue par diverses initiatives telles que la circulaire du ministère des affaires sociales du 23 mars 1992 incitant les structures du dispositif spécialisé de soins à solliciter le concours financier des collectivités territoriales pour leurs actions de prévention. De semblables pratiques peuvent être constatées en ce qui concerne l'aide médicale financée par les départements. »¹.

En théorie, même d'une façon « ambiguë », la lutte contre la toxicomanie est du domaine de l'Etat. Toutefois, et surtout depuis le début des années quatre-vingt dix, de nombreuses collectivités locales se sont saisies du problème et ont développé des initiatives, principalement autour de la prévention et de la réduction des risques, mais parfois également en matière de soins. La Cour des comptes signale à ce propos², comme motif légitimant ce type de prise en charge par les collectivités locales, la notoire insuffisance de l'Etat dans certains départements. Un exemple frappant est celui du département du Nord : *« les élus et les intervenants en toxicomanie soulignent la disproportion entre la gravité de la toxicomanie dans le département et les financements accordés par l'Etat : environ 9 % des toxicomanes français pour un budget qui représente 4,6 % de l'enveloppe nationale accordée aux centres spécialisés en 1995. Rapportée au nombre d'habitants, l'enveloppe allouée en 1995 est de 9,33, ce qui place le Nord en 33ème position, alors qu'il est désormais le département le plus touché en France, et comporote une importante tranche de population de 15 à 49 ans. »*

Nous ne disposons pas à ce jour d'éléments précis permettant d'évaluer l'engagement des régions, des départements, ni a fortiori celui des communes, dans la lutte contre la toxicomanie ; cette carence est soulignée dans le rapport de la Cour des Comptes de juillet 1998. Dans leur rapport à l'OFDT sur le coût de la politique publique de la drogue³, Pierre Kopp et Christophe Palle retrouvent cette même difficulté, et remettent à un prochain travail un chiffrage précis de la dépense locale dans ce domaine : *« concrètement, pour tenter d'évaluer les dépenses des collectivités locales consacrées à la lutte contre la toxicomanie, nous recourrons à une procédure par questionnaire. Ces derniers seront destinés à l'ensemble des conseils généraux et aux 100 plus grandes villes françaises. Nous pensons être ainsi en mesure de prendre en compte plus de 90 % des dépenses des collectivités locales. »⁴.*

¹ Cour des Comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, rapport public particulier, juillet 1998, les éditions du journal officiel, p. 23.

² Cour des comptes, op.cit. p. 74.

³ P. Kopp et C. Palle, *Vers l'analyse du coût des drogues illégales, un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts* OFDT, mai 1998, Armi, 80 p.

⁴ P. Kopp et C. Palle, op. Cit. P. 49.

C'est dans le cadre du volet prévention des contrats de plan Etat-région que certaines régions se sont engagées. A titre d'exemple, la Cour des Comptes relève que la région Nord-Pas-de-Calais a consacré pour les années 1994-1995 environ 4,7 millions de francs à la lutte contre la toxicomanie. La région Ile-de-France cofinance avec l'Etat la mise en place d'appartements thérapeutiques pour malades du Sida, dont bon nombre sont toxicomanes. En 1994-1995, 10,4 millions de francs ont été dépensés pour cette action.¹

L'action des départements est double. Elle est spécifique, dans le cadre de plans départementaux de prévention ou à travers la mise en place de missions permanentes qui pourraient faire l'objet d'une évaluation spécifique. Elle se situe également dans le cadre plus général de l'aide médicale et de l'aide sociale pour les toxicomanes en situation de précarité. Elle est alors confondue avec les mesures générales de soutien aux populations défavorisées, et semble de ce fait très difficile à évaluer de façon précise.

L'engagement des grandes villes a fait l'objet d'une étude menée entre avril et septembre 1998 auprès de 52 villes de plus de 50 000 habitants pour le compte de la mission Sida-Toxicomanie de la municipalité de Marseille².

2. Résultats de l'enquête menée auprès de 52 villes de plus de 50 000 habitants³

Cette enquête a été effectuée dans le cadre de la préparation du colloque qui s'est tenu à Marseille en octobre 1998 (« Sida, Toxicomanie. Les villes en action »). Elle s'est menée en deux temps :

- une approche quantitative des politiques de ville au travers d'un questionnaire adressé systématiquement à l'ensemble des 126 villes françaises de plus de 50 000 habitants ;
- une approche qualitative menée auprès d'un nombre plus restreint de villes sélectionnées parce que l'incidence des problèmes liés aux drogues y est avérée et parce qu'il existe dans ces villes un élément ou un autre structurant d'un dispositif d'action (centre de soins, politique de prévention, action de réduction des risques, réseau ville-hôpital).

L'enquête concerne les politiques menées en matière de toxicomanie et de sida. Nous ne rapporterons ici que les résultats concernant la toxicomanie.

Sur les 126 villes de plus de 50 000 habitants, 54 ont répondu à l'enquête, et 52 questionnaires ont pu être exploités.

¹ Cour des Comptes, id. P. 23.

² M. Joubert, F. Bertolotto, P. Bouhnik, C. Valette-Viillard, *Les municipalités face au sida et aux toxicomanes*, Association RESSCOM, ville de Marseille, décembre 1998, 122 p.

³ M. Joubert et coll. Op. Cit. P. 88.

Tableau 10 : Représentativité de l'échantillon selon la répartition de la population

Taille de la ville	Villes enquêtées	Villes ayant répondu
Plus de 300 000 habitants	4	3
De 200 à 300 000 habitants	7	4
De 100 à 200 000 habitants	44	15
De 50 à 100 000 habitants	71	32
Total	126	54

Source : M. Joubert et col. p. 88.

Les auteurs de l'étude distinguent trois périodes pour l'engagement des villes dans la lutte contre la toxicomanie :

- première période : du début des années quatre-vingt jusqu'à la fin 1991. Avant 1986, il s'agit de quelques villes pionnières en ce domaine (Beauvais, Caen, Argenteuil, Strasbourg, Poitiers), qui structurent leur action autour de centres de soins et de politiques de prévention. A partir de 1986, les municipalités s'engagent sous l'incitation de la politique de la ville, et la toxicomanie est alors traitée plutôt comme un problème de société, pas nécessairement en lien avec la santé. Le rôle des associations et de la dynamique communautaire est essentiel ;
- deuxième période : 1992-1995. Les villes s'engagent sous l'impulsion de la circulaire de 1992 qui confie les actions de prévention aux collectivités locales. Elles ont tendance à définir des orientations pragmatiques, telles que le soutien à des acteurs identifiés ou la mise en réseau de ressources existantes. C'est aussi la période du développement des actions de prévention en milieu scolaire et de la politique de réduction des risques ;
- troisième période : 1996-1998. Les municipalités qui s'engagent considèrent que la toxicomanie est un enjeu de santé publique et de citoyenneté. Pour l'ensemble des municipalités, cette période est celle des choix stratégiques sur le plan de l'intégration des dispositifs expérimentaux au sein de l'appareil municipal.

Deux tiers des villes ayant répondu à l'enquête ont confié à l' élu chargé de la santé le suivi des actions relatives au sida et aux toxicomanies. Les services municipaux responsables sont, dans 80 % des cas, les services de santé. Les constats locaux ont une incidence majeure sur l'engagement des villes dans la prise en compte de la toxicomanie : l'existence de risques avérés sur le territoire de la commune est fréquemment à l'origine de la mise en place d'une politique municipale.

La nature des orientations retenues par les élus en matière de lutte contre la toxicomanie est éclairante :

Tableau 11 : Orientations affichées en matière de politique relative aux toxicomanies

Ramassage seringues	1
Etudes, connaissances	1
Education pour la santé	1
Dépistage	1
Bas seuil ¹	1
Auto support ²	1
Travail sur alcool	2
Travail de proximité	2
Problèmes de sécurité	2
Journées mondiales	2
Formation des acteurs locaux	2
Droits, citoyenneté des usagers de drogues	2
Coordination	2
CCPD, réflexions	2
Prévention ciblée	4
Adultes relais, formations	4
Accès aux soins	4
Substitution	5
Groupes interprofessionnels	5
Aide aux centres de soins	5
Insertion, logement, aide sociale	6
Point Ecoute	7
Prévention en milieu scolaire	8
Information	8
Soutien aux associations	10
Réduction des risques	12
Mise en réseau	15
Prévention primaire	17

¹ « bas seuil » : structures et offres sanitaires et sociales en faveur des toxicomanes non abstinents (boutiques sleep-in).

² Groupe d'entraide de toxicomanes visant la réduction des risques.

Source : M. Joubert et Col.

La prévention primaire, la mise en réseau des acteurs locaux et la réduction des risques sont les thèmes les plus fréquemment retenus.

L'enquête souligne que l'engagement initial des villes s'est décliné à l'origine pour l'essentiel autour d'un souci de sécurité publique, lié à l'importance locale des problèmes de toxicomanie (insécurité, développement des consommations et des trafics). Par la suite, d'autres préoccupations sont venues soutenir l'action municipale :

- la prévention primaire, visant progressivement les publics les plus vulnérables ;
- la réduction des risques, le plus souvent par des programmes d'échange de seringues ;
- le travail communautaire, qui associe la population aux actions mises en œuvre dans les quartiers.

On retrouve au niveau local une difficulté que nous avons déjà relevée au niveau national : c'est celle de connaître avec précision la nature et l'ampleur du phénomène de la toxicomanie. Pour ce faire, les municipalités qui ont répondu à l'enquête ont fréquemment recours aux associations, et principalement à celles qui travaillent dans le champ de la réduction des risques, aux centres de soins et, dans une moindre mesure, à la police. La diffusion au niveau municipal des données issues des enquêtes nationales demeure très faible. Certaines villes ont ainsi souhaité s'équiper d'observatoires municipaux, ou commanditer des études-diagnostic locales pour appuyer leurs orientations sur un minimum de données objectives.

Par delà les objectifs affichés, qui sont énumérés plus haut, l'enquête s'est attachée aux actions effectivement réalisées par les municipalités.

- Le pôle prévention est important, puisque 29 villes ont déclaré participer à des actions en milieu scolaire, et que 28 autres ont mis en place un dispositif d'information sur les risques liés à l'usage des drogues. ;
- Les actions de réduction des risques sont également nombreuses : 18 villes ont réalisé des campagnes d'information en direction des publics à risques, 31 ont mis en place un système de collecte des seringues usagées, et 21 ont installé des distributeurs automatiques de seringues. Plus de la moitié des villes enquêtées participent à des programmes d'échange de seringues ;
- Les villes s'impliquent dans le soin aux toxicomanes : mise en place de traitements de substitution (22 villes), participation aux réseaux ville-hôpital (28 villes) ;
- Le versant social est un peu moins bien investi : 14 lieux d'accueil à bas seuil, 20 villes travaillent à l'insertion des toxicomanes, 25 autres ont créé des relais de quartier ;
- La formation concerne 28 villes, tandis que 20 autres ont mis en place un groupe de réflexion.

Dans tous les cas, s'agissant d'un domaine pour lequel aucune compétence municipale n'est clairement définie, les rapporteurs de l'enquête soulignent que le souci est de produire un minimum d'efficacité identifiable localement. Ceci pour une question de légitimité, mais aussi de rentabilité sociale et politique à deux niveaux :

- un niveau de représentation : il s'agit de montrer aux électeurs que l'on fait quelque chose, quel que soit l'impact réel des actions menées. Le bénéfice est alors idéologique et politique : la sensibilité des acteurs et des habitants évolue, l'image des toxicomanes dans la population change ;
- un niveau de réalité : il s'agit ici de produire des résultats tangibles. Ceci ne va pas de soi, compte tenu de la difficulté à évaluer l'impact de la prévention, mais oblige les acteurs à matérialiser des indicateurs d'efficacité.

Le partenariat est considéré comme un facteur essentiel de l'action municipale : partenariat avec l'Etat représenté par les DDASS, ainsi qu'avec les associations spécialisées et, une fois sur trois, avec les Conseils généraux. L'enquête souligne la faiblesse du partenariat avec l'éducation nationale.

Au plan financier, 90 % des villes concernées par l'enquête font état d'un partenariat avec l'Etat. Dans la moitié des cas, les Conseils généraux ainsi que divers dispositifs intercommunaux sont impliqués. Une fois sur quatre, les caisses d'assurance maladie et les mutuelles interviennent.

L'évaluation des sommes consacrées par les municipalités à la lutte contre la toxicomanie est peu satisfaisante, puisque plus de la moitié des villes qui ont participé à l'enquête n'ont pas répondu. Parmi celles-ci :

- 7 villes consacrent plus de 200 000 F par an. Parmi celles-ci, on trouve Lyon (3,8 millions en 1996), Marseille (3,3 millions en 1996) ;
- 6 villes consacrent entre 110 000 et 200 000 F par an ;
- 5 villes consacrent entre 20 000 et 110 000 F par an ;
- 5 villes consacrent moins de 20 000 F par an.

Les enquêteurs proposent d'établir une typologie des politiques municipales en cinq groupes, énumérés ici par ordre décroissant de fréquence :

- santé publique ciblée, réduction des risques (32 % des villes) ;
- prévention primaire (31 %) ;
- santé publique généraliste (21 %) ;
- cohésion sociale locale et questions de sécurité (8 %) ;
- travail communautaire (6 %) ;
- aucune politique (2 %).

Les enjeux soulignés par cette étude sur l'engagement des villes en matière de toxicomanie sont :

- la requalification des compétences : l'attitude varie selon l'incidence visible du phénomène de la toxicomanie dans la ville considérée. Quand elle ne semble pas forte, les villes ne considèrent pas qu'il y a urgence à s'engager. A l'inverse, les villes fortement touchées auront tendance tantôt à s'engager rapidement et à chercher à mobiliser à leur suite les autres partenaires, tantôt à interpeller l'Etat et le département avant toute mobilisation ;
- la nécessité de développer l'implication conjointe. Les villes soulignent la faiblesse (en moyens et en compétences) de l'échelon déconcentré de l'Etat (DDASS), le manque de cohérence et de lisibilité de la politique nationale, et l'étroitesse des ressources mobilisables localement ;
- le besoin de « reproblématiser » la question de la toxicomanie. Une majorité de villes engagées souligne la nécessité de développer l'approche citoyenne envers les toxicomanes et de favoriser leur intégration dans les systèmes de droit commun. La prise en charge

médicale doit être assurée en tenant compte de l'importance des déterminations sociales ;

- la pérennisation des actions menées et leur évaluation sont des objectifs importants.

L'enquête réalisée par l'équipe du RESSCOM fait apparaître l'importance de l'engagement des villes de plus de 50 000 habitants dans la lutte contre la toxicomanie, que l'exemple de la ville de Lille va nous permettre d'illustrer de façon concrète.

3. Quelques exemples

3.1. *La ville de Lille : la toxicomanie, un problème que la municipalité a choisi de ne pas ignorer*

La région du Nord-Pas-de-Calais, plus particulièrement la métropole lilloise, est une des régions de France les plus touchées par la toxicomanie. La proximité des frontières belge et néerlandaise, qui favorise l'approvisionnement en toutes sortes de stupéfiants, ainsi que la grave crise économique qui touche cette région, expliquent que, depuis le début des années quatre-vingt-dix, les problèmes des toxicomanes y soient devenus de plus en plus préoccupants.

Face à cette aggravation nette de la situation, la ville de Lille a réuni en 1994 un conseil municipal exceptionnel, chargé de recevoir et d'écouter l'ensemble des associations qui œuvrent dans la ville autour de la question des toxicomanies. A l'issue de cette séance solennelle, la municipalité a décidé d'investir des moyens substantiels dans la lutte contre la toxicomanie, en vertu de principes adoptés par le conseil municipal et qui constituent une sorte de « charte » de l'action municipale en matière de toxicomanie :

- la municipalité prend acte de ce que la toxicomanie est un problème durable, et qu'il faut s'organiser non pas dans l'espoir de l'éradiquer, mais de façon telle que l'ensemble des citoyens puissent « vivre avec » d'une façon acceptable pour tous ;
- pas de « guerre à la drogue ». Les toxicomanes sont clairement considérés comme des malades qu'il faut aider ;
- la municipalité fait obligation aux acteurs de travailler ensemble. Elle ne soutient financièrement que les actions qui se mènent en partenariat ;
- c'est le CCPD qui pilote, sous la responsabilité d'un élu adjoint au maire, l'ensemble des actions menées et qui décide de l'attribution ou de la reconduction des financements.

A Lille, le CCPD se réunit régulièrement, environ toutes les six semaines. Il est organisé en cinq groupes de travail :

- Connaissance des problèmes. Observatoire local de la sécurité ;
- Aide aux victimes. Prévention de la récidive ;
- Prévention des toxicomanies ;
- Jeunesse et structures de proximité ;

- L'école et ses partenaires face aux violences.

Le groupe de travail « prévention des toxicomanies » comprend près de cinquante personnes. Sa composition est aussi exhaustive que possible, associant médecins, pharmaciens, policiers, magistrats, travailleurs sociaux, responsables d'associations, membres de l'éducation nationale, représentants du clergé, etc., sous la direction d'un élu municipal chargé de son animation.

A partir de 1995, la municipalité de Lille a développé une politique concertée de lutte contre la toxicomanie, mobilisée par l'ampleur du problème et les doléances de nombreux habitants de la commune, et consciente des limites de l'action de l'Etat dans ce domaine. Le programme d'action lillois pour 1995 portait sur 21,5 millions de francs dont 6,1 millions de francs provenaient de la ville, 13,1 de l'Etat, 0,5 million de la région, 0,8 million du département et 1 million d'autres sources¹.

Le CCPD souhaitant avoir un diagnostic de la situation des toxicomanes pris en charge à Lille a demandé à l'Office régional de la santé Nord-Pas-de-Calais de mener une étude sur cette question, qui a été rendue en novembre 1996.² Nous ne pouvons ici qu'en résumer succinctement les conclusions :

- les auteurs soulignent le contexte particulier de l'étude. Lille (170 000 habitants) est un des lieux où se ressentent le plus fortement les contradictions européennes à propos de l'abus des drogues illicites. Les usagers de drogue se rendent en grand nombre aux Pays-Bas pour y acheter des produits dont la vente, pourvu que ce soit en petite quantité, n'est pas prohibée ;
- les services lillois développent une très grande activité à l'égard des toxicomanes. En 1994/1995, 16 services ont eu à connaître au moins cent toxicomanes, et cinq d'entre eux plus de quatre cents ;
- cette activité est parfois réalisée par des services non attendus sur ce terrain. C'est en particulier les cas des services sociaux-éducatifs en général, et en particulier de la Mission locale de Lille et des services de prévention. En revanche, la faible implication des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) est soulignée, alors que les problèmes de logement pour les toxicomanes sont cruciaux ;
- les auteurs soulignent le rôle pivot des services spécialisés et des services de psychiatrie ;
- les caractéristiques démographiques des toxicomanes lillois ne sont pas très différentes de celles retrouvées dans d'autres études régionales : trois quarts d'hommes, peu de mineurs, âge moyen de 25 ans, moins de 10 % d'infection par le VIH. Plus spécifiques sont les éléments suivants : prostitution dans un cas sur dix, absence de couverture sociale (15 %), poursuites judiciaires (68 %), antécédents d'incarcération (52 %), pathologie psychiatrique franche (15 %), surreprésentation de l'héroïne comme produit principal de

¹ D'après le rapport de la Cour des comptes, p. 114.

² L. Plancke et M. Sampil, *La prise en charge des toxicomanes à Lille. Publics, modalités, partenariats* ORS Nord Pas-de-Calais, novembre 1996, 94 p.

consommation (84 %) et de l'emploi passé et/ou présent de la voie intraveineuse (66 %). A partir de 25 ans, le pourcentage d'héroïnomanes diminue au profit des utilisateurs de méthadone et d'autres médicaments psychotropes, qui atteint 56 % chez les toxicomanes de plus de 35 ans ;

- les prises en charge sont d'une durée variable. Les métiers mobilisés pour l'aide aux toxicomanes sont essentiellement de nature sociale (éducateurs spécialisés), et dans une moindre mesure médicale. La pluridisciplinarité est la règle, mais les prestations concrètes manquent de précision. La famille est rarement associée ;
- la prévention des maladies infectieuses est faite très activement à Lille, surtout pour ce qui est du sida ;
- paradoxalement, les services spécialisés reçoivent beaucoup de personnes, mais ont une durée de prise en charge très faible. D'une façon tout aussi paradoxale, les clubs de prévention reçoivent peu de mineurs, et beaucoup de sujets âgés de plus de 35 ans. Ils jouent un rôle important dans les quartiers de prise de contact et d'accompagnement vers les structures de soins ;
- les médecins généralistes sont organisés depuis plusieurs années en un réseau spécialisé, « Généralistes et Toxicomanie ». Ils pratiquent un réel partenariat avec les services spécialisés ;
- l'activité des services sociaux-judiciaires est importante, et concerne un public qui cumule les difficultés sociales et sanitaires.

Il faut souligner que les demandes de soins pour des toxicomanes sont, dans l'arrondissement de Lille, de 533 demandes pour 100 000 habitants, alors qu'elles ne sont que de 40 pour 100 000 sur l'ensemble du territoire français (estimation faite en 1995). Le nombre des toxicomanes est difficile à connaître avec précision, mais tous les indicateurs montrent qu'il est important et que, contrairement à ce que l'on observe dans d'autres régions, il ne tend pas à décroître.

Une autre spécificité lilloise est la richesse et la densité du tissu associatif.

Une recension des actions menées au titre de la lutte contre la toxicomanie sous l'égide du CCPD en 1998 permet d'illustrer concrètement l'engagement de la municipalité.

On trouve deux types d'actions : des actions nouvelles, créées dans l'année 1998, et des actions reconduites des années précédentes.

Au titre des actions nouvelles, peuvent être citées :

- soutien au développement d'une action de prévention à destination des publics des musiques nouvelles (participation financière du CCPD : 75 880 F) ;
- santé justice « majeurs ». Alternatives à l'incarcération (participation financière du CCPD : 150 000 F, le reste étant financé par la DIV, le département et la région) ;

- prévention des risques liés à l'usage des nouvelles drogues (participation financière du CCPD : 120 000 F, le reste étant financé par l'Etat, la région et le département) ;
- prévention et réduction des risques auprès des publics des musiques nouvelles lillois (participation financière du CCPD : 81 000 F, le reste étant financé par la DIV).

Les actions nouvelles témoignent du souci de coller aux évolutions les plus récentes de la toxicomanie à Lille. Une préoccupation majeure est le développement de la consommation d'ecstasy parmi les jeunes amateurs de musique techno. Trois des quatre nouvelles actions lui sont consacrées.

Les actions reconduites sont au nombre de douze :

- accueil des jeunes errants de 18 à 25 ans de la communauté urbaine de Lille ;
- aide aux détenus nécessitant des soins médicaux et psychologiques à la prison de Loos ;
- centre d'accueil et de traitement par la méthadone ;
- accueil de proximité d'un public toxicomane et animation des réseaux d'acteurs sur cinq quartiers lillois ;
- action de prévention en milieu tsigane ;
- points parents ;
- association Généralistes et Toxicomanie ;
- service d'accueil d'urgence et de transition avec hébergement ;
- fonds d'aide à l'insertion des toxicomanes ;
- dispositif d'accueil et de réduction des risques pour personnes toxicomanes actives ;
- accueil, écoute, aide et prévention des toxicomanies ;
- intervention éducative en centre ville.

Le financement de ces actions reconduites est le suivant :

Tableau 12 : Financement des actions reconduites

Etat contrat de plan	CCPD	Autres	Total
5 812 583 F	3 964 082 F	7 171 084 F	16 947 749 F

Source : Ville de Lille.

C'est ainsi près de 4 millions de francs qui auront été dépensés en 1998 dans le cadre du programme d'action et de prévention au chapitre « lutte contre la toxicomanie » par la Ville de Lille.

Parmi les actions financées par la Ville de Lille, on trouve pêle-mêle des actions de prévention, mais aussi la participation à des actions de soins qui sont en théorie du ressort de l'Etat.

Les élus que nous avons rencontrés lors de notre visite à Lille nous ont, à ce propos, expliqué que la ville avait été en quelque sorte contrainte à se substituer à l'Etat pour initier ou développer certaines actions. Ils avaient espéré qu'à terme, l'Etat puisse prendre le relais, ce qui ne semble pas en passe de se réaliser.

L'absence d'une coordination départementale efficace a été soulignée : le chef de projet toxicomanie n'est pas identifié par la municipalité comme un interlocuteur de poids, et la concertation locale est insuffisante.

Outre les actions décidées et financées de manière spécifique dans le cadre du plan d'action, les élus ont évoqué des réunions régulières avec les habitants des divers quartiers de la ville, au cours desquelles les problèmes de la vie quotidienne, et donc ceux de la cohabitation avec les toxicomanes dans certains quartiers de Lille, sont abordés. C'est ainsi que des opérations de sécurisation des portes cochères, par la pose de digicodes, ont été prises en charge par la municipalité dans un quartier de la ville où de nombreux toxicomanes avaient pour habitude de se retrouver.

Notons enfin que la lutte contre la toxicomanie est prise en compte également dans le cadre de la communauté urbaine de Lille, car les élus sont conscients des évolutions actuelles : l'extension des problèmes de toxicomanie aux zones rurales et la mobilité des toxicomanes impose une réflexion et une pratique qui ne se cantonnent pas aux strictes limites de la ville de Lille même.

Pour 1999, la lutte contre la toxicomanie est une des six priorités retenues dans la note d'orientation du CCPD de la Ville de Lille. Les orientations retenues sont les suivantes :

« Les actions de prévention mises en œuvre dans le plan lillois de lutte contre la toxicomanie doivent s'adapter aux mutations de la réalité de la toxicomanie :

- **Renforcer la politique de prévention**

L'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la toxicomanie doit être associé en vue de mener des actions en direction des publics sensibles.

- **Intégrer les nouvelles formes de toxicomanie**

Les réponses apportées en terme de soins et d'accompagnement thérapeutiques doivent intégrer les nouveaux comportements liés à la polytoxicomanie et aux nouveaux produits stupéfiants.

- **Structurer les réseaux d'aide aux toxicomanes**

Une meilleure information doit être fournie aux usagers du réseau lillois de prévention et de soins, et ce afin de conforter le triple aspect social, sanitaire et psychologique du parcours de soins. ».

La municipalité de Lille a été amenée à se saisir du problème des toxicomanes devant l'ampleur des difficultés que leur présence en nombre de plus en plus grand causait. Il y avait là bien évidemment, outre les enjeux strictement humains, un enjeu politique majeur que les élus ne pouvaient ignorer. Après cinq ans d'une politique constante, concertée, qui mêle actions de prévention, actions de soins et de soutien social aux toxicomanes de la région, en partenariat étroit avec un tissu associatif dense et diversifié, le bilan est raisonnablement positif. Les élus lillois ne prétendent pas que les toxicomanes aient disparu de la cité. En revanche, ils disposent d'un système diversifié d'aide et de soins, leur image dans la ville a changé, un consensus municipal existe, à travers les clivages politiques, vis-à-vis de la stratégie menée.

L'exemple de la ville de Lille n'est pas unique en France. Une ville comme Marseille a engagé depuis plusieurs années une politique dynamique menée sous l'égide de la Mission Sida-toxicomanie. On pourrait citer bien d'autres grandes villes, telles Nantes, Lyon, ou Strasbourg, qui se sont elles aussi, chacune avec leur spécificité, engagées. L'expérience lilloise montre que, pourvu que l'on associe des principes clairs, des moyens financiers adaptés, une volonté non pas de faire un coup d'éclat, mais de considérer la question des toxicomanes comme une question qui mérite un traitement au long cours, en partenariat réel et concerté avec l'ensemble des acteurs concernés, on finit par obtenir des résultats tangibles. Ces résultats sont, comme le souligne l'étude du RESCOM évoquée plus haut, de l'ordre de la représentation : l'image des toxicomanes s'est considérablement modifiée à Lille ces dernières années, tandis que l'image des services sanitaires et sociaux s'est en retour améliorée aux yeux des toxicomanes, qui hésitent de moins en moins à y avoir recours. On manque, à Lille comme ailleurs en France, d'un observatoire municipal qui permette de suivre sur plusieurs années les évolutions chiffrées de la toxicomanie, de façon à valider ou infléchir utilement les politiques menées.

3.2. La ville de Saint-Herblain : une expérience originale d'évaluation de l'impact des actions de prévention en milieu scolaire

La commune de Saint-Herblain est une ville de 43 000 habitants située dans la banlieue de Nantes. C'est une ville où le tissu associatif, particulièrement dense, permet une régulation sociale relativement efficace. Elle a mené, comme beaucoup, des actions ponctuelles de prévention en matière de toxicomanie (campagnes de sensibilisation, édition de plaquettes d'information, formation d'adultes relais). Ayant été alertée en 1991 par la direction d'un établissement scolaire pour un problème de vente et de consommation de cannabis, la municipalité a créé une commission « prévention des toxicomanies », qui regroupe les services concernés. Cette commission a créé un groupe de pilotage, composé des responsables des collèges de la ville (il n'y a pas de lycée à Saint Herblain), des services municipaux, des centres de soins et de prévention, de la police nationale et de la Caisse primaire d'assurance maladie¹. Ce groupe a eu comme fonction de développer une stratégie commune à l'ensemble des collèges de la ville, publics et privés : l'idée étant ici de ne pas stigmatiser tel ou tel établissement. L'action menée a été prévue sur quatre ans, et s'appuyait sur les considérations suivantes :

« 1) La prise de produit est aliénante et dangereuse pour la personne. Aliénante pour son autonomie psychologique et dangereuse parce qu'elle fait côtoyer à la personne des réseaux délictueux. Elle modifie l'autonomie sociale, la poussant à un comportement marginal ;

2) En prévenant la consommation des drogues, nous évitons les économies parallèles qui l'accompagnent, et par là, la petite et grande délinquance ;

¹ On trouvera la description et les résultats détaillés de ce travail dans *Evaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention en matière de toxicomanie*, rapport final par M. Choquet et C. Lagadec, INSERM U472, Villejuif, 86 p.

3) *Les adultes ont à dire et rappeler la loi. Ils ont à adopter des attitudes cohérentes vis-à-vis de celle-ci, pour permettre un développement psychologique et comportemental harmonieux des jeunes ;*

4) *Nos principes ne sont pas de faire peur, ou de culpabiliser, mais d'informer, de responsabiliser et de donner la capacité aux jeunes de faire de bons choix ;*

5) *Nous nous adressons à toutes les personnes présentes dans les collèges : élèves, équipes éducatives, personnels non enseignants, équipes de direction ;*

6) *Nous donnons aux parents toutes les informations concernant les actions effectuées avec leurs enfants, afin de les associer à notre démarche éducative. ».*

Le groupe de pilotage a fixé deux objectifs à l'action :

- favoriser chez l'élève la construction d'un comportement responsable face aux problèmes de toxicomanie ;
- permettre aux adultes dans le cadre de leur rôle éducatif de repérer chez l'élève les signes de mal être avant l'apparition de « symptômes toxicomanie », et repérer ceux qui sont en difficulté face à ces problèmes, et savoir que faire.

L'action, telle que voulue par le groupe de pilotage, a pris les caractéristiques suivantes :

- il s'agit d'une approche massive : tous les collèges sont associés, soit 1700 élèves ;
- il s'agit d'une approche globale : elle concerne les élèves, leurs parents les équipes éducatives et de direction, mais avec des systèmes de rétroaction qui maintiennent l'élève au cœur du dispositif ;
- il s'agit d'une approche continue : la durée de l'action doit être telle qu'elle puisse produire des effets (plusieurs années) ;
- il s'agit d'une approche transférable : les caractéristiques d'organisation, les objectifs, les coûts, doivent être explicites. La question de l'évaluation de ce dispositif est centrale, pour fournir une méthodologie complète ;
- il s'agit d'une approche communautaire, dans laquelle les élèves sont fortement sollicités.

Les services municipaux associés à l'action sont le Centre communal de promotion de la santé (CCPS) et la Délégation permanente à la prévention et à la sécurité urbaine (DPPSU). Ceci témoigne clairement de la volonté de la municipalité d'aborder la question de la toxicomanie du double point de vue de la promotion de la santé et de la lutte contre la délinquance.

L'action s'est déroulée de 1992 à 1996, et s'est prolongée par l'évaluation en 1997 pour les classes de troisième.

Elle comporte des interventions auprès des élèves (Jeu santé, sous forme d'un jeu de rôle pour les classes de sixième, théâtre-forum pour les quatrièmes, intervention de médecins généralistes pour les troisièmes) ainsi que des réunions

d'information en direction des parents d'élèves, des personnels des collèges et des équipes de direction.

L'impact de ces actions a été évalué par une équipe de l'INSERM. La méthode retenue a été de comparer les adolescents de Saint-Herblain à ceux d'une ville comparable au plan socio-démographique n'ayant pas reçu le programme de prévention. Les premiers résultats de ce travail permettent d'avancer que :

- les filles se disent globalement plus intéressées que les garçons ;
- toutes les actions ont apporté des connaissances et des éléments de réflexion à au moins un jeune sur deux (les actions semblent plus bénéfiques aux filles qu'aux garçons) ;
- l'utilité des actions n'est reconnue que par une minorité, et cette proportion diminue en fonction de l'ancienneté de l'action ;
- à propos de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, la différence entre la ville de Saint-Herblain et la ville témoin n'est sensible que pour les filles. Il n'existe aucune différence pour les garçons.

L'implication d'une commune telle que Saint-Herblain dans la lutte contre la toxicomanie a permis, comme à Lille, que les habitants aient le sentiment que la question est prise en compte. En cas de difficultés, ils savent qu'ils peuvent s'adresser à la commission « prévention des toxicomanies » en charge de la question. La tentative d'évaluation de l'impact des actions menées vient enrichir ce travail d'un outil original, et qui pourrait être transposé ailleurs. L'idée de connaître les résultats de ce que l'on fait, afin de corriger éventuellement les politiques menées, devrait rencontrer l'intérêt des décideurs et des financeurs.

3.3. Le département de la Seine-Saint-Denis : la mission départementale de prévention des toxicomanies

C'est le 25 octobre 1995 que s'est tenue la journée d'information et d'échanges organisée par le Conseil général de Seine-Saint-Denis, visant à présenter et à discuter le projet d'un plan départemental de prévention des toxicomanies. A l'issue de cette journée, ce plan a été adopté et mis en oeuvre. Dans le document intitulé « les bases du plan départemental de prévention des toxicomanies », on lit en préambule : « *La drogue est un mal personnel, mais elle est aussi un danger social majeur. A tous les niveaux : politiques, administratifs, sociaux, professionnels et associatifs, nous devons avoir une action ou même une politique pour lutter contre la toxicomanie. (...)*

C'est pourquoi il convient d'agir sur les quatre axes :

- *lutte contre le trafic ;*
- *développer la prévention primaire et coordonner les différents acteurs ;*
- *aider les toxicomanes à sortir de leur dépendance et à retrouver leurs droits à la citoyenneté ;*

- offrir aux jeunes des ouvertures crédibles et sérieuses notamment en matière de formation et d'emploi. »

Le Conseil général s'engage à prendre ses responsabilités en matière de prévention primaire, considérant que son ancrage social dans les quartiers et en direction de la jeunesse en difficulté lui donne une légitimité pour impulser la politique départementale de prévention des toxicomanies. Il appelle de ses vœux l'élaboration d'un plan départemental précisant des orientations et définissant les relations avec les services de l'Etat, la justice, les communes et les associations. Toutefois, le Conseil général n'entend pas se substituer à l'Etat dans ses responsabilités de lutte contre la toxicomanie, en particulier dans les domaines du soin et de la répression. Une mission départementale de prévention des toxicomanies se met en place à partir de septembre 1996. Elle a pour objectifs :

- de recenser et faire connaître les expériences menées dans le département, répertorier les ressources existantes sur le territoire de la Seine-Saint-Denis ;
- d'intervenir sur le plan local pour aider les collectivités et associations à cataloguer leurs propres ressources, former des personnes relais et des correspondants locaux, élaborer une mise en réseau départemental des expériences et des personnes ;
- de participer à l'expertise des problèmes liés aux toxicomanies, en particulier par la création d'un espace ressources, véritables lieu de rencontre avec les différents acteurs de prévention et de prise en charge (communes, structures de soins, éducation nationale).

Le Conseil général se propose de lancer un programme concerté de formation, autour de la connaissance des pratiques de la toxicomanie dans le département et autour des processus qui peuvent conduire des jeunes en difficulté à s'engager dans ces pratiques.

Enfin, le Conseil général organise chaque année un forum départemental sur la prévention des toxicomanies.

Deux priorités se dégagent en termes d'actions de prévention :

1. La mise en place de réseaux ville-écoles-parents-prévention, en partenariat avec l'éducation nationale et la santé scolaire.
2. La participation à la promotion de lieux d'écoute des jeunes et de leurs familles sur les quartiers directement concernés par les problèmes de toxicomanie.

La mission départementale qui fonctionne depuis près de trois ans, emploie sept personnes à plein temps et un consultant à mi temps. Elle dispose d'un budget de l'ordre de 5 millions de francs. La mise en place du centre de ressources permet d'élargir sa fonction à l'information en direction des personnes en contact avec les toxicomanes ou susceptibles de le devenir. La mission se soucie de formation, et propose des formations adaptées : sur 40 communes que compte le département, 17 ont déjà fait appel à la mission pour des actions de formation ou d'information. Le forum départemental sur la formation et la prévention qu'elle organise chaque année depuis 1996, réunit plusieurs centaines

de personnes. Elle mène, outre les actions de proximité et les études sur la situation du département en matière de toxicomanie, des actions de coopération internationale (avec Charleroi en Belgique, Séville en Espagne et Setubal au Portugal) afin de confronter et d'échanger les expériences.

L'existence en Seine-Saint-Denis d'une mission départementale active constitue, pour les communes du département, un appui important. Toutefois, ce système ne suffit pas à pallier une coordination faiblement efficace au niveau départemental, à tel point que le comité départemental de lutte contre la toxicomanie ne s'est pas réuni depuis 1994.

4. La Martinique : une situation très préoccupante

Dans ce département, la situation est très particulière comparée à celle qui prévaut sur le territoire métropolitain, s'agissant des substances consommées, de l'importance du trafic et des effets enregistrés sur la société. L'inquiétude est vive dans l'opinion publique face à l'aggravation de ces phénomènes qui touchent l'ensemble de la zone caraïbe.

4.1. Quelques données socio-économiques

Quelques chiffres¹ sont nécessaires pour situer ce département d'un point de vue socioéconomique, notamment par rapport à la métropole mais aussi aux îles qui l'entourent. Un ménage martiniquais disposait d'un revenu brut de 55 301 F en 1993 (24 645 F en 1982) contre 86 648 F pour un ménage métropolitain (48 602 F en 1982). En revanche, le PNB d'un Martiniquais s'élevait à 11 108 dollars par an en 1994 (taux de croissance moyen + 8,8 %) contre 3 450 dollars pour un ressortissant de Sainte-Lucie, 1 320 dollars pour un Dominicain, 1 420 dollars pour un Jamaïcain mais 11 790 dollars pour un habitant des Bahamas.

a) Une démographie dynamique

Même si la croissance démographique tend à diminuer depuis quelques années, elle reste à un niveau élevé (1,5 %) par rapport à la métropole (0,3 %) et s'explique par un nombre de naissances très supérieur à celui des décès. La population de la Martinique est de 392 100 habitants avec un taux de fécondité de 1,7 % (le même que celui de la métropole et le plus bas parmi les départements d'outre-mer) avec un pourcentage de jeunes de moins de 25 ans de 38 %.

¹ Chiffres INSEE.

Il convient de souligner par ailleurs les effets :

- de l'immigration surtout clandestine en provenance des autres îles de la Caraïbe au niveau de vie particulièrement bas ;
- d'un mouvement important de retour au pays non compensé par un mouvement traditionnel de départs en début de carrière vers la métropole.

b) Un taux de chômage particulièrement élevé

Alors que le taux de demandeurs d'emplois tendrait à diminuer en métropole (12,2 %), il continue sa progression en Martinique (26,2 % en 1994 - mais 28,8 % en 1997), à un niveau moindre que celui de la Guadeloupe. Cependant le chômage de longue durée reste très important (55,5 % contre 39,3 % en métropole) de même que celui des jeunes (63,2 % contre 22,5 % en métropole).

Il faut toutefois préciser que l'indemnisation du chômage moins favorable qu'en métropole, la faiblesse des offres d'emploi d'une part, l'importance du travail informel d'autre part ne permettent pas d'appréhender de façon fiable le chiffre des demandeurs d'emploi.

En dépit des mesures d'aide à l'emploi notamment en faveur des jeunes (1 319 emplois jeunes créés en 1998) le marché offre peu de réelles possibilités et le nombre de Rmistes est en progression et concerne 24 991 personnes en 1997 (15 % de la population des DOM contre 3 % en métropole).

c) Une économie peu diversifiée et fragile

L'Institut d'émission des départements d'Outre-mer observe que l'économie des DOM est soutenue par la consommation et les investissements réalisés par les ménages grâce aux hausses du SMIC (alignement sur le taux métropolitain au 1.1.1996), sans que l'on constate une hausse des prix (0,9 % contre 1,1 % en métropole) ni un développement de l'emploi.

Les secteurs agricoles traditionnels comme la banane et le rhum constituent les principales sources de recettes à l'exportation pour l'île. Le marché de la banane (58 % des terres cultivées en progression depuis 1993) reste conditionné par les mécanismes prévus par l'organisation communautaire du marché (OCM) mise en place par les instances européennes dont les Etats-Unis ont obtenu la suppression.

La récolte de canne à sucre en revanche est en diminution (1 million de tonnes en 1960, 181 507 tonnes en 1997) et s'oriente vers la production de rhum qui avec l'obtention du label AOC et des droits d'accise négociés au niveau communautaire devrait offrir des perspectives plus favorables.

D'une manière générale les productions agricoles martiniquaises souffrent de la concurrence des autres îles de la Caraïbe qui offrent des coûts moins élevés. C'est le cas en particulier de l'ananas en forte régression qui sans l'aide du FEOGA qui garantit les cours ne pourrait plus s'écouler sur le marché.

La pêche reste principalement artisanale (11 000 personnes employées) alors que l'importance des importations justifierait un plus grand dynamisme. A noter à cet égard la création prometteuse d'activités d'aquaculture.

Le tourisme, qui a connu un fort accroissement au cours des dernières années, encore trop dépendant d'une clientèle majoritairement métropolitaine, devrait se développer plus fortement, grâce notamment à la nécessaire diversification des bassins émetteurs, malgré la concurrence des autres îles de la zone.

Enfin, dans le secteur du BTP, outre le développement des infrastructures, c'est le logement qui bénéficie de l'essentiel de l'activité de construction. La pénurie chronique de logements s'accompagne d'un besoin urgent de réhabilitation tant le nombre de logements insalubres est important. Certaines formules de logement social, notamment les hébergements d'urgence, font actuellement défaut.

4.2. Des réalités socio-culturelles particulières

Le taux de scolarisation de la population est particulièrement élevé, en même temps que l'on constate un phénomène préoccupant d'échec scolaire illustré, notamment, par le nombre important des personnes faiblement qualifiées (27 % des chômeurs de moins de 25 ans sont de niveau 5 ou 5 bis, contre 17 % en métropole).

La structure familiale reste marquée par l'importance du nombre de familles monoparentales, très majoritairement matrifocales avec, de surcroît, un affaiblissement du lien familial.

Malgré une très forte tradition de solidarité, notamment en termes de proximité, les phénomènes de marginalité se développent rapidement depuis une quinzaine d'années, d'abord en milieu urbain pour concerner progressivement pratiquement l'ensemble du département. Corollairement, une tendance très nette à l'individualisme se manifeste en opposition avec les pratiques habituelles.

L'ouverture aux images du monde, notamment par l'explosion des réseaux de télévision, radios et autres médias, rapporte les « modèles » extérieurs avec une forte influence des stéréotypes nord-américains et notamment ceux des communautés noires. Par ailleurs, ces images sont souvent de puissants véhicules de la « société de consommation » également très présente dans la vie de tous les jours avec une offre surabondante de produits les plus divers créant des sollicitations puissantes pouvant conduire notamment à des comportements de surconsommation mal maîtrisée.

Une certaine propension à la permissivité semble affecter l'ensemble du corps social où les interdits sont moins affirmés.

C'est dans ce contexte socioéconomique et socioculturel que doit s'analyser le développement de la toxicomanie. Toutefois, ces déterminants ne sont pas exclusifs, la dimension du psychisme individuel, entre autres, ne saurait être sous-estimée.

4.3. *La toxicomanie, un phénomène relativement récent*

a) Le trafic de drogue en zone Caraïbe

Les Antilles, de par leur situation géographique à proximité des pays producteurs de drogue (Colombie pour la cocaïne, îles anglophones, néerlandophones et hispanophones pour « l'herbe » et le cannabis) et leurs relations privilégiées avec l'Europe, continent consommateur, se sont trouvées transformées en plaque tournante de trafic. Les relations entre services douaniers ont permis la saisie de prises importantes dans les zones portuaires et aéroportuaires en dépit du statut particulier de certaines îles ne permettant pas un contrôle rigoureux. L'insularité ne favorise pas le travail des agents chargés de la surveillance des côtes. Les trafiquants équipés d'engins nautiques ultra rapides, et d'appareils de communication performants peuvent accoster en toute tranquillité dans les nombreuses criques ou même déposer leurs livraisons dans les abris naturels offerts par la mangrove qui envahit le littoral. La « loi du silence » pratiquée par les insulaires ne facilite pas par ailleurs la mission des douaniers.

Si pendant de nombreuses années la Martinique comme la Guadeloupe étaient utilisées comme voie de passage pour le trafic de cocaïne ces îles, à un moindre degré semble-t-il la Martinique, sont désormais des zones de consommation importante.

b) La consommation locale

C'est le phénomène « rasta », venu de la Jamaïque dans les années 1970 qui a développé la consommation « d'herbe » en Martinique. Jugée culturelle, récréative, ou rituelle, voire mystique, cette consommation de produit fortement dosé en THC (plus que le cannabis fumé en métropole), au début limitée à certaines communautés vivant selon les modes particuliers, s'est progressivement étendue hors de ces groupes. La démotivation et la marginalisation de « rastas » et les complications psychiatriques constatées alors ont alerté les pouvoirs publics sans que ceux-ci prennent réellement conscience de l'ampleur du phénomène. Le modèle hexagonal de la toxicomanie à l'héroïne a longtemps servi de référence en Martinique. La campagne de prévention par voie d'affiches ne pouvait suffire à enrayer le mouvement de désocialisation des jeunes attribué par la population à la drogue et par les pouvoirs publics à la situation économique de l'île et/ou à la maladie mentale.

A partir du milieu des années 80 le « crack » fait son apparition et se développe sur le réseau du cannabis, auquel selon certains interlocuteurs, il se substituerait alors que pour d'autres il se développerait en parallèle. Le produit, venu de Colombie à travers d'autres îles de la Caraïbe, pourrait être transformé à Sainte-Lucie dans des laboratoires clandestins ou même localement, cette transformation nécessitant très peu d'investissements et de savoir-faire. La dose, « le caillou », d'un coût peu élevé se fume ou s'inhale. C'est la décision du gouvernement américain en 1981 de réglementer le trafic de « l'herbe » détenu par les antillais (St Vincent, la Dominique, Ste Lucie, Cuba, West Indies,...) qui aurait conduit les trafiquants à une reconversion vers la cocaïne mais surtout le crack qui, appuyé sur une politique commerciale de petits prix et de petites doses, s'est alors développé dans les banlieues noires américaines en liaison avec

la culture « rap » : vêtements, musique, façon d'être, références religieuses, tout comme le reggae en son temps avait accompagné l'herbe et le cannabis.

La recherche identitaire a favorisé l'extension du crack en Martinique. L'apparition du « *black joint* » (herbe + crack) facilite le passage d'une drogue dite douce, le cannabis, à une drogue dure, le crack. Cette particularité incite à une grande prudence dans toute tentative de classification de dangerosité des produits, appliquée à la réalité antillougayanaise. En outre, la consommation de « crack », contrairement à d'autres drogues, conduit à une dépendance quasi immédiate qui se manifeste par des comportements de consommation compulsifs et répétitifs. Elle peut provoquer des complications cardiaques et pulmonaires, neurologiques et psychiatriques (excitation, psychose paranoïaque, violence...).

Sans qu'il soit possible de donner des chiffres¹ réellement fiables on peut affirmer que la consommation de drogue est en expansion. Le recours aux structures sanitaires a augmenté de 27 % entre 1990 et 1992, avec un taux de prise en charge (3,3 pour 10 000 habitants) légèrement inférieur à celui de la métropole (3,5).

Les services sanitaires évaluent à environ 2 500 le nombre des toxicomanes (hors cannabis) majoritairement dépendants du crack, qui présentent la spécificité de résider aussi bien en milieu urbain qu'en zone rurale. La consommation d'alcool serait le vecteur principal de passage vers le crack. Si le rhum connaît une certaine régression, en revanche la bière (fortement dosée en alcool, jusqu'à 8 %) est en nette progression dans une île où l'alcool bénéficie de droits d'accise minorés. Le tabac qui jouit de ce même privilège est moins fumé qu'en métropole y compris par les jeunes.

4.4. La lutte contre la toxicomanie : des politiques qui ont tardé à se mettre en place

La consommation de drogue, et sa rapide propagation ont semblé-t-il surpris les pouvoirs publics, qui en ont nié en un premier temps l'existence puis l'ampleur. Leur souci de ne pas « alerter » l'opinion, la difficulté à désigner les niveaux de responsabilité adéquats et mettre en place les actions nécessaires ont favorisé le développement d'une inquiétude grandissante au sein de la population. Cette dernière qui réprovoque fortement le toxicomane ne facilite pas l'implantation de lieux d'accueil et la mise en place de politiques de soins et de réinsertion.

a) Les soins et la réinsertion

C'est à partir de 1988 que « l'Unité d'écoute pour toxicomanes et familles en détresse » (UEJD) qui fonctionnait bénévolement, reçoit un financement de la DDASS pour assurer la mise en oeuvre des injonctions thérapeutiques décidées par le juge. Elle devient centre conventionné spécialisé de soins aux toxicomanes en 1992.

Gérée par l'association départementale de santé mentale (ADSM), l'UEJD s'occupe de prévention, de formation, d'insertion et de soins aux toxicomanes et

¹ Enquête DRASS SESI.

à leurs familles. Ses méthodes se fondent sur l'éducation de la volonté, les ressources de la personne et s'accompagnent de mesures visant à l'insertion dans la famille et le quartier avec l'appui des parents et des voisins. Elle a accueilli 252 usagers de drogues en 1997 dont 19 injonctions thérapeutiques, réalisé 245 consultations familiales et participé notamment à l'opération « ville-vie-vacances ». L'UEJD reçoit des subventions de la DDASS et de divers autres partenaires avec lesquels elle a conclu des conventions d'objectifs (la DIV, le ministère de la Justice (PJJ), celui de la Jeunesse et des sports, le CNASEA, la CAF et les collectivités locales). Son budget s'élève à environ 1,5 million de francs. Elle dispose d'une équipe formée de neuf personnes, dont un psychiatre hospitalier et deux psychologues, pour remplir ses missions ainsi que des actions de prévention primaire dans les établissements scolaires.

Le nombre de partenaires impliqués dans le financement fragilise le fonctionnement de l'unité d'écoute qui se trouve chaque année confrontée à une « quête » auprès des administrations pour boucler son budget. L'ouverture d'autres structures à partir de 1994 s'accompagnera d'une légère diminution de la file active¹ de l'UEJD.

Parmi celles-ci l'APEX, créée en septembre 1994. Cette association se consacre à la prévention et à la prise en charge de l'exclusion. Elle accueille d'une manière générale les populations marginales, c'est-à-dire les SDF mais aussi des toxicomanes, des alcooliques et les personnes souffrant de troubles psychologiques. L'APEX fonctionne grâce à des subventions de la DIV, du conseil général ainsi que du ministère de la Justice et du Fonds social européen (FSE) dans le cadre d'une convention (accueil des personnes sortant de prison). L'association dispose d'un centre d'hébergement (six personnes) nettement insuffisant pour répondre aux besoins, et assure des soins ambulatoires.

L'équipe polyvalente en place se compose de quatorze personnes : médecins, éducateurs, psychologues, qui travaillent en relation étroite avec les travailleurs sociaux de quartiers. Le manque de structures d'hébergement pour accueillir les patients suivis en soins ambulatoires et la rareté des emplois offerts rendent la réinsertion très difficile. Comme toutes les associations, l'APEX se trouve gênée dans son fonctionnement par son mode de financement assujéti aux règles de l'annualité budgétaire. Des conventions pluriannuelles permettant d'envisager des actions sur une plus grande durée sont vivement souhaitées par ses dirigeants.

En 1995, « Promesse de vie », une nouvelle association, propose, sur la base du programme des « narcotiques anonymes », un autre mode de traitement aux toxicomanes, non médicalisé, fondé sur des groupes de parole et des ateliers de travail aidant à la réinsertion. Elle a accueilli environ 400 patients, grâce au bénévolat et aux dons des particuliers. Elle reçoit maintenant une subvention de la DDASS. Installée dans un pavillon agréable d'un quartier résidentiel, « Promesse de vie » aménage quatre chambres pour héberger les patients mais se heurte à des difficultés de financement en raison de son mode de soin non médicalisé.

¹ Nombre de patients vus en consultation au moins une fois dans l'année.

Autre association, l'OMAS, ancien office municipal du Lamentin, met en place un lieu pour accueillir les toxicomanes et fait circuler un bus avec une infirmière et un éducateur à son bord qui, une à deux fois par semaine, sillonne les quartiers touchés par la drogue pour offrir des soins aux toxicomanes.

Ce rapide panorama serait incomplet si l'on ne mentionnait pas une structure non spécifique : le centre psychiatrique de Colson. Implanté depuis 1953 en pleine nature à l'écart de toute agglomération, ce centre souffre d'une vétusté évidente. Il ne paraît pas être officiellement associé à la politique de lutte contre la toxicomanie alors que les médecins qui y travaillent déclarent que sur dix personnes hospitalisées dans la tranche d'âge 18 à 35 ans, huit sont consommateurs de drogue.

On peut regretter qu'une concurrence se développe entre toutes ces structures pour obtenir les subventions nécessaires à leur fonctionnement en l'absence de directives et d'objectifs clairement définis par la tutelle. Il ne semble pas y avoir de coordination entre les différents acteurs sur le terrain. Leur action, faute de synergie, souffre ainsi d'une déperdition certaine d'efficacité.

En 1996, à l'initiative du CHU, une tentative d'implanter un Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) se heurte à l'opposition de riverains et entraîne, par le biais d'une médiatisation importante de l'évènement, un débat et une prise de conscience de l'opinion publique, laquelle va faire pression pour que les pouvoirs publics « fassent quelque chose » face à la toxicomanie. Le CSST avec hébergement s'ouvre en juillet 1996 à l'ex-hôpital Clarac et six mois après l'USSARD (unité de soins spécialisés ambulatoires et de recherche sur les dépendances).

Le CSST dispose aujourd'hui d'une unité d'hébergement pour les cas nécessitant une prise en charge intensive de trois mois. Une équipe multidisciplinaire (médecins dont un acupuncteur et un psychiatre, infirmiers, psychologues, éducateurs) y travaille en liaison avec le CHU et en partenariat avec les services sociaux et les associations oeuvrant dans ce secteur.

Au cours de l'année 1997 (ouverture le 10 mars) le centre a accueilli 204 patients, en majorité des hommes (7/8 hommes pour 2/3 femmes sur 10), âgés pour moitié de plus de 30 ans la plupart étant chômeurs mais gardant un lien avec leur famille. En 1998, 3 945 consultations ont été dispensées et 375 patients pris en charge. Un accueil et un soutien aux familles de toxicomanes sont aussi organisés.

Le centre d'hébergement dispose de neuf places et fonctionne 365 jours/365 jour et nuit. Il a accueilli de façon groupée tous les trois mois, neuf patients au cours du dernier trimestre 1996, 35 en 1997 et 48 en 1998. Ceux-ci doivent respecter des règles de vie fondées sur l'abstinence et un emploi du temps comportant des interventions médico-psychologiques, des exercices sportifs et des activités préparant à une réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

Dans la même mouvance est créée fin 1996 l'association pour la tolérance, le traitement, la réinsertion, l'aide et l'information des toxicomanes (ATTRAIT),

association de parents de toxicomanes qui pour la première fois témoignent à visage découvert, se rencontrent et s'entraident.

Narcotiques anonymes (NA), association proche des Alcooliques anonymes (AA) organise, à partir de 1996, des réunions d'ex-usagers et tente de promouvoir un statut de citoyen pour les toxicomanes.

Toujours en 1996, un schéma de lutte contre la toxicomanie a été élaboré conformément aux dispositions de la circulaire du ministère de la Santé du 9 juillet 1996. Le préfet ayant désigné le DDASS chef de projet, une coordination entre tous les partenaires impliqués dans le champ de la toxicomanie (département, communes, services de l'Etat, associations, hôpitaux, professionnels de la santé et du social) a été organisée et des groupes de travail par thème (prévention, soins, insertion, formation, recherche) formés pour assurer la préparation et le suivi des projets. Ce schéma d'insertion a été validé par le préfet mais non adopté par le comité départemental faute de *quorum*. En l'absence du directeur départemental à l'action sanitaire et sociale, en instance de renouvellement, c'est le médecin inspecteur qui a procédé à l'analyse du bilan du budget consacré à la lutte contre la toxicomanie.

Les crédits affectés à la toxicomanie sont en très forte progression : 1 MF en 1994, plus de 7 MF en 1998. Des structures particulières ont aussi été mises en place : des conseils communaux de prévention de la délinquance (CCPD) (au Lamentin, à Trinité, Fort-de-France, Schoelcher, Ducos), au fonctionnement aléatoire, des contrats de ville et des conventions locales de développement social (CLDS) à Prêcheur et Anse d'Arlets, qui interviennent dans le domaine de la toxicomanie.

De l'avis unanime de tous les responsables rencontrés, toutes les actions engagées en faveur de la réinsertion des toxicomanes se heurtent au manque de moyens, de structures d'hébergement, de logement social adapté et d'une manière générale à la faiblesse des emplois offerts à la sortie de cure.

b) La prévention

A partir de 1996, des points « écoute jeunes » et « écoute parents » ont été mis en place afin de pérenniser les actions gérées par l'Unité d'écoute des jeunes en détresse (UEJD) et le centre hospitalier spécialisé de Colson. Leur dotation de 1 520 000 francs cette même année a permis de répondre à un besoin crucial d'accueil, d'écoute, de dépistage, si l'on en juge par le taux élevé de fréquentation. D'autres actions plus spécifiques ont été conduites en faveur de publics à risque (quartiers en difficulté, jeunes hors du champ scolaire), par des associations (CIJ, Tambou bô Kanal, AMEPAS...)

Enfin des actions de prévention sont organisées dans le système éducatif par les comités d'environnement social dont le nombre s'accroît. A l'école primaire l'information est diffusée sur support vidéo « éducation à la vie » de façon expérimentale en vue d'une prochaine généralisation alors qu'au collège il est fait appel au témoignage d'anciens toxicomanes pour contrecarrer le discours des « dealers ».

Bien qu'il ait été déclaré qu'il n'entrait pas dans les missions de l'éducation nationale de lutter contre la toxicomanie et qu'aucun personnel n'ait été

réellement affecté à cet effet (les actions reposent sur la bonne volonté et le degré de sensibilisation des agents au problème), de nouvelles orientations sont enregistrées. Des campagnes publicitaires sont conduites en liaison avec le conseil général, qui a adopté un plan de prévention primaire. D'autres actions sont organisées avec les services de la justice dans le cadre de convention de prévention de la violence, et avec la gendarmerie, les douanes, la police, la protection de la jeunesse, le CIFAD, l'Unité d'écoute, l'APEX et le CSST de Clarac. La politique de prévention du Rectorat, très active et impliquante dès 1996, s'est renforcée récemment d'une brochure en direction des élèves du CM2 et se propose de recourir, pour les élèves plus âgés, aux témoignages d'anciens toxicomanes.

Des campagnes de sensibilisation sont également conduites en liaison avec le Conseil général qui a adopté un plan de prévention primaire.

D'une manière générale les chefs d'établissements hésitent à signaler les cas d'élèves saisis en possession de drogue, privilégiant ainsi une scolarité normale pour l'élève, alors que des opérations « coup de poing » du service des douanes à la sortie des établissements ont pu révéler la présence de substances toxiques dans les cartables. Les statistiques manquent pour évaluer l'évolution d'un phénomène que chacun pressent sans pouvoir le mesurer. L'absence d'assistantes sociales dans les écoles et leur faible nombre dans les collèges et les lycées ne favorise pas le développement d'un suivi des élèves.

Enfin une certaine hostilité s'est manifestée en faveur des campagnes de prévention associant alcool, tabac, drogue, une telle globalisation brouillerait la diffusion du message.

La nécessité d'un partenariat étroit entre les services des affaires sociales, de l'action culturelle, de la police et du Conseil général s'impose à tous.

c) La répression, très liée à la coopération internationale

La Guadeloupe et la Martinique figurent en deuxième position, derrière le Nord Pas-de-Calais, dans le classement des régions jugées prioritaires pour la lutte contre la drogue. Ce sont des territoires où l'on constate une hausse du trafic et de la consommation de produits illicites et où la toxicomanie est devenue un problème majeur pour la société en même temps que le sentiment de l'insécurité grandit. Le taux de délinquance a augmenté de 15 % entre 1997 et 1998.

La société martiniquaise manifeste très largement sa réprobation à l'égard de ce phénomène, réticence à signaler les cas de drogues dans les établissements scolaires, honte des parents et des jeunes qui ne vont consulter dans des centres spécialisés que lorsque leur situation devient ingérable, et stigmatisation du jeune et de sa famille par l'environnement.

En revanche, la « visibilité » de la consommation dans de nombreux lieux de la cité et de son trafic, et le développement de la délinquance qui l'accompagne causent un malaise profond dans la société qui éprouve le sentiment que les pouvoirs publics ne prennent pas les mesures nécessaires pour endiguer le fléau. La population estime que des cas évidents d'enrichissement sans cause ne sont pas sanctionnés.

Au cours de l'année 1997, 364 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants ont été effectuées en Martinique (960 en Guadeloupe) dont 74 pour trafic. Les chiffres des interpellations, stables par rapport à 1996, ont connu une forte hausse en 1998 (+ 12,77 %). En 1997, 334,73 kg de cannabis, 33,60 kg de cocaïne, 6,47 kg de crack, soit 377,80 kg ont été saisis (1 082,75 kg en Guadeloupe tous produits confondus).

Le département dispose de services de gendarmerie (300 agents) et de police (300 agents) qui ne paraissent pas adaptés à la situation en dépit d'un renforcement de leurs effectifs depuis 1993 et de la mise en place d'un bureau permanent de liaison (BPL) visant à optimiser et à coordonner les interventions de la police, de la gendarmerie et des douanes.

Pour l'heure, il n'existe à Fort-de-France ni contrat local de sécurité, ni comité départemental de la délinquance pour coordonner les actions en vue d'une meilleure surveillance du territoire.

Il faut souligner en revanche une activité importante en matière de coopération au niveau international organisée dans la zone caraïbe. Celle-ci est conduite par divers organismes au premier rang desquels figure le Centre interministériel de formation anti-drogue (CIFAD), installé à Fort-de-France, qui dispense des actions de formation et des stages pour les agents français et étrangers impliqués dans la lutte contre le trafic de drogue. Il convient aussi de signaler les actions engagées dans la lutte contre le blanchiment de l'argent de la drogue dans le cadre des dispositions de la convention de Vienne, conclue en 1988 et transposée en droit Français par la loi du 29 avril 1996. Elles ont notamment été confiées au service de coopération technique internationale de police (SCTIP), à l'office central de répression de la grande délinquance financière (OCRGDF) et à l'office central de répression du trafic illicite et des stupéfiants (OCTIS) à travers leurs diverses antennes dans les îles et pays de la zone caraïbe. La loi du 13 mai 1996 permet de vérifier les causes d'enrichissement des personnes suspectées de trafic de drogue.

Des accords bilatéraux ou multilatéraux avec les Etats-Unis et les Pays Bas en particulier, dans les domaines maritime, douanier et de lutte contre le blanchiment, renforcent la coopération entre les Etats de la zone. Cependant, le manque d'homogénéité dans les législations et les procédures de ces pays ne favorisent pas la conclusion de conventions d'entraide judiciaire indispensables à une lutte réellement efficace contre les trafiquants.

d) Conclusion

Le département de la Martinique cumule les handicaps : il est économiquement et socialement en difficulté dans une zone très touchée par les trafics, confrontée à une sorte de toxicomanie particulière, pour laquelle aucun traitement vraiment efficace n'existe : la toxicomanie à la cocaïne.

Ni l'Etat, ni les collectivités locales ne nous ont semblé avoir pris l'exacte mesure de l'ampleur du problème. L'image des toxicomanes demeure, en Martinique, extrêmement négative, faute probablement d'une action concertée des collectivités locales. L'action de l'Etat apparaît insuffisante et peu lisible, soulignant ici comme ailleurs l'absence d'une politique de communication

adaptée. Les moyens dont disposent les associations et le service public pour venir en aide aux toxicomanes et mener les actions de prévention ne semblent pas tout à fait à la hauteur du problème posé. Enfin, les particularités de la toxicomanie en Martinique, et en particulier l'extrême fréquence du passage des drogues dites douces aux drogues dures, soulignent la difficulté d'exporter les concepts de prévention à partir de la seule réalité métropolitaine.

II - LES ASSOCIATIONS

La Cour des comptes, dans son rapport de juillet 1998¹, s'est attachée à l'étude de la délégation d'attribution de fonds publics aux associations dans le champ de la lutte contre la toxicomanie. Le rôle majeur des associations dans la mise en place du système de soins spécialisés pour toxicomanes, puis dans des actions plus diversifiées d'aide aux toxicomanes, a été décrit de façon tout à fait claire lors de l'audition par la section du Cadre de vie de trois responsables d'associations spécialisées. C'est sur ces deux sources que nous nous appuyons pour la rédaction de ce chapitre.

Pour autant, il ne faut pas négliger l'important travail réalisé par les associations généralistes pour l'information des jeunes et de leurs familles.

1. La première période : les associations pionnières de la prise en charge des toxicomanes

La délégation d'attribution à des associations peut être observée dans les trois secteurs de la prévention, du soin et de la réduction des risques.

Les institutions qui constituent l'ensemble du dispositif de lutte contre la toxicomanie s'attachent le plus souvent à tel ou tel aspect du problème, mais prennent rarement en compte l'ensemble du parcours du toxicomane.

Les initiatives sont venues, en France comme dans beaucoup d'autres pays, de bénévoles ou de professionnels, en marge du système de soins.

A titre d'exemple, lors de son audition par la section du Cadre de vie, Alain Morel, directeur de l'association du Trait d'Union, nous a décrit comment celle-ci s'est construite : *« A l'origine, le Trait d'Union est une association loi de 1901, qui a été constituée en 1979 sur l'initiative d'un médecin psychiatre, adjoint du docteur Olivenstein, le docteur Curtet, et sur une intuition qui était la sienne - et plus qu'une intuition, puisqu'il avait déjà un peu initié la chose - son idée étant d'aider des toxicomanes détenus dans les maisons d'arrêt de la région parisienne. Cette action spécifique étant absolument inédite (...). Je voudrais signaler d'emblée que le recours à l'association en tant que personne morale était nécessaire pour pouvoir mener à bien une telle action, parce que le cadre hospitalier d'où venait Francis Curtet ne permettait pas cette souplesse, cette flexibilité, pour pouvoir organiser les choses de cette manière-là.*

En même temps, cette flexibilité comprenait un certain nombre de ce qu'on peut considérer comme des inconvénients aujourd'hui.

¹ Cour des comptes, op cit p. 109-112.

Le premier est que les personnels qui ont été embauchés sur un statut très vague d'éducateurs - « thérapeutes » était l'appellation maison - n'avaient pas de formation professionnelle. Quelques uns avaient des formations, mais l'idée qui présidait à l'embauche était que la « qualité humaine » primait sur la qualification.

Deuxième inconvénient : en rupture avec l'hôpital et l'institution psychiatrique en particulier, la volonté d'emblée, de ne pas faire de prescription médicale dans l'institution. Donc, aucun médicament n'était prescrit, ni utilisé dans l'institution.

Troisième élément tout aussi important dans le débat actuel : il n'y avait pas de recherche d'insertion dans le tissu local. La décision de venir à Boulogne a été prise complètement par hasard ; cela aurait pu être Neuilly, cela aurait pu être Sèvres. Cela s'est fait à Boulogne parce que des locaux ont été trouvés là, mais l'objectif n'était pas spécialement d'aller à Boulogne, et il n'y avait eu aucun travail préparatoire, ni lien avec les élus locaux ou avec les associations locales pour cette implantation (...).

Pour résumer, les principales caractéristiques du Trait d'union à son origine sont dans l'expérimentation, une démedicalisation tout à fait volontaire et une large autonomie d'action puisqu'il n'y a que très peu de contraintes. Le Trait d'union, comme la plupart des associations spécialisées dans l'accueil des toxicomanes créées dans les années soixante-dix, est issu d'une initiative privée d'une personne qui, à partir de son intuition, a ouvert une activité de type social et psychologique, un peu en décalage par rapport au médical, une activité inédite, mais qui n'a pu voir le jour qu'à deux conditions : d'une part avoir l'appui des pouvoirs publics, et en l'occurrence de la Direction générale de la santé (DGS) ; d'autre part, utiliser le support de l'association loi de 1901. »¹.

Le décours au secteur associatif pour, au détour du vote de la loi de 1970, mettre en place un circuit de soins anonyme et gratuit, tient à un ensemble d'éléments positifs et négatifs. Les hôpitaux généraux et psychiatriques sont restés fortement en retrait. Les toxicomanes eux-mêmes, du moins dans les années soixante-dix et au début des années quatre-vingt, refusent d'être traités comme des malades, et encore moins comme des malades mentaux. Ils revendiquent leur toxicomanie, et sont par conséquent des clients plutôt difficiles pour des institutions à vocation soignante. L'injonction thérapeutique n'est pas la voie royale d'entrée dans le circuit soignant qu'avait voulu le législateur : une des raisons, parmi d'autres évoquées plus haut, en est la réticence des psychiatres d'accueillir en traitement des sujets dont la démarche n'est ni libre, ni volontaire.

Comme le souligne Alain Morel, les professionnels engagés dans le soin aux toxicomanes ont trouvé dans le dispositif associatif une grande souplesse de gestion ainsi qu'une importante capacité d'innovation. Quant aux pouvoirs publics, ils ont rencontré des professionnels (et parfois des bénévoles) fortement impliqués, et prêts à remplir des missions qu'à l'époque aucune institution sanitaire ou sociale ne voulait prendre en compte, du fait de l'exécrable réputation des toxicomanes.

¹ Extrait de l'audition du Dr Alain Morel, section du Cadre de vie, réunion du 10.02.1999.

2. La deuxième période : diversification et fin du monopole des associations

Le dispositif français opère encore aujourd'hui un large recours au secteur associatif : 70 % des centres spécialisés sont gérés par des associations. Dans certains cas, il s'agit d'associations *ad hoc*, telles que le Trait d'union évoqué ci-dessus ou SOS drogue international, dans d'autres cas, il s'agit d'associations caritatives, telles la Croix Rouge française, Médecins Sans Frontières ou Médecins du Monde, qui ont décidé de s'investir dans la lutte contre la toxicomanie. Il faut enfin ajouter les associations de lutte contre le sida qui, à partir des années quatre-vingt-dix, se sont intéressées à la question des toxicomanies.

Enfin, il faut mentionner ici deux catégories particulières d'associations qui, contrairement aux précédentes, fonctionnent pour la plupart d'entre elles sans ou avec un faible soutien financier de l'Etat et par un recours massif au bénévolat : les associations dites « d'auto-support », constituées de toxicomanes ou d'ex-toxicomanes (ASUD et Narcotiques anonymes sont les principales), et les associations de familles de toxicomanes (UNAFALT au plan national, diverses associations locales).

Les structures qui ont en charge la lutte contre la toxicomanie en France sont extrêmement fractionnées. On recense environ 250 associations, de taille variable, financées en totalité ou en majeure partie par l'Etat avec lequel elles ont passé convention. Les associations sont très présentes dans le dispositif de soins, elle le sont encore plus dans celui de prévention et de réinsertion. On retrouve la même prévalence du secteur associatif dans le domaine de l'insertion des jeunes, y compris des toxicomanes, ainsi que dans l'action internationale et la coopération.

Les associations spécialisées ont exercé un quasi monopole de l'action sanitaire et sociale pendant la première phase de prise en compte dans notre pays des problèmes de toxicomanie, entre 1971 et 1990. La deuxième phase est celle d'une profonde crise d'identité déclenchée en France par l'épidémie du sida dans bien des domaines sanitaires, y compris dans le dispositif de soins et d'accueil des toxicomanes.

Alain Morel relève trois aspects de modification sensible¹ :

- *La médicalisation*

Au départ, il y avait volonté de démedicaliser la question des toxicomanies. Il y eut un mouvement contraire avec, en 1992-1993, la volonté politique de développer sur une grande échelle les traitements de substitution, qui ne peuvent être prescrits que par un médecin et administrés dans les centres spécialisés par des infirmières, ou vendus en officine par des pharmaciens.

Cette orientation nouvelle en France n'est pas venue du terrain, mais bien du politique (Bernard Kouchner, ministre de la Santé, l'a annoncée en 1992, et Philippe Douste-Blazy, son successeur, l'a réalisée entre 1993 et 1995). C'est un

¹ Déjà cité.

renversement important, qui passe du terrain de l'initiative d'individus qui créent des associations, à la commande publique.

Le développement de la substitution, la création de la première « boutique » à Paris sont explicitement des commandes que fait l'Etat à telle ou telle association.

- *La territorialisation*

Pendant des années, les lieux d'implantation des centres spécialisés pour les toxicomanes ont correspondu plus au hasard qu'à un quelconque besoin local. Il faut souligner que ces implantations « sauvages » n'ont alors pas amené de réactions hostiles ni des élus, ni des riverains.

C'est ainsi que les plus anciennes institutions sont installées sans difficulté majeure dans des quartiers réputés bourgeois : cinquième arrondissement de Paris pour le Centre Pierre Nicole depuis 1978, dix-septième arrondissement pour le Centre Marmottan implanté depuis 1971, etc.

Actuellement, les choses ont bien changé. L'inscription dans la réalité locale est devenue un impératif incontournable, faute de risquer le rejet violent et massif, comme c'est le cas pour la « boutique » de la rue Beaurepaire à Paris, sur laquelle nous reviendrons.

Plusieurs facteurs expliquent cette nécessité d'une implantation concertée dans un territoire. Tout d'abord, la nature des problèmes posés par la présence de nombreux toxicomanes dans un quartier, ainsi que la représentation que les habitants et les élus s'en font, ont bien changé en vingt ans. Il s'agissait, en 1970, de traiter quelques milliers de sujets pour l'ensemble du pays, et qui n'étaient de fait pas très visibles. Aujourd'hui, ce sont des dizaines de milliers de toxicomanes qui, précarité et marginalisation aidant, sont souvent dans la rue, exposés au regard de tous et ayant des comportements qui peuvent gêner les habitants des quartiers qu'ils fréquentent.

Face aux problèmes de sécurité et aux problèmes sanitaires et sociaux que posent les formes actuelles de la toxicomanie, des nouveaux acteurs se sont mobilisés. Praticiens des hôpitaux pour les questions spécifiques de santé, telles que les hépatites et le sida, réseaux de médecins généralistes et de pharmaciens, en particulier autour des traitements de substitution, travailleurs sociaux, élus locaux sollicités par leurs électeurs devant l'ampleur des difficultés occasionnées par la présence en nombre de toxicomanes dans un quartier, etc.

Après l'isolement relatif des années soixante-dix et quatre-vingt, avec son aspect plaisant de grande liberté d'action, et son côté plus difficile d'isolement, on est passé à la nécessité, pour les associations, de composer avec de nombreux partenaires.

- *La redéfinition des missions des associations spécialisées*

En 1992, deux textes importants ont redéfini le statut et les missions des associations engagées dans la lutte contre la toxicomanie. La circulaire « Boulin » du 29 mars 1992 déterminait l'organisation sanitaire pour lutter contre la toxicomanie. Cette circulaire assignait plusieurs rôles aux « centres d'accueil spécialisés pour les toxicomanes : l'information individualisée des parents et des

jeunes toxicomanes ou non, l'accueil des toxicomanes, leur orientation vers des dispensaires, des unités de sevrage ou de post-cure, le traitement sous forme de cure ambulatoire, individuelle ou de groupe. » Deux textes sont venus, en 1992, modifier le fonctionnement des associations : la circulaire du ministère des Affaires sociales du 23 mars 1992 qui incite les structures du dispositif spécialisé de soins à solliciter le concours financier des collectivités territoriales pour leurs actions de prévention, et le décret du 29 juin 1992, qui crée un statut pour les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), et définit leurs missions, qui exclut la prévention.

3. Difficultés relevées par la Cour des comptes, liées au rôle prépondérant des associations dans la lutte contre la toxicomanie

La Cour des comptes analyse ainsi les conséquences du rôle déterminant des associations¹ :

- l'implantation géographique des structures associatives dépend plus souvent du dynamisme de leurs animateurs que de l'importance de la toxicomanie dans le département ou la commune où elles interviennent. Elles agissent le plus souvent de façon indépendante, vivant en circuit fermé, ignorant une grande partie des autres acteurs sanitaires et sociaux, ainsi que des intervenants institutionnels, police, justice, administration pénitentiaire. Ce manque de concertation conduit à des actions redondantes, voire contradictoires ;
- la petite taille de la majorité des associations génère des coûts fixes élevés (charges de personnels, locaux), tandis que la dispersion du tissu associatif accroît la difficulté de mettre en oeuvre une politique nationale et de la coordonner sur l'ensemble du territoire, en particulier en matière de prévention et de communication ;
- la délégation d'attribution s'accompagne de pratiques de « lobbying », notamment pour l'octroi de subventions et l'autorisation de créer des structures nouvelles. La Cour des comptes note que certaines associations font pression pour obtenir l'autorisation de mettre en place les nouvelles formules de réduction des risques ou de lieux d'accueil à bas seuil, même si elles ne sont pas adaptées au contexte local, dans un souci de maintenir un équilibre financier précaire ;
- les pouvoirs publics rencontrent souvent des difficultés pour obtenir des associations qu'ils subventionnent des indicateurs de suivi et de résultats. L'évaluation administrative et financière d'un dispositif auquel l'Etat délègue une partie importante de ses prérogatives se heurte à la culture du milieu associatif des intervenants en toxicomanie.

4. Un cas particulier : l'association Charonne et l'affaire de la rue Beaurepaire

L'association Charonne, qui s'occupe de toxicomanes à Paris, a été créée en 1972, et agréée par le ministère de la Santé en 1976. Cette association gère

¹ Cour des comptes, op.cit. p. 111-112.

actuellement une consultation, un centre d'accueil avec un foyer d'hébergement transitoire de dix places, ainsi que deux lieux dits « de proximité », appelés « boutiques ». Il s'agit de locaux ouverts sur la rue, et qui offrent à des toxicomanes qui ne sont pas engagés dans un processus d'arrêt de leur consommation, un accueil sans *a priori*. Ils trouvent dans ces boutiques une équipe de professionnels qui peuvent leur prodiguer des soins d'urgence ; ils peuvent s'y reposer, s'y laver, s'y restaurer, être reçus par des travailleurs sociaux, être orientés en cas de besoin vers des services médicaux compétents, échanger des seringues, recevoir des préservatifs, etc. Il existe en France une trentaine de lieux de ce genre, qui se sont créés à partir de 1992 dans le cadre de la politique de réduction des risques. C'est la Direction générale de la santé (DGS) qui a, en 1992, sollicité l'association Charonne pour qu'elle crée le premier lieu de ce type à Paris. La convention a été, à l'époque, passée directement avec la DGS, sans que les services déconcentrés de l'Etat ne soient mêlés aux négociations. Cette convention prévoyait un travail d'investigation dans le dix-huitième arrondissement de Paris, très touché par la toxicomanie, afin d'étudier les besoins et de déterminer les endroits où il convenait de s'implanter.

La directrice de l'association a pris contact avec le maire du dix-huitième arrondissement, qui a soutenu le projet et a favorisé l'installation discrète de la « boutique » rue Philippe de Girard. Aucune information n'a été faite à l'époque en direction des riverains. Un an après l'installation de la « boutique », des associations de riverains se sont créées, qui protestaient contre la venue autour du centre d'une population « indésirable » (femmes prostituées, antillais fumeurs de *crack*).

Il y a eu depuis cette période de nombreuses réunions avec les habitants du quartier, pour tenter de trouver des modalités de cohabitation acceptables, ce qui n'est pas toujours facile. Jamais, en dépit des difficultés, la présence même de la « boutique » dans ce quartier n'a pu être sérieusement mise en cause.

En 1995, la DASS de Paris prend contact avec l'association Charonne pour implanter un lieu d'accueil similaire à la « boutique » de la rue Philippe de Girard, dans le quartier des Halles, à Paris, où existe une forte présence de jeunes toxicomanes en errance. Diverses oppositions se font jour à l'implantation d'un tel lieu au centre de Paris. Si certaines étaient prévisibles (mairie, association de commerçants), d'autres sont plus surprenantes, en particulier celle d'une association de lutte contre le sida qui intervient déjà dans le quartier des Halles et qui souhaite en quelque sorte conserver le monopole de l'action dans ce quartier. Plus étonnante encore est l'attitude de la DASS, qui ne s'oppose pas, et accepte finalement d'envisager que cette nouvelle « boutique » s'implante dans le dixième arrondissement où le maire est prêt à l'accueillir.

Le projet de « boutique » était fondé sur des besoins identifiés dans un quartier donné et son implantation est contrainte de s'organiser à distance du lieu initialement prévu.

Fin 1996, une convention est signée entre la DASS de Paris et l'association Charonne pour une étude préalable. Début 1997, la recherche d'un local commence. L'implantation souhaitée se situait entre la porte Saint-Denis et la porte Saint-Martin, mais elle s'est vite avérée impossible du fait des prix

prohibitifs demandés par les éventuels bailleurs. La DASS et la mairie surveillent de près les efforts de l'association Charonne pour trouver des locaux et visitent conjointement tout local envisagé pour l'implantation de la « boutique ». Ces efforts demeurent vains, et le local de la rue Beurepaire est finalement un choix par défaut. Un bail est signé en septembre 1997, une convention est conclue entre l'association et la DASS pour le montage du projet et sa mise en oeuvre. Mi-novembre, les travaux commencent, tandis que la DASS donne verbalement instruction à l'association de surseoir aux embauches nécessaires à la mise en place de la « boutique ». Cette instruction sera confirmée, sans explication sur ces motifs, par un courrier du 17 décembre.

Début janvier 1998, des habitants de la rue Beurepaire commencent à téléphoner à la mairie pour s'enquérir de la destination de ce centre. Les réponses évasives contribuent à augmenter leur méfiance et leurs craintes.

A partir de ce moment, les manifestations et les réunions houleuses à la mairie vont se tenir régulièrement, avec pour objectif explicite d'empêcher l'ouverture du centre. Les arguments développés contre l'implantation de la « boutique » sont classiques : menace pour la tranquillité du quartier, crainte que les nombreux enfants qui passent dans la rue pour se rendre à un important groupe scolaire situé non loin du lieu d'implantation ne fassent l'objet de sollicitations ou d'agressions, critiques envers la création d'un lieu destiné non pas à soigner, mais à accueillir des toxicomanes encore actifs, crainte de voir arriver dans une rue plutôt calme des toxicomanes qui n'y venaient pas jusqu'ici, peur de voir les prix des logements s'effondrer dans la rue à cause de ce voisinage indésirable et les commerçants quitter le quartier.

La DASS est apparue relativement hésitante, différant régulièrement l'ouverture et l'embauche du personnel, tandis que la mairie commence à s'alarmer devant la vigueur des opposants à la « boutique ». La rue Beurepaire se couvre de calicots hostiles, la presse s'intéresse à l'affaire. La décision d'ouvrir la « boutique » est prise début avril, et l'ouverture a lieu le 20 avril 1998. Un comité favorable à la « boutique » est créé au mois d'avril, ce qui ne désarme pas l'agressivité des riverains hostiles. Ces derniers portent plainte devant les tribunaux, pour carence de demande d'autorisation d'ouverture à la préfecture. Le président du tribunal demande une médiation judiciaire, tandis que le secrétaire d'Etat à la Santé, interpellé à l'Assemblée par le député-maire du dixième arrondissement, nomme lui aussi un médiateur. La présence de deux médiateurs ne contribue pas à simplifier la situation. La médiation justice prend fin en septembre, par la signature d'un protocole d'accord entre l'association canal Saint-Martin, hostile au maintien de la « boutique » rue Beurepaire, la DASS et l'association Charonne. Une relocalisation est alors prévue pour le mois d'avril 1999. D'ici là un fonctionnement a minima est autorisé, avec un accueil d'une vingtaine de personnes chaque jour (alors qu'une cinquantaine de toxicomanes devait être accueillie). La DASS contrôle chaque semaine la liste des personnes qui passent afin de s'assurer de l'application loyale de l'accord.

Aujourd'hui (printemps 1999), la « boutique » fonctionne dans les conditions décrites ci-dessus. Le médiateur du secrétaire d'Etat à la Santé et à l'action sociale a achevé lui aussi sa mission. Il semble qu'on s'oriente vers une

délocalisation de la « boutique ». Des pourparlers sont en cours pour en déterminer la localisation.

Près de trente centres d'accueil de ce type ont pu s'implanter, à Paris comme en province, sans trop de difficultés, et selon des modalités diverses. Le cas de la rue Beaurepaire représente le premier recul des pouvoirs publics face à des riverains hostiles. Rappelons que c'est une commande de l'Etat qui est à l'origine de ce projet, et que cette commande se situe dans le cadre de la politique de réduction des risques qui est une politique de l'Etat.

Les causes de cet échec sont multiples. Les atermoiements répétés sur le lieu d'implantation aboutissant sans doute à un choix pas très heureux, une relation de défiance entre la DASS et l'association qu'elle avait pourtant délibérément choisie pour la mise en oeuvre du projet, une mairie certes volontaire pour soutenir ce projet, mais inquiète de la virulence des électeurs opposants, un secrétaire d'Etat à la Santé remarquablement discret durant toute la phase d'implantation du centre, bien qu'il s'agisse de la mise en oeuvre de sa politique, une absence de concertation préalable avec les habitants du quartier, tous ces éléments ont contribué à cette issue regrettable du déménagement (pour aller où ?) de la « boutique » de la rue Beaurepaire. Des investissements financiers non négligeables ont été faits, tant pour l'aménagement des locaux que pour le recrutement d'une équipe qui n'a jamais pu travailler dans des conditions normales. Mais plus grave encore est l'impact négatif en termes d'accueil des toxicomanes, puisque ni l'association Charonne, ni les pouvoirs publics n'ont été en mesure de mener un dialogue qui rassure les riverains et permette d'envisager une cohabitation qui convienne à tous.

III - CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

Les quelques expériences locales que nous avons évoquées brièvement ici montrent qu'il est possible, pour une commune ou un département, de s'engager utilement dans la lutte contre la toxicomanie aux côtés de l'Etat. L'efficacité de ces initiatives locales semble politiquement incontestable : les citoyens sont généralement informés par les élus des actions menées et ont le sentiment que ces derniers prennent le problème en charge. L'image des toxicomanes change, et les réactions de la population confrontée directement, dans certains quartiers, à la présence des toxicomanes, est prise en compte. Pour ce faire, il semble bien que le niveau communal, appuyé par des ressources départementales, soit le lieu adapté. En revanche, il est généralement impossible de connaître l'impact des actions locales sur la réalité de la toxicomanie, faute d'instruments fiables de mesure. L'expérience de Saint-Herblain est à ce titre unique comme tentative d'évaluer l'impact d'une action de prévention, et mériterait sans doute d'être modélisée et reproduite.

Les difficultés d'articulation entre les communes, les départements et l'Etat sont regrettables, car elles entraînent une déperdition d'efficacité de tous ces acteurs, qui travaillent bien souvent chacun de leur côté. On ne peut que regretter que l'Etat ne joue pas toujours le rôle d'initiateur et de coordonnateur des politiques publiques que l'on est en droit d'attendre.

La place importante des associations dans l'ensemble du dispositif de lutte contre la toxicomanie mérite d'être soulignée. Elle ne va pas, on l'a vu avec l'affaire du centre Beaurepaire, sans difficultés, quand les pouvoirs publics qui les sollicitent oscillent entre partenariat réel et autoritarisme, et que les élus s'inquiètent de voir une partie de leurs électeurs remettre vigoureusement en question leur choix. La gestion locale des contradictions entre un légitime désir de sécurité de la population et le besoin d'implanter des lieux d'accueil pour les toxicomanes requiert sans nul doute prudence, ténacité et cohésion des différents acteurs impliqués.

TITRE IV

**EN EUROPE, DES POLITIQUES ET
DES INITIATIVES DIVERSIFIÉES**

Nous ne considérerons dans ce chapitre que les politiques menées dans les quinze pays appartenant actuellement à l'Union européenne.

En préambule, il est important de souligner les limites de la comparaison entre les initiatives locales dans les différents pays d'Europe. Ces limites sont à mettre au compte de la spécificité de l'organisation administrative de chaque pays, ainsi qu'à ses traditions et à sa culture. Les régions n'ont pas la même autonomie en Espagne, en Autriche et en France. La police municipale est plus développée et autonome en Espagne que dans notre pays, etc. Les prérogatives de l'Etat sont, en matière de lutte contre la toxicomanie, variables d'un pays à l'autre. D'une façon générale, on peut tout de même souligner que plus l'échelon local (région, département ou commune) est autonome et possède de pouvoirs dans ce domaine, plus cela favorise les initiatives locales.

I - QUELQUES ÉLÉMENTS DE COMPARAISON ENTRE LES LÉGISLATIONS DES DIFFÉRENTS PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE (UE)

On voit, à la lecture du tableau n° 13 ci-après, que les législations en vigueur dans les différents pays de l'Union sont tout à la fois disparates et convergentes. Les grandes lignes de partage que l'on peut relever se situent entre :

- les pays qui font une distinction entre la nature des drogues (au nombre de 7), et ceux qui n'en font pas (au nombre de 8) ;
- les pays qui incriminent l'usage simple des drogues (au nombre de 6), et ceux qui ne l'incriminent pas ou de manière exceptionnelle (au nombre de 9).

Il est à noter que tous les pays de l'Union incriminent, avec une sévérité variable, la possession pour usage ainsi que le trafic. Cela est dû en grande partie aux obligations inscrites dans les trois conventions des Nations Unies, auxquelles ces pays ont adhéré :

- la Convention unique de 1961, qui reprend et harmonise l'ensemble des textes internationaux préexistants ;
- la Convention de Vienne de 1971, qui vise à contrôler la production, la fabrication, le commerce, la délivrance des stupéfiants et des psychotropes exclusivement à des fins médicales ou scientifiques ;
- la Convention de Vienne de 1988 qui réprime le trafic illicite et le blanchiment de l'argent de la drogue.

Depuis la Convention Unique de 1961, les diverses législations nationales ont eu globalement tendance à réagir *a posteriori* du droit international¹.

¹ Cf M. M. Cesoni, *Etude comparative sur les politiques législatives en matière de prévention des toxicomanies en Europe*, Travaux CETEL, n° 39, rapport rédigé en novembre 1992.

Tableau 13 : Législation pénale en matière d'usage et de trafic de stupéfiants dans les pays de l'Union européenne

Pays	Classement des stupéfiants	Usage des stupéfiants	Possession pour usage personnel	Détention, cession, autres formes de trafic
Allemagne	Pas de distinction entre les drogues	Non incriminé directement	3 à 5 ans	1 à 15 ans
Autriche	Pas de distinction entre les drogues dites dures et les drogues dites douces	Non incriminé directement	Jusqu'à 6 mois	Jusqu'à 5 ans
Belgique	Pas de distinction entre les drogues	Usage collectif : 3 à 5 ans	Assimilée au trafic	3 mois à 20 ans
Danemark	Pas de distinction entre les drogues	Non incriminé directement	Assimilée au trafic	Jusqu'à 6 ans
Espagne	Distinction entre les drogues dites dures et les drogues dites douces	Usage en public : sanction administrative	Sanction administrative	d. douce : 10 à 17 ans d. dure : 14 à 23 ans
Finlande	Pas de distinction entre les drogues dites dures et les drogues dites douces	Jusqu'à 2 ans	Assimilée au trafic, jusqu'à 2 ans	Jusqu'à 2 ans
France	Pas de distinction entre les drogues	Jusqu'à 1 an	Assimilée au trafic	Jusqu'à perpétuité
Grèce	Pas de distinction entre les drogues	Non incriminé directement	10 jours à 5 ans	5 ans à perpétuité
Irlande	Distinction entre cannabis et autres drogues	Non incriminé (sauf opium, jusqu'à 14 ans)	Drogue douce : jusqu'à 3 ans Drogue dure : jusqu'à 7 ans	d. douce : jusqu'à 7 ans d. dure : jusqu'à perpétuité
Italie	Distinction entre cannabis et autres drogues	Non incriminé directement	Sanction administrative	d. douce : 2 à 6 ans - drogue dure : 4 à 15 ans
Luxembourg	Pas de distinction entre les drogues	Individuel : 3 mois à 3 ans Collectif : 1 à 5 ans	3 mois à 3 ans	De 1 an à perpétuité
Pays-Bas	Distinction entre cannabis et autres drogues	Non incriminé directement	En théorie : d. douce : jusqu'à 3 mois d. dure : jusqu'à 1 an	d. douce : jusqu'à 4 ans d. dure : jusqu'à 12 ans
Portugal	Pas de distinction entre les drogues	Jusqu'à 3 mois	Jusqu'à 3 mois	4 à 15 ans
Royaume-Uni	Distinction entre 3 niveaux de dangerosité A, B, C	Non incriminé (sauf opium, jusqu'à 14 ans)	A : jusqu'à 7 ans B : jusqu'à 5 ans C : jusqu'à 2 ans	A : prison à vie B : jusqu'à 14 ans C : jusqu'à 5 ans
Suède	Pas de distinction entre les drogues dites dures et les drogues dites douces	Non incriminé directement	Jusqu'à 6 mois	2 à 10 ans

Durées : durées d'emprisonnement A : toxiques/ B : stupéfiants/ C : dangereux.

Source : Bernard LEROY (PNUCID).

Le tableau ci-dessus ne dit rien sur la réalité des pratiques judiciaires. Un pays comme la Belgique a promulgué en avril 1998 une directive recommandant de ne plus poursuivre les usagers de cannabis, et préconisant pour les usagers d'autres drogues des mesures alternatives aux poursuites pénales chaque fois que cela est possible. Pour autant, il reste doté d'une législation fortement répressive, et qui n'est pas remise en cause. En France, plusieurs circulaires ont, depuis plus de dix ans, recommandé le développement des alternatives à l'incarcération pour les toxicomanes, avec un effet variable selon les périodes et les juridictions, alors que la législation reste elle aussi fortement répressive. Si les législations sont simples à comparer, car elles reposent sur des documents écrits et d'accès facile, nous ne disposons pas à ce jour d'étude qui permette de comparer les pratiques judiciaires, c'est à dire la façon dont les policiers et les magistrats appliquent des circulaires ou des directives qui n'ont pas force de loi, et donc la réalité de la situation des toxicomanes face à la loi.

Il est important de noter qu'il est impossible d'établir un lien clair entre la politique publique en matière de drogue et le nombre de toxicomanes dans un pays donné. Pierre Kopp souligne ainsi que « *malgré une politique très souple, les Pays-Bas ont un niveau de consommation plus faible que l'Autriche soumise à une politique dite répressive. En revanche, la Norvège, très répressive, connaît une situation meilleure que l'Espagne, plus tolérante.* »¹. Dans son ouvrage sur l'économie de la drogue, Pierre Kopp souligne également qu'il n'est pas fondé de dire qu'une consommation importante de cannabis entraîne une forte consommation de drogues dures. La Grèce et l'Italie sont des pays gros consommateurs d'héroïne et faibles consommateurs de cannabis. La thèse néerlandaise qui compte freiner le passage à l'héroïne en libéralisant le cannabis n'est pas vérifiée par les faits. Le niveau de consommation d'héroïne aux Pays-Bas est identique à celui de la Grande-Bretagne ou de l'Allemagne, qui répriment la consommation du cannabis.

Par ailleurs, il est démontré que le nombre de toxicomanes dans un pays donné ne dépend pas uniquement de la législation adoptée en matière de drogue. D'autres facteurs, tels que les traditions culturelles, les flux financiers, le passé colonial, l'offre de soins, sont également influents.

¹ P. Kopp, *L'économie de la drogue*, La Découverte, 1997, p. 24-27.

II - L'ACTION COMMUNAUTAIRE

C'est le Parlement européen qui, face à la dramatique augmentation et à l'aggravation de la toxicomanie en Europe au cours des années soixante-dix, a le premier tiré la sonnette d'alarme, dès 1980¹. Dans une « *résolution sur la lutte contre la drogue* »² le Parlement, « *conscient du fait que ce problème doit être abordé sur de nombreux fronts, plus particulièrement sous les angles social et culturel et du fait qu'un problème aussi grave ne peut trouver sa solution sur une base exclusivement nationale* », fait diverses recommandations visant à favoriser la coopération entre les Etats membres, l'évaluation des résultats de leurs politiques respectives, le développement de la recherche, ainsi que la coopération avec les pays producteurs. Cette résolution n'est pas suivie d'effet, ce qui amène le Parlement à adopter une seconde résolution en 1982, préconisant là encore la mise en place d'une coordination européenne en matière de lutte contre la toxicomanie.³ Le Conseil et la Commission de Bruxelles sont à cette époque dans l'impossibilité d'agir, le traité de Rome étant muet à ce sujet.

C'est la participation, en 1987, de la Communauté à la conférence des Nations Unies à Vienne sur le trafic illicite de stupéfiants qui constitue la première contribution de la CEE et le départ de son implication dans le domaine de la lutte contre les drogues. « *Dès 1987, donc, la Communauté se dotait d'une approche structurée, déjà très globalisante, puisqu'elle tenait bien compte des interférences et des interfaces entre production, consommation et trafic, du phénomène des drogues. Elle portait ce message à la connaissance du monde lors de la conférence mondiale sur l'abus des drogues, qui avait lieu à Vienne, du 17 au 26 juin 1987, par le bouche du commissaire Ripa di Meana.* »⁴.

Les grandes étapes de l'action de l'Union européenne sont, à partir de 1987, les suivantes⁵ :

- **1988** : La CEE signe la convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de psychotropes (article 2). A l'initiative du Parlement européen, une ligne de crédits spécifiquement destinée à la drogue est ouverte dans le budget européen ;
- **1989** : Le comité européen de lutte anti-drogue (CELAD) est créé pour rassembler les coordinateurs nationaux des Etats-membres de la CEE ;
- **1990** : Des mesures sont introduites par la Communauté afin d'empêcher le détournement de certains produits chimiques pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (règlement CEE n° 3677/90). Le Conseil européen adopte le premier plan européen de lutte contre la drogue lors du sommet de Rome ;

¹ Tout ce chapitre emprunte beaucoup au texte de G. Estiévenart, président de l'OEDT, intitulé *Le Phénomène Global des Drogues dans la Communauté européenne*.

² J. O. n° C85, 8/4/1980, p. 15.

³ J. O. n° C149, 14/6/1982, p. 120.

⁴ G. Estiévenart, op cit p. 9.

⁵ D'après le document intitulé : *L'Union européenne en action contre la drogue*, Communautés européennes, 1998.

- **1991** : La directive 91/308/CEE relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment des capitaux entre en vigueur ;
- **1992** : Le traité sur l'Union européenne qui fait référence à la lutte contre la toxicomanie est signé à Maastricht. La directive relative à la fabrication et à la mise sur le marché de certaines substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes entre en vigueur (92/109/CEE) ;
- **1993** : Création de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ;
- **1994** : Un nouveau plan d'action européen global en matière de lutte contre la drogue est mis au point (1995-1999) ;
- **1995** : Le Conseil européen, réuni à Madrid, donne un nouvel élan à la lutte de l'Union européenne contre la drogue. Une conférence sur les politiques en matière de drogue est organisée conjointement par le Parlement européen, la présidence du Conseil des ministres et la Commission européenne ;
- **1996** : La convention Europol est ratifiée et plusieurs accords sont dégagés en vue d'une meilleure coordination des services de douane et de police. De nouveaux financements sont décidés pour l'action contre la drogue, dans le contexte de la santé et de la justice pénale. D'autres actions internationales sont décidées. La lutte contre la drogue est une des priorités majeures de la présidence irlandaise de l'U.E.. Le premier programme d'action communautaire sur la prévention de la toxicomanie est adopté en décembre ;
- **1997** : Lors du sommet d'Amsterdam, les chefs d'Etat ou de gouvernement arrêtent un nouveau projet contenant des améliorations en ce qui concerne l'action en matière de drogue. Le Conseil adopte une action commune pour l'échange rapide d'informations et le contrôle des drogues synthétiques.

Dans un sondage réalisé de janvier à mars 1996 sur les craintes des citoyens de l'Union européenne, le risque d'accroissement de trafic de drogue et du crime organisé est classé en tête (évoqué par 69 % des personnes interrogées), devant le risque d'une fiscalité plus lourde (68 %) et la perte des petites exploitations agricoles (62 %)¹. Ceci souligne combien il est nécessaire que l'Union européenne s'implique dans ce domaine. Les grands principes de l'action communautaire se déclinent aujourd'hui comme suit² :

1. Réduire la consommation de drogue et les risques pour la santé.
2. Développer la coopération en vue de la réduction de l'approvisionnement en drogue au sein de l'UE.
3. Développer la coopération internationale en matière de lutte contre la production, l'approvisionnement et l'usage de drogue en dehors de l'UE.

¹ Extrait de la brochure *l'Union européenne en action contre la drogue*, p. 4.

² Idem.

4. Favoriser les échanges d'information dans le domaine de la drogue, par la création d'une agence européenne, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

La ratification successive des traités de Maastricht et d'Amsterdam a permis que l'UE se saisisse, tant en matière de santé publique qu'en matière de coopération internationale et de sécurité commune, de la question de la lutte contre la drogue. On l'a vu, les législations ne sont pas les mêmes dans les différents pays de la Communauté. Toutefois, elles ne sont pas totalement disparates. A l'occasion de la conférence sur la politique en matière de drogue en Europe, organisée par l'UE en 1995, les études juridiques ont permis de constater que :

- la législation sur le blanchiment de capitaux et les précurseurs est déjà largement harmonisée, puisque ces domaines sont couverts par la législation communautaire ;
- le trafic de stupéfiants est lourdement sanctionné par tous les Etats membres. A cet égard, les législations et les pratiques juridiques présentent déjà un certain degré de similitude ;
- en ce qui concerne la consommation de drogue, les dispositions des Etats membres paraissent assez diverses, mais leur mise en œuvre semble aboutir à des pratiques similaires. Très souvent, les consommateurs de drogue peuvent se voir adresser un avertissement, infliger une amende ou une sanction assez mineure. Même lorsque des poursuites sont engagées, il existe en général des dispositions relatives au traitement qui peut de substituer à l'emprisonnement¹.

En revanche, les politiques sanitaires et sociales menées en direction des toxicomanes divergent fortement selon les Etats, de même que les moyens investis dans ce domaine. La situation et l'évolution des toxicomanes ne dépend pas exclusivement de la législation en vigueur, mais aussi, entre autres, des ressources médicales et sociales dont chaque pays dispose pour leur venir en aide. L'impact des politiques préventives et de l'attitude générale face à la toxicomanie doit être également pris en compte.

III - LA VILLE DE LIVERPOOL ET LE MERSEYSIDE

L'organisation politique et administrative du Royaume Uni, fortement régionalisée et décentralisée, favorise le développement des politiques locales. L'exemple du Merseyside dans le Comté nord-ouest de l'Angleterre, paraît significatif dans le domaine qui nous concerne.

1. Quelques données socio-économiques

Celles-ci seront nécessaires pour mieux comprendre la politique de lutte contre la toxicomanie, adoptée en Grande Bretagne puis dans le Merseyside.

Après les années de rigueur du Thatcherisme, qui se sont accompagnées de changements profonds dans l'économie et le système de protection sociale, le

¹ Extrait de la brochure *l'Union européenne en action contre la drogue*.

Royaume Uni a renoué avec la croissance. Son PIB a augmenté de 2,2 % en 1995, 2,7 % en 1996 et 3,3 % en 1997. Cette amélioration ne se traduit pas également dans la population. Selon Eurostat, 22 % des ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté en Grande-Bretagne contre 14 % en France et 11 % en Allemagne. En revanche, elle se vérifie sur le marché de l'emploi. La Grande Bretagne comptait début 1999 6,2 % de chômeurs contre 9,1 % pour l'Allemagne et 11,5 % pour notre pays. Il faut toutefois noter qu'à côté de zones dynamiques en expansion (grand Londres, Leeds...) subsistent des bassins fortement déprimés dont le Merseyside qui a été déclaré zone en retard économique au titre des critères d'intervention des fonds structurels européens.

Enfin, il faut signaler qu'aujourd'hui le Royaume Uni présente le taux de consommateurs de drogues le plus élevé des Etats de l'Union Européenne (CE EMC DDA 1997) en dépit d'une forte activité des services douaniers, comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 14 : Saisies de drogues par les services des douanes en 1996 et 1997 au Royaume Uni

	1997		1996	
	Kgs	Valeur 1996 en £	Kgs	Valeur 1996 en £
Héroïne	1 747,162	145 433 764	741,043	59 261 208
Cocaïne	2 074,594	206 671 054	1 157,576	127 136 572
Cannabis (herbe)	22 800,368	76 381 233	30 535,765	106 875 177
Cannabis (résine)	54 025,042	184 765 647	46 137,409	172 092 535
Cannabis (huile)	24,806	372 070	16,191	214 530
Ecstasy	394,134	17 341 896	485,114	23 770 586
Amphétamine	935,072	24 209 014	840,882	20 408 206
LSD (doses)	1 860	6 510	118 354	384 650
Opium	17,783	117 830	9,084	90 840
Montant des produits à la revente	£ 656 106 538		£ 510 234 304	
Nombre de saisies	7 191		7 949	
Nombre d'arrestations	2 314		2 528	

Source : service des douanes britannique.

£ = ± 10 francs

C'est dans ce contexte d'augmentation de l'offre et de la demande qu'ont été mises en place une politique nationale de lutte contre la toxicomanie et des politiques locales dont celle du Merseyside.

2. La politique nationale de lutte contre la toxicomanie au Royaume Uni

Jusqu'au début des années soixante-dix, la plupart des drogues utilisées en Grande Bretagne, à part le cannabis et l'héroïne, étaient des produits détournés de leur usage initial, essentiellement des produits pharmaceutiques.

Plus tard, arrivèrent massivement toutes les drogues que nous connaissons aujourd'hui et qui ont motivé l'adoption de lois dont le « *Misuse of drug act* » (MDA) en 1971 en accord avec les conventions des Nations unies sur la drogue de 1961 et 1971.

Sachant qu'en Grande Bretagne l'usage de drogues, excepté l'opium, n'est pas en soi illégal, le MDA classe les drogues selon trois niveaux en fonction de leur dangerosité. La classe A dans laquelle figure l'héroïne cumule les sanctions les plus élevées (jusqu'à sept ans d'emprisonnement pour la possession, prison à vie pour la fabrication, le trafic et la vente), la classe B qui abrite le cannabis prévoit jusqu'à cinq ans d'emprisonnement pour la possession et l'usage personnel, et quatre ans pour la fabrication et le trafic ; enfin la classe C (temazepam) pour laquelle les peines sont les moins sévères (deux ans et cinq ans selon les cas).

La Grande Bretagne a signé en 1988 la convention des Nations unies sur la lutte contre le trafic illicite de drogue qui prévoit une coopération entre pays et des dispositions concernant le blanchiment de l'argent sale, reprises dans les directives européennes.

Au Royaume Uni, la traditionnelle et très large régionalisation favorise le développement des politiques locales innovantes. Ceci n'empêche pas, dans le domaine qui nous concerne, l'adoption d'une politique nationale, mais avec une délégation au niveau régional et local de crédits attribués sur des programmes aux objectifs définis. Sur le terrain les partenariats sont encouragés pour mobiliser toutes les énergies nécessaires, publiques et privées.

La mise en oeuvre des moyens est laissée à l'appréciation des acteurs et une évaluation permet de mesurer l'efficacité des actions au regard des objectifs.

Il existe au sein même du Conseil des ministres une sous-commission de la lutte contre la toxicomanie. Présidée par le président du Conseil, elle est chargée de coordonner les politiques nationale et internationale de lutte contre la toxicomanie. Y siègent : les ministres concernés par la question (finances et budget, affaires étrangères et santé, éducation, emploi), les représentants des Parlements écossais et gallois, le président de la Chambre des communes, le conseiller juridique de la Couronne...

Un programme national de prévention de la drogue (DPI - *drug preventive initiative*) a été mis en place au début des années 1990. Dans ce cadre, de nombreuses équipes et agences de prévention se sont déployées sur l'ensemble du territoire (Phase I). En 1995, une évaluation a permis de sélectionner les équipes et les actions les plus efficaces en termes d'impact sur les jeunes concernant les conduites à tenir en cas d'abus de drogue. Sur les recommandations du comité consultatif sur l'abus de drogues, des objectifs ont été définis (Phase II). Ils visent à une réduction des risques pour les toxicomanes et des nuisances pour la société. A cette fin, un recentrage sur la prévention à tous les niveaux a été opéré : prévention primaire - encouragement à l'abstinence par des programmes d'aide adaptés.

Depuis le 1er avril 1999 (Phase III), le DPI est remplacé par le service consultatif de prévention des drogues (DPAS) qui agit sur trois niveaux : national pour assurer la cohérence avec les politiques gouvernementales, régional pour aider à établir et maintenir la prévention, et enfin local pour aider les équipes à développer leurs stratégies de prévention, encourager les bonnes pratiques, faciliter les liens entre politiques gouvernementales et le terrain et maximiser les

ressources en facilitant les partenariats. Un budget annuel de 2 millions de livres (1 livre = ± 10 francs) est prévu pour les neuf agences régionales, afin de favoriser la mise en place du programme national de travail au niveau local ainsi que le développement de projets novateurs. Un crédit de 0,4 million de livres est destiné à l'évaluation des actions réalisées, en particulier : l'impact de la prévention en milieu scolaire, l'efficacité des interventions en faveur des populations vulnérables...

Les objectifs poursuivis conformément à la stratégie gouvernementale « attaquons-nous ensemble à la drogue » sont d'une part aider les jeunes à résister à la toxicomanie et à prendre leur place dans la société, d'autre part protéger les communautés rurales, quartiers, minorités ethniques, en les encourageant à s'engager dans la lutte contre la toxicomanie.

3. La politique locale à Liverpool dans le Merseyside

Les directives du ministère de l'Intérieur (DPI) visent à impliquer le plus possible l'ensemble de la population : familles, bénévoles, divers organismes, aux actions de prévention en veillant à ce que celles-ci soient effectivement conduites sur le terrain conformément aux enseignements tirés de l'évaluation des phases préliminaires.

La politique initiée en 1999 est fondée sur l'implication de la communauté entière invitée à bâtir son propre projet de prévention en fonction de ses approches particulières.

Dans ce cadre, les parents qui disposent d'éléments statistiques et socio-économiques proposés par l'équipe responsable, ont un rôle essentiel à jouer dans leurs quartiers, en liaison avec les établissements scolaires, les centres d'activités extrascolaires (sport - culture - loisirs) et d'une manière générale les lieux fréquentés par les jeunes. Des équipes travaillent sur la méthodologie à développer (tranches d'âge - lieux - moments) pour rendre plus efficace la prévention en milieu urbain mais aussi en zones rurales, améliorer le ciblage et optimiser les ressources. Enfin, des actions sont également conduites avec la justice et le milieu carcéral (l'arrestation, l'emprisonnement, la libération étant analysés comme des moments propices pour la prévention) et des programmes de formation sont proposés aux groupes de personnes travaillant dans le domaine de la prévention de la toxicomanie.

Des campagnes d'information générale, la sensibilisation de groupes culturels et ethniques ainsi que des approches plus spécifiques sur les lieux de travail sont développées. Une méthodologie concernant les collectes de fonds, l'organisation de manifestations artistiques organisées en faveur de cette cause complètent le vaste panel des actions conduites sur le terrain.

Plus concrètement, il existe dans le Merseyside une équipe très dynamique animée par les services du ministère de l'Intérieur qui entretient des liens très serrés, et ce qui est plus surprenant amicaux, avec l'ensemble des administrations et associations locales. Parmi celles-ci citons le centre municipal de santé aux moyens très limités (trois agents pour vingt-deux établissements scolaires) qui forme des « enseignants relais », les établissements scolaires primaires et secondaires, les associations accueillant les parents, celles de réinsertion par le

travail pour toxicomanes sous méthadone en probation ou sortis de prison, les centres de soins « *drug free* » qui soignent les symptômes seulement et autres lieux de traitement et d'aide aux toxicomanes.

La Hope House (*Liverpool Drug Dependency Clinic*) est un centre de soins implanté dans un quartier résidentiel très calme, qui reçoit en cure des patients qui ont opté pour l'injonction thérapeutique en alternative à la prison. Une coordination permanente est assurée entre l'équipe soignante (quinze personnes), les services de la police et ceux de la justice qui, même s'ils n'ont pas les mêmes objectifs, partagent un but commun : que l'individu ne soit pas dangereux pour la société.

Le traitement d'un drogué suppose un investissement en temps et en argent important pour déboucher sur une réinsertion sociale réussie.

Quatre-vingt-quinze pour cent des toxicomanes accueillis dans le centre sont au chômage. Majoritairement masculine à l'origine, la population se féminise et compte de nombreux couples : sept naissances ont été enregistrées en 1998. Ces enfants sont soit gardés par leurs parents lorsque ceux-ci le souhaitent et sont en capacité d'assurer cette charge, soit placés.

Le centre, qui est financé par le service local de santé à partir d'une dotation nationale, fonctionne comme une antenne de l'hôpital de Liverpool. Il dispose de douze chambres de détoxication et assure une partie de la distribution de la méthadone au même titre que les médecins généralistes de ville avec lesquels il partage cette compétence tout en déplorant que ceux-ci n'assurent pas un suivi rigoureux de leurs patients, favorisant ainsi un trafic de méthadone.

Alors que sous le gouvernement Thatcher une concurrence s'était développée entre les différentes institutions de soins et d'aide aux toxicomanes en raison de la raréfaction des crédits, une véritable coopération et un travail en équipe se sont enclenchés depuis 1998.

Tous les responsables de ces organismes ou associations ont des pratiques de travail en commun, d'échanges d'expériences et d'informations renforcées sans doute par le mode de financement européen qui prend en charge dans le cadre du FEDER ou du FSE des programmes sur plusieurs années (trois à cinq ans). Il subsiste néanmoins, comme en France, une inquiétude sur le long terme tant pour les administrations que pour les associations (qui elles complètent leurs budgets par la collecte de dons auprès des particuliers et l'organisation de manifestations culturelles ou sportives lucratives). En outre, la raréfaction des crédits d'Etat, bien qu'en augmentation depuis l'arrivée du gouvernement travailliste qui s'intéresse réellement au problème de la toxicomanie sur le plan sanitaire et social, conduit à rechercher des partenariats nombreux dont la liste figure en annexe. Ces pratiques leur permettent d'avoir une bonne connaissance du milieu toxicomane et d'orienter leur action pour une meilleure efficacité. Il s'en dégage un climat de vigilance auprès des populations jeunes ou à risques.

Il convient pour finir de signaler une expérience de prévention conduite par le musée de la marine de Liverpool qui propose aux enfants des écoles et au public en général un programme particulièrement intéressant. Il s'agit d'une exposition sur la drogue organisée par le service des douanes qui montre les

différents lieux de production des drogues, leurs voies de pénétration en Grande Bretagne, leur diffusion, leurs effets sur la santé, la législation en vigueur, ce qu'il en coûte de l'enfreindre, etc. Les enfants sont invités par un jeu de questions-réponses à devenir des détectives et à démasquer les stratagèmes montés par les trafiquants pour faire pénétrer illégalement les produits dans le pays et séduire leurs clients. Très didactiques, les réponses informent largement les enfants sur tous les dangers qu'ils encourent et la façon de s'en prémunir.

IV - TROIS VILLES D'EUROPE : BARCELONE, CHARLEROI ET FRANCFORT¹

Comparaison n'est pas raison : il ne s'agit pas ici de comparer des politiques municipales différentes, qui ont émergé dans des contextes qui ne sont pas comparables. Il s'agit plutôt de décrire comment ces trois villes se sont saisies du problème que n'a pas manqué de leur poser le développement, au cours des années quatre-vingt, de la toxicomanie.

1. La ville de Barcelone, en Espagne

Barcelone est la deuxième ville d'Espagne, et la capitale de la Communauté autonome de Catalogne. Elle compte 1,6 million d'habitants et sa banlieue à peu près autant.

Dans une Espagne fortement touchée par le chômage, Barcelone et la Catalogne d'une manière plus générale font montre d'un dynamisme important qui permet à la ville de revendiquer un statut de capitale économique et culturelle.

La législation espagnole en matière de drogue était, jusqu'en 1971, alignée sur celle conçue par les Nations Unies. En 1983, la loi dépénalise l'usage ou la détention pour usage personnel qui font l'objet de simples sanctions administratives. La loi distingue les drogues douces et les drogues dures et tient compte de la quantité de stupéfiants détenue. En 1988, devant la flambée de toxicomanie que connaît l'Espagne, le Code pénal est modifié dans le sens d'une sévérité accrue pour les délits liés à la drogue. Dans le cas de condamnations inférieures à deux ans de prison, il est toutefois prévu la réadaptation comme alternative. Début 1996, une loi favorise l'accès aux traitements de substitution aux opiacés et prévoit l'introduction du LAAM (levo-alpha-acéthylméthadol)² dans la liste des produits autorisés pour la substitution.

En 1985 est créée une instance chargée de coordonner la politique en matière de drogues, rattachée au ministère de la Santé et de la Consommation, la Délégation du Gouvernement au Plan national sur les drogues. La responsabilité de l'application de la politique nationale revient aux communautés autonomes, chacune ayant son propre plan régional. La Catalogne adopte un modèle fondé

¹ Cette partie doit beaucoup au rapport de M. Joubert et coll. : *Villes et toxicomanies, les réseaux de politique publique dans l'action locale sur les problèmes liés aux drogues*, GRASS, 1998, 376 p.

² Qui est une sorte de « méthadone retard » permettant au toxicomane de prendre son traitement trois fois par semaine au lieu d'une prise quotidienne pour la méthadone.

sur les principes de normalisation¹ et d'intégration des toxicomanes, en s'appuyant sur les ressources existantes.

Dans toute l'Espagne et particulièrement en Catalogne, la consommation d'héroïne s'est développée surtout à la fin des années soixante-dix. C'est à cette époque que les services municipaux de la ville de Barcelone ont commencé à mettre en place des structures d'accueil et de soins.

La prévalence de la toxicomanie semble se stabiliser. On dénombre environ 13 000 toxicomanes à Barcelone². Deux tiers d'entre eux sont de sexe masculin et âgés de 25 à 34 ans. La consommation d'héroïne est dominante chez les demandeurs de soins (85 %). Plus de la moitié d'entre eux sont sans emploi et l'ancienneté moyenne de la toxicomanie est d'environ 9 ans.

La contamination par le sida est massive parmi les héroïnomanes, plus encore peut-être que dans le reste de l'Espagne du fait de la fréquence du recours à l'injection et la toxicomanie fait ici figure de catastrophe sanitaire. Une enquête menée en 1989 dénombre 40 % de toxicomanes séropositifs en traitement dans les centres spécialisés (contre environ 15 % en France à la même période). Barcelone est la ville d'Espagne qui compte le plus de décès dus à la toxicomanie : 150 décès signalés en 1995, dont un quart de personnes ne résidant pas à Barcelone.

La ville de Barcelone dispose actuellement de quatorze centres de soins ambulatoires, quatre unités de sevrage et dix centres de réadaptation. Un Plan Municipal d'Action sur les dépendances aux drogues coordonne le réseau d'assistance. La stratégie barcelonaise de réduction des risques est citée en exemple dans le « guide à l'usage des villes » édité par le « Forum européen pour la sécurité urbaine »³ :

« La stratégie barcelonaise de réduction de risques comporte une large éventail d'actions. En 1992, 2800 toxicomanes ont été assistés, parmi lesquels 55% sont directement touchés par le programme municipal. Le démarrage, en 1992, du traitement à la méthadone (2019 personnes) a entraîné une forte augmentation de la demande, allongeant ainsi les listes d'attente. Un autobus parcourt la ville quotidiennement et fournit la méthadone à plus de 200 toxicomanes. 200 personnes ont également intégré ce programme méthadone en remplacement de peines de prison. Des volontaires sont à l'origine de la création, il y a dix ans, d'un centre d'activités pour toxicomanes. Il a pour but de retenir le plus grand nombre de patients durant la première étape du traitement. Face à l'augmentation notable du nombre de cas de tuberculose et pour éviter que les malades n'abandonnent le traitement, la

¹ Terme emprunté à la politique néerlandaise, qui implique que les problèmes éventuels liés aux drogues ne sont plus traités comme des problèmes extrêmes requérant des solutions extraordinaires, mais comme d'autres problèmes sociaux, tels que ceux de la circulation automobile, du divorce ou du stress au bureau...

² D'après M.T. Brugal, J. Cayla, L? Torralba, *Multi-city network on drug abuse trends, annual updates, 25th meeting of experts in epidemiology*, Conseil de l'Europe, Groupe Pompidou, Strasbourg, novembre 1996, cité par M. Joubert, op cit p. 285.

³ *Quelles stratégies locales pour une prévention des risques VIH chez les toxicomanes ?* Guide à l'usage des villes, Forum européen pour la sécurité urbaine.

mairie a décidé de créer des résidences à cet effet. Le « Grupo de atención a la salud » aide les séropositifs à accepter le diagnostic et à s'impliquer activement. Bilan : moins d'abandon et une diminution notable des angoisses face à l'évocation du sida et de la mort. Enfin, initiative récente, la mise en place d'un programme de rue visant à nouer des liens avec les toxicomanes les plus marginalisés. Pour permettre un contact plus rapide, l'équipe intègre des anciens toxicomanes. Tous les patients bénéficient d'une action en faveur de la réinsertion. ».

2. La ville de Charleroi, en Belgique

Charleroi est une ville de 200 000 habitants, située dans la province francophone du Hainaut oriental, région sidérurgique touchée de plein fouet par la crise, et qui enregistre un taux de chômage de plus de 20 %. La législation belge en matière de drogue réprime l'usage et le trafic, sans distinction entre les différents drogues. Toutefois, à l'issue des travaux d'un groupe mis en place par le parlement fédéral, une directive préconise un traitement différencié des toxicomanes selon la nature des drogues consommées et le développement des alternatives à l'incarcération pour tous les usagers (avril 1998).

On estime à environ 10 000 le nombre de toxicomanes dépendants de l'héroïne pour le district de Charleroi. L'enquête menée chaque année depuis 1995 à l'initiative de « l'Atelier drogue » municipal permet de recueillir des données épidémiologiques concernant les toxicomanes en contact avec les instances d'aide de la région de Charleroi¹.

Plus de 80 % d'entre eux sont de sexe masculin, leur âge moyen est d'environ 25 ans, et augmente régulièrement chaque année. Si 90 % des demandeurs d'aide sont consommateurs réguliers de cannabis, c'est l'héroïne qui est, dans plus de 90 % des cas, à l'origine du contact avec les services sanitaires et sociaux. La durée moyenne de la consommation d'héroïne est de l'ordre de 6 ans et l'âge moyen de début de la consommation est de 19,5 ans.

L'alcool demeure, à Charleroi, un problème majeur, mais qui ne se limite pas aux jeunes. L'héroïne est très disponible, en concurrence avec la cocaïne, l'ecstasy, le crack et la méthadone de rue. De 1995 à 1997, on note une baisse sensible de l'usage de la méthadone, de l'héroïne et de la cocaïne, et une légère augmentation de celle de l'ecstasy. Le taux de sida parmi les injecteurs d'héroïne est assez faible, de l'ordre de 2 %, comme dans toute la région. En revanche, cette population est touchée à plus de 80 % par les hépatites.

La délinquance des toxicomanes est importante, puisqu'on estime à environ 60 % le nombre d'affaires pénales liées à la drogue.

En 1989, à l'initiative du bourgmestre de Charleroi, est créée la première Commission communale de prévention et de sécurité belge. L'Atelier drogue est un sous-groupe de cette commission. La municipalité souhaite que les acteurs locaux se concertent, et déterminent les besoins en matière de prise en charge des toxicomanes.

¹ D'après le document intitulé *Enquête-Sentinelles, Années 1995-1996-1997*, sous la direction de B. Declerk, Ville de Charleroi, septembre 1998.

En 1992, le bourgmestre signe la Charte de Francfort, dont les principes sont présentés comme suit dans un document émanant de la ville de Charleroi¹:

« La tentative d'éliminer l'offre et la consommation de drogues dans notre sphère culturelle a abouti à l'échec. C'est aussi à l'avenir que nous serons contraints de cohabiter avec les consommateurs de drogues.

Une politique en matière de drogues décidée à combattre la toxicomanie exclusivement en ayant recours aux moyens du droit pénal et à la contrainte et à l'abstinence et qui présente celle-ci comme la condition préalable de l'octroi de l'aide de l'Etat a échoué jusqu'à présent.

Les problèmes de drogue reposent également sur l'illégalité de la consommation de drogues. Le fait que la consommation de drogues est considérée comme un acte criminel fait obstacle à l'aide apportée aux toxicomanes et, simultanément, obstacle à la thérapie nécessaire, assignant, de telle manière, à la police et à la justice un problème qu'elles ne peuvent résoudre.

Il faudra donc donner la priorité aux poursuites pénales destinées à combattre les réseaux de drogue illégaux, la protection de la population étant tout particulièrement le devoir de la police.

Toute aide apportée aux toxicomanes devrait être un objectif prépondérant de la politique en matière de drogues, c'est à dire un objectif identique avec la prévention et l'activité d'éducation quant au rang.

Dans le cadre du processus d'unification européen, l'harmonisation des systèmes légaux nationaux sur la base d'une politique considérant les toxicomanes hors du domaine criminel ou pénal, et ceci sur les fondements d'une limitation du fléau des drogues, est absolument indispensable.

Il est par conséquent absolument nécessaire de recourir à l'amélioration du travail commun ainsi qu'à la consultation entre les grandes villes et régions, en ce qui concerne la politique en matière de drogues, et ceci également entre les pays. En effet, si un nombre limité de villes pratiquaient une politique en matière de drogues basée sur l'acceptation de la toxicomanie et l'aide ouverte, celles-ci attireraient irrésistiblement les toxicomanes et seraient rapidement saturées.

Nous demandons que nos conceptions en matière de drogues reçoivent le soutien juridique, d'organisation et de financement que nous sommes en droit d'exiger de la part des gouvernement nationaux et régionaux. ».

La même année, la ville signe le premier contrat de sécurité (équivalent belge des contrats de ville français), dans lequel est incluse une action spécifique en matière de toxicomanie : augmenter la visibilité et la proximité dans les quartiers de l'action des forces de l'ordre, et développer des actions sanitaires et sociales innovantes en faveur des usagers de drogues.

¹ Ville de Charleroi, *Plan d'action pour l'aide aux usagers de drogue, Bilan d'activité 1992-1997*, avril 1998.

En 1992, la ville de Charleroi initie un « *programme européen de prévention* », comportant l'organisation de séminaires et de débats, ainsi que des visites à l'étranger.

La concertation entre les différents acteurs est organisée, sous forme d'ateliers destinés aux travailleurs sociaux et d'une coordination-drogue élargie, qui comprend le parquet, la police, les médecins et les pharmaciens, ainsi que les responsables des différentes structures d'accueil et d'aide aux toxicomanes. L'objectif de la politique municipale est double :

- répondre aux besoins des toxicomanes, en proposant un dispositif large, depuis des lieux à bas seuil jusqu'aux programmes thérapeutiques visant à l'abstinence. La répression n'intervient qu'en cas de trouble à l'ordre public ;
- améliorer la connaissance par des actions de recherche, et favoriser la concertation au sein du réseau des acteurs concernés.

Le dispositif de prise en charge comprend un ensemble de services visant à assurer la prévention :

- une boutique d'information, avec un service téléphonique et une équipe de rue ;
- actions de prévention en milieu scolaire ;
- formations d'intervenants relais ;
- formation continue de médecins généralistes.

Le dispositif d'accueil et de soins pour les toxicomanes comporte :

- un centre d'accueil et d'hébergement d'urgence ;
- un centre méthadone ;
- un lieu d'accueil à bas seuil ;
- des groupes d'autosupport ;
- diverses modalités d'accompagnement psychosocial pour les toxicomanes et leurs familles ;
- des activités de réinsertion ;
- l'accueil pour sevrage dans quatre hôpitaux de la ville ;
- un centre de crise ;
- des centres proposant des séjours longs (de 9 à 18 mois).

Une des particularités de Charleroi est que c'est la police qui se charge fréquemment d'amener les toxicomanes aux services sanitaires et sociaux.

La sollicitude portée par la municipalité aux toxicomanes ne va pas sans poser problème. Un recentrage autour des questions de sécurité dans les quartiers a été nécessaire, et certains acteurs s'inquiètent des effets pervers du dispositif : *« Beaucoup d'opérateurs psycho-médicaux-sociaux tirent une sonnette d'alarme...Le fait de promouvoir une politique de soins ciblée sur un public spécifique peut "fixer le symptôme" chez beaucoup de jeunes dont la problématique n'est pas encore inscrite...Les décideurs sont "rentrés dans le symptôme des toxicomanes", à savoir présenter leur toxicomanie comme une*

identité spécifique. ”. Le responsable du contrat de sécurité reconnaît qu’il peut s’avérer fort utile d’endosser l’identité toxicomane pour avoir accès à une attention particulière, à des soins démocratiques ou à une aide sociale prioritaire. »¹.

3. La ville de Francfort sur le Main, en Allemagne

Francfort est une ville de 650 000 habitants, située dans le Land de Hesse. La ville est un des plus grands centre d’emploi de la République Fédérale d’Allemagne. La banque y joue un rôle fondamental. La ville est également un centre culturel très actif, avec en particulier la Foire annuelle du livre, rendez-vous mondial de l’édition.

La législation allemande est fondée sur le principe que les drogues sont nuisibles pour l’individu et pour la société. La détention de petites quantités de drogue pour usage personnel n’est que peu, ou pas réprimée. Il existe des dispositions légales visant à promouvoir les obligations de soins pour les toxicomanes reconnus coupables de délits, en alternative à l’incarcération. Des campagnes de prévention sont menées pour réduire la demande de drogues, y compris d’alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs.

Jusqu’à la fin des années quatre-vingt, la politique sanitaire nationale était fondée sur le sevrage et l’abstinence. A partir de cette période, devant la croissance importante du nombre de toxicomanes, ainsi que des décès et des incarcérations, la question de la pertinence de la politique menée se pose. Les traitements de substitution se développent à partir de 1995, pour concerner aujourd’hui 60 000 personnes (40 000 sous méthadone, 20 000 sous codéine) dans le pays². La politique de réduction des risques se développe. Chaque Land dispose, dans le cadre général de la loi, d’une autonomie importante pour définir sa politique propre, et les différences sont importantes selon les régions. En revanche, la ville n’a que peu de compétences en ce qui concerne la réduction des risques ou les offres d’assistance aux toxicomanes.

La tentative, en 1980, d’évacuer la scène ouverte de la drogue installée dans un parc de Francfort et de réprimer sévèrement les toxicomanes, qui ont alors eu le choix entre l’abstinence et la prison, s’est avérée vaine : à la fin des années quatre-vingt, la scène ouverte était environ cinq fois plus importante. La police signale dès 1988 qu’il lui est impossible de réduire les problèmes de toxicomanie par des mesures uniquement répressives. La municipalité crée alors un département spécialisé. La ville de Francfort expérimente de nouvelles méthodes pour prendre en charge les usagers de drogue, inspirées de celle que la ville de Zurich a mise en œuvre lors de l’évacuation de sa propre scène ouverte.

« Pendant l’hiver 1991, des ambulances stationnent près du parc et proposent l’échange de seringues et une assistance d’urgence en cas d’overdose ou d’intoxication grave. Une partie du parc est recouverte pour faire un abri

¹ Cité dans M. Joubert et comm, op cit p. 291. Citations extraites d’une étude de M. P. Giot et P. Jamouille, *La question des toxicomanies dans le Hainaut oriental*, Recherche transfrontalière : toxicomanie, pacte interreg I, octobre 1995, 97 p.

² Chiffres tirés du *Résumé et points essentiels du rapport annuel sur l’état du phénomène de la drogue dans l’Union européenne*. OEDT.

contre le froid et la neige. Des services d'aide d'urgence sont organisés pour les usagers de drogue qui habitent là et des services semblables sont proposés par un bus qui va dans d'autres quartiers, pour éviter que d'autres usagers envahissent le parc. Les usagers d'autres régions allemandes ne sont pas venus à Francfort, car d'autres villes commencent également à proposer des services de prise en charge. »¹.

Un groupe, baptisé « groupe du lundi », se réunit chaque semaine sous la présidence du département municipal. Il comprend le vice-président de la police, les juges, les directeurs des départements médicaux et ceux des affaires sociales, et a, dans un premier temps, permis de coordonner l'action des services répressifs avec celle des autorités municipales et des différents professionnels impliqués². Ce groupe a en charge l'élaboration de la politique municipale.

Tous les vendredis, les directeurs des centres d'aide aux toxicomanes et les responsables de la police se rencontrent pour prendre les décisions concrètes.

En 1992, les usagers de drogues sont évacués du parc, tandis que le « groupe du lundi » lance un programme qui comporte trois priorités :

- atteindre les toxicomanes de longue durée ;
- tenir compte du fait que la plupart d'entre eux ne peuvent se libérer de leur dépendance ;
- procurer aux toxicomanes sans abri des lieux d'hébergement.

Dans le même temps, un réseau de centre de crise et d'assistance est créé, qui propose des services variés : distribution de seringues, de préservatifs, de nourriture, douches, laveries, hébergement d'urgence, conseils familiaux, sevrage, traitement à la méthadone, réinsertion, service d'aide juridique etc. Une équipe de travailleurs de rue est mise en place, ainsi qu'un service d'aide téléphonique.

A l'occasion de l'ouverture des différents centres, la municipalité a organisé deux rencontres, associant les responsables municipaux, la police, l'ensemble des professionnels concernés et les usagers de drogues. Ces rencontres communautaires ont permis de diminuer considérablement l'hostilité des habitants aux projets municipaux. La criminalité et les décès par overdose ont diminué considérablement. On estime aujourd'hui à 8 000 le nombre de toxicomanes vivant à Francfort. Un projet de prescription contrôlée d'héroïne est en train d'être mis en place, sur le modèle des programmes helvétiques.

Le succès du programme de la ville de Francfort a conduit à la création d'un réseau de villes européennes, baptisé « *European Cities on Drug Policy* » (ECDP)³, qui regroupe aujourd'hui une cinquantaine de villes. Les principes d'action de ce réseau ont été exposés plus haut, dans le chapitre consacré à la ville de Charleroi.

¹ M. Joubert et coll, op cit p. 295.

² D'après la brochure du Forum européen pour la sécurité urbaine, op cit.

³ Qui dispose d'un site sur l'Internet : <http://www/ecdp.net>.

V - CONCLUSION DE LA QUATRIÈME PARTIE

L'Union européenne s'est, depuis dix ans, investie fortement dans la lutte contre la toxicomanie. Un élément fort de cette politique est la création de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) qui siège à Lisbonne, et qui joue un rôle majeur dans la collecte, la production et la diffusion de l'information dans toute la Communauté. Chaque année, cet organisme édite un « *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne* », qui regroupe l'ensemble des informations collectées dans les pays membres par des « points focaux » correspondants de l'OEDT. Ce travail est une aide précieuse à la décision pour la Commission de Bruxelles, et pour chaque pays de l'Union.

Ce bref survol de l'action de quelques villes d'Europe en matière de lutte contre la toxicomanie et d'assistance aux toxicomanes permet de dégager quelques éléments :

- la politique sanitaire de réduction des risques s'applique partout. L'offre de soins pour les toxicomanes n'est pas très différente en nature d'une ville à l'autre, en France comme dans les autres pays : traitement par la méthadone, lieux d'accueil à bas seuil, travail de rue, réinsertion, sevrage, distribution de seringues se retrouvent dans tous les exemples cités. Le projet de prescription d'héroïne demeure, pour ce qui est des villes étudiées, limité à Francfort ;
- un élément fort des politiques municipales évoquées est la coordination étroite entre la police, les responsables sanitaires et sociaux et les élus. Qu'il s'agisse de réunions régulières, comme à Francfort, d'un « Atelier drogue » comme à Charleroi, ou de relations étroites et chaleureuses, comme à Liverpool, ceci semble déterminant dans la conception que ces villes ont de l'action en direction des toxicomanes, qui doit tenir compte des problèmes de sécurité urbaine et des réactions des habitants. Cette logique fait, sauf exception, cruellement défaut en France, où il n'est pas dans la culture des acteurs sanitaires et sociaux de travailler en partenariat étroit avec les services de police ;
- l'information des habitants et le travail communautaire nous ont semblé plus développés à l'étranger que dans notre pays. La comparaison entre l'échec de l'implantation de la boutique de la rue Beaurepaire et la façon dont la ville de Francfort a géré l'implantation de centres d'accueil pour toxicomanes face à une population a priori tout aussi hostile est éclairante ;
- enfin, il nous est apparu que les pratiques judiciaires face aux toxicomanes étaient plus convergentes qu'il n'y paraît. Des alternatives à l'incarcération sont recherchées partout. Le « tout répressif » a vécu ; chacun est conscient que, si la répression est utile, elle ne peut à elle seule résoudre les problèmes posés par la demande de drogues. Des différences subsistent dans l'énergie et les moyens mis à trouver des solutions alternatives à la répression, mais le

principe en est acquis. L'interdit sur les drogues demeure . Aucun pays à ce jour n'envisage d'autoriser le commerce du cannabis, ni a fortiori celui des autres stupéfiants. Des différences notables persistent sur la nécessité et la façon d'en réprimer l'usage.

CONCLUSION

Le « *Rapport annuel 1998 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne* »¹ de l'OEDT, décrit les évolutions récentes en matière de toxicomanie : diffusion géographique des drogues qui s'étend des grandes villes aux zones rurales, émergence de la consommation d'ecstasy, exclusion sociale et marginalisation accrue des toxicomanes, importance des problèmes de sécurité publique liés à la drogue. Toutes ces questions vont se poser avec de plus en plus d'acuité dans les années à venir, et il nous faudra disposer d'outils permettant de les traiter d'une façon efficace.

L'Etat ne peut à lui seul tout connaître et tout faire. Toutefois, il doit jouer pleinement son rôle d'incitateur et de coordonnateur des politiques publiques sans se défaire sur les collectivités de ses responsabilités en matière de soins et de sécurité publique. Les collectivités territoriales confrontées directement aux difficultés dont souffrent les toxicomanes, mais aussi aux problèmes qu'ils génèrent, doivent pouvoir compter sur des moyens efficaces et adaptés pour y faire face. Quand l'ensemble des acteurs concernés, élus, policiers, magistrats, responsables sanitaires et sociaux, choisissent de se concerter régulièrement afin de définir, au plus près des situations locales, une politique souple et de longue durée, la place des toxicomanes dans la cité soulève moins de passions, et des solutions réalistes peuvent être proposées. L'information et la concertation avec les habitants sont des éléments clé pour une politique locale équilibrée, plus tolérante envers les toxicomanes, mais qui ne néglige pas le légitime besoin de sécurité.

Il nous semble, à l'issue de cette étude, souhaitable de repenser l'articulation entre l'Etat et les collectivités locales et territoriales en matière de lutte contre la toxicomanie, afin de mieux susciter et soutenir des actions innovantes au plus près des réalités. Dans le cadre des contrats de plan Etat/régions, une part devra être consacrée à la lutte contre la toxicomanie : les départements devront être en mesure d'assurer pleinement leur mission de prévention et d'information dans ce domaine ; les communes les plus touchées par la toxicomanie doivent avoir les moyens de définir et de mettre en oeuvre, dans le cadre de la loi, leur propre politique de traitement des problèmes liés à la toxicomanie auxquels elles sont confrontées. Si la contradiction structurelle entre les impératifs sanitaires et sociaux d'aide aux toxicomanes et la nécessité d'appliquer la loi n'est pas au point de se résoudre, le traitement local des difficultés doit permettre d'en atténuer les effets négatifs.

Les caractéristiques de la toxicomanie ne sont pas identiques sur l'ensemble du territoire français, tant par la nature des drogues consommées que par leur impact social. Des mesures énergiques, adaptées au contexte local, devront être envisagées, en particulier pour les départements d'Outre-mer les plus touchés.

¹ Rapport annuel 1998 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, OEDT, Office des publications officielles des communautés européennes, Luxembourg.

Les toxicomanes sont dans la cité, et sans doute pour longtemps encore. Certes, il faut tout faire pour qu'ils soient le moins nombreux possible, mais la prévention ne résoudra pas tout. On peut cependant souhaiter qu'une meilleure prise en compte de la situation des toxicomanes dans la cité permette à la fois d'accroître leurs chances d'évoluer favorablement tout en contribuant à une meilleure qualité de vie dans les quartiers touchés par la drogue.

ANNEXE

Ville de Liverpool dans le Merseyside.

-----.

Organismes impliqués dans le partenariat organisé dans la prévention de la drogue.

EDUCATION

COUNSELLING COURSE RUN BY ST HELENS COLLEGE
WORK PLACEMENTS FOR DIPLOMA IN SOCIAL WORK
LIVERPOOL COMMUNITY COLLEGE
LIVERPOOL UNIVERSITY
LIVERPOOL JOHN MOORES UNIVERSITY
MANCHESTER UNIVERSITY
WREXHAM COLLEGE
BANGOR UNIVERSITY

EMPLOYMENT SERVICES

PLACEMENTS FOR NEW DEAL WORK PLACEMENTS
MERSEYSIDE COUNCIL FOR VOLUNTARY SERVICES

DRUG ORGANISATIONS

LIVERPOOL DRUG DEPENDANCY UNIT
ALCOHOLICS ANONYMOUS
DARE TO CARE
DOVECOT DRUG INITIATIVE
DRUGS AND SPORTS INFORMATION SERVICE
WALTON FAMILY SUPPORT GROUP
HEAL THWISE HELPLINE
MERSEYSIDE DRUGS COUNCIL
MERSEYSIDE POLICE
MERSEYSIDE, LANCASHIRE & CHESHIRE COUNCIL ON ALCOHOLISM
NORTH LIVERPOOL COMMUNITY DRUG TEAM
COUNCIL FOR INVOLUNTARY TRANQUILISER ADDICTION
KEVIN WHITE UNIT IN PATIENT DETOXIFICATION UNIT

MERSEYSIDE PROBATION SERVICE

COMMUNITY SERVICE
ALL AREA OFFICERS

WORKING WITH COMMITEES

TRANSIT STEERING GROUP
MERSEYSIDE RACIAL EQUALITY COUNCIL
CRIME AND CRIMINAL JUSTICE WORKING GROUP
WELFARE ORGANISATIONS COMMITTEE
DRUG REFERANCE GROUP
KEVIN WHITE STEERING GROUP

MEDICAL ADVISOR

DR SUE RUEBEN
CONSULTANT CLINICAL PSHYCOLOGIST DRUGS DEPENDANCE UNIT

SCIENTIFIC ADVISOR

DR MICHEAL FLOWERDEW PHD.

TABLE DES SIGLES

CAF	: Caisse d'allocations familiales
CCNE	: Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
CCPD	: Conseils communaux de prévention de la délinquance
CCPS	: Centre communal de promotion de la santé
CDLD	: Comités départementaux de lutte contre la délinquance
CDLT	: Comités départementaux de lutte contre la toxicomanie
CHRS	: Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CLS	: Contrats locaux de sécurité
CNASEA	: Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles
CNV	: Conseil national des villes
CPAF	: Caisse primaire d'allocations familiales
DCGR	: Direction centrale des renseignements généraux
DDASS	: Directions départementales de l'action sanitaire et sociale
DGLDT	: Délégation générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie
DIV	: Délégation interministérielle à la ville
DPPSU	: Délégation permanente à la prévention et à la sécurité urbaine
FAS	: Fonds d'action sociale
ILS	: Infraction à la législation sur les stupéfiants
INSERM	: Institut national de la santé et de la recherche médicale
MILDT	: Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OCRTIS	: Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants
OEDT	: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	: Observatoire français des drogues et des toxicomanies
THC	: THC Delta ou 9 THC. Tetrahydrocannabinol
FSE	: Fonds social européen
PJJ	: Protection judiciaire de la jeunesse
CSST	: Centre de soins spécialisés des toxicomanes
ADSM	: Association départementale de santé mentale
USSARD	: Unité de soins spécialisés ambulatoires et de recherche sur les dépen: dances
CIFAD	: Centre interministériel de formation anti-drogues
SCTIP	: Service de coopération technique internationale de police
OCRGDS	: Office central de répression de la grande délinquance financière
SRPJ	: Service de renseignements de la police judiciaire.

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Classification proposée par le rapport Roques	10
Tableau 2 : Nombre de décès par surdose d'héroïne	18
Tableau 3 : Origine du revenu des consommateurs dépendants de la drogue.....	22
Tableau 4 : Infractions et délinquance acquiescive.....	23
Tableau 5 : Mesures d'injonctions thérapeutiques prononcées par les juridictions	33
Tableau 6 : Condamnations pour ILS selon l'année et l'infraction principale.....	34
Tableau 7 : Usagers et trafiquants de stupéfiants interpellés de 1987 à 1997.....	35
Tableau 8 : Evaluation du coût de l'intervention publique en matière de drogue (1995)	59
Tableau 9 : Crédits spécifiques toxicomanie votés en lois de finances initiales..	60
Tableau 10 : Représentativité de l'échantillon selon la répartition de la population	67
Tableau 11 : Orientations affichées en matière de politique relative aux toxicomanies	68
Tableau 12 : Financement des actions reconduites.....	74
Tableau 13 : Législation pénale en matière d'usage et de trafic de stupéfiants dans les pays de l'Union européenne	102
Tableau 14 : Saisies de drogues par les services des douanes en 1996 et 1997 au Royaume Uni.....	107
Graphique 1 : Quartiers « sensibles » où le trafic d'héroïne est visible (en nombre de quartiers), 1993-1997.....	24
Graphique 2 : Quartiers sensibles où se produisent des violences spécifiques visant à protéger le commerce des stupéfiants (en nombre de quartiers), 1993-1997.....	24