

**Du médicament à la substance illicite : la notion
juridique de stupéfiant en droit de la santé**

Réalisé dans le cadre du Master 2 droits et politiques de santé par TEIXEIRA Camille

Sous la direction de Madame SAISON Johanne

REMERCIEMENTS

La rédaction d'un mémoire de recherche demande de l'investissement, de la patience, beaucoup de travail, mais aussi beaucoup du soutien. C'est pourquoi je souhaiterais remercier toutes les personnes en ayant permis une réalisation dans les meilleures conditions.

Tout d'abord, je tenais à remercier ma directrice de mémoire, Madame SAISON Johanne, Professeur en droit public, Directrice de l'Institut de préparation à l'administration générale de l'Université de Lille, Directrice de l'Ecole doctorale des sciences juridiques, politiques et de gestion et Responsable du Master 2 Droit et Politiques de santé de l'Université de Lille. Je la remercie de l'aide qu'elle a pu m'apporter lorsque je me trouvais en difficulté et d'avoir toujours su trouver le temps de me répondre.

Je tenais également à manifester ma reconnaissance pour Mademoiselle ABID Leslie, juriste en droit interne et internationale public, pour le temps qu'elle a consacré à la relecture de mon mémoire et pour l'intérêt qu'elle a porté à celui-ci.

Enfin, je souhaitais dédier mes derniers remerciements à mes proches et surtout à mes parents pour leur soutien et leurs encouragements durant la rédaction de mon mémoire, mais aussi durant mes cinq années d'études en faculté de droit. Je remercie aussi mon petit ami, ses amis et les miens pour m'avoir accompagné dans mes réflexions sur un sujet si délicat. Pour finir, merci à mes camarades de promotion BUHOT Céline et WALTER Romane pour leur écoute, leurs conseils et leur soutien durant cette belle et dernière année en faculté.

« Chaque homme porte la forme entière de l'humaine condition » Montaigne

TABLE DES ABRÉVIATIONS

Afssaps	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMA	Agence mondiale antidopage
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence national du sécurité du médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager de drogue
CBD	Cannabidiol
CCNE	Comité Consultatif National d'Ethique
CDT	Commission pour la dissuasion de la toxicomanie
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CEIP-A	Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - Addictovigilance
CEPS	Comité économique des produits de santé

CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CJUE	Cour de Justice de l'Union Européenne
CND	Code National des Drogues
CNSP	Commission Nationale des Stupéfiants et Psychotropes
CSAPA	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
DEA	Drug Enforcement Administration
ESPAD	European School Project on Alcohol and other Drugs
FARC-EP	Forces armées révolutionnaires de Colombie
FDA	Food and Drugs Administration Act
IT	Injonction thérapeutique
LFSS	Loi de finance pour la sécurité sociale
LSD	Diéthyllysergamide
MDMA	Méthylènedioxy-N-méthylamphétamine

MIDELCA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OFDT	Observatoire français des drogues et de la toxicomanie
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPPIDUM	Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse
OSIAP	Ordonnances suspectes - indicateurs d'abus possible
OTC	Over the counter
PRS	Projet Régional de Santé
SDF	Sans domicile fixe
SEP	Sclérose en plaque
SMR	Service médical rendu
THC	Δ -9-tétrahydrocannabinol
TREND	Tendance Récente Et Nouvelle Drogues

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES ABRÉVIATIONS	5
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION	9
PARTIE 1: LES CRITÈRES RELATIFS AU PRODUIT COMME ÉLÉMENT INSUFFISANT	15
Titre 1: L'interêt thérapeutique : un facteur flou dans la définition entre médicament classé comme stupéfiant et psychotrope et substance illicite	16
Titre 2: Le risque pour la santé publique : un facteur déterminant dans la définition entre médicament classé comme stupéfiant et psychotrope et substance illicite	36
PARTIE 2: LES CRITÈRES RELATIFS AUX APPARTENANCES CULTURELLES, POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES COMME ÉLÉMENT PRÉDOMINANT	58
Titre 1 : L'enjeu éthique et culturelle : la pierre angulaire des politiques anti-drogue	59
Titre 2: L'enjeu géopolitique et économique: les politiques anti-drogue comme source de pouvoir et de contrôle	90

INTRODUCTION

« *Fantasme et réalité, le mot drogues attire et fait peur. Il représente à la fois, pour nos sociétés modernes, l'incarnation du mal absolu et l'espoir illusoire de vivre mieux ou moins mal. Tour à tour remèdes ou/et poisons, les drogues touchent à ce que les hommes ont de plus intime, à leurs fragilités et leurs désirs secrets. C'est ce double visage, celui qui guérit et celui qui détruit, qui rend cette question tellement complexe qu'elle brûle les doigts de tous ceux qui, dans les sociétés développées, tentent d'élaborer des réponses rationnelles. C'est aussi ce qui explique la tentation des réponses manichéennes et des déclarations péremptoires qui, en mettant à distance la réalité complexe des choses, évitent de s'y confronter. Comme s'il fallait nécessairement choisir un camp entre laxisme et répression, banalisation et dramatisation...* »¹.

20 ans après cette déclaration, ce constat reste le même et la question des drogues et de leurs usages continue en France d'être un sujet tabou. Pourtant, cette question touche la société toute entière, bien au-delà de la simple problématique de la consommation de drogue. En effet, aborder la question des drogues, ce n'est pas se limiter à la seule question des usages de drogues « stupéfiantes », condamnées par les lois, mais c'est également s'interroger sur les drogues dites « culturelles » comme le tabac, l'alcool et les médicaments, ou sur tout ce qui peut avoir un impact sur les émotions et le comportement.

Malgré tout ce qui peut se trouver derrière le terme de drogue, la légalisation française établit deux grandes catégories distinctes, pourtant assimilables, avec d'une part les médicaments et d'autres par les stupéfiants, sous-entendu illicites.

Selon le Code de la Santé Publique (CSP), un médicament est « *toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique* »². Parallèlement à cette définition, l'Académie de médecine définit un stupéfiant, comme une « *substance, médicamenteuse ou non, douée d'un effet narcotique et euphorisant susceptible d'induire une toxicomanie. La prescription et la délivrance de tels produits, lorsqu'ils entrent dans la composition d'un médicament, sont soumises à une réglementation sévère destinée à limiter leur emploi. Ils sont inscrits sur la liste I des médicaments.* »³. L'Académie de médecine admet alors la possibilité qu'une substance soit, à la fois considérée comme un médicament au sens de la définition précédente, et à la fois comme un stupéfiant. Il en va de même pour les médicaments psychotropes puisque l'Académie de médecine

¹ MAESTRACCI (Nicole), *Les drogues*, Paris, Presse Universitaire de France, Collection « Que sais-je ? », 2005, 128 pages

² Article L5111-1 du CSP, Modifié par Loi n°2007-248 du 26 février 2007 - art. 3 JORF 27 février 2007

³ Dictionnaire de l'Académie de Médecine, Version 2020, consulté le 20 août 2020, disponible sur : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=stup%C3%A9fiant>

le définit directement comme « *médicaments dont l'effet principal s'exerce sur les fonctions psychiques et le comportement.* »⁴.

L'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) admet elle aussi, cet amalgame, en définissant les psychotropes et les stupéfiants comme « *des substances psychoactives pouvant, dans le cadre d'un usage détourné, faire l'objet de pharmacodépendance ou d'abus. (...) Plus précisément, un psychotrope est une substance chimique qui agit sur le système nerveux central en induisant des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur ou de la conscience. Les stupéfiants et les psychotropes sont notamment utilisés dans le traitement de la douleur, en anesthésie ou dans le traitement de l'anxiété ou de l'insomnie.* »⁵.

On comprend alors qu'il existe trois qualifications possibles concernant une substance psychoactive : soit elle appartient uniquement à la catégorie des médicaments, soit uniquement à celle des stupéfiants illicites, soit à une qualification hybride retenue sous le nom de médicaments psychotropes et stupéfiants au sens du CSP⁶. En effet, un stupéfiant ou psychotrope peut donc être illicite, s'il répond à un usage détourné, et par opposition licite, s'il répond à un usage défini par la loi. Il est alors intéressant de se demander ce qui, juridiquement, vient faire la différence entre ces deux qualifications.

Cependant, s'il existe une définition juridique concernant le terme de médicament, il n'en n'existe pas concernant celui de stupéfiant. Cela peut sembler très étonnant lorsque l'on sait que le contentieux juridique relevant de cette thématique représente 30% des affaires au sein des tribunaux français⁷. En effet, l'article L.5132-7 du CSP dispose que « *Les plantes, substances ou préparations vénéneuses sont classées comme stupéfiants ou comme psychotropes ou sont inscrites sur les listes I et II par arrêté du ministre chargé de la santé pris sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.* »⁸ et l'article 222-41 du Code pénal renvoie au CSP dans sa définition d'un stupéfiant ou d'un psychotrope. Notons aussi que le droit de la santé publique assimile la notion de stupéfiant à celle de psychotropes. Juridiquement, ces deux produits sont donc identiques.

Aussi, le CSP renvoie à un arrêté du ministre chargé de la santé. Bien qu'il y ait une assimilation, il existe en réalité deux arrêtés : celui du 22 février 1990 fixant la liste des substances stupéfiantes (annexe 1), et l'autre de la même date fixant les psychotropes (annexe 2). Dans ces deux textes, on ne trouve aucun élément de définition, simplement une liste de substance. On ne retrouve pas plus d'éléments de définition dans les conventions internationales de 1961 et 1971, textes fondateurs des législations anti-drogue dans le monde et inspirant la classification française.

⁴ Dictionnaire de l'Académie de Médecine, Version 2020, consulté le 20 août 2020, disponible sur : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=psychotrope>

⁵ ANSM, Glossaire, Stupéfiants et psychotropes, consulté le 20 août 2020, disponible sur : [https://www.ansm.sante.fr/Glossaire/\(filter\)/S#:~:text=Les%20stup%C3%A9fiants%20et%20les%20psychotropes,de%20s'administrer%20une%20substance.](https://www.ansm.sante.fr/Glossaire/(filter)/S#:~:text=Les%20stup%C3%A9fiants%20et%20les%20psychotropes,de%20s'administrer%20une%20substance.)

⁶ Article R5132-1 du CSP, Modifié par Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5

⁷ OFDT, Évolution du nombre de condamnations et des peines prononcées pour conduite après usage de stupéfiants depuis 2005, octobre 2018, consulté le 20 août 2020, disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-condamnations-et-des-peines-prononcees-pour-conduite-apres-usage-de-stupefiants-depuis-2005/>

⁸ Article L5132-7 du CSP, Modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

De plus, on ne trouve pas non plus d'élément permettant de déterminer la différence entre une substance hybride ou illicite. Cette absence de définition pourrait même paraître inconstitutionnelle puisque non conforme à l'article 34 de la Constitution, qui dispose que la loi détermine les « *crimes et délits ainsi que les peines qui leur sont applicables* »⁹, autrement dit « *pas de peine sans loi* », c'est le principe fondamental de légalité. Cependant, la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation répondra à ce sujet que « *il n'y a pas lieu de renvoyer au Conseil Constitutionnel la question de savoir si « les articles 222-37 et 222-41 du Code pénal ainsi que l'article L. 5132-7 du Code de la santé publique, en ne définissant pas la notion de stupéfiant sont (ou non), conformes à l'article 34 de la Constitution qui exige que la loi détermine les crimes et les peines qui leur sont applicables* », dès lors que la question, ne portant pas sur l'interprétation d'une disposition constitutionnelle dont le Conseil n'aurait pas encore eu l'occasion de faire application, n'est pas nouvelle et que la question posée ne présente pas un caractère sérieux, les textes susvisés ne méconnaissant pas le principe de la légalité des délits et des peines en renvoyant à une définition des stupéfiants donnée par voie réglementaire en conformité avec la Convention unique sur les stupéfiants du 30 mars 1961 à laquelle la France a adhéré avec l'autorisation du législateur. »¹⁰.

De cette manière, le droit interne de la santé définit donc la notion de stupéfiant ou psychotrope par rapport à cette liste établie par le pouvoir réglementaire et donc par rapport au produit : ce qui appartient à cette liste est défini comme tel, sinon ce n'est pas le cas, sans donner plus de précision. Cette absence de définition est en adéquation avec le système de répression français concernant les stupéfiants, qui reste très attaché aux produits plus qu'à d'autres critères, comme la façon dont ce dernier est utilisé, la quantité, ou encore le type de stupéfiant consommé. En effet, le droit français n'établit aucune distinction entre les substances et la déclaration de notre Ministre de l'Intérieur, Gérald Darmanin, sur son compte twitter ce 21 août le confirme « *A partir de 1er septembre, tout consommateur de stupéfiant sera sanctionné par une amende importante, que ce soit pour une barrette de shit ou un gramme de cocaïne.* »¹¹. Pourtant, la communauté scientifique a établi un classement des drogues qui ne permettent pas d'assimiler le cannabis à la cocaïne.

Tout comme le classement de Delay et Deniker sur les psychotropes¹², il en existe un relatif aux stupéfiants. En effet, les premières classifications scientifiques date de 1924 avec la classification pharmacologique de Lewin, puis celle de Delay en 1957 par rapport à la classification neuronale du Comité d'Ethique publié en 1994¹³. Dans ces premières classifications, les substances sont classées selon plusieurs critères : la suractivation dopaminergique, l'hypersensibilité à la dopamine, l'activation du système d'opioïde, la dépendance physique et/ou psychique, la neurotoxicité, la toxicité générale et la dangerosité sociale¹⁴. Sont comparés l'héroïne, la cocaïne, la

⁹ Article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958

¹⁰ Crim. 11 janv. 2011: *D. 2011. Pan. 2824, obs. Roujou de Boubée; JCP G 2011, n° 347, note J. Huet; RSC 2012. 221, obs. de Lamy.*

¹¹ Gérald Darmanin, Ministre de l'Intérieur, Déclaration Twitter du 20 août 2020, disponible sur : <https://twitter.com/gdarmanin/status/1296368920400670720>

¹² Opcit. page 9

¹³ BISIYOU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, pages 12

¹⁴ Ibidem

MDMA, les psychostimulants, l'alcool, les benzodiazépines, les cannabinoïdes et le tabac (annexe 3). Par exemple, d'un point de vue de la suractivation, on remarque qu'elle est la plus élevée pour la cocaïne et la moins élevée pour ce qui est de l'alcool. En revanche, concernant la dépendance physique, on remarque que l'indicateur pour l'alcool est au plus haut, alors que celui pour la cocaïne est plus faible. Ainsi, dès les années 50, les scientifiques reconnaissent des différences entre les drogues. De plus, bien que dans les mœurs cela ne soit toujours pas le cas, il semblerait pourtant que l'alcool soit une drogue au même titre que la cocaïne. Juridiquement, l'alcool est pourtant légal puisque sa production, vente et consommation sont encadrées et autorisées¹⁵. C'est là que l'absence de définition juridique d'un stupéfiant est intéressante : scientifiquement, des substances comme l'alcool, ou même le tabac, pourraient entrer dans ce domaine, mais juridiquement ce n'est pas le cas. La nouvelle classification de David Nutt, élaborée en 2010, reprend complètement cette idée puisque l'alcool est, selon toutes les sources de danger confondues, celui pour lequel il existe les plus de risques sur la santé, avant même l'héroïne (annexe 4).

Ainsi, il semblerait qu'il y ait un manque de coordination entre ce qui est reconnu scientifiquement et ce qui se fait juridiquement. De plus, on pourrait se demander si ce n'est pas un choix volontaire des autorités publiques puisque, malgré des classifications scientifiques explicitant les mêmes constats, aucune d'entre elles n'ont d'incidence juridique, que ce soit d'une part au niveau des qualifications juridiques des différentes substances, et d'autre part au niveau de leur classement qui ne se fait pas par rapport aux effets sur le système nerveux central¹⁶.

Mais alors, qu'est-ce qu'une drogue ? Bien qu'il n'existe pas de définition juridique, l'ANSM tente d'en établir une. Pour cela, elle met en avant l'existence d'une dépendance ou d'abus liée au produit. Déjà, on peut noter que contrairement à la juridiction française, cette dernière ne s'arrête pas au produit mais à la façon dont ce dernier est consommé puisque « *les stupéfiants et les psychotropes sont des substances psychoactives pouvant, dans le cadre d'un usage détourné, faire l'objet de pharmacodépendance ou d'abus. La pharmacodépendance se caractérise par le désir obsessionnel de se procurer et de s'administrer une substance. L'abus de substances psychoactives se définit comme l'utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente ayant des conséquences préjudiciables sur la santé physique ou psychique.* »¹⁷.

Le fait de considérer ce qu'est une drogue, par rapport au comportement du consommateur, vient rejoindre certaine réglementation d'autre pays européens comme les Pays-Bas ou le Portugal, orientant les conséquences juridiques de l'usage des stupéfiants non pas tant par rapport au produit en lui-même, mais par rapport à sa consommation. Cependant, ce n'est pas le paradigme retenu par le droit français, parce que même si le CSP définit lui aussi ce qu'est la pharmacodépendance et la toxicomanie, cela n'en permet pas d'en tirer une définition de la notion de stupéfiant. D'ailleurs, si l'on s'en tient à la définition de l'ANSM et la philosophie qui s'en dégage, tout pourrait alors être considéré comme une drogue. A commencer par l'alcool de toute évidence, le tabac, mais aussi

¹⁵ Article L3322-1 et suivant du CSP

¹⁶ BISIYOU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, page 15

¹⁷ Opcit. page 9

l'argent puisqu'il existe une addiction aux jeux d'argent, aux jeux vidéo ou au sexe. Pourtant, l'argent, les jeux vidéo ou le sexe ne sont pas, en soit, des produits stupéfiants. Sous cet angle, on commence à comprendre la complexité qui se cache derrière la notion de stupéfiant et ainsi à la raison qui pousse les autorités à ne pas donner de définition. De plus, les substances hybrides, à la fois médicament et stupéfiants ou psychotropes illicites, montrent la malléabilité qu'il existe en cette notion. En effet, l'inscription de ces substances aux listes de 1990 changent avec le temps, les avancés scientifiques et juridiques. Par exemple, la kétamine est inscrite seulement depuis 1997, ce qui signifie qu'avant cette date, ce n'était pas juridiquement reconnue comme une drogue¹⁸. Ne pas de donner de définition précise permettrait alors une certaine liberté vis à vis des produits qu'un Etat accepte ou non de tolérer.

Cependant, il existe nécessairement des critères qui permettent de définir, juridiquement, la différence entre un produit dit hybride et un autre simplement illicite. **Quels sont alors les critères de distinction établis par le droit, entre un médicament classé comme stupéfiant ou psychotrope et un produit illicite au sens des arrêtés de 1990 ?** En répondant à cette question, nécessairement on tentera de répondre à une question sous-jacente qui est : qu'est-ce qu'une drogue en droit de la santé ?

A la lecture de la définition de l'ANSM et selon la conception française de cette notion, il est évident que la définition d'une drogue, et notamment la différence entre produit stupéfiant et psychotropes licite et illicite, est juridiquement établie par rapport à des critères relatifs directement au produit. Cependant, il semblerait que ces critères soit un élément insuffisant (Partie 1). En effet, la qualification juridique française est faite par rapport au risque d'abus et de dépendance certes, mais aussi par rapport à l'intérêt thérapeutique du produit. Pourtant, il s'avère que certains produits comme le cannabis soit classés uniquement comme stupéfiants, pourtant nombreuses sont les juridictions de nos pays voisins qui reconnaissent l'intérêt thérapeutique de ce produit. D'autres critères entrent alors en jeu dans cette notion, notamment ceux relatifs aux appartenances culturelles, politiques et économiques, éléments qui semblent plus déterminants dans la distinction entre produit stupéfiant et psychotropes licites et illicites (Partie 2).

L'objectif de ce mémoire de recherche ne sera ni de blâmer l'usage des stupéfiant, ni d'en faire l'apologie. Cela ne sera pas non plus celui de critiquer au sens négatif du terme le système français concernant sa répression, mais de le relativiser pour en comprendre les failles et les atouts. Afin de comprendre la notion de stupéfiant, seront comparées tout le long de ce devoir les légalisations entre les différents pays, parfois même au-delà de l'échelle européenne. En effet, s'il existe des différences de légalisation, parfois diamétralement opposées, cela ne peut s'expliquer que par des enjeux culturels, politiques et économiques tout aussi opposés.

¹⁸ Sénat, un site au service des citoyens, « Condition de délivrance de la kétamine », Question écrite n° 35603 de M. Roger Karou, (Hauts-de-Seine - RPR), publiée dans le JO Sénat du 11/10/2001 - page 3259, consulté le 20 aout 2020, disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2001/qSEQ011035603.html>

De plus, l'enjeu de ce devoir est fort, puisqu'il aura pour but, à terme, de déterminer ce qu'est réellement une drogue, et que ce soit dans la législation ou la doctrine du droit, il existe peu de sources concernant ce sujet. Bien qu'on puisse trouver un bon nombre d'articles de revues, de commentaires d'instances publiques etc... il n'existe qu'un seul ouvrage concernant « *le droit de la drogue* », portant d'ailleurs ce même nom¹⁹. Enfin, cette absence de définition constitue quelque part, un vide juridique, sur lequel il semble intéressant de se questionner.

Pour terminer, ce devoir viendra mettre en lumière la notion même de santé et ses représentations, avec des problématiques tel que la place de l'éthique dans le droit ou de la balance entre protection de la santé et libertés fondamentales.

¹⁹ BBISIOU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, pages 15

PARTIE 1: LES CRITÈRES RELATIFS AU PRODUIT COMME ÉLÉMENT INSUFFISANT

Les substances psychotropes et stupéfiants, licites ou illicites, répondent avant tout de leur qualifications par des critères scientifiques et médicales. Selon l'ANSM, le classement de ces substances repose « *sur une évaluation du potentiel d'abus et de dépendance et du risque pour la santé publique au regard de l'intérêt thérapeutique. L'objectif de ces dispositions est de limiter l'usage des stupéfiants et des psychotropes aux seules fins médicales et scientifiques et d'encadrer leur utilisation afin d'éviter tout abus ou détournement vers le trafic illicite.* »²⁰. Ainsi, il semblerait que les deux critères de distinction entre un médicament psychotrope ou stupéfiant licite ou illicite soient d'une part, l'intérêt thérapeutique, et d'autre part le risque pour la santé publique.

L'intérêt thérapeutique est, selon l'Académie Nationale de la médecine, la « *Discipline médicale qui se consacre aux moyens pouvant être utilisés pour supprimer une maladie ou corriger les lésions produites par un traumatisme et prévenir leurs séquelles.* »²¹. Le ministère de la Santé et des Solidarités parle d'effet thérapeutique et le définit comme « *Une amélioration mesurable, immédiate ou retardée, transitoire ou définitive, de l'état de santé ou du bien-être d'un sujet en rapport avec l'utilisation d'un médicament et, a priori, explicable par une ou plusieurs de ses propriétés pharmacologiques.* »²². Enfin, le CSP, par son article L1110-5, interprète en ce même sens l'intérêt thérapeutique : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* »²³. L'intérêt thérapeutique est donc la prise en charge médicamenteuse dans le but de soigner ou soulager un patient. De façon générale, l'intérêt thérapeutique semble avéré quant au médicament par toutes les réglementations qui entourent sa conception, sa commercialisation et sa prescription, contrairement aux stupéfiants qui n'ont pas cette vocation. Cependant, à la lecture de la convention sur les substances psychotropes de 1971 et l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants, il s'avère que certaines d'entre elles sont utilisées dans le milieu médical, comme les opiacés pour soulager la douleur, la méthadone pour les substituer aux drogues, le zolpidem pour les somnifères ou encore l'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB) pour le traitement de la narcolepsie. Ces substances seraient donc hybrides : à la fois médicament et à la fois stupéfiant. Il semble alors que, si le critère de l'intérêt thérapeutique puisse être un des éléments de distinction entre un médicament et un

²⁰ ANSM, Glossaire, Stupéfiants et psychotropes, consulté le 20 août 2020, disponible sur : [https://www.ansm.sante.fr/Glossaire/\(filter\)/S#:~:text=Les%20stup%C3%A9fiants%20et%20les%20psychotropes,de%20s'administrer%20une%20substance.](https://www.ansm.sante.fr/Glossaire/(filter)/S#:~:text=Les%20stup%C3%A9fiants%20et%20les%20psychotropes,de%20s'administrer%20une%20substance.)

²¹ Dictionnaire médical de l'Académie de médecine - version 2020, vu le 29 mars 2020, disponible sur : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=but%20th%C3%A9rapeutique&page=2>

²² Ministère de la Santé et des Solidarités, *Effet thérapeutique*, publié le 13 juin 2016, vu le 29 mars 2020, disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/effet-therapeutique>

²³ Article L1110-5 du Code de la Santé Publique

stupéfiant, ce dernier ne semble pas suffisant à lui seul pour établir une distinction entre les deux substances (Titre 1).

Un risque pour la santé publique est, selon le ministère de la santé et des solidarités « *Tout événement indésirable sanitaire ou environnemental susceptible d'avoir un impact sur la santé de la population* »²⁴. L'article D.1413-58 du CSP permet, à ce sujet, de signaler tous les événements sanitaires indésirables figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé, par les professionnels de santé ou le public²⁵. Parmi cette liste, on retrouve les effets indésirables suspectés d'être liés à un produit ou une substance²⁶. Selon le ministère des solidarités et de la santé, ces signalements concernent les produits de santé, à savoir les médicaments, les produits potentiellement toxique et les substances psychoactives. Ces signalements permettent de « *mettre en évidence des signaux faibles et ainsi renforcer la sécurité d'emploi et favoriser le bon usage des produits par la mise en place d'actions correctives ou préventives (modification de la notice, restriction d'utilisation, voire retrait du marché)*²⁷ ». Si un risque sur la santé permet d'aller jusqu'à retirer du marché une substance, cela signifie, en outre, que ce critère semble bien plus déterminant dans la définition entre médicament classé comme stupéfiant et psychotrope et produit illicite (Titre 2).

Titre 1: L'intérêt thérapeutique : un facteur flou dans la définition entre médicament classé comme stupéfiant et psychotrope et substance illicite

Sous certaines conditions, une substance classée comme stupéfiant ou psychotrope, autrement dit une drogue apparemment illicite, peut être utilisée par l'industrie pharmaceutique à des fins médicamenteuses. Ainsi, cette même substance voit alors sa qualification juridique changée, passant de l'illicite au licite. Ce changement substantiel est possible parce que ce produit s'est vu attribué, par la médecine, un intérêt thérapeutique suffisant. Cela fait donc de ce produit pharmaceutique, une drogue licite parce que son intérêt thérapeutique a été avéré (chapitre 1). À l'inverse, une drogue illicite sauvegarde cette qualification juridique par le manque d'intérêt thérapeutique. Cependant, pour certaines drogues illicites, comme le cannabis par exemple, l'intérêt thérapeutique fait débat. Ainsi, cela fait de cette substance, certes un produit illicite, mais à l'intérêt thérapeutique parfois discutable (chapitre 2). C'est en sens que, malgré qu'il soit un critère important dans la distinction entre un stupéfiant illicite et un produit pharmaceutique classé comme stupéfiant ou psychotrope, le critère de l'intérêt thérapeutique peut sembler flou.

²⁴ Ministère des solidarités et de la santé, Signaler un risque pour la santé, publié le 15 février 2019, consulté le 20 août 2020, disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/signaler-un-risque-pour-la-sante-publique>

²⁵ Article D1413-58 du CSP, Créé par Décret n°2016-1151 du 24 août 2016 - art. 1

²⁶ Arrêté du 27 février 2017 fixant la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pour lesquels la déclaration ou le signalement peut s'effectuer au moyen du portail de signalement des événements sanitaires indésirables, NOR: AFSP1706243AVersion consolidée au 23 août 2020

²⁷ Ministère des solidarités et de la santé, Signaler un risque pour la santé, publié le 15 février 2019, consulté le 20 août 2020, disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/signaler-un-risque-pour-la-sante-publique>

Chapitre 1: Le médicament classé comme stupéfiant et psychotrope comme drogue licite à l'intérêt thérapeutique avéré

L'intérêt thérapeutique de ce type de produit pharmaceutique est établi tout d'abord par son assimilation à un médicament par la loi (section 1) et par son autorisation à pouvoir circuler sur le marché (section 2). La prescription de ces médicaments atteste aussi de leur intérêt thérapeutique, cependant cet aspect sera étudié dans le chapitre 1, du titre 2, de la partie 1. Dans le présent chapitre, l'objectif ne sera pas de retracer toute la vie du médicament classé comme stupéfiant ou psychotrope, mais de démontrer pourquoi et sur quelles bases légales le droit de la santé publique a permis des dérogations quant à ces substances pourtant illicites.

Section 1: L'assimilation du produit à un médicament par la loi

La réglementation relative aux produits psychotropes et aux stupéfiants est encadrée tout d'abord par le droit international. Les conventions internationales relatives à ce sujet encadrent certes leur prohibition, mais aussi les dérogations possibles (paragraphe 1). Ces fondements ont ensuite été transposés en droit interne (paragraphe 2).

Paragraphe 1: Une dérogation de ces substances admises par le droit international

La convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961 et la convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971 ont encadré, pour la première fois de façon linéaire, le régime juridique de ces substances dans respectivement soixante et onze Etats et soixante-treize Etats, dont la France, qui a ratifié la première en 1969 et la seconde en 1974. L'objectif de ces conventions a été de remplacer par un instrument unique, les instruments bilatéraux existant en la matière et ainsi de réduire le nombre d'organes internationaux créés à cet effet²⁸. L'idée principale était d'apporter une cohésion internationale dans l'encadrement juridique de ces produits concernant notamment leur fabrication, exportation et consommation. Bien que ces conventions s'accordent à prohiber le trafic illicite de ces substances, il n'en demeure pas moins que chacune d'entre elles admet que des dérogations sont possibles, d'une part par la façon dont sont classés ces produits et d'autre part par les différents articles qui viennent encadrer juridiquement cela.

Chacune des substances faisant l'objet de ces conventions sont répertoriées selon quatre catégories, graduées selon les substances de référence étant la morphine, la cocaïne et le cannabis. Dans la convention de 1961, les tableaux I et II correspondent à des substances qui peuvent donner lieu à des abus et produire des effets nocifs analogues mais qui peuvent posséder des intérêts thérapeutiques notoires. Dans le tableau I on va retrouver par exemple la cocaïne, le cannabis mais

²⁸ Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Nations Unies, Acte finale de la conférence des Nations Unies pour l'adoption d'une convention unique sur les stupéfiants, premièrement

aussi la méthadone qui est un substitut aux opiacés utilisé pour soigner les addictions à ces mêmes produits, ou encore l'oxycodone et la morphine, qui sont des antalgiques, utilisés pour soigner les fortes douleurs²⁹. Dans le tableau II on va retrouver par exemple la codéine³⁰, qui est aussi un antalgique. Le tableau III rassemble les préparations des substances classées dans les tableaux I et II qui sont sans risque d'abus ni d'effets nocifs si elles sont utilisées sous une certaine dose, ainsi que les substances non aisément récupérables ou extractibles. On y retrouvera par exemple l'éthylmorphine³¹, substance qui compose certain sirop antitussif. Enfin, le tableau IV fait la liste des substances ayant un fort potentiel d'abus et avec une faible valeur thérapeutique, c'est dans ce tableau que l'on retrouve l'héroïne³² par exemple. Ce classement est donc établi selon l'intérêt thérapeutique du produit et son effet indésirable sur la santé³³.

Dans la convention de 1971, le classement des substances suit le même raisonnement. L'inscription d'une substance à un tableau repose sur l'évaluation du potentiel de dépendance et de l'activité sur le système nerveux central, ou de l'existence d'un potentiel d'abus et d'effets nocifs comparables à ceux des substances déjà inscrites, ainsi que sur l'évaluation des risques de santé publique ou sociaux encourus³⁴. En effet, le tableau I représente les substances ayant un fort potentiel d'abus avec un risque grave pour la santé et une valeur thérapeutique très faible, on retrouve par exemple le diéthyllysergamide (LSD) ou la méthyl-énedioxy-méthamphétamine (MDMA)³⁵. Le tableau II classe quant à lui les substances représentant un risque sérieux pour la santé mais à valeur thérapeutique faible à moyenne, comme le buprénorphine³⁶ utilisée comme substitut aux opiacés. Le tableau III répertorie les produits à risque sérieux pour la santé mais à valeur thérapeutique moyenne à grande, comme le bromazépam³⁷ utilisé pour des médicaments anxiolytiques. Enfin, le tableau IV représente les produits aux risques faibles à une valeur thérapeutique importante. On retrouve dans cette catégorie le benzodiazépine³⁸ utilisé comme anxiolytique. Ce dernier tableau répertorie le plus grands nombres de produits comparé aux autres et sont, pour la plupart, des substances utilisées pour des anxiolytiques. Ce tableau démontre donc une importante utilisation de ces produits dans l'industrie pharmaceutique. En France, par exemple, 131 millions de boîtes de médicaments contenant des benzodiazépines ou apparentées ont été vendues en 2012, soit 4% de la consommation totale de médicaments³⁹.

Sans nul doute, le droit international permet alors la fabrication, le commerce, la distribution et la

²⁹ Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Nations Unies, liste des stupéfiants inclus au tableau I, page 52

³⁰ Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Nations Unies, liste des stupéfiants inclus an tableau II, page 55

³¹ Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Nations Unies, liste des préparation inclus au tableau III, page 55

³² Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Nations Unies, liste des stupéfiants inclus an tableau IV, page 56

³³ Classement des stupéfiants et des psychotropes au niveau international, Agence Nationale de la Sécurité du Médicaments et des produits de santé, avril 2013

³⁴ Ibidem

³⁵ Convention sur les substances psychotropes de 1971, Nations Unies, liste des substances figurant au tableau I, page 33

³⁶ Convention sur les substances psychotropes de 1971, Nations Unies, liste des substances figurant au tableau II, page 35

³⁷ Convention sur les substances psychotropes de 1971, Nations Unies, liste des substances figurant au tableau III, page 36

³⁸ Convention sur les substances psychotropes de 1971, Nations Unies, liste des substances figurant au tableau IV, page 36

³⁹ Rapport, Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France, ANSM, décembre 2013

prescription de ces substances en fonction de leur intérêt thérapeutique. C'est l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui est responsable de l'évaluation de ces substances. Pour cela, l'OMS est en permanente collaboration avec les institutions scientifiques, les services de santé, les organismes de réglementation, les autorités sanitaires et de police, les organismes intergouvernementaux et les organisations non gouvernementales (ONG). De plus, elle s'appuie sur les compétences de son Comité d'experts de la pharmacodépendance⁴⁰.

Les articles des dites conventions encadrent plus précisément ces cas de figure. L'article 2 de la convention de 1961 dispose que « *Les Parties devront si, à leur avis, la situation dans leur pays fait que c'est là le moyen le plus approprié de protéger la santé publique, interdire la production, la fabrication, l'exportation et l'importation, le commerce, la détention ou l'utilisation de tels stupéfiants à l'exception des quantités qui pourront être nécessaires, exclusivement pour la recherche médicale et scientifique* ». De la même manière, on relève par exemple dans le préambule de la convention de 1971 « *Reconnaissant que l'utilisation des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques est indispensable et que la possibilité de se procurer des substances à ces fins ne devrait faire l'objet d'aucune restriction injustifiée.* »

De ce fait, le droit international admet qu'il est possible pour chacun des pays signataires de rendre licite, un produit qui à l'origine est illicite, parce que ce dernier disposerait d'un intérêt thérapeutiques suffisant. La convention de 1971 apporte plus de précisions que celle de 1961 concernant cette encadrement et le droit international établit ainsi une réglementation plus souple en matière de psychotrope qu'en matière de stupéfiant. Par exemple, la convention dispose clairement l'interdiction de « *toute utilisation de ces substances, sauf à des fins scientifiques ou à des fins médicales très limitées, par des personnes dûment autorisées qui travaillent dans des établissements médicaux ou scientifiques relevant directement de leurs gouvernements ou expressément autorisés par eux* »⁴¹. Elle encadre, au travers de ces articles 5 à 9 notamment, l'utilisation aux fins médicales et scientifiques, la fabrication et le commerce ainsi que la prescription de ces substances, ce que la convention de 1961 n'envisage pas expressément. Il semble alors que le droit international envisage moins les dérogations en matière de stupéfiants qu'en matière de psychotropes, faisant entrer cette première dans un régime juridique plus sévère.

Ainsi, le droit interne de la santé publique a transposé ces mesures internationales et à lui aussi admis et encadrer l'utilisation de ces substances pour leurs intérêts thérapeutiques.

Enfin, si les conventions n'utilisent pas de manière stricto sensu le terme de médicament, le droit français va lui assimiler juridiquement ces deux catégories de produits.

Paragraphe 2: Une dérogation de ces substances strictement encadrée en droit interne

⁴⁰ ANSM, Classement des stupéfiants et des psychotropes au niveau international, avril 2013

⁴¹ Convention sur les substances psychotropes de 1971, Nations Unies, Article 7, dispositions spéciales visant les substances du tableau I, a)

Tout d'abord, ces conventions des Nations Unies ont été transposées en droit français par les deux arrêtés du 22 février 1990, l'un fixant la liste des substances classées comme stupéfiants⁴², modifié pour la dernière fois par un arrêté du 28 décembre 2019, et l'autre fixant la liste des substances classées comme psychotropes⁴³ modifié le plus récemment par l'arrêté du 2 janvier 2020. Ce classement est donc établi par le pouvoir réglementaire. En effet, l'article L.5132-7 du Code de la Santé Publique (CSP) dispose que « *Les plantes, substances ou préparations vénéneuses sont classées comme stupéfiants ou comme psychotropes ou sont inscrites sur les listes I et II par arrêté du ministre chargé de la santé pris sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé* »⁴⁴. Ces arrêtés du ministre de la santé sont donc les seules références en droit interne qui établissent le classement, la procédure et les critères d'inscription des médicaments psychotropes ou stupéfiants⁴⁵.

Les substances se trouvant dans ces arrêtés sont classées dans la même logique que le classement des conventions des Nations Unies, c'est à dire par rapport à l'intérêt thérapeutique et pour lesquels on retrouvera les mêmes substances cités à titre d'exemple précédemment. En effet, le processus de classement se base sur les éléments d'appréciation élaborés par l'OMS ainsi que sur les données fournies par le système national d'évaluation de la pharmacodépendance. Les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) recueillent ensuite les données de pharmacodépendance, les évaluent ensemble lors des réunions en Comité Technique et proposent de les traiter ou non en Commission Nationale des Stupéfiants et Psychotropes (CNSP). Enfin, la CNSP donne son avis au Directeur général de l'ANSM, par l'intermédiaire du Département Stupéfiants et Psychotropes, et le tout sera transmis au ministre chargé de la santé pour la suite à donner⁴⁶.

Pour les plantes et les substances visées par la Convention Unique, le ministre est tenu de reproduire en droit interne les classements internationaux. C'est le principe de subordination du droit national au droit international, assorti du principe de sévérité minimal comme en dispose l'article 39 de ladite convention. Cet article permet aux pays signataires de prendre des mesures plus sévères que celles prévues par la convention⁴⁷. Ainsi, il est possible en droit interne de classer comme stupéfiant une substance classée comme psychotropes en droit international, le régime des stupéfiants étant plus sévère que celui des psychotropes. Plus précisément, les stupéfiants des annexes I et II correspondent aux tableaux I, II et IV de ladite convention, soit les produits présentant un risque le plus élevé pour la santé. L'annexe III comprend les substances des tableaux III et IV et certaines substances des tableaux I et II de la Convention Internationale sur les psychotropes de 1971, avec donc un risque moyen pour la santé. Enfin, l'annexe IV est constituée de substances psychoactives non classées au plan international. De ce fait, il est déjà intéressant de

⁴² Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants, NOR: SPSM9000498A

⁴³ Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes, NOR: SPSM9000500A

⁴⁴ Article L.5132-7 du Code de la Santé Publique, Modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

⁴⁵ BISIQU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, page 483

⁴⁶ ANSM, Classement des stupéfiants et des psychotropes au niveau international, avril 2013

⁴⁷ Ibidem, page 487

constater que cette arrêté établi non pas un classement directement en lien avec l'intérêt thérapeutique mais plutôt en lien avec le risque pour la santé, montrant ainsi la politique plutôt prohibitionniste à l'égard de ces substances.

Enfin, concernant la transposition des produits classés comme psychotropes, l'annexe I correspond aux tableaux III et IV de la Convention internationale sur les psychotropes, soit les produits représentant un intérêt thérapeutique élevé à moyen et considéré comme toxique⁴⁸. L'annexe II est composée des préparations de substances classées comme stupéfiants en France et considéré comme dangereux⁴⁹ et l'annexe III est un classement à titre français, c'est à dire qu'elle regroupe des substances non classées au niveau international⁵⁰.

Ainsi, les médicaments classés sur liste I et II correspondent aux médicaments psychotropes et stupéfiants. Cependant, bien qu'ils soient assimilés, il existe une réglementation différente entre les stupéfiants et psychotropes. En effet, les dispositions spécifiques des médicaments psychotropes sont plus souples que celle relative aux stupéfiants, ce qui explique cette distinction.

Bien que la prohibition reste la règle, l'utilisation de certains produits à des fins thérapeutiques, comme il a été cité à titre d'exemple précédemment, ne fait pas exception.

Pour ce faire, le droit interne a fait entrer, dans le champ juridique du médicament, les produits psychotropes et stupéfiants. L'article L.5111-1 du CSP définit le médicament comme « (...) toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. » Il ajoute dans son troisième alinéa « Lorsque, eu égard à l'ensemble de ses caractéristiques, un produit est susceptible de répondre à la fois à la définition du médicament prévue au premier alinéa et à celle d'autres catégories de produits régies par le droit communautaire ou national, il est, en cas de doute, considéré comme un médicament.⁵¹ ». Cet article admet donc la possibilité pour d'autre substance que celle définit par le présent article d'être un médicament. C'est ainsi que l'article R.5132-1 du CSP assimile alors, clairement, les substances psychotropes et stupéfiants à des médicaments « Les dispositions de la présente section s'appliquent aux médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1, lorsque ces médicaments sont classés (...) sur les listes I ou II définies à l'article L. 5132-6, ou comme stupéfiants ou renferment une ou plusieurs substances ou préparations classée (...) sur les listes I ou II ou comme stupéfiants.⁵² ».

Enfin, l'article L.5132-6 du CSP va venir préciser ce que sont, légalement, les substances de la liste I et II. Il s'agit de substances classées comme dangereuses pour la santé au sens de l'article L.

⁴⁸ BISIQU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, page 384

⁴⁹ Ibidem

⁵⁰ ANSM, Classement des stupéfiants et des psychotropes au niveau international, avril 2013

⁵¹ Article L5111-1 de Code de la Santé Publique, Modifié par Loi n°2007-248 du 26 février 2007 - art. 3 JORF 27 février 2007

⁵² Article R5132-1 du Code de la Santé Publique,

1342-2⁵³, les médicaments susceptibles de présenter directement ou indirectement un danger pour la santé, les médicaments à usage humain contenant des substances dont l'activité ou les effets indésirables nécessitent une surveillance médicale et tout autre produit ou substance présentant pour la santé des risques directs ou indirects⁵⁴. Ces listes comprennent alors les substances ou préparations, et les médicaments et produits présentant les risques les plus élevés pour la santé.

Ainsi, légalement, le passage d'un produit à l'origine illicite à un produit licite est possible, en lui attribuant la définition de médicament. En se tenant à la définition donnée par l'article L.5111-1 du CSP, un intérêt thérapeutique leur a donc été avéré. C'est de cette manière qu'en droit interne, l'existence de médicaments psychotropes ou stupéfiants peut être fabriquée, commercialisée et prescrite.

Cependant, ces médicaments sont soumis à un régime de fabrication et commercialisation plus stricte.

Section 2: L'autorisation stricte et dérogatoire de la circulation du produit sur le marché pharmaceutique

L'article R5121-150 du CSP⁵⁵ indique que, bien que ces produits soient des stupéfiants ou des psychotropes, ces derniers lorsqu'ils sont reconnus comme médicaments, « *doivent faire l'objet de l'autorisation de mise sur le marché prévue par l'article L.5121-8 (...)* » et qu'ils peuvent aussi faire l'objet « *de l'autorisation temporaire d'utilisation, sous réserve des règles particulières prévues pour ces médicaments à l'article R.5121-169* ». De plus, l'article L5132-8 du CSP⁵⁶ dispose que « *La production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi de plantes, de substances ou de préparations classées comme vénéneuses sont soumises à des conditions définies par décrets en Conseil d'Etat.* ». Pour information, les produits classés sur liste I et II appartiennent à la famille des substances vénéneuses au sens de l'article R5132-1 du CSP⁵⁷.

De ces lois, on en conclut que les médicaments classés comme psychotropes ou stupéfiants sont soumis aux mêmes dispositions générales que tous les autres médicaments, à savoir l'obligation de détenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour être commercialisés ou des autorisations hors AMM (paragraphe 1).

Cependant, au vu de la particularité de ces médicaments, ils sont aussi soumis à des dispositions spécifiques définies en Conseil en d'Etat (paragraphe 2).

⁵³ Article L1342-2 du Code de la Santé Publique, modifié par Ordonnance n°2011-1922 du 22 décembre 2011 - art. 2: définis un ensemble de terme potentiellement comme les substances toxiques, explosibles, comburants, corrosifs etc...

⁵⁴ Article L5132-6 du Code de la Santé Publique, Modifié par Ordonnance n°2011-1922 du 22 décembre 2011 - art. 2

⁵⁵ Article R5121-150 du Code de la Santé Publique, Modifié par Décret n°2012-1244 du 8 novembre 2012 - art. 5

⁵⁶ Article L5132-8 du Code de la Santé Publique

⁵⁷ Article R5132-1 du Code de la Santé Publique

Paragraphe 1: Les disposition générales au médicament

A. Les AMM

L'AMM est l'autorisation donnée pour l'exploitation d'une spécialité pharmaceutique, après la réalisation par l'ANSM d'une évaluation de son efficacité, de sa qualité, de sa sécurité et de son rapport bénéfice/risque⁵⁸. En effet, l'article L5121-8 du CSP dispose que « *Toute spécialité pharmaceutique ou tout autre médicament fabriqué industriellement (...) doit faire l'objet, avant sa mise sur le marché ou sa distribution à titre gratuit, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé* »⁵⁹. Tout médicaments faisant l'objet d'un processus industriel doit donc obtenir une AMM et la commercialisation d'un médicament sans cette autorisation est passible de 375 000 euros d'amende⁶⁰.

Les médicaments faisant l'objet de notre étude ne font pas exception. En effet, sur le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM⁶¹, on trouvera facilement les médicaments disposant d'une AMM et ainsi libre de circuler. Par exemple, le Subutex 0,4mg , médicament utilisé comme substitut aux opiacés et à base de buprenorphine, a été autorisé à la commercialisation le 31 juillet 1995.

La délivrance d'une AMM nécessite trois critères cumulatifs à savoir la qualité, la sécurité dans les conditions normales d'emploi et l'efficacité thérapeutique. C'est l'ANSM qui est compétente pour cette évaluation sur le plan national et sur le plan européen c'est la Commission Européenne (EMA) après avis de l'Agence Européenne qui est compétente. Ces critères permettent alors de refuser l'AMM lorsque l'évaluation des effets thérapeutiques n'est pas suffisant au regard de sa qualité, sécurité, efficacité comme le dispose l'article L.5121-9 du CSP⁶². En effet, l'autorisation peut être suspendue, retirée ou modifiée si « *Le médicament est nocif, le médicament ne permet pas d'obtenir de résultats thérapeutique, le rapport entre les bénéfices et les risques n'est pas favorable, la spécialité n'a pas la composition qualitative et quantitative déclarée (...)* »⁶³. De ce fait, il est évident que l'intérêt thérapeutique d'un médicament, y compris ceux classés dans la lise I et II, ont un intérêt thérapeutique avéré par leur AMM.

De plus, cet intérêt thérapeutique ne cesse d'être recherché après l'AMM, en effet l'article L.5121-8 du CSP dispose que « *L'autorisation peut être assortie de conditions appropriées, notamment l'obligation de réaliser des études de sécurité ou d'efficacité post-autorisation.* ». En effet, afin

⁵⁸ MENDOZA (Alexandra), *Médicament et droit : droit français et européen*, Belgique, Larcier, page 82

⁵⁹ Article L5121-8 du Code de la Santé Publique, Modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

⁶⁰ Article L5421-2 d Code de la Santé Publique

⁶¹ ANSM, Répertoires des spécialités pharmaceutiques, mise à jour le 01/04/2020, consulté le 10/04/2020, disponible sur : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/index.php#result>

⁶² Article L5121-9 du Code de la Santé Publique, Modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5.

⁶³ Ibidem

d'assurer la santé publique, le titulaire de l'AMM est tenu d'une obligation permanente d'information sur le médicament afin de garantir l'efficacité thérapeutique de celui-ci⁶⁴. Ainsi, il peut être exigé des études de sécurité post-autorisation s'il existe des doutes quant à ce rapport bénéfice/risque du médicament. Si cette études post-autorisation va en ce sens, le retrait de l'AMM peut être prononcé et la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) a précisé que si un médicament était inefficace, le principe de précaution impose de retirer ou de modifier l'AMM en présence de données nouvelles suscitant des doutes sérieux sur l'efficacité du médicament⁶⁵.

Dans la même idée, lors de l'octroi de l'AMM il est joint un document, le résumé caractéristique du produit (RCP), destiné au professionnel de santé. Ce document est révisé constamment et donne toutes les indications sur le produit, notamment les données cliniques comprenant les indications thérapeutiques, la posologie et mode d'administration, les contre-indications, les mises en garde spéciales et les précautions particulières d'emploi, les effets indésirables et le surdosage⁶⁶. Par exemple pour le Subutex 0,4mg le dernier RCP est en date du 23 décembre 2019. Ainsi, l'intérêt thérapeutique d'un médicament continue d'être avéré après son AMM par les études post-autorisation et le RCP.

Enfin, l'intérêt thérapeutique continue d'être avéré par le service médical rendu (SMR), qui établit par ailleurs le taux de remboursement d'un médicament. En effet, le SMR est une mesure d'efficacité et d'utilité du médicament.

L'article L.162-17 du Code de la Sécurité Sociales (CSS) dispose que « *Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique (...) ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie (...) que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat* »⁶⁷. Les médicaments sont inscrits sur cette liste en fonction du SMR. Ce critère prend en compte « *l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique (...) la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique. Les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste.* »⁶⁸. Le SMR est donc déterminant pour le taux de remboursement certes, mais aussi pour attester de l'intérêt thérapeutique d'un médicament. En effet, une fois l'évaluation effectuée, le SMR est classé par degrés d'efficacité. Tout d'abord il y a le SMR majeur ou SMR important. Pour ces deux catégories le remboursement est fixé à 65 % par l'Assurance Maladie, le reste étant à la charge des mutuelles. Ensuite il y a le SMR modéré avec un taux de remboursement

⁶⁴ MENDOZA (Alexandra), *Médicament et droit : droit français et européen*, Belgique, Larcier, page 88

⁶⁵ CJUE, 3 décembre 2015, affaire n°C-82/15

⁶⁶ ANSM, Glossaire, Résumé des caractéristiques du produits, 2017, consulté le 10 avril 2020, disponible sur : [https://ansm.sante.fr/Glossaire/\(filter\)/R](https://ansm.sante.fr/Glossaire/(filter)/R)

⁶⁷ Article L162-17 du CSS

⁶⁸ Article R163-3 du CSS

à 30%, le SMR faible à 15% et le SMR insuffisant qui ne bénéficie d'aucun remboursement⁶⁹. Ainsi, le taux de remboursement permet de connaître l'efficacité et l'utilité d'un médicament. Par exemple, le Subutex 0,4mg est remboursable à 65%, de ce fait on peut en conclure que malgré les risques pour la santé de la prise de ce médicament, son intérêt thérapeutique a suffisamment été contrôlé et avéré.

Ainsi, on constate que l'AMM atteste réellement de l'intérêt thérapeutique d'un produit et que ce critère est constamment évalué avant comme après la délivrance de cette autorisation. Bien que les médicaments classés comme stupéfiants ou psychotropes revêtent d'un risque certain pour la santé (Partie 1, Titre II), l'intérêt thérapeutique a suffisamment été avéré pour permettre son utilisation à des fins médicales. Cependant, l'exigence d'AMM dispose de quelques exceptions sous certaines conditions, venant remettre en cause l'idée qu'il soit nécessaire pour le produit d'avoir un intérêt thérapeutique absolue.

B. Les autorisations hors AMM

La commercialisation de médicaments hors AMM en France est possible par les autorisation temporaire de médicament (ATU)⁷⁰ et les recommandations temporaire de médicaments (RTU). Par dérogation à la procédure d'AMM, l'article L.5121-12 du code de la santé publique fixe les règles d'utilisation à des fins thérapeutiques et à titre exceptionnel, des médicaments sans AMM destinés à traiter des maladies graves ou rares lorsqu'il n'existe pas de traitement approprié et que la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée⁷¹. Concernant l'intérêt thérapeutique de ce médicament, ledit article ajoute « *L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée* ». Ainsi, un médicament sous ATU n'a pas un intérêt thérapeutique avéré mais présumé. A la lecture de cette loi, on peut donc en déduire qu'un médicament sous ATU et un médicament avec une AMM en devenir.

Il existe deux types d'ATU: les ATU (ATUc) cohorte et les ATU (ATUn) normatif. L'ATUc concerne des médicaments dont l'efficacité et la sécurité d'emploi sont fortement présumées et destinés à un groupe ou sous-groupe de patients traités et surveillés suivant des critères définis dans un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations (PUT). Le PUT est établi entre l'ANSM et le titulaire des droits d'exploitation du médicament et doit être mis en place pour toutes les ATU sauf pour les ATU nominatives délivrées à titre dérogatoire. Ce PUT prévoit notamment les modalités de suivi des patients traités ainsi que le recueil de données portant sur l'efficacité et les

⁶⁹ Ministère de la Solidarité et de la Santé, *A quoi correspond le Service médical rendu (SMR) des médicaments ?*, publié le 27 novembre 2018, consulté le 10 avril 2020, disponible sur : <https://sante.fr/quoi-correspond-le-service-medical-rendu-smr-des-medicaments>

⁷⁰ PERRAUDIN (Mathilde), COULON (Sylvie), WILLOQUET (Gérard), WELNIARZ (Bertrand), *La prescription hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) en pédopsychiatrie*, John Libbey Eurotext, volume 94, février 2018, page 101-107.

⁷¹ Article L5121-12 du Code de la Santé Publique, Modifié par LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 44 (V)

effets indésirables du produit⁷².

L'ATUn est encore plus dérogatoire et est délivrée pour un seul malade nommément désigné. Il est sous la responsabilité du médecin prescripteur qui en fait la demande à l'ANSM via un formulaire spécifique en justifiant la prescription, basé sur des arguments cliniques. Par exemple, au 1^{er} janvier 2017, deux spécialités sont disponibles en France dans le cadre d'une ATUn dans le trouble déficitaire avec hyperactivité (TDAH) chez l'enfant de plus de 6 ans : l'atomoxétine (Strattera) et le dexamphétamine sulfate (Dexamine), ces derniers répondant à la législation des stupéfiants⁷³.

La pharmacovigilance telle que prévue aux articles R. 5121-150 et suivants du CSP, s'exerce donc aussi pour les médicaments faisant l'objet d'une ATU et suit les mêmes règles que la pharmacovigilance des médicaments bénéficiant d'une AMM. Cependant leur utilisation est davantage encadré⁷⁴. En effet, l'article R. 5121-172 du CSP prévoit que pour les médicaments faisant l'objet d'une ATU avec PUT, ce PUT fixe les modalités d'exercice des obligations fixé par ledit protocole⁷⁵ édicté aux article R.5121-172 du CSP et R. 5121-166 à R. 5121-170 du CSP. Ces obligations sont par exemple le fait de déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament au centre régional de la pharmacovigilance⁷⁶. Pour les ATUn sans PUT, les rapports périodiques actualisés de sécurité respectent un modèle type fixé par décision du directeur général de l'ANSM⁷⁷.

Enfin, dans un régime encore plus dérogatoire on retrouve la RTU, il a été créé par la loi du 29 décembre 2011 et ses conditions d'élaboration sont précisées par le décret n°2012-742 du 9 mai 2012. C'est une procédure dérogatoire exceptionnelle, élaborée par l'ANSM, permettant l'utilisation d'une spécialité ayant une AMM mais utilisée dans des conditions d'utilisation non conformes à cette AMM. La RTU permet de répondre à un besoin thérapeutique dès lors que le rapport bénéfice/risque du médicament est présumé favorable. Elle s'accompagne obligatoirement d'un suivi des patients traités et les médecins qui prescrivent une RTU participent à l'alimentation d'une base de données-patients. Cela constitue ainsi un levier pour améliorer la connaissance du médicament dans l'indication considérée et sécuriser son utilisation. Pour le moment, aucun médicament inscrit sur liste I et II ne disposent d'une RTU, en revanche d'autres médicaments qui agissent sur le système nerveux comme le Circadin, dont la substance active est la mélanine, en dispose. C'est un traitement à court terme de l'insomnie primaire chez des patients de 55 ans ou plus. Depuis le 1^{er} octobre 2015, une RTU autorise la prescription de cette spécialité dans le traitement du trouble du rythme veille-sommeil chez les enfants de 6 à 18 ans présentant certains handicaps neurodéveloppementaux ou psychiatriques⁷⁸.

⁷² Avis aux demandeurs d'autorisation temporaire d'utilisation, ANSM, septembre 2014

⁷³ PERRAUDIN (Mathilde), COULON (Sylvie), WILLOQUET (Gérard), WELNIARZ (Bertrand), *La prescription hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) en pédopsychiatrie*, John Libbey Eurotext, volume 94, février 2018, page 101-107.

⁷⁴ ANSM, Avis aux demandeurs d'autorisation temporaire d'utilisation, septembre 2014

⁷⁵ Article R5121-172 du Code de la Santé Publique, Modifié par Décret n°2012-1244 du 8 novembre 2012 - art. 5

⁷⁶ Article R5121-161 du Code de la Santé Publique, Modifié par Décret n°2012-1244 du 8 novembre 2012 - art. 5

⁷⁷ ANSM, Avis aux demandeurs d'autorisation temporaire d'utilisation, septembre 2014

⁷⁸ PERRAUDIN (Mathilde), COULON (Sylvie), WILLOQUET (Gérard), WELNIARZ (Bertrand), *La prescription hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) en pédopsychiatrie*, John Libbey Eurotext, volume 94, février 2018, page 101-107.

Ainsi, les autorisations hors AMM attestent de l'intérêt thérapeutique d'un médicament classé sur liste I et II, bien que contrairement à ceux sous AMM, cet intérêt ne soit pas d'une quasi-absolue. Cependant, ces autorisations ne suffisent pas à elles seules pour attester de cet intérêt thérapeutique puisque ces médicaments sont soumis à des dispositions plus spécifiques que les autres.

Paragraphe 2: Les dispositions spécifiques au médicament psychotropes et stupéfiants

L'article R.5132-74 du CSP dispose que « *Sont interdits, à moins d'autorisation expresse, la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi et, d'une manière générale, les opérations agricoles, artisanales, commerciales et industrielles relatifs aux substances ou préparations et plantes ou parties de plantes classées comme stupéfiantes, sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé.*⁷⁹ » De ce fait, les médicaments classés sur liste I et II, avant d'être commercialisés, ont nécessité une autorisation expresse. De plus, l'article R.5132-84⁸⁰ du CSP rappelle la malléabilité des autorisations puisque à tout moment les « *plantes figurant aux tableaux de la convention unique du 30 mars 1961 sur les stupéfiants ou de la convention du 21 février 1971 sur les substances psychotropes, ainsi que de produits contenant de telles substances ou préparations, plantes ou parties de plantes peuvent être interdits, sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par arrêté du ministre chargé de la santé* ». Conformément à l'article, cette autorisation ne peut être octroyée qu'à une personne physique, sans antécédent de condamnation pour infraction à la réglementation des substances vénéneuses ou pour usage illicite de stupéfiants et les établissements pharmaceutiques dûment autorisés n'y dérogent pas⁸¹.

Concernant les stupéfiants, c'est le décret du 23 février 2016⁸² et ses articles R. 5132-74 à R. 5132-83 du CSP qui viennent donner les conditions de cette autorisation expresse. L'octroi de cette autorisation est de la compétence du directeur général de l'ANSM. Sur le site de l'ANSM, on peut trouver la demande d'autorisation pour ces substances avec toutes les informations nécessaires à son obtention.

La durée de validité de l'autorisation n'est pas limitée dans le temps. En revanche, elle présente une caducité résultant de son caractère personnel et de sa spécificité. Ainsi, le changement d'un de ses éléments induit une demande de modification auprès du directeur de l'Agence, accompagnée du formulaire qui atteste de l'autorisation en cours⁸³, excepté dans le cas du changement d'affectation

⁷⁹ Article R5132-74 du Code de la Santé Publique, Modifié par Décret n°2016-183 du 23 février 2016 - art. 2

⁸⁰ Article R5132-84 du Code de la Santé Publique, Modifié par Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5

⁸¹ BAUMEVIELLE (Marie), *Utilisation des substances vénéneuses dans l'industrie pharmaceutique*, Lexis Nexis, Fascicule 40, 10 septembre 2019

⁸² Décret n° 2016-183 du 23 février 2016 portant simplification des procédures administratives relevant de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le domaine des produits de santé, NOR: AFSP1528786D, Version consolidée au 08 avril 2020

⁸³ Article R. 5132-75 de Code de la Santé Publique

du pharmacien délégué au sein de la même entreprise, seulement soumis à un processus de notification.

Concernant les psychotropes, c'est le décret du 27 avril 2012⁸⁴ qui est compétent en la matière avec ses articles R.5132-88 et suivant du CSP. La réglementation de ces substances sont soumis à un processus d'autorisation comparable aux dispositions concernant les stupéfiants. Cependant, lorsque ces opérations sont relatives à des médicaments, l'autorisation d'ouverture nécessaire au fonctionnement des établissements pharmaceutiques tient lieu de cette autorisation pour le seul usage professionnel⁸⁵. Ainsi, une demande doit être formulée lorsque ces établissements mettent en œuvre des psychotropes en dehors du cadre des activités prévues par leur autorisation d'ouverture⁸⁶.

En matière de médicaments sur liste I et II, l'autorisation expresse rendu par l'ANSM atteste aussi de l'intérêt thérapeutique de ce produit.

L'intérêt thérapeutique des médicaments classés comme psychotropes ou stupéfiants semblent donc être suffisamment avéré pour permettre le passage d'une substance illicite à une substance licite. En effet, leur assimilation légal à un médicament ainsi que leur autorisation pour circuler sur le marché pharmaceutique viennent attester de cela. Ainsi, l'intérêt thérapeutique va venir expliquer la distinction juridique que l'on peut faire entre un produit pharmaceutique classé comme stupéfiant ou psychotrope et une substance illicite au sens des conventions des Nations Unies de 1961 et 1971. Cependant, les débats autour de certaines substances classés, comme les cannabinoïdes, viennent remettre en cause cela.

Chapitre 2: Le stupéfiant comme drogue illicite à l'intérêt thérapeutique discutable : l'exemple du cannabis thérapeutique

En Europe, il existe une large palette de nuances juridiques en matière de réglementation du cannabis, avec la recherche constante d'un équilibre entre le permissif et l'interdit et entre le thérapeutique et le récréatif. En France, cette substance est illicite, prohibé dans la loi et dans les moeurs, à laquelle les autorités de santé admettent plus facilement ses risques sur la santé que son intérêt thérapeutique. Pourtant, ce n'est pas le cas dans de nombreux pays voisins qui ont légalisé le cannabis à usage médical, comme l'Espagne, les Pays-Bas ou encore l'Allemagne. Cependant et depuis peu, le statut juridique du cannabis en France est progressivement en train de suivre la tendance en passant d'un usage prohibitif et d'une simple dérogation pour le cannabis delta 9-tétrahydrocannabinol (THC de synthèse) (section 1), à l'expérimentation du cannabis à usage médical (section 2). Ainsi l'intérêt thérapeutique du cannabis, bien que produit illicite, semble discutable.

⁸⁴ Décret n° 2012-597 du 27 avril 2012 relatif à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, NOR: ETSP1206945D, Version consolidée au 01 mai 2012

⁸⁵ Article R5132-8 du Code de la Santé Publique, Modifié par Décret n°2016-183 du 23 février 2016 - art. 2

⁸⁶ BAUMEVIELLE (Marie), *Utilisation des substances vénéneuses dans l'industrie pharmaceutique*, Lexis Nexis, Fascicule 40, 10 septembre 2019

Section 1: L'usage prohibitif du cannabis et ses strictes dérogations

Il existe une diversité de variété de cannabis, regroupé sous le nom de cannabinoïde, et pour lesquelles il existe des régimes juridique distincts (paragraphe 1). A l'heure actuelle, les dérogations existantes concernant l'usage du cannabis en France sont strictement encadrées et textuellement la seule espèce de cannabis à ne pas entrer dans ce régime prohibitif est le THC de synthèse (paragraphe 2).

Paragraphe 1: La diversité dans les variétés de cannabis et leur réglementation

Les cannabinoïdes sont un groupe de substances chimiques activant les récepteurs cannabinoïdes présents dans le corps humain. On distingue les cannabinoïdes végétaux (dits phytocannabinoïdes), pour lesquels il existe près de 70 variétés, et des cannabinoïdes endogènes (endocannabinoïdes), sécrétés par certains organismes animaux. Il existe aussi des cannabinoïdes synthétiques élaborés en laboratoire⁸⁷. Concernant les cannabinoïdes phytocannabinoïdes, ils sont initialement extrait de la plante Cannabis Sativa L, également appelé chanvre indien. Le cannabis peut contenir trois types de cannabinoïdes, dont trois particulièrement active pharmacologiquement. Le Tétrahydrocannabinol (THC) est le cannabinoïde le plus abondant et le plus présent dans la plante de cannabis et possède des propriétés psychoactives. Ensuite, le Cannabinol (CBN) est un cannabinoïde qui n'est pas présent dans la plante, ni produit directement par celle-ci, mais sa concentration augmente avec l'exposition à la lumière et à l'air étant donné qu'il s'agit d'un produit issu de l'oxydation du THC, cependant il est n'est pas psycho-actif⁸⁸. Enfin, le Cannabidiol (CBD) est un constituant majeur des cannabinoïdes du chanvre et n'est pas non plus psychoactif. L'expérimentation scientifique du cannabis répond à un objectif de lutte contre la douleur, qu'elle soit aiguë, inflammatoire ou chronique. La douleur étant réfractaire à de nombreux analgésiques, identifier de nouveaux agents pharmacologiques apparait comme une piste d'avenir, venant pourtant se heurter à la législation. Certaines propriétés thérapeutiques des cannabinoïdes sont d'ailleurs reconnues : anti-inflammatoire, anti-psychotique, anti-dépresseur...⁸⁹ Dans ce cadre, le cannabis est employé à titre thérapeutique et non récréatif, ce dernier mode de consommation n'étant pas approuvé par les autorités publiques en raison des effets néfastes d'une consommation trop élevée de stupéfiants.

En effet, l'article R.5132-86 du CSP⁹⁰ dispose que « *Sont interdits la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi : Du cannabis, de sa plante et de sa résine, des produits qui en contiennent ou de ceux qui sont obtenus à*

⁸⁷ Kalapa Clinic, « *Qu'appelle-t-on cannabinoïdes ?* », 30 juin 2016, consulté le 15 avril 2020, disponible sur : <https://www.kalapa-clinic.com/fr/types-cannabinoïdes/>

⁸⁸ Ibidem

⁸⁹ DESROCHES (Julie) et BEAULIEU (Pierre), *Système cannabinoïde et douleur : quelle place en thérapeutique ?*, Revue Médicale Suisse, volume 4, 18 juin 2008, page 1505-1513

⁹⁰ Article R5132-86 du Code de la Santé Publique, Modifié par Décret n°2013-473 du 5 juin 2013 - art

partir du cannabis, de sa plante ou de sa résine. Des tétrahydrocannabinols, à l'exception du delta 9-tétrahydrocannabinol, de leurs esters, éthers, sels ainsi que des sels des dérivés précités et de produits qui en contiennent. ». L'usage de cannabis sous toutes ses formes est strictement interdit, bien que le texte prévoit une exception (paragraphe 2). Il est intéressant de constater que le CSP insiste sur cette interdiction davantage que celle incombant aux autres substances illicites. En effet, cet article suit l'article R.5132-84⁹¹ qui interdit « *La production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi de substances ou préparations, de plantes ou parties de plantes figurant aux tableaux de la convention unique du 30 mars 1961 sur les stupéfiants ou de la convention du 21 février 1971 sur les substances psychotropes, ainsi que de produits contenant de telles substances ou préparations, plantes ou parties de plantes* », pourtant le cannabis entre dans la convention de 1961. Or, l'article R.132-86 met un point d'honneur à exclure le cannabis des autres substances, comme si cette dernière était plus interdite que les autres et nécessitait davantage d'être encadrée. En effet, on ne constate pas de texte exclusif à l'usage de la MDMA ou de la cocaïne par exemple.

Cela souligne le régime prohibitif et répressif qu'exerce la France à l'égard de son usage. On peut se demander si cette volonté du pouvoir législatif est dû à la forte consommation de cannabis en France comparé aux autres drogues. En effet, le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée, 10 fois plus que la cocaïne ou l'ecstasy et 55 fois plus que l'héroïne pour les consommations annuelles⁹².

Ainsi, le droit français exerce une politique répressive en matière d'usage du cannabis. En effet, l'article L3421-1 du CSP⁹³ puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende l'usage illicite de produit stupéfiants. Dans ce texte, on constate cependant qu'aucune distinction entre les substances est exercée. Dans le même esprit, le code pénal puni le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants de dix ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende⁹⁴. On remarque alors que le cannabis est soumis au même régime que toutes les autres drogues quant à sa prohibition et que l'article R.5132-86 du CSP semble donc être une exclusion d'ordre idéologique plus que juridique. De plus, la chambre criminelle de la Cour de Cassation définit le cannabis non pas par référence aux dispositions réglementaires du code de la santé publique, mais par référence à la convention internationale unique du 30 mars 1961⁹⁵.

Enfin, si cette classification détermine les conditions dans lesquelles l'usage de la drogue est licite ou illicite comme il a été vu précédemment, elle semble parfois manquer de précision. En effet, avec l'exemple du CBD, s'il est issu de la plante, il est considéré comme stupéfiant, en revanche le CBD synthétique est libre de commerce puisqu'aucun texte ne limite de façon stricto sensu son

⁹¹ Article R5132-84 du Code de la Santé Publique, Modifié par Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5

⁹² OFDT, Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues, consommation, usages en population général, mise à jour en janvier 2020, consulté le 16 avril 2020, disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>

⁹³ Article L3421-1 du CSP, Modifié par LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 - art. 71 (V)

⁹⁴ Article 222-37 du Code Pénal, Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002

⁹⁵ Cour de cassation - Chambre criminelle, 12 décembre 1984 / n° 84-92.896

usage. C'est là une limite de la législation sur les stupéfiants suite à laquelle certains produits échappent aux risques pénaux associés en fonction du rattachement de celui-ci à cette liste⁹⁶.

Paragraphe 2: L'encadrement stricte des dérogations et l'exception du THC de synthèse et du CBD

L'article R.5312-86 du CSP a été modifié par le décret du 5 juin 2013⁹⁷. En effet, jusque là, la seule dérogation possible à l'usage du cannabis, sans compter celui du CBD et du THC de synthèse, était accordés « *aux fins de recherche et de contrôle ainsi que de fabrication de dérivés autorisés par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.*⁹⁸ ». Cependant, les ATU était en nombre fort limité⁹⁹. L'article actuelle a rajouté « *Ne sont pas interdites les opérations de fabrication, de transport, d'importation, d'exportation, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition ou d'emploi, lorsqu'elles portent sur des spécialités pharmaceutiques contenant l'une des substances mentionnées aux 1° et 2° du présent article et faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché délivrée en France* »¹⁰⁰. Ainsi, sont donc désormais possibles les demandes d'AMM pour des médicaments à base de cannabinoïdes. Notons qu'il semble que l'usage envisagé retienne une dimension thérapeutique plutôt que médicale. Pourtant, l'application thérapeutique du cannabis a longtemps été débattue et, en 1994, le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) émettait l'idée que « *ces drogues ont peu ou pas d'application thérapeutique* »¹⁰¹. Les données de la science semblent malgré tout avoir évolué puisque l'usage du produit en question est aujourd'hui envisagé pour des applications assez nombreuses. En effet, les produits à base de cannabis semble être d'un particulier intérêt dans le traitement de la spasticité¹⁰² musculaire des patients souffrant de sclérose en plaques¹⁰³ (SEP). Ils sont aussi intéressant pour aider les malades à retrouver l'appétit, comme calmant pour remplacer un somnifère ou tout simplement comme anti-douleur. Des expérimentations animales et sur des cultures de cellule ont aussi permis de constater des répercussions positifs des cannabinoïdes sur les lymphocytes B et T¹⁰⁴. Enfin, leur effets néfastes sur le santé seraient pour la plupart peu importants

⁹⁶ BISIYOU (Yann), *Cannabis thérapeutique : stratégie pour une politique de santé publique*, LEH édition, Revue droit & santé n° 89, page 343 à 351

⁹⁷ Décret n° 2013-473 du 5 juin 2013, JO du 7 juin 2013, modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R.5132-86 du Code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés

⁹⁸ Article R5132-86 du Code de la Santé Publique, version en vigueur du 1 mai 2012 au 8 juin 2013

⁹⁹ VIALLA (François), *Tout est poison, rien n'est poison, c'est la dose qui fait le poison*, LEH édition, Revue droit & santé n° 55, page 648 à 649

¹⁰⁰ Article R5132-86 du Code de la Santé Publique, Modifié par Décret n°2013-473 du 5 juin 2013 - art. 1

¹⁰¹ CCNE, Rapport, Avis n°122, Recours aux techniques biomédicales en vue de « neuro-amélioration » chez la personne non malade: enjeux éthiques, 12 décembre 2013

¹⁰² Contractures musculaires douloureuses, définition Vidal

¹⁰³ VIALLA (François), *Tout est poison, rien n'est poison, c'est la dose qui fait le poison*, LEH édition, Revue droit & santé n° 55, page 648 à 649

¹⁰⁴ Cellule mononucléée du sang et des tissus lymphoïdes participant aux réponses immunitaires adaptatives, dictionnaire médical de l'Académie de médecine

et réversibles, se produisant uniquement avec des concentrations très élevées et dépassant de loin la dose nécessaire pour obtenir des effets psychotropes chez l'être humain¹⁰⁵. En effet, le système immunitaire humain est relativement résistant aux effets immunosuppresseurs des cannabinoïdes, et les résultats de la recherche autorisent l'utilisation thérapeutique du CBD chez des patients dont le système immunitaire est déjà affaibli par d'autres maladies comme le sida ou des cancers.

Cependant, un seul médicaments à base de cannabis disposent d'une AMM en France. Il s'agit du Sativex, qui a obtenu son AMM en janvier 2014, pour la spasticité dans la SEP, après échec des autres thérapeutiques. En revanche, ce médicament n'a toujours pas été commercialisé, faute d'un accord sur le prix entre la Haute Autorité de Santé (HAS) et le laboratoire Almirall (distributeur du Sativex), bien que la HAS préconise un avis favorable pour un taux de remboursement de 15% avec un SMR faible¹⁰⁶. En effet, le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) n'accepte pas l'offre proposé par les fabricant, le CEPS prônant le cout trop élevé de ce produit par rapport aux myorelaxants (baclofène, toxine botulique) actuellement disponibles et utilisés dans le soin de la SEP. Cependant, la ligue française contre la SEP atteste de l'inefficacité de ces médicaments et clament que « *le SATIVEX est un formidable espoir* » pour soulager leur spasticité qui est « *une contrainte dans chaque geste de la vie quotidienne* ». De plus, neuf autres pays européens (Royaume-Uni, Espagne, Italie, Danemark, Autriche, Norvège, Suisse, Liechtenstein) ont commercialisé ces médicaments et ont prouvé de leur efficacité¹⁰⁷.

On peut alors se demander si ce blocage ministérielle ne serait pas plutôt d'ordre idéologique qu'économique. En effet, les autorités de santé française autorisent par exemple la commercialisation de médicaments à base d'opium (morphine), tout aussi interdit que le cannabis à usage récréatif, mais n'ont pas encore débloquent la situation quant au médicament à base de cannabis. Cela prouve un régime prohibitif encre dans les autorités de santé, qui a dû mal s'émanciper.

Dans le même sens, la Cour de Cassation a statué quant à l'état de nécessité de l'article 122-7 du Code Pénal et l'usage du cannabis thérapeutique. En effet, l'état de nécessité peut être invoqué par les usagers de stupéfiants lorsqu'il s'agit de la seule solution trouvée pour réduire leur souffrance. La jurisprudence procède au cas par cas dans ces décisions. Ainsi, elle a par exemple été amenée à justifier la détention de cannabis pour un hémiplégique qui consommait du cannabis pour soulager ses douleurs¹⁰⁸. Aux yeux du juge, le cannabis thérapeutique ne demeure pas pour autant pénalement intouchable. En effet, l'état de nécessité n'a pas suffi à justifier la détention de cannabis

¹⁰⁵ Sénat, n°259, session ordinaire de 2001-2002, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs, par M. Christian Cabal député, annexe au procès-verbal de la séance du 21 février 2002

¹⁰⁶ Vidal, le site de référence des professionnels de santé, Commercialisation bloquée de SATIVEX : les patients-experts SEP interpellent Marisol Touraine, par Jean-Philippe Rivière, publié le 10 décembre 2015, consulté le 15 avril 2020, disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/18759/commercialisation_bloquee_de_sativex_les_patients_experts_sep_interpellent_marisol_touraine/

¹⁰⁷ Ibidem

¹⁰⁸ Cour d'appel de Papeete, 27 juin 2002, D., 2003, p. 584.

pour un prévenu estimant que le traitement classique qu'il poursuivait avait trop d'effets indésirables, car la consommation de cannabis n'était pas la seule solution envisageable en l'espèce¹⁰⁹. Ainsi, l'utilisation de cannabis thérapeutique reste extrêmement restreint en France.

La seule dérogation réellement possible quant à l'utilisation du cannabis en France est donc celui du CBD ou du THC de synthèse. En effet, aucune légalisation n'encadre l'utilisation du CBD. Ils doivent répondre à deux conditions cumulatives: seules les graines et les fibres peuvent être utilisées, l'utilisation des fleurs est quant à elle interdite, et la plante doit avoir une teneur inférieure à 0,2% en THC. Cela induit donc que, y compris pour le CBD, la substance doit provenir d'une fabrication synthétique. De plus, ce taux de 0.2 % de THC n'est pas un seuil de présence de THC dans le produit fini mais dans la plante elle-même, dans le produit fini ce taux doit être à 0. Ainsi, les produits à base de CBD commercialisés ne contiennent aucune trace de THC. Enfin, aucune vertu thérapeutique ne peut être revendiquée par les fabricants et aucune publicité allant en ce sens est autorisée, seul l'ANSM peut revendiquer l'intérêt thérapeutique d'un produit¹¹⁰.

Section 2: L'expérimentation du cannabis à usage médical

Historiquement, c'est l'affaire Robert Randall en 1976 qui marque la première reconnaissance juridique du cannabis thérapeutique aux Etats-Unies¹¹¹, et depuis bons nombres d'Etats ont suivi cette reconnaissance. Dans son article 43, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 prévoit pour la première fois qu'« à titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser l'usage médical du cannabis sous la forme de produits répondant aux standards pharmaceutiques »¹¹². Ce vote s'inscrit dans une séquence politique qui a débuté en juin 2018, après que la ministre de la santé, M^{me} Agnès Buzyn, a reconnu le retard français « en matière de recherche et de développement du cannabis médical »¹¹³. Ainsi, les autorités sanitaires s'orientent lentement vers une nouvelle politique de santé publique (paragraphe 1). En ce sens, l'ANSM et le pouvoir réglementaire vont mettre en place les conditions d'exploitation de ce nouvel usage (paragraphe 2).

Paragraphe 1: La lente progression vers une nouvelle politique de santé publique

¹⁰⁹ Cour de cassation, Chambre criminelle, 16 décembre 2015, pourvoi n° 14-86.860.

¹¹⁰ MILDECA, *Cannabidiol (CBD) le point sur la légalisation*, 11 juin 2018, consulté le 16 avril 2020, disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/cannabidiol-cbd-point-legislation>

¹¹¹ ZEESE (Kevin B.), *History of medical marijuana policy in US*, *International Journal of Drug Policy*, volume 10, 1999, page 319 - 328

¹¹² COLSON (Renaud), UMR CNRS 6297, *Cannabis thérapeutique : légalisation par la loi de financement de la sécurité sociale*, Recueil Dalloz 2020, page 21

¹¹³ Le Figaro, JALLIFFER (Cassandre), *Agnès Buzyn: le cannabis à usage thérapeutique «pourrait» arriver en France* », le 24 mai 2018 consulté le 17 avril 2020, disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/article/agnes-buzyn-le-cannabis-a-usage-therapeutique-pourrait-arriver-en-france/>

Pour la première fois en France, les autorités de santé ont reconnu l'intérêt qu'il pouvait y avoir à utiliser le cannabis dans un but médical. La principale difficulté, en termes de politique publique, consiste à préciser la définition que l'État entend donner au cannabis thérapeutique dans un contexte d'incertitude juridique sur la notion de stupéfiants.

En effet, deux écoles s'opposent quant à la notion de cannabis thérapeutique. L'ANSM entend par là rendre possible la commercialisation de médicament issu de la plante, alors que le Comité Scientifique Spécialisé Temporaire (CSST), qui est un groupe d'experts externes constitués expressément pour répondre à une problématique donnée, s'entend à commercialiser la plante de cannabis à l'exclusion des spécialités pharmaceutiques disposant d'une AMM ou d'une autorisation ATU. Autrement dit, l'un préconise la légalisation de la plante de cannabis, alors que l'autre autorise un médicament issu de la plante de cannabis¹¹⁴. Cependant, l'article 43 de la LFSS de 2020 démontre le prisme retenu. En effet, la loi parle bien d'« *usage médical du cannabis sous la forme de produits répondant aux standards pharmaceutiques* ». Cela montre ainsi la réticence des autorités de santé à donner le pas vers une légalisation de la plante de cannabis en tant que telle, même pour des fins médicamenteuses.

Parallèlement à cela, le communiqué de l'ANSM du 22 janvier 2019 relatif aux risques associés à la consommation de CBD illustre l'enjeu de cette problématique : les patients utilisent déjà le cannabis et ses dérivés. La question n'est donc pas de savoir s'il faut l'autoriser, les patients se passent de cette autorisation, mais de savoir comment répondre à leur demande afin d'éviter un surrisque aux patients¹¹⁵. En effet, les malades les mieux informés contournent l'obstacle en s'approvisionnant dans des officines étrangères grâce à une prescription médicale de leur médecin français. Les moins chanceux sont condamnés à des peines de prison pour avoir cultivé leur propre cannabis ou pour se l'être procuré sur le marché illégal. Quant au plus grand nombre de ceux qui pourraient bénéficier de cette thérapeutique, ils en sont tout simplement privés¹¹⁶. Cette situation apparaît de moins en moins justifiable à mesure que s'accumulent les preuves des vertus médicales du cannabis et que se multiplient les programmes nationaux d'accès à ce produit en Europe et dans le reste du monde¹¹⁷.

C'est dans ce contexte que l'article 43 de la LFSS a été voté. L'objectif principal de la phase expérimentale est d'évaluer, en situation réelle, les recommandations du Comité en matière de conditions de prescription et de délivrance et l'adhésion des professionnels de santé et des patients à ces conditions. Son objectif secondaire est de recueillir des premières données françaises

¹¹⁴ BISIQU (Yann), *Cannabis thérapeutique : stratégie pour une politique de santé publique*, LEH édition, Revue droit & santé n° 89, page 343 à 351

¹¹⁵ Ibidem

¹¹⁶ COLSON (Renaud), UMR CNRS 6297, *Cannabis thérapeutique : légalisation par la loi de financement de la sécurité sociale*, Recueil Dalloz 2020, page 21

¹¹⁷ Observatoire Européen des drogues et de la toxicomanie, Rapport national sur les drogues, 2018

d'efficacité et de sécurité. Ainsi, le Comité recommande les modalités de mise à disposition du cannabis à visée thérapeutique durant cette phase d'expérimentation¹¹⁸.

Paragraphe 2: Les conditions d'exploitation du nouvel usage du cannabis médical

L'ANSM invite le CSST à définir les prescripteurs, le circuit de distribution et de délivrance, les modalités d'administration, les formes pharmaceutiques, les dosages et la concentration en principe actif dispensés¹¹⁹. Ainsi, le CSST dans son projet d'expérimentation va éclaircir ces points, qui seront étudiés respectivement dans le présent paragraphe (A et B).

Cette expérimentation s'étendra sur deux ans : six mois de mise en place, puis six mois d'inclusion des patients, six mois de suivi des patients avec remise d'un rapport intermédiaire et six mois d'analyse des données et enfin remise à l'ANSM du rapport définitif par le Comité scientifique pluridisciplinaire mis en place pour l'expérimentation. Les professionnels de santé auront accès à l'évolution de ce projet.

A. Le médicament mis à disposition, les modes d'administration, les ratios et les posologies

La base du médicament sera à base de fleur séchées de cannabis et d'extrait de la plante, on ne sera donc plus dans la production de cannabinoïde synthétique comme c'était le cas pour la fabrication du Sativex ou de l'Epidiolex. La forme du médicament dépendra du temps de son effet : pour les effets immédiats il sera préconisé par voie sublingual ou inhalé (huile et fleurs séchées pour vaporisation ...) et pour les formes à effet prolongé ce sera par voie orale (solution buvable et capsules d'huile...). Cinq ratios THC:CBD sont établies: 1:1, 1:20, 1:50, 5:20 et 20:1. Ce ratio est la quantité de THC dans le cannabis par rapport à la quantité de CBD et cela affecte la façon dont les cannabinoïdes interagissent avec le corps. Le ratio 1:1 signifie qu'il aura autant de CBD que de THC¹²⁰, 1:20 signifie qu'il y a 20 fois plus de teneur en CBD qu'en THC. Ainsi, on autorise avec cette expérimentation des médicaments à base de plante de cannabis avec une teneur en THC vingt fois plus élevé que la teneur en CBD. La dose prescrit sera à la responsabilité du médecin en adaptant la posologie jusqu'à obtention de la dose minimale efficace et/ou d'effets indésirables tolérables par le patient.

B. Les conditions de prescription et de délivrance

Le traitement sera initié par des médecins volontaires, formés préalablement sur une plateforme spécifique et exerçant dans des structures de référence. Le médicament sera prescrit par

¹¹⁸ ANSM, Comité scientifique spécialisé temporaire, Evaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France : cannabis à visée thérapeutique, Projet d'expérimentation, 27 juin 2019

¹¹⁹ BISIQU (Yann), *Cannabis thérapeutique : stratégie pour une politique de santé publique*, LEH édition, Revue droit & santé n° 89, page 343 à 351

¹²⁰ Zamnesia, *Comprendre l'importance des différents ratios CBD:THC*, 6 mai 2017, consulté le 16 avril 2020, disponible sur : <https://www.zamnesia.fr/blog-les-bienfaits-des-differents-ratios-cbd-thc-n1323>

le même médecin jusqu'à la stabilisation du patient. Cependant un relai entre médecin sera possible après la stabilisation du patient sous accord des deux médecins.

Le médicament sera prescrit uniquement si il n'y a pas d'autres alternative thérapeutiques et que les médicaments à base de cannabinoïdes déjà existant ne fonctionnent pas.

Enfin, il devra renseigner obligatoirement son patient sur un registre national électronique de suivi des patient mis en place par l'ANSM. Ce registre recueille et analyse les effets indésirables et l'efficacité du cannabis à visée thérapeutique. Il aura pour objet principal d'évaluer l'expérimentation.

L'intérêt thérapeutique du cannabis est donc attesté dans de nombreux pays européens et la France commence, bien que timidement, à suivre cette tendance. Si on est encore loin de la légalisation de la plante de cannabis à des fins thérapeutique, le projet d'expérimentation se détache doucement des carcans idéologiques des autorités sanitaires concernant le cannabis. En effet, le THC synthétique laisse place au THC et CBD issu de la plante directement. Ainsi, la France commence a attesté de l'intérêt thérapeutique du cannabis. Cependant, la plante en tant que telle ne reste toujours pas légale de consommation, puisque c'est le médicament issu de sa plante qui l'est. On peut alors en conclure, que malgré l'intérêt thérapeutique finalement avéré de ce produit, cela ne semble pas suffisant pour que la qualification juridique de ce dernier puisse passer de drogue illicite à drogue licite avec autant de facilité que les autres médicaments psychotropes ou stupéfiants.

Ainsi, l'intérêt thérapeutique semble être un critère beaucoup trop flou pour distinguer la substance psychotrope et stupéfiante licite de l'illicite. En effet, sur ce seul critère, les produits sont parfois substantiellement assimilables mais disposent pourtant d'une qualification juridique différente: les opioïdes et les cannabinoïdes disposent tout deux d'un intérêt thérapeutique, pourtant le premier dispose d'une qualification juridique hybride et l'autre reste dans le champs du stupéfiant purement illicite. Si ce critère ne permet pas une distinction entre les produits illicites et les médicaments psychotropes et stupéfiants, il permet encore moins d'établir une définition juridique du produit illicite. En effet, il serait faux de dire que ce dernier ne dispose pas d'intérêt thérapeutique, comme le démontre l'exemple du cannabis.

En revanche, l'intérêt thérapeutique ne saurait exister sans son critère jumeau : le risque pour la santé publique. Ce dernier vient établir de façon plus précise la distinction entre les deux produits puisque toute substance est constamment évaluée, que ce soit dans sa phase d'expérimentation jusqu'à sa prescription, entre son rapport bénéfice/risque pour la santé.

Titre 2: Le risque pour la santé publique : un facteur déterminant dans la définition entre médicament classé comme stupéfiant et psychotrope et substance illicite

Les médicaments classés comme psychotropes et stupéfiants, bien qu'utilisés dans l'industrie pharmaceutique, ne sont pas sans risque. En effet, prenons l'exemple de l'actiskenan, un

médicament morphinique. Ce dernier est décrit comme un antalgique puissant qui contient de la morphine et qui est utilisé contre les fortes douleurs, celle du cancer notamment. Cependant, on peut lire dans ses effets indésirables : somnolence, nausées, vomissements, confusion des idées, excitation, cauchemars, difficulté respiratoire et l'exposition à un risque de dépendance¹²¹. Concernant ce médicament, la notice rajoute que le risque de dépendance est faible par voie orale dans les conditions normales d'utilisation médicale. Ainsi on peut souligner deux choses : que l'évaluation du risque sur la santé par rapport aux bénéfices thérapeutiques a été déterminé suffisamment intéressant pour commercialiser ce médicament et que le droit de la santé établi de façon stricte l'utilisation médicale qui doit en être faite. Parallèlement, cela signifie donc que les risques encourus lors de la prise de produits illicites demeurent trop dangereux pour la santé, en plus de l'intérêt thérapeutique du produit qui ne lui a pas été avéré. Dans ce cas de figure, le risque est alors établi par rapport au produit (chapitre 1).

Cependant, bien que l'utilisation de ces médicaments soient très encadrées, cela n'empêche pas l'utilisation de ces produits de façon détournée : non plus à des fins utilitaires mais à des fins récréatives. Dans la logique précédente, la prise de ces médicaments s'établie dans un lien thérapeutique, pour soigner une personne malade, alors qu'ici la prise du produit s'est éloigné de son but thérapeutique initial. A l'inverse, certaines substances psychotropes interrogent parfois sur sa dimension utilitaire, et donc de leur risque pris dans un cadre hors récréatif. Ici, on sort complètement du cadre thérapeutique puisque la prise de ces substances s'établie sur des personnes non malades, dans un but non thérapeutique mais avec une dimension de recherche de bénéfice. Dans ces deux cas de figure, le notion du risque prend alors une autre dimension et le comportement du consommateur intervient alors comme une limite à cette évaluation bénéficié/risque. Dans ce sens, le risque n'est pas établi par rapport au produit, mais par rapport à la façon dont ce dernier est consommé (chapitre 2).

Chapitre 1: Le risque évalué selon le produit : l'évaluation du risque sur la santé par rapport aux bénéfices thérapeutiques

Pour les médicaments psychotropes et stupéfiants, il a été évalué que leur intérêt thérapeutique était suffisamment intéressant pour faire prendre aux patients les possibles risques de ces médicaments. Leur utilisation vont alors être très encadré par le droit de la santé et être intégré dans un système de pharmacovigilance (section 1). En revanche, les substances illicites ont été classées comme ayant un risque trop grand sur la santé par rapport à leur intérêt. Ainsi, leur utilisation est considéré comme de la toxicomanie, soit une maladie, contre lequel les politiques publiques tentent de lutter par le biais des substitues (section 2). En effet, un consommateur de drogue est, dans notre système français, « *un malade qu'il convient de soigner et un délinquant qu'il y a lieu de punir.* ¹²²»

¹²¹ Vidal, EurekaSanté, ACTISKENAN, mise à jour le 19 mars 2020, consulté le 23 avril 2020, disponible sur : <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp210-ACTISKENAN.html>

¹²² Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

Section 1: La pharmacovigilance

La pharmacovigilance « a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits mentionnés à l'article L. 5121-1. »¹²³ selon le CSP. Ainsi, on peut la définir comme le dispositif intervenant après la commercialisation du médicament et dont l'objectif est de recueillir toutes les informations révélées par « l'évolution des connaissances scientifiques et par la confrontation du médicament avec la vraie vie ¹²⁴ ». C'est donc un instrument essentiel dans la garantie de sécurité en matière d'utilisation des médicaments pour les patients.

Cette instrument dispose de deux outils afin de prévenir des risques pour la santé : du signalement des effets indésirables, qui est le premier outil de régulation des risques pour la santé (paragraphe 1) et la prescription qui demeure le meilleur outil de régulation de ces risques (paragraphe 2).

Paragraphe 1: Le signalement des effets indésirables comme premier outil de régulation des risques pour la santé

La pharmacovigilance doit tout d'abord être distingué de la pharmacodépendance qui a été instituée pour surveiller l'utilisation de produits stupéfiants et psychotropes. En effet, la pharmacodépendance s'applique exclusivement « aux substances ou plantes ayant un effet psychoactif, ainsi qu'aux médicaments ou autres produits en contenant, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac ¹²⁵ ». Cependant l'organisation de la pharmacodépendance est calquée sur celle de la pharmacovigilance¹²⁶. Ainsi, la pharmacovigilance est le meilleur système en terme d'évaluation du risque du médicament par rapport à son bénéfice thérapeutique. Ce qui permet l'efficacité d'un tel système est le dispositif de signalement mis en place par l'ANSM et les trente-et-un centres régionaux de pharmacovigilance présents sur le territoire. En effet, ce dispositif oblige en premier lieu au signalement des effets indésirables suspectés d'être dus à un médicament ou produits mentionné à l'article R.5121-150 du CSP y compris en cas de surdosage, de mésusage, d'abus et d'erreur médicamenteuse. Ensuite ces informations sont recueillies puis évaluées dans un but de prévention et de réduction de ces risques¹²⁷. Cette obligation de signalement pèse auprès de tous les professionnels de santé et chaque exploitant d'un médicament dispose d'un service de pharmacovigilance. Le non respect de cette obligation peut entraîner une sanction financière¹²⁸.

L'instauration en France d'un tel système a été initié après l'affaire du Médiator. C'était un médicament destiné à soigner des patients diabétiques, utilisé par certain comme coupe faim pour perdre du poids, mais qui a causé de grave maladies et a conduit aux décès de patients. De ce fait, sa

¹²³ Article L5121-22 du CSP, Créé par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 28

¹²⁴ CALVO (Julian), *La responsabilité du fait des effets secondaires des produits de santé*, LPA, 16 février 1999, page 14

¹²⁵ Article R5132-98 du CSP

¹²⁶ MENDOZA (Alexandra), *Médicament et droit : droit français et européen*, Belgique, Larcier, page 201

¹²⁷ Ibidem

¹²⁸ L5421-8 du CSP, Créé par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

commercialisation a été arrêté en 2009¹²⁹. On peut en conclure que ce dispositif permet donc de retirer du marché des médicaments dont le risque pour la santé a été jugé trop important par rapport au bénéfice thérapeutique. Le critère du risque a donc une valeur supérieure à celui de l'intérêt thérapeutique et semble donc être le critère de distinction entre un médicament sur liste I et II et un produit illicite : le danger pour la santé de ces médicaments commercialisés n'est pas supérieur aux bénéfices qu'ils apportent.

C'est en ce sens que le Mépronizine et le Noctran ont vu par exemple leur AMM retirés par l'ANSM (à l'époque Agence Française de sécurité sanitaire et des produits de santé (Afssaps)) respectivement le 10 janvier 2012 et le 20 octobre 2011¹³⁰. C'était des somnifères indiqués depuis 1988 dans l'insomnie sévère chez l'adulte contenant pour l'un du méprobamate (liste I des médicaments psychotropes, anxiolytique) et de l'acéprométazine (antihistaminique phénothiazinique) et pour l'autre du clorazépate dipotassique (benzodiazépine, liste I), de l'acépromazine (neuroleptique phénothiazinique) et de l'acéprométazine. L'afssaps a déclaré que l'association des substances actives expose à un cumul des risques d'effets indésirables graves tels que coma, chute, état confusionnel, dyskinésies et à un risque de décès en cas de surdosage¹³¹. En effet, il y avait la persistance d'un mésusage avec le non-respect de la durée de traitement et de la posologie recommandée ainsi qu'un risque, potentiellement fatal, encouru par les patients en cas de surdosage volontaire. De plus, un syndrome de dépendance a été révélé quant à ces substances puisque l'Afssaps a recommandé vivement un arrêt progressif du médicament afin d'éviter les effets d'un syndrome de sevrage¹³². Les motifs du retrait de ces deux médicaments ont été conduits après un réexamen des données d'efficacité et de sécurité qui ont considéré que le rapport bénéfice/risque de ces spécialités était désormais défavorable. Ainsi, cela démontre que le risque trop élevé d'une substance prime sur son intérêt thérapeutique et que c'est cette évaluation du bénéfice/risque qui permet la légalité ou non d'une substance.

Cependant, ce critère du risque doit être analysé selon une échelle de dangerosité. En effet, la principale substance active dans les médicaments pré-cités était le clorazépate, pourtant cette substance est toujours utilisée dans un traitement anxiolytique : le Tranxen. Comme précédemment, ce médicament présente des risques d'état confusionnel avec une sensation d'ivresse, possible amnésie rétrograde ou encore agressivité. Cependant malgré ces risques, le pronostic fatal n'étant pas engagé, la commercialisation de ce médicament, et donc de cette substance active, reste possible. On retrouve la même logique avec le Stinlox, médicament à base de zolpidem, substance

¹²⁹ MENDOZA (Alexandra), *Médicament et droit : droit français et européen*, Belgique, Larcier, page 201

¹³⁰ ANSM, Communiqué, Retrait de l'AMM de Noctran® et de Mépronizine®, 27 mai 2011

¹³¹ Afssaps, Mise au point sur l'arrêt des hypnotiques Conduite à tenir dans le contexte du retrait du Noctran® et de la Mépronizine®, juillet 2011

¹³² Dictionnaire médical de l'Académie de médecine 2020: En toxicologie, privation plus ou moins rapide du toxique habituel, dont le tabac, dans une cure de désintoxication. Le sujet est alors dans un état de manque qui nécessite un traitement particulier, souvent à l'aide d'une substance de même type que celle utilisée auparavant mais impliquant un moindre degré d'accoutumance (ex. méthadone, nicotine).

classée sur liste I depuis 2002¹³³, et qui est utilisé dans le traitement de l'insomnie mais pouvant entraîner des dépendances physique et psychique. En effet, l'ANSM a mené deux enquêtes sur le zolpidem depuis 1993 et a mis en évidence des cas de pharmacodépendance « *chez des utilisateurs chroniques dans une utilisation thérapeutique, mais à doses élevées* » et « *chez des patients qui l'utilisent dans le cadre d'un mésusage ou d'un abus* ». Des utilisations dans un but de soumission chimique ("drogue du violeur") ont également été rapportées. Aussi, dès 2011, la commission des stupéfiants et des psychotropes de l'ANSM a proposé de prescrire le zolpidem sur ordonnance sécurisée¹³⁴. Malgré tout ces risques, les médicaments à base de zolpidem dispose toujours d'une AMM.

On peut alors en conclure que seul le risque fatal, ou presque, permet de rendre défavorable l'évaluation bénéfice/risque, permettant d'enlever une AMM à des médicaments classés sur liste I et II. De plus, les autres retraits d'autres médicaments non psychotropes ou stupéfiants vont aussi en ce sens (Médiateur, Vioxx¹³⁵, Distilbène...).

Ainsi, en terme de médicaments psychotropes et stupéfiants, il faut que le risque soit très élevé pour que ces derniers soient retirés du marché. Cependant, la substance active des dits médicaments peuvent continuer d'être prescrite sous d'autre forme (clorazépate). De ce fait, cette évaluation bénéfice/risque post AMM par le biais des signalement n'est pas suffisante pour garantir l'efficacité de ce système de pharmacovigilance puisqu'il n'empêche pas le risque, ou alors trop tard. Le régime strict de leur prescription est alors le principal régulateur du risque pour la santé, le danger étant limité n'ont pas par la substance en elle même mais par la manière dont cette dernier est consommée.

De plus, on peut en conclure que la distinction entre médicament psychotropes et stupéfiants et produits illicites, à dangerosité égal, ne s'établit pas en fonction du risque par la substance en tant que telle mais par la possibilité de mesurer ce risque, via la prescription. En effet, des substances illicites tel que, par exemple, la cocaïne, provoquent exactement les mêmes risques de dépendance et de surdose que le faisait le Noctran ou comme le font encore certains médicaments analgésiques utilisés aujourd'hui comme le fentanyl (cent fois plus puissant que la morphine).

Ainsi, la seule différence entre ces deux types de produit est qu'une substance illicite, par définition, ne peut être prescrite et ainsi sa dangerosité ne peut en aucun moyen être régulé, contrairement aux médicaments stupéfiants ou psychotropes.

Paragraphe 2: La prescription comme meilleur outil de régulation des risques pour la santé

Ces médicaments, bien qu'ils soient assimilés sur une même liste, disposent de réglementations distinctes en matière de prescription et de délivrance, qui viennent s'ajouter aux réglementations communes énoncées aux articles R.5132-3 à R132-14 du CSP (la prescription doit indiquer le nom, la qualité du prescripteur, la durée etc...). De plus, l'ensemble des médicaments ou

¹³³ Arrêté du 15/07/2002 modifiant l'arrêté du 22/02/1990 fixant la liste des substances psychotropes – J.O. du 23/07/2002

¹³⁴ Sciences et Avenir (avec AFP), *Somnifère Stilnox : une réglementation proche de celle des stupéfiants*, publié le 12 janvier 2017

¹³⁵ Anti-inflammatoire

préparations stupéfiantes font l'objet d'un double contrôle sanitaire, tant au stade de la prescription que de la délivrance, étant ainsi sous la responsabilité à la fois du médecin et du pharmacien. Ainsi, le CSP dispose d'une sous section 2 dans son chapitre « *substances et préparations vénéneuses* » concernant la prescription et la délivrance spécifique aux psychotropes de la liste I et II (B) et d'une sous section 3 concernant la prescription et la délivrance spécifique stupéfiants (A). Dans tout les cas, ils sont soumis à une prescription obligatoire ou sur ordonnance sécurisé (annexe 5)

A. Prescription et délivrances spécifiques aux stupéfiants

La prescription du médicament par le médecin est soumis à des conditions de forme et de fond plus précisées par les textes que pour les médicaments psychotropes en vu de leur dangerosité, dans le but d'éviter tout surdosage et abus. Tout d'abord, il est interdit de prescrire et de délivrer des substances classées comme stupéfiants lorsqu'elles ne sont pas contenues dans une spécialité pharmaceutique ou une préparation¹³⁶. Cela signifie que l'on ne peut pas distribuer ces substances en nature et qu'aucune ordonnance ne pourrait prescrire de l'opium en vrac par exemple. Ensuite, le prescripteur doit indiqué en toutes lettres le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises et le dosage, les doses ou les concentrations de substances et le nombre d'unités ou le volume s'il s'agit de préparations¹³⁷.

De plus, la prescription ne doit pas dépasser vingt-huit jours. Aussi, cette durée peut être fractionné et le prescripteur mentionne sur l'ordonnance la durée de traitement correspondant à chaque fraction. Toutefois, il peut aussi exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention « *délivrance en une seule fois* »¹³⁸. Le but est toujours de limité les abus et d'adapter la forme du médicament avec un usage thérapeutique. Dans la même idée, une nouvelle ordonnance ne peut être établie ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement par mention portée sur l'ordonnance indiquant le chevauchement¹³⁹. Une seule exception existe, celle du Temgésic (buprénorphine), dont le chevauchement d'ordonnance est autorisé. En effet, le régime des substitues aux stupéfiants peut être différent sous certain aspect.

Les prescripteurs ne peuvent détenir pour leur usage professionnel des médicaments classés comme stupéfiants que dans la limite d'une provision pour soins urgents, déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. De plus, un relevé trimestriel indiquant le nom des praticiens, la nature et les quantités des médicaments délivrés est adressé par le pharmacien d'officine à l'inspection régionale de la pharmacie dont il relève¹⁴⁰.

Enfin, le renouvellement d'ordonnance de médicaments stupéfiants est interdit, même si cela reste possible pour certain médicament comme le Rivotril (clonazépam), pouvant être prescrit jusqu'à 12

¹³⁶ Article R5132-29 du CSP, Modifié par Décret n°2007-596 du 24 avril 2007 - art. 1 JORF 26 avril 2007

¹³⁷ Article R5132-29 du CSP, Modifié par Décret n°2007-596 du 24 avril 2007 - art. 1 JORF 26 avril 2007

¹³⁸ Article R5132-30 du CSP, Modifié par Décret n°2007-157 du 5 février 2007 - art. 5 JORF 7 février 2007

¹³⁹ Article R5132-33 du CSP, Modifié par Décret n°2007-157 du 5 février 2007 - art. 5 JORF 7 février 2007

¹⁴⁰ Article R5132-31 du CSP, Modifié par Décret n°2007-596 du 24 avril 2007 - art. 1 JORF 26 avril 2007

semaines et le Temgesic et le Buccolam pouvant être prescrits jusqu'à 12 mois¹⁴¹ en raison du fait qu'ils soient des substitues à d'autres stupéfiants. Cela vise à empêcher certaines pratique de renouvellement abusif par correspondance et chaque nouvelle prescription est soumise à un réexamen du malade. La Cour de Cassation vérifie rigoureusement le respect de la règle de réexamen préalable à chaque renouvellement¹⁴².

La délivrance des médicaments classés comme stupéfiants est elle aussi soumise à des conditions très rigoureuses. Tout d'abord, une ordonnance prescrivant des médicaments stupéfiants ne peut être exécutée dans sa totalité que si elle est présentée dans les trois jours suivant la date d'établissement ou suivant la fin de la fraction précédente. Si elle est présentée au-delà de ce délai, elle ne peut être exécutée que pour la durée de la prescription restante¹⁴³. Le pharmacien doit alors déconditionner la spécialité pour délivrer précisément le nombre d'unités thérapeutiques restant. Une copie de toute ordonnance comportant la prescription d'un ou plusieurs médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à leur réglementation doit être conservée pendant 3 ans par le pharmacien¹⁴⁴, sauf pour le Zolpidem, pourtant prescrit sur ordonnance sécurisé depuis le 10 avril 2017. Ensuite, si le porteur de l'ordonnance est inconnu du pharmacien, celui-ci doit demander une justification d'identité dont il reporte les références sur le registre. Il est tenu d'enregistrer le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance si celui-ci n'est pas le malade¹⁴⁵. Enfin, toute entrée et toute sortie de substances et de médicaments classés comme stupéfiants sont inscrites sur un registre papier ou enregistrées par un système informatique spécifique¹⁴⁶.

B. Prescription et délivrance spécifiques aux psychotropes de la liste I et II

La prescription et la délivrance de ces médicaments sont encadrés de façon beaucoup moins strictes que précédemment. En effet, un seul texte régleme la prescription et dispose simplement que leur prescription ne peut être supérieur à douze mois. Cependant l'arrêté du 7 octobre 1991 fixe la liste des médicaments pour lesquelles cette durée peut être réduite entre deux et quatre semaines en raison de leur effet psychoactif¹⁴⁷. On retrouve a cet effet plus d'une vingtaine d'anxiolytique ou de somnifère tel que le zolpidem.

De plus, le droit de la santé établi une distinction pour la délivrance des médicaments de la liste I et ceux de la liste II, l'un étant considéré comme regroupant des médicaments toxiques et l'autre regroupant des médicaments étant dangereux. La délivrance d'un médicament relevant de la liste I

¹⁴¹ Thèse, KIHM (Régine), *Evaluation de la conformité des prescriptions de médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants*, Thèse présenté pour le diplôme d'Etat Mention Médecine Générale, année 2018

¹⁴² Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 10 janvier 1984, n°8394414

¹⁴³ Article R5132-33 du CSP, Modifié par Décret n°2007-157 du 5 février 2007 - art. 5 JORF 7 février 2007

¹⁴⁴ Article R5132-35 du CSP, Modifié par Décret n°2007-157 du 5 février 2007 - art. 5 JORF 7 février 2007

¹⁴⁵ Ibidem

¹⁴⁶ Article R5132-36 du CSP, Modifié par Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5

¹⁴⁷ Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite, NOR: SANM9102309A, Version consolidée au 25 avril 2020

ne peut être renouvelée que sur indication écrite du prescripteur précisant le nombre de renouvellements ou la durée du traitement alors que la délivrance d'un médicament relevant de la liste II peut être renouvelée lorsque le prescripteur ne l'a pas expressément interdit¹⁴⁸.

Cependant, bien que ce régime soit plus souple, l'article R.5132-23 du CSP dispose que « *Les conditions de prescription, de détention ou de distribution des médicaments relevant des listes I et II peuvent, pour des motifs de santé publique, être soumises en totalité ou en partie aux dispositions de la sous-section 3* ». Cela signifie que pour des raisons de santé publique, certains médicaments psychotropes peuvent être soumis aux mêmes dispositions que les médicaments stupéfiants. Le terme de « santé publique » n'est pas défini dans le texte mais selon l'essence du code du CSP on peut l'interpréter comme l'exposition du patient à un risque trop élevé pour sa santé.

Au vu de toutes ces réglementations, la prescription et la délivrance de ces médicaments sont donc le meilleur outil de régulation en terme de risque pour la santé. Ainsi, tant qu'une substance reste dans son cadre thérapeutique, le risque sur la santé semble maîtrisé. Cependant on peut s'interroger sur son efficacité puisque selon une étude exercée dans les officines du Bas-Rhin en 2018, seulement 54% des ordonnances recueillies réunissent tous les critères analysés et sont donc jugées conformes avec la réglementation sur les stupéfiants¹⁴⁹. Cela vient remettre en question l'évaluation de risque sur la santé. En effet, si ces médicaments ne sont pas consommés dans le strict respect de leur prescription, cela peut mettre en grave danger le patient. Par exemple 72 000 personnes sont décédées en 2017 suite à une consommation dérivée d'antidouleur opioïdes (codéine, morphine, tramadol, oxycodone...)¹⁵⁰.

Bien qu'il y ait un risque de dérive, la prescription de ces médicaments restent toutefois autorisés, contrairement aux produits illicites qui, pour être régulés de leur danger, la santé publique n'a pas d'autre moyen que la lutte contre la toxicomanie et la substitution d'un stupéfiant illicite à un stupéfiant licite.

Section 2: La substitution d'une drogue illicite à une drogue licite comme outil de lutte contre la toxicomanie

L'objectif de la présente section n'est pas de présenter la politique de lutte contre la toxicomanie dans son ensemble (partie 2, titre 1), mais d'exposer l'un des moyens de cette lutte qui consiste à substituer une drogue illicite à une autre drogue, mais licite. En effet, cette politique constitue à penser que les drogues illicites sont nettement plus risquées pour la santé que les drogues licites. Ainsi, ce système appartient à une logique de soin. La consommation de l'héroïne ou de tout autres opiacés à des fins récréatives est le meilleur exemple de l'utilisation de cette outil. En effet, la méthadone et la buprénorphine semble présenter moins de risques pour la santé que la

¹⁴⁸ Article R5132-22 du CSP

¹⁴⁹ Thèse, KIHM (Régine), *Evaluation de la conformité des prescriptions de médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants*, Thèse présentée pour le diplôme d'Etat Mention Médecine Générale, année 2018

¹⁵⁰ Le Figaro, THIBERT (Cécile), *Médicaments opiacés: en France, une consommation sous étroite surveillance*, le 29 septembre 2019

consommation de l'héroïne, il est alors intéressant de s'intéresser au contexte et à leur régime de prescription (paragraphe 1) et d'en étudier leur efficacité (paragraphe 2).

Paragraphe 1: Le contexte et le régime de prescription de la méthadone et de la buprénorphine

L'héroïne ou diamorphine est un ester de la morphine (opiacé), découvert en 1898 par Heinrich Dreser, un chimiste allemand de l'industrie pharmaceutique Bayer. Dès sa découverte, cette industrie a fait du terme d'héroïne une marque protégée afin de pouvoir mettre en vente cette substance en tant que médicament antitussif¹⁵¹. A l'origine, elle est présentée comme « *dépourvue de propriété d'accoutumances, d'une manipulation très aisée et par dessus tout, la seule capable de guérir les morphinomanes.* »¹⁵². Ainsi, on constate que les addictions aux opiacés ne sont pas nouvelles et ont toujours tentées d'être soignées par des substitues. Il est curieux d'observer qu'à une période de l'histoire, l'héroïne est pu être perçu comme un substitut aux opiacés, alors qu'aujourd'hui elle est la drogue opioïde par excellence et pour laquelle on cherche des substitues. En tout logique, l'héroïne apparait alors rapidement comme une substances extrêmement dangereuse. En effet, elle est cinq fois plus toxique que la morphine¹⁵³ et exerce une action beaucoup plus brutale. Selon l'Académie nationale de la médecine¹⁵⁴, l'héroïne et les opiacés en général ont des actions sédatives, analgésique mais surtout euphorisante avec une sensation de détente physique et mentale, rêveries agréables, visions à yeux fermés, sentiment d'intelligence élargie ou sous forme de « *flash* » provoquant un véritable « *orgasme mental et physique* ». Le problème est qu'elle déclenche ensuite un état d'euphorie morphinique qui prend rapidement une forme négative avec un soulagement du besoin. En effet, la sensation de manque et de dépendance psychique et physique apparait. Ce manque se déclare sous la forme de larmoiement, sueurs, prurit, douleurs et crampes musculaires, spasmes viscéraux, impatiences, anxiété, recherche du toxique, agitation, etc. On est alors très loin du constat qui avait été prononcé lors de sa découverte. L'usage de l'héroïne a connu un développement considérable dans les années soixante, a tel point que le droit français des stupéfiants à avant tout été conçu pour limiter l'usage de cette drogue¹⁵⁵. Ainsi, son usage se situe parmi les substances qui font l'objet de la prohibition la plus rigoureuse et est éliminé de toute thérapeutique depuis 1971¹⁵⁶.

Conçu alors dans une politique de réduction du risque, la prescription de produit de substitutions fait aujourd'hui partie intégrante du dispositif français de prévention de la toxicomanie. Le principe

¹⁵¹ BISIYOU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, page 498

¹⁵² Ibidem

¹⁵³ Ibidem

¹⁵⁴ Rapport Sénat, n°259, session ordinaire de 2001-2002, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs, CABAL (Christian), annexe au procès-verbal de la séance du 21 février 2002

¹⁵⁵BISIYOU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, page 499

¹⁵⁶ Ibidem

est que plutôt que de laisser le consommateur s'approvisionner grâce au trafic de stupéfiant avec ses effets pervers, l'Etat préfère lui fournir des opiacés licites pour se substituer à sa consommation, et ainsi permettre une potentiel guérison. C'est la circulaire du 31 mars 1995 qui fixe le cadre « *des traitements de substitutions pour les toxicomanes dépendants aux opiacés* »¹⁵⁷.

Deux traitements substitutifs sont alors autorisés: la méthadone et la buprénorphine (plus connu sous le nom de Subutex). La prescription de la méthadone est plus encadrée que celle de la buprénorphine, en effet cette dernière étant classé sur liste I alors que la méthadone est un stupéfiant.

Ainsi, la méthadone ne peut être prescrite que pour une durée de quatorze jours et ne dépassant pas une dose de 1mg/kg. De plus, tous les médecins ne peuvent pas prescrire ce médicament puisque c'est réservé aux médecins exerçant en centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou aux médecins exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes¹⁵⁸. C'est donc un produit très spécifique et dangereux.

De ce fait, la plupart des praticiens ont plutôt tendance à prescrire de la buprénorphine, qui n'est pas un stupéfiant mais un psychotropes et pour laquelle la réglementation est plus souple. A ce titre, à la fin de 1995 il n'y avait que cinquante toxicomanes bénéficiaires d'un programme de substitution, aujourd'hui le subutex concerne 85 000 personnes. Ce médicament peut être prescrit sur vingt-huit jours et non quatorze et par tous les médecins¹⁵⁹. Dans les deux cas, une même prescription ne peut être renouvelé, même si un médecin compétent peut prescrire ces médicaments sans limitation dans le temps.

Cependant, même si la prescription de ces substitues réduit de façon spéculaire le nombre globale d'overdose en France, l'objectif de lutte contre le risque de toxicomanie tient à être remis en cause. En effet, entre 2010 à 2016, les médicaments de substitution aux opiacés sont les principales substances impliquées dans les décès par surdoses (46 % en 2016) devant l'héroïne (26 %). Les nombres de décès liés à ces deux substances varient de façon opposée. Ainsi, lorsque l'implication de l'héroïne diminue, celle de ces médicaments augmentent¹⁶⁰.

Paragraphe 2: L'efficacité des substitues aux opiacés

Depuis l'introduction des traitements de substitution en France, des usages non thérapeutiques de buprénorphine haut dosage (BHD) et de méthadone se sont développés. Ce processus a été accentué par la pénurie d'héroïne observée au début des années 2010, notamment dans le sud de la France où sa raréfaction a correspondu à une hausse des détournements de médicaments opioïdes¹⁶¹. Le prix moyen du comprimé de 8 mg de Subutex est de seulement 4 €

¹⁵⁷ Ibidem

¹⁵⁸ HAS, Commission de la transparence, Avis pour le CHLORHYDRATE DE METHADONE, 29 février 2012

¹⁵⁹ ANSM, Conditions de prescription et de délivrance des médicaments « assimilés stupéfiants », 7 décembre 2012

¹⁶⁰ CEIP-A de Grenoble, Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances, 2016

¹⁶¹ Observatoire Européen des drogues et de la toxicomanie, Rapport national sur les drogues, 2018

selon le réseau Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues de l'OFDT (TREND) en 2016, alors que l'héroïne coûte 40€ le gramme¹⁶².

*Le problème est qu'il existe un excès de l'usage du subutex « dont il semble que les pouvoirs publics ne se préoccupent que fort peu. Or, il est clair que ce produit qui est une drogue génère un trafic qui apparaît d'ailleurs dans les statistiques de la police nationale. Dans les faits le refus de prescription par un médecin est impossible. Or, on constate parfois vingt prescriptions/jour pour un seul patient dont certains vivent de ce trafic. Quelques médecins consultés par votre Rapporteur se sont montrés très choqués de l'activisme de certains visiteurs médicaux sur ce produit qui, à leurs yeux, et à ceux de votre Rapporteur, ne devrait faire l'objet d'aucune publicité car, nous en arrivons à voir des prescriptions à des non-consommateurs ce qui est pour le moins consternant. »*¹⁶³.

Ainsi, l'utilisation de Subutex ou de méthadone pose problème lorsque ces produits sont consommés hors cadre de leur prescription ou sans être accompagné d'un projet thérapeutique. En effet, bien que cela soit difficile à évaluer, il semblerait que des toxicomanes débutent avec ces produits. De plus, il existe aujourd'hui une trop grande focalisation sur la diminution des risques, mais en oubliant l'existence d'un but final de sortie de la dépendance. La politique de prévention des risques est critiquable si le système conduit à une maintenance dans leur état de toxicomane. Dans une conférence de consensus l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé souligne qu'il « ne faut pas confondre : le traitement de substitution, qui est un traitement à part entière : AMM, prescription médicale, respect par le patient des règles de prescription et autonomie dans la gestion de ce traitement ; et le mésusage du produit de substitution qui s'inscrit dans le continuum d'une conduite toxicomaniaque. L'instauration d'un traitement de substitution suppose comme préalable une alliance thérapeutique spécifique. Ce traitement s'inscrit dans la durée et n'a pas comme objectif son interruption ».

A la lecture de ces informations, la politique de lutte contre la toxicomanie consiste à remplacer une drogue par une autre, et cela ne s'avère pas sans risque. En effet, les substitues aux opiacés utilisés dans un but non thérapeutique engendrent les mêmes risques pour la santé que l'héroïne. Ainsi, il n'existe aucune grande différence entre l'héroïne et ces substitues, ni substantiellement ni par rapport à leur risque pour la santé. La seule différence, même si elle n'est pas des moindres, est que l'un résulte d'un trafic légal et que l'autre provient d'un trafic illégal, permettant alors aux risques pour la santé d'être régulés, mais non d'être supprimés. Encore faudrait-il pour rendre cette régulation efficace que le consommateur respecte à la lettre ce qui lui a été prescrit. Ainsi, pris dans un cadre hors thérapeutique, une drogue licite et illicite ne disposent d'aucune différence d'un point de vue du risque sur la santé et déclarer que l'une est plus dangereuse que l'autre semble faux.

¹⁶² OFDT, Synthèse thématique : héroïne et autres opioïdes, octobre 2018, consulté le 26 avril 2020, disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/#sd>

¹⁶³ Rapport Sénat, n°259, session ordinaire de 2001-2002, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs, CABAL (Christian), annexe au procès-verbal de la séance du 21 février 2002

En outre, les prescriptions sécurisées ou le régime des substitues aux opiacés peuvent réguler les risques sur la santé mais ne peuvent pas les empêcher. On peut alors en conclure que concernant les drogues, le danger provient certes de la substance en elle même, mais surtout du comportement du consommateur. En effet, lorsque la morphine est utilisé à l'hôpital par exemple, prescrite par un médecin afin de soulager la douleur d'un patient, le consommateur n'est pas considéré comme un toxicomane. En revanche, lorsque cette même substance est utilisée à des fins récréatives, le consommateur devient un toxicomane. Ainsi, plus on s'éloigne du but thérapeutique pour lequel un produit a été conçu, plus on agrandit le risque sur la santé. La définition de drogue illicite et sa différence avec médicament stupéfiant et psychotrope, ne tient donc pas dans l'existence d'un intérêt thérapeutique ou d'un risque pour la santé uniquement, mais à la façon dont le produit est consommé.

Chapitre 2: Le risque évalué par rapport au comportement du consommateur : limite de l'évaluation bénéfique/risque

Les médicaments psychotropes ou stupéfiants, pris hors cadre thérapeutique, semble alors présenter les mêmes risques pour la santé que des produits illicites. En effet, lorsque le Subutex n'est plus utilisé afin de soigner d'une dépendance aux opiacés, mais devient la source de dépendance et de surdose, le comportement du consommateur vient alors remettre en cause la notion de risque sur la santé tel qu'il a été présenté précédemment. L'utilisation de médicaments à des fins récréatifs représente alors un réel danger sur la santé, on parle dans ce cas de pharmacodépendance (section 1). A l'inverse, certaines substances illicites pourraient, dans certaines conditions de consommation, inverser leur ratio risque/bénéfice. En effet, l'héroïne par exemple est employée en Suisse dans le cadre d'un programme de réduction des risques destiné aux personnes les plus dépendantes depuis 1997, ou encore le LSD pour lequel certain scientifique tente de lui trouver une application en psychiatrie¹⁶⁴. Cependant, dans ce cas de figure, on reste encore dans une certaine logique de soin. En revanche, la consommation de psychotropes à des fins de performance sort complètement de ce cadre. Si le dopage chez les sportifs n'est pas une notion nouvelle, le dopage intellectuel se répand de plus en plus. Par ailleurs, une étude publiée dans la revue *Nature* en 2008 révélait qu'un scientifique sur cinq s'aidait déjà de petits « *coups de pouce* » cognitifs¹⁶⁵. Brouillant les frontières entre drogues illicites et médecine de confort, ces *lifestyle drugs*¹⁶⁶ ont largement colonisé le paysage des pays développés, laissant place à dopage intellectuelle avec un usage des stupéfiants à des fins utilitaires (section 2).

Section 1: La pharmacodépendance : l'usage des médicaments à des fins récréatives

¹⁶⁴ BISIYOU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, pages 500 à 532

¹⁶⁵ MAHER (Brendan), *Poll Results : look who's doping*, *Nature*, 2008, n°452, page 674-675

¹⁶⁶ DE PAUW (Emilie), *Le dopage cognitif : signification et enjeux*, *Journal International de Bioéthique*, 2011/3 Volume 22, pages 78 à 92

Il a précédemment été analysé que les substitues aux opiacés pouvaient présenter les mêmes risques pour la santé que les opiacés consommés à l'origine par l'individu dépendant. Cependant, il peut sembler logique qu'une drogue qui en remplace une autre présente des risques pour la santé. En revanche, quid des opioïdes prescrit en vue de soulager la douleur et qui causent de grave risque sur la santé ? En effet, le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'antalgiques opioïdes obtenus sur prescription médicale a augmenté de 15 à 40 hospitalisations pour un million d'habitants entre 2000 et 2017¹⁶⁷.

Bien qu'un système de lutte contre la pharmacodépendance existe, il demeure une difficile conciliation entre soulagement de la douleur et gestion du risque de la dépendance (paragraphe 1). Le meilleur exemple a cela est l'usage problématique des des opioïdes forts tels que le fentanyl, l'oxycodone et le sulfate de morphine (paragraphe 2).

Paragraphe 1: La difficile conciliation entre soulagement de la douleur et gestion du risque de la dépendance

Le CSP distingue trois notions : l'addictovigilance, la pharmacodépendance et la pharmacovigilance. Pour rappel la pharmacovigilance est « *la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments (...)*¹⁶⁸ ». L'addictovigilance est « *la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque des cas d'abus, de dépendance et d'usage détourné liés à la consommation, qu'elle soit médicamenteuse ou non, de tout produit, substance ou plante ayant un effet psychoactif, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac.* ¹⁶⁹ ». Enfin, la pharmacodépendance est « *l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable, dans lesquels l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire* » ainsi que « *l'usage détourné, la consommation d'un médicament à des fins récréatives, ainsi que sa prescription, son commerce ou toute autre utilisation à des fins frauduleuses ou lucratives.*¹⁷⁰ ». Ainsi, la pharmacovigilance concerne la surveillance de tout les risques pour la santé liés à tous les médicaments, l'addictovigilance est la gestion des risques des abus et de la dépendance de tous produits psychoactifs (médicament ou non) et la pharmacodépendance est la gestion de ces mêmes risques et abus spécifiquement lié aux médicaments psychoactifs.

Contrairement à la la pharmacovigilance, les définitions de la pharmacodépendance et l'addictovigilance sont relatives aux comportement de l'individus, alors que la première notion est relative aux produits. Le droit de la santé distingue donc bien les risques liés aux produits, étudié précédemment, et les risques liés aux comportements. En effet, les autorités de santé ont conscience que, bien que les médicaments et notamment ceux psychotropes et stupéfiants, soient efficaces d'un point de vu thérapeutique, ces derniers comportent un risque extrinsèque au produit, à savoir d'une

¹⁶⁷ ANSM, État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, février 2019

¹⁶⁸ Article L5121-22 du CSP, Créé par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 28

¹⁶⁹ Article L5133-1 du CSP, Modifié par Ordonnance n°2017-51 du 19 janvier 2017 - art. 1

¹⁷⁰ Article R5132-97 du CSP, Modifié par Décret n°2017-885 du 9 mai 2017 - art. 6

part l'usage détourné de ces médicaments et d'autre part le risque de dépendance. En outre, l'article R.5132-97 du CSP décrit la dépendance comme un comportement qui s'exprime par le désir obsessionnel de se procurer, de prendre ou de rechercher de façon permanente et prioritaire les dites substances, pouvant aboutir à leur auto-administration et constituant un problème de santé publique. Le code de la santé publique distingue aussi en cet article la dépendance de l'abus, qui est l'utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente des substances psychoactives et ayant des conséquences préjudiciables à la santé physique ou psychique. Enfin, l'article établit les risques liés à ces abus ou ces dépendances qui sont soit le décès (il est utilisé le terme de léthal, faisant ainsi référence au décès lié par la surdose du produit), soit la mise en danger de la vie du consommateur qui peut se traduire par une invalidité ou une incapacité, par la provocation ou prolongation d'une hospitalisation ou par la manifestation d'une anomalie ou d'une malformation congénitale.

Le meilleur exemple des risques liés à la pharmacodépendance est celui des médicaments opioïdes, pour lequel il existe une recherche constante d'équilibre entre gestion de la douleur et gestion du risque de dépendance causé par ces produits.

L'amélioration de la prise en charge de la douleur constate une priorité de santé publique en France, notamment avec la mise en place depuis 1998 d'une succession d'action en vue de lutter contre la douleur et l'utilisation des médicaments opioïdes ont largement continué à l'amélioration de cette prise en charge. Cependant, ces médicaments sont associés à des dommages sanitaires graves liés à leur potentiel élevé d'abus et de dépendance et faisant l'objet de mésusage¹⁷¹. En effet, la part des cas de mésusage a plus que doublé entre 2006 et 2015 selon le réseau d'addictovigilance. De plus, le taux d'intoxication aux antalgiques opioïdes a augmenté de 44/10 000 à 87/10 000 entre 2005 et 2016. Les substances les plus impliquées dans ces intoxications sont le tramadol pour les opioïde faible et la morphine et l'oxycodone pour les opioïdes forts. Enfin, on trouve parmi les décès par surdoses une part non négligeable de personnes de plus de 50 ans, ce qui ne correspond pas au profil habituel des usagers de drogues. En effet, une partie des décès par surdose d'opiacés ne survient pas chez des usagers de drogues mais correspond à des décès accidentels ou dans un contexte de soins palliatifs¹⁷². Il est alors intéressant de constater que le surdosage provient d'une pharmacodépendance induite par une prescription de traitement opiacé, démontrant ainsi les hauts risques sur la santé de ces médicaments.

A l'issue de deux cas clinique de 2018, il a été rapporté que deux patients auxquels il été soumis une dose de 20mg de morphine toutes les 4h dans le but de soulager des douleurs, sans antécédents psychiatriques, présentaient des signes d'addiction qui se manifestaient par la prise d'opioïdes en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue, par le temps passé à des activités nécessaires pour obtenir les opioïdes, ou encore l'envie irrésistible d'en consommer¹⁷³. Si la morphine est un opioïdes forts, ces effets indésirables sont identiques pour les

¹⁷¹ ANSM, État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, février 2019

¹⁷² OFDT, Évolution du nombre de décès par surdose depuis 1985, novembre 2019

¹⁷³ SHADILI (Gérard), ALTHABEGOÏTY (Alice), Pharmacodépendance induite par une prescription de traitement opiacé au long cours : réflexion autour de deux cas, L'Information psychiatrique, Volume 94, 2018, page 841-850

opioïdes faibles. À titre d'exemple, lors de l'étude DANTE (une Décennie D'ANT-algiques En France). Il était demandé à quatre-vingt-quinze patients qui prenaient de la codéine tous les jours ou plusieurs fois par semaine, s'ils ressentait des effets indésirables. Plus du tiers d'entre eux ont répondu "oui". Les effets indésirables cités sont la somnolence, les nausées, la constipation et les douleurs abdominales. Neuf patients ont cité d'autres effets indésirables dont trois des effets psychoactifs (dépendance, accoutumance ou manque)¹⁷⁴. Quant au tramadol, substance la plus consommé, 50 % des syndromes de sevrage concernent des prises à doses thérapeutiques, parfois même pendant une période très courte. Ainsi, au fur et à mesure de la consommation de ces médicaments, la logique de soin disparaît et laisse place à une utilisation récréatives, et donc dangereuse.

Outre la consommation de ces substances par des patients, ces derniers sont aussi consommés par des toxicomanes, sans aucune intention de soin initiale. En effet, l'observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse (OPPIDUM) est une étude annuelle réalisée auprès d'usagers de drogues fréquentant des structures de soins spécialisées en addictologie et il s'avère que les usagers de cette étude sont en majorité dépendants aux opioïdes. Depuis 2006, les différentes enquêtes OPPIDUM mettent en évidence l'augmentation de la part de consommation d'antalgiques opioïdes passant de 2,8% en 2006 à 4,6% en 2017¹⁷⁵.

Ainsi, les antalgiques opioïdes les plus consommés (codéine, tramadol, poudre d'opium, sulfate de morphine, oxycodone, fentanyl), font l'objet d'une surveillance par les Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - Addictovigilance (CEIP-A), réseau d'addictovigilance de l'ANSM. De plus, afin de lutter aux mieux contre ces risques, plusieurs actions sont mises en place par l'ANSM pour favoriser le bon usage de ces médicaments. Tout d'abord il y a la volonté de renforcer l'information sur ces médicaments et d'adapter leur prescription et leur encadrement. En effet, il s'avère que les ordonnances sont parfois un facteur d'abus. Les ordonnances suspectes - indicateurs d'abus possible (OSIAP) permet alors de recueillir et analyser les ordonnances suspectes. Ainsi on retrouve : le vol d'ordonnance, la falsification, la prescription non conforme à la législation, une écriture suspecte, une incohérence, une ordonnance de complaisance, un rajout de médicament, une posologie anormale ou un chevauchement d'ordonnances. Sur la période 2010-2017, 616 ordonnances suspectes auraient été déclaré pour le tramadol par exemple¹⁷⁶. Enfin, l'ANSM met un point d'honneur à renforcer l'informations quant aux dangers des ces antalgiques, aussi bien pour les professionnels que pour les patients. En effet, si on sait que les drogues illicites sont clairement dangereuses et qu'à cet effet leur consommation ne concerne qu'une faible parti de la population, à l'inverse les patients font, à raison, confiances aux professionnels de santé qui leur prescrive ces médicaments sans leur permettre de les responsabilisé aux dangers auxquels ils

¹⁷⁴ ANSM, État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, février 2019

¹⁷⁵ Ibidem

¹⁷⁶ Ibidem

s'exposent. Il serait alors de bonne augure de responsabiliser les consommateurs et prescripteurs face à cela : ce n'est pas parce que c'est licite qu'il faut être naïf du potentiel danger.

Malgré une surveillance des risques d'abus et de dépendance et l'existence d'un système d'addictovigilance (partie 2, titre 1, chapitre 2), la pharmacodépendance constitue le principal risque lié à la consommation de opiacés, qu'elle soit issue de prescription ou de la toxicomanie. Cette utilisation est d'autant plus forte lorsqu'il s'agit d'opiacés forts comme le fentanyl, l'oxycodone et le sulfate de morphine.

Paragraphe 2: L'usage problématique des opioïdes forts (fentanyl, oxycodone et le sulfate de morphine)

Contrairement au tramadol ou à la codéine qui sont délivrés sur ordonnance simple, les opioïdes forts comme le fentanyl, l'oxycodone et le sulfate de morphine sont utilisés principalement dans le soin de douleur intense ou de douleur cancéreuse et délivrés sur ordonnance sécurisée, signe d'une exposition à des risques sur la santé supérieure.

Entre 2006 et 2017, l'oxycodone est l'antalgique opioïde dont la consommation a le plus fortement augmenté (+ 738 %). En 2017, il est le deuxième antalgique opioïde fort consommé, très proche de la morphine. En parallèle, entre 2006 et 2015, la part des notifications impliquant l'oxycodone rapportées au réseau d'addictovigilance est en constante augmentation avec une accentuation du phénomène en 2013. Dans 31,6% de ces notifications, la consommation de ce produit venait d'une prescription, contre 7% pour des consommations purement récréatives. Le sulfate de morphine est l'antalgique opioïde fort le plus consommé en ville et ayant le taux de notifications le plus important, en particulier la spécialité Skénan qui représente 81 % des notifications. Comme précédemment, une part de ces personnes dépendants proviennent des prescriptions et l'autre de la toxicomanie¹⁷⁷.

La consommation d'opioïdes la plus préoccupante reste cependant le fentanyl. En effet, d'un point de vue du risque sur la santé, il est difficile de concevoir qu'un médicament 470 fois plus puissant¹⁷⁸ que la morphine, dont la dose létale est de 2mg¹⁷⁹, puisse être commercialisé. Rappelons à titre comparatif que l'héroïne est « seulement » cinq fois plus puissante que la morphine. C'est ce qu'on appelle un médicament à marge thérapeutique étroite (MMTE). Il s'agit d'un médicament dont la dose minimale efficace est très proche de la dose maximale tolérable par le patient, c'est-à-dire de sa dose toxique. Il en résulte que la plus minime des variations de sa composition peut entraîner des effets indésirables, potentiellement graves. Cependant, si la notion de MMTE est théoriquement connue, son application juridique est plus complexe. En effet, en France et dans l'Union

¹⁷⁷ Ibidem

¹⁷⁸ LECA (Antoine), LAMI (Arnaud), *De la nécessité d'une définition réglementaire pour les médicaments à marge thérapeutique étroite : l'exemple du fentanyl*, LEH Edition, Revue Générale du droit, 2017, page 113 à 124

¹⁷⁹ MOREIRA (M.), HUGHES (B.), STORI (C.), ZOBELI (F.), *Drug policy profile : Portugal*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011

européenne, il n'existe pas de définition juridique de la notion¹⁸⁰ et aucun texte ne met en accord les divergences de réglementation quant à ce type de produit. En effet, les réglementations que l'on retrouve en France par rapport à cette notion sont très éparses et ne concernent que des points très précis (la prescription des génériques par exemple, ou la publicité de tel médicament). Cette notion rentre simplement dans le champs des médicaments à risque, au même titre que tous les autres médicaments psychotropes ou stupéfiant. Cependant, compte tenu de la dangerosité du médicament, établir une réglementation différente ne serait sans doute pas de trop.

Il existe de façon d'administrer le fentanyl : le fentanyl transmuqueux, c'est à dire par administration buccal ou nasale, pour une action rapide, et le fentanyl transdermique, c'est à dire par patch et pour une action prolongé. Ces deux prises confondues, dans 25% des notifications, les effets indésirables sont d'une grand gravité (hypotension artérielle, coma, dépression respiratoire, décès), en plus de l'état de pharmacodépendance.

L'exemple des opioïdes forts et surtout du fentanyl laisse interroger sur la notion du risque. En effet, la commercialisation de ce médicament ne semble pas avoir posé de problème alors qu'à l'inverse, la simple expérimentations des médicaments cannabinoïdes n'a pas été simple. Pourtant, les risques sur la santé semble bien moins important concernant les cannabinoïdes que cet opioïde, ce dernier n'entraînant déjà pas une mort direct. Cela montre alors que l'utilisation des drogues dans l'industrie pharmaceutique résulte certes de critère relatif au produit, mais aussi de critère relatifs à la culture et à une idéologie (partie 2). Dans le cas contraire, si seul le risque sur la santé ou l'intérêt thérapeutique comptait, le fentanyl se verrait sans doute supprimer des officines. En effet, même si ce n'est pas comparable au cas de la France, aux Etats-Unies le fentanyl est devenu la première cause de décès par surdose¹⁸¹.

En conclusion, au delà du produit en lui même, le plus gros risque pour la santé est alors le comportement de dépendance. Ce critère semble alors joué comme une limite dans l'évaluation bénéfique/risque des médicaments. Une même substance, alors qu'elle dispose d'effet bénéfique pour la santé, peut devenir tout aussi meurtrière qu'une substance illicite. Finalement, seul la façon dont le produit est consommé compte. Il n'est donc pas illégitime de se poser la question concernant les drogues illicites : consommées en dose limitée et contrôlée, ne seraient-elles pas tout aussi dangereuses, voir bénéfiques, qu'une drogue licite ?

Section 2 : Le dopage : l'usage des stupéfiants à des fins utilitaires

Précédemment, soit on était dans une logique de soin qui a dérivée, soit dans une toxicomanie d'origine, comportement cependant considéré encore aujourd'hui comme une maladie.

¹⁸⁰ LECA (Antoine), LAMI (Arnaud), *De la nécessité d'une définition réglementaire pour les médicaments à marge thérapeutique étroite : l'exemple du fentanyl*, LEH Edition, Revue Générale du droit, 2017, page 113 à 124

¹⁸¹ France Culture, *Le fentanyl devient la première cause d'overdose aux États-Unis et inquiète l'Europe*, MAUERHAN (Faustine), le 21 décembre 2018

Même si la prise de ces médicaments s'éloignait d'une logique thérapeutique, le consommateur restait quelqu'un de malade. Dans la présente section, on sort complètement de ces deux champs : ce n'est ni une personne malade, ni dans un but thérapeutique. En l'espèce, la substance est consommée par une personne non malade, dans un but non thérapeutique, mais de performance. Afin de mieux comprendre le dopage intellectuel (paragraphe 2), il est nécessaire d'appréhender la notion mère du dopage : le dopage physique (paragraphe 1).

Paragraphe 1: Le dopage physique

Dans le code de la santé publique, le dopage est du ressort de l'univers sportif. En effet, l'article L.3525-1 du CSP dispose que « *Les dispositions relatives à la lutte contre le dopage, prises dans l'intérêt de la santé des sportifs, figurent au titre III du livre II du code du sport.* ». Ainsi, aucune disposition n'envisage le dopage intellectuel.

Jusqu'à l'ordonnance du 23 mai 2006¹⁸², l'article L.3631-1 du CSP donnait une définition précise de ce qu'était le dopage « *Il est interdit, au cours des compétitions et manifestations sportives organisées ou autorisées par des fédérations sportives ou en vue d'y participer d'utiliser des substances et procédés de nature à modifier artificiellement les capacités ou à masquer l'emploi de substances ou procédés ayant cette propriété.* ». La liste de ces substances étaient énumérées par la convention contre le dopage signée à Strasbourg le 16 novembre 1989¹⁸³.

Aujourd'hui, la mention « *de nature à modifier artificiellement les capacités* » a disparu, ainsi il n'existe plus de définition législative interne du dopage et le code du sport interdit le dopage sans expliquer clairement de quoi il en ressort. La définition du dopage est du ressort du droit international, par le code mondial antidopage adopté en 2003 et est entré en vigueur en 2004, révisé en 2015¹⁸⁴. L'article 1 de ce dit code définit le dopage comme « *une ou plusieurs violations des règles antidopage énoncées aux articles 2.1 à 2.10 du Code.* ¹⁸⁵ ». On constate alors que le dopage résulte de la simple consommation de substances interdites, sans référence à une notion d'amélioration des capacités. Ainsi, en ce même sens, l'article L.232-9 du code du sport dispose qu'« *est interdite la présence, dans l'échantillon d'un sportif, des substances figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa du présent article, de leurs métabolites ou de leurs marqueurs (...).* ». Cette liste est établie selon la convention internationale contre le dopage dans le sport, adoptée à Paris le 19 octobre 2005¹⁸⁶. Dans cette liste, on en retrouve une première concernant les substances interdites en permanence (agents anabolisants, hormones de croissance, bêta-2 agonistes¹⁸⁷ etc...) ainsi que les méthodes interdites en permanence comme la manipulation du sang par exemple. Une seconde liste concerne les substances et méthodes interdites uniquement en compétition et c'est

¹⁸² Ordonnance n°2006-596 du 23 mai 2006 - art. 5 JORF 25 mai 2006 en vigueur le 1er février 2006

¹⁸³ Article L3631-1, Modifié par Loi n°2006-405 du 5 avril 2006 - art. 8 JORF 6 avril 2006, Abrogé par Ordonnance n°2006-596 du 23 mai 2006 - art. 5 JORF 25 mai 2006 en vigueur le 1er février 2006

¹⁸⁴ Code mondial antidopage, 2015, Agence mondial antidopage

¹⁸⁵ Ibidem

¹⁸⁶ Article L230-2 du Code du sport, Modifié par Ordonnance n°2015-1207 du 30 septembre 2015 - art. 2

¹⁸⁷ Traitement des bronchoconstrictions (asthme)

dans cette liste que l'on retrouve les stupéfiants comme la cocaïne, le fentanyl ou toute forme de cannabinoïde, regroupé sous le nom de stimulants et narcotiques¹⁸⁸.

Ainsi, le dopage est, selon l'article 2 du Code mondial antidopage, la violation des règles antidopage à savoir la présence d'une substance interdite, de ses métabolites ou de ses marqueurs dans un échantillon fourni par un sportif, l'usage ou tentative d'usage par un sportif d'une substance interdite ou d'une méthode interdite etc... En résumé, tout ce qui a un lien de loin ou de près avec une quelconque consommation d'une substance interdite par le dit code par un sportif relève du dopage.

Le but de cette politique est de protéger le droit fondamental des sportifs, promouvoir la santé et garantir aux sportifs du monde entier l'équité et l'égalité dans le sport¹⁸⁹. La rédaction de la convention de 2005 dispose quant à elle que « *le sport doit jouer un rôle important dans la protection de la santé, dans l'éducation morale, culturelle et physique et dans la promotion de la compréhension internationale et de la paix* » et établit les conséquences du dopage sur « *la santé des sportifs, le principe du franc-jeu, l'élimination de la fraude et l'avenir du sport.* ». Outre la santé du sportif qui est évidemment pris en compte, l'enjeu éthique du sport est le second objectif principal de la lutte anti dopage. En effet, « *le dopage sportif peut être considéré comme une rupture de contrat, le sport et surtout le sport de compétition est fortement institutionnalisé par des fédérations qui émettent des règles. Quand on pratique une compétition on est censé remplir un contrat qui a été signé avec les fédérations et les organisateurs. Dans une culture sportive qui repose sur la vérité des chiffres et le respect de la règle, le dopage est donc une négation de la vérité et une transgression de la règle.*¹⁹⁰ », aucune référence ici à la santé du sportif.

Il est aussi intéressant de constater la disparition de l'idée d'amélioration des capacités, et de réduire le dopage à la simple consommation de substances interdites. Parmi ces substances, rappelons que certaines d'entre elles ne sont pas, en soit, et contrairement aux stupéfiants, dangereuses pour la santé puisqu'on retrouve des hormones comme la testostérone. De plus si certains sportifs meurent de manière précoce avec le sous-entendu que c'est lié à l'usage de produits ou techniques dopantes, cela n'a jamais été démontré¹⁹¹. Enfin, si le dopage était interdit uniquement sous couverture de la santé des sportifs, les stupéfiants seraient interdits en permanence et pas uniquement pendant les compétitions sportives.

Ainsi, le dopage physique n'est pas interdit uniquement parce qu'il peut être potentiellement dangereux, mais parce que ce serait éthiquement inconcevable. Dans la même idée, la suppression de la mention précitée va dans le sens d'une politique internationale anti-drogue : établir que les drogues permettent de « *modifier artificiellement les capacités* » serait implicitement admettre que ces substances illicites pourraient nous être bénéfiques. Pourtant les conséquences à court terme

¹⁸⁸ Code mondial antidopage, Liste des interdictions, janvier 2020, Agence mondiale antidopage

¹⁸⁹ Ibidem

¹⁹⁰ GALLIEN (Claude-Louis), *Sports et dopage : quelques témoignages*, Revue générale du droit, Hors-série, 2012-2013, 36 pages

¹⁹¹ TAMPERE (Klass), *Les recommandations du Comité consultatif national d'éthique sur les enjeux éthiques de la « neuro-amélioration »* LEH édition, Revue droit & santé n° 60, page 1427 à 1431

semblent, pour certaines substances, indiquer une réelle amélioration physique du sportif¹⁹². Or ce constat ne serait pas éthiquement, politiquement et idéologiquement concevable.

Le problème aujourd'hui c'est que ces conceptions éthiques sont progressivement en train de prendre un autre tournant dans la doctrine scientifique et philosophique. Le Professeur Jean-Noël Missa, directeur de recherches au Fonds nationale belge de la recherche scientifique a énoncé lors d'une conférence sur la question du dopage « *L'agence mondiale anti-dopage (AMA) à la fin des années 1990 mène une politique de tentative d'éradication du dopage. Elle présente souvent cette lutte comme une lutte du bien contre le mal et seule cette position qui vise à l'éradication doit être jugée éthique (...). L'AMA ne s'interroge pas nécessairement sur le bien fondé de cette politique et ne prend pas nécessairement en compte les effets pervers de cette politique. Comprenez-moi bien, je ne suis pas ici hostile à la politique de l'AMA, je ne suis pas non plus favorable à une légalisation du dopage. Je suis un romantique et donc je pense que dans un monde idéal, ce serait beaucoup mieux que les sportifs participent à des compétitions sans prendre de produits dopants. Malheureusement nous ne vivons pas dans un monde idéal. Je pense qu'il doit y avoir un vaste débat de société sur ces questions, impliquant bien sûr les sportifs, mais sans préjugés et sans réponses simples ou simplistes.* ¹⁹³». La question du dopage relève alors bien plus d'une question d'éthique que de santé et surtout ne se réduit pas uniquement au dopage sportif mais à un courant plus vaste qui appartient au transhumanisme.

Paragraphe 2: Le dopage intellectuel

Le dopage intellectuel, ou neuro-amélioration, est le fait d'avoir recours à des techniques permettant d'améliorer le rendement des capacités psychiques et intellectuelles d'un être humain. En effet, des substances comme la Ritanil ou la Modafinil peuvent être utilisées à des fins non thérapeutiques mais pour améliorer les performances, alors qu'à l'origine ces substances sont utilisées en tant que médicaments pour soigner respectivement les troubles dépressifs et la narcolepsie. Dans la même idée, se développent le « microdosing » de substance psychédélique, comme le LSD. En effet, originaire de la Silicon Valley, cette méthode est perçue comme une aide à la concentration, un facteur de réduction du stress et de l'anxiété, un moyen de mieux communiquer avec les autres et une façon de booster sa capacité d'innovation. En France, la pratique de la microdose n'est pas documentée, mais le professeur Michel Hautefeuille, psychiatre à l'hôpital Marmottan, explique qu'il voit effectivement arriver depuis une dizaine d'années des patients atypiques, qui utilisent des psychotropes pour pouvoir travailler¹⁹⁴. Ainsi, il est difficile de trouver des exemples concrets de ce genre de pratique en France, mais ce n'est qu'une question de temps.

¹⁹² Ibidem

¹⁹³ GALLIEN (Claude-Louis), *Sports et dopage : quelques témoignages*, Revue générale du droit, Hors-série, 2012-2013, 36 pages

¹⁹⁴ France Info, *Dans la Silicon Valley : dopés au LSD pour mieux travailler*, DUPORT (Phillipe), 23 octobre 2018

Cependant, le droit interne ne se désintéresse pas de la question, et bien que le dopage soit encore considéré comme appartenant au domaine sportif, le Comité Consultatif National d’Ethique (CCNE) s’est emparé de la problématique dans un avis du 12 février 2014. L’avis s’intitule : « *recours aux techniques biomédicales en vue de “neuro-amélioration” chez la personne non malade : enjeux éthiques* ». La question de la neuro-amélioration chez la personne non malade amène en réalité à étudier la vision de l’Homme futur, courant idéologique appelé transhumanisme. Il s’agit d’une évolution de l’espèce humaine autorisant une intervention artificielle qui permettrait de dépasser l’évolution darwinienne¹⁹⁵. Ainsi, le CCNE tente, en se basant sur des sources très variées, de déterminer l’intérêt et les conséquences de l’utilisation de techniques et produits permettant d’améliorer le rendement des capacités psychiques et intellectuelles d’un être humain. L’intérêt de cette question repose en réalité sur la dérive qui est en train de s’opérer en médecine : le passage d’une médecine thérapeutique, qui soigne, à une médecine de confort, qui n’a pas pour but de soigner quelqu’un de malade mais d’améliorer les compétences intellectuelles d’une personne saine. La neuro-amélioration vient alors déplacer le seuil de la tolérance à la souffrance¹⁹⁶. En effet, sur le plan du bien-être par exemple, les anti-dépresseurs de nouvelles générations permettent de réguler l’humeur en agissant sur les émotions. Demain, pourrait se généraliser, par exemple, l’usage de sprays à l’ocytocine pour combattre la timidité ou l’agressivité¹⁹⁷, parce qu’on aurait considéré ce type de comportement peut être une souffrance dans notre société. Ainsi, il n’est alors pas incohérent d’imaginer la consommation de substances, aujourd’hui illicite, à des fins utilitaires parce que ne plus être assez productif constituerait une marque de souffrance pour un individu. On assiste à un effacement des frontières entre médecine thérapeutique classique et médecine d’amélioration, qui vient effacer dans le même temps la frontière manichéenne entre médicament et drogue, entre intérêt thérapeutique et confort, et vient remettre en question cette échelle du risque qui persiste à croire que plus on s’éloigne du but thérapeutique, plus c’est dangereux pour la santé. Dans cette logique, la seule chose qui compte pour préserver du risque est alors la façon dont le produit est consommé et la régulation de cette consommation, exactement comme pour les médicaments psychotropes et stupéfiants prescrits. Prescrire, une microdose de LSD serait-elle réellement plus dangereuse qu’une prescription de morphine à un patient ? Ce genre d’interrogation vient nécessairement remettre en cause l’évaluation risque/bénéfice tel qu’il est interprété aujourd’hui.

Cette évolution témoigne de l’impossibilité de définir de manière objective ce qu’est la « santé » et, donc, d’évaluer la mesure dans laquelle le dopage y contrevient.

¹⁹⁵ J. Proust, 2011

¹⁹⁶ CCNE, Avis n°122, Recours aux techniques biomédicales en vue de « neuro-amélioration » chez la personne non malade: enjeux éthiques, 12 décembre 2013

¹⁹⁷ LARIEU (Peggy), *Recours aux techniques biomédicales en vue de « neuro-amélioration » chez la personne non malade : enjeux éthiques comité consultatif national d’éthique, avis n° 122*, ESKA « Droit, Santé et Société », 2016, n° 2-3, pages 13 à 24

En conclusion, si l'on reprend le critère du risque analysé tout le long du présent chapitre : tout d'abord ce dernier était évalué dans une logique de soin et déterminé comme rentable par rapport au bénéfice thérapeutique apporté et la même logique subsistait dans le soin de la toxicomanie. Dans ces deux cas, le risque est acceptable. Dans les deux cas suivant, il y a un éloignement avec l'optique de soin qui vient alors rendre le risque inapproprié. La différence entre médicaments psychotropes et stupéfiants et produit illicite pourrait alors se trouver là. Le problème est que chacune de ces affirmations vient trouver son contraire par la façon dont ces différentes substances peuvent être consommées : si la consommation n'est pas maîtrisée, c'est là que né le risque pour la santé. De cette manière, le risque n'est alors pas tant lié au produit, mais à la façon dont il est consommé. En outre, que les substances psychotropes ou stupéfiantes soient utilisées de manière licites ou illicites, aucune différence ne s'établit objectivement entre elles par rapport au critère du risque, ni selon le critère de l'intérêt thérapeutique. Ainsi, la différence entre ces deux substances, s'il y en a une, ne réside pas dans des critères substantielles mais dans des critères extrinsèques d'ordre idéologique, politique, culturelle, éthique, économique et social. En effet, la quasi-totalité des « drogues » actuellement sur le marché étaient, à l'origine, des médicaments. *« Il fût un temps en effet où héroïne, cocaïne et morphine côtoyaient marie-jeanne et haschisch sur les étagères des meilleures officines. Ce n'est d'ailleurs que dans les années 1980 que le terme « drogue » s'est vu chargé d'une connotation négative éloignée de sens originel, cette évolution linguistique témoignant d'une rupture culturelle majeure quant au rapport de l'homme avec les psychotropes, avec d'une part les substances illicites ou « drogues » et, d'autres part, les substances à usage médical ou « médicaments », alimentant deux marchés qui, malgré leur mode de fonctionnement propre et leurs acteurs spécifiques, demeuraient interconnectés ¹⁹⁸».*

Ainsi, lorsque l'on regarde l'ensemble de ce qui a été décrit concernant les critères liées au produit, à savoir l'intérêt thérapeutique et le risque sur la santé, on remarque que ces critères sont d'une part interdépendants et coexistants, et d'autre part qu'ils tiennent leur légitimité uniquement du fait de leur appartenance à un cadre clairement défini. En effet, le risque sur la santé, pour les médicaments, est rentable à partir du moment où ces derniers viennent soulager un mal à soigner. L'intérêt thérapeutique, né de ce mal à soigner, a lui été défini par rapport à un cadre établi par les autorités de santé. C'est de cette manière, qu'une substance d'une puissance comme le fentanyl peut être utilisée, et c'est de cette manière que tout médicament présentant un intérêt, selon ce cadre, est administré. Cependant, ce cadre légitime ne tient pas uniquement à des critères objectifs. Comme avec l'exemple du LSD, si ce même cadre déterminait que le manque de productivité d'un individu était un mal à soigner, alors on pourrait tout à fait imaginer que cette substance, microdosé à la manière du fentanyl, pourrait sans doute entrer dans la catégorie des médicaments à marge thérapeutique étroite, mais médicament tout de même, dont le risque sur la santé serait envisagé comme rentable.

¹⁹⁸ DE PAUW (Emilie), *Le dopage cognitif : signification et enjeux*, Journal International de Bioéthique, 2011/3 Volume 22, pages 78 à 92

Ainsi, on comprend alors que les critères liés au produit ne tiennent pas d'une objectivité complète, mais d'un cadre bénéfice/risque établi par les autorités publiques, influencées quant à elles par des critères prédominant d'ordre politique, économique et culturelles. En outre, les critères liés au produit sont alors insuffisant pour déterminer la différence entre un médicament psychotropes et stupéfiants et un produit illicite.

Enfin, concernant notre recherche de définition quant à la drogue, au regard de ce qui a été démontré par rapport au risque des produits psychotropes et stupéfiants et par rapport à leur intérêt thérapeutique, une drogue serait, de façon générale, tout produit impliquant un risque de dépendance et de mésusage. De plus, le CSP, dans sa définition de l'addictovigilance, met aussi nettement en avant « *le cas d'abus, de dépendance et d'usage détourné lié à la consommation* » (note de bas de page art L5133-1 du CSP,) venant alors appuyer cette définition. Cependant, ce même article exclu le tabac et l'alcool, pouvant pourtant être facteur de dépendance, mais non considéré juridiquement comme des drogues. Ainsi, cette définition semble démontrer la part importante de l'aspect culturel, politique et économique qui émane de cette dernière.

PARTIE 2: LES CRITÈRES RELATIFS AUX APPARTENANCES CULTURELLES, POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES COMME ÉLÉMENT PRÉDOMINANT

Le professeur Michel Reynaud écrivait dans son rapport à la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) que « *Nous devons mieux anticiper les usages futurs et poser un interdit social cohérent et commun à toutes les substances et comportements dangereux. A ce stade, l'ancienne division licite/illicite est une prime donnée à l'alcool ! La pénalisation du cannabis cache la sous-évaluation des dommages de l'alcool chez les jeunes et de la délinquance en lien avec l'alcool.* »¹⁹⁹. Ce professeur sous entend qu'il existe, au sein du collectif commun, une mauvaise perception du danger par rapport aux substances, avec, par exemple, une surévaluation des risques liés au cannabis et une sous évaluation de ceux liés à l'alcool. Ces perceptions sont essentiellement liées à la culture de notre pays. En effet, l'alcool est loin d'être un sujet tabou, il fait partie de nos moeurs, et est complètement toléré. D'ailleurs, il existe même une définition juridique de ce qu'est le vin depuis la loi Griffé du 14 aout 1889, qui sera repris plus tard par les législations européennes concernant sa réglementation. Il s'agit en effet, d'un « *produit exclusif de la fermentation du raisin frais ou du jus de raisin frais* »²⁰⁰. Jusqu'en 2003, il existait même un code du vin. Cela en dit long sur la représentation que l'on se fait de l'alcool en France, contrairement à celle que l'on se fait du stupéfiant, pour lequel il n'existe carrément pas de définition. Cela est très explicite du tabou qu'il représente. Pourtant, il a été vu en

¹⁹⁹ MILDT, Les dommages lies aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, Professeur REYNAUD (Michel), 2013

²⁰⁰ France Archives, Loi Griffé du 14 aout 1889, abrogé en 2010

introduction que l'alcool pourrait tout à fait entrer dans la notion de stupéfiant, au vue de ses risques sur la santé et notamment celui de l'abus.

Ainsi, il existe nécessairement un enjeu éthique et culturelle, qui sera d'ailleurs la pierre angulaire des politiques anti-drogue (Titre 1). En effet, c'est cette enjeu qui va permettre de réprimer, ou non selon les pays, l'usage du cannabis par exemple, ou de façon plus large, de tolérer ou non, tel ou tel substance. Ces critères, propres à un chaque Etat, permettent alors de déterminer ce qui sera considéré comme un stupéfiant et ce qui ne le sera pas.

Cependant, ces derniers ne sauraient exister sans son critère voisin : l'enjeu géopolitique et économique. L'histoire du trafic de drogue révèle que, si certaines substances sont devenues des stupéfiants illicites, comme la cocaïne par exemple, cela a été favorisé par un intérêt géopolitique, de la part des Etats-Unies notamment²⁰¹. De plus, on retrouve ce même esprit concernant les stupéfiants licites, comme l'opium, où cette fois, l'intérêt économique d'un tel produit a été un facteur déterminant dans le choix de sa qualification. En effet, l'industrie des médicaments opioïdes rapportent, chaque année, des milliards d'euros.

Ainsi l'enjeu géopolitique et économique est, dans les politiques anti-drogue, une source de pouvoir et de contrôle (Titre 2).

Titre 1 : L'enjeu éthique et culturelle : la pierre angulaire des politiques anti-drogue

L'encadrement juridique de la consommation de stupéfiant, découle d'une politique étatique, non uniforme, au sein de l'Europe. En France, le consommateur de ces produits est un « *malade qu'il convient de soigner et un délinquant qu'il y a lieu de punir* »²⁰² : il n'y a aucun doute, la prohibition est alors de mise. Cette politique répond à une logique protectionniste : le droit à la protection de la santé est immuable. En effet, de la même manière que la dignité, notre droit à la santé est un concept qui dépasse l'individu en lui-même et que l'Etat se doit de garantir, au-delà du désir de chacun. C'est de cette manière, que l'article 16-3 du Code Civil protège l'intégrité du corps humain et en fait un principe d'ordre public²⁰³. A l'inverse, les Pays-Bas ont une conception plus individualiste, anglo-saxonne, et reconnaissent qu'il est impossible d'empêcher les personnes d'utiliser de la drogue. Partant de ce postulat, le gouvernement néerlandais signe deux rapports conclusifs des commissions d'experts avec le rapport Baan de 1972, qui défend le principe du « risque acceptable » et le rapport Engelsman de 1985 afin de limiter ces risques²⁰⁴. Ce pays exerce alors une politique antidrogue plus permissive. Cette différence de réglementation s'explique en outre par l'enjeu éthique recherché en amont. En effet, les politiques de lutte anti-drogue n'ont pas pour seul objectif de réduire le narcotraffic, mais de déterminer le choix qui sera laissé, ou non, à une population quant à la possibilité de consommer des stupéfiants. Existe-t-il un droit à la drogue ? Cette réflexion éthique est la pierre angulaire de ce qui détermine le ressort du licite de l'illicite,

²⁰¹ AGUET (Olivier), DUMAND (Dominique), *Histoire de la constitution d'une norme anti-drogue internationale*, Multitudes, n°44, 2011, page 60 à 63

²⁰² Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

²⁰³ Article 16-3 du Code Civil, Modifié par Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 9 JORF 7 août 2004

²⁰⁴ MARTINEAU (Hélène), GOMART (Emile), *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, OFDT, décembre 2000

divisant alors l'Europe sur ce point (Chapitre 1). Concomitamment, cela induit directement les réglementations relatives aux produits psychotropes et stupéfiants, toutes aussi divergentes au sein des pays européens (Chapitre 2).

Chapitre 1 : La division éthique de la notion de stupéfiant en Europe

En 1969, le Président des Etats-Unis Nixon, lance une politique de « *guerre à la drogue* » en instaurant une politique du tout répressif, non seulement à l'égard des trafiquants, mais également des usagers de drogue²⁰⁵. Cette politique prendra très vite une ampleur internationale. L'objectif était la réduction de l'offre avec à terme, la suppression des productions illégales et par conséquent celle de la consommation. Cependant, dès le début des années 1970, la production agricole et la consommation de drogue ont très nettement augmentée. En mars 1995, Thomas Constantine, l'administrateur de la Drug Enforcement Administration (DEA), déclare même devant le Congrès des Etats-Unis que « *la disponibilité et la pureté de la cocaïne et de l'héroïne étaient plus élevée que jamais.* »²⁰⁶. La sévère politique de répression des drogues est alors un échec.

Alors que cette répression était devenue le paradigme de toutes les politiques nationales, plusieurs états ont commencé à s'interroger sur la pertinence de ce paradigme, au vue de son échec. Commence alors la recherche d'un difficile compromis entre une politique prohibitionniste et permissive (Section 1). Cela induit alors une perception du consommateur de produit illicite très controversée selon les pays européens (Section 2). L'ensemble de ces perceptions, d'une part du produit en lui-même, et d'autre part du consommateur, permettra de comprendre ce qu'un Etat entend par drogue et comment il encadre ce produit.

Section 1 : Le difficile compromis entre une politique prohibitionniste et permissive

Depuis quelques années, on observe un glissement sémantique, opéré par les Etats-Unis avec un passage de « *l'abuse of drugs* » à « *l'use of drugs* » qui tente de démontrer que l'usage de la drogue n'est pas forcément une maladie²⁰⁷. Cette évolution conceptuelle est l'expression d'une volonté d'humaniser la désignation du consommateur, en dépassant l'attitude moralisatrice qui stigmatise l'usager. Cela représente l'enjeu éthique des politiques en matière de stupéfiant, venant parfois diviser la perception de l'usage des drogues dans les politiques européennes (paragraphe 2). De plus, selon les époques, tantôt l'usage des drogues a pour but de servir un intérêt thérapeutique (tel que l'opium) ou commercial et fiscal (comme le vin), tantôt le but des politiques est de limiter leur usage au nom de considération morales et religieuses. Ainsi, le poids culturel exerce une classification entre les produits (paragraphe 1).

Paragraphe 1 : Un poids culturel exerçant une classification entre les produits

²⁰⁵ Opcit. page 45

²⁰⁶ Ibidem

²⁰⁷ « LEQUARRE (François), VERJANS (Pierre), *Les drogues prohibés*, Courrier hebdomadaire du CRISP, 1996, n°1506-1507, page 2

L'usage des drogues montre, au travers de recherches archéologiques, qu'elle est aussi vieille que l'humanité et est relative à la culture des pays. « *Pour prendre du plaisir ou pour se donner du courage, pour se désinhiber ou pour passer un moment de convivialité, la culture européenne a intégré depuis l'antiquité qu'on vivait et qu'on travaillait avec l'alcool, le vin en particulier. Au point que jusqu'à une époque récente, surtout dans les régions viticoles, le vin faisait partie de la paie des travailleurs. Au même titre que la coca pour les mineurs des Andes ou l'opium pour les tireurs de pousse-pousse en Chine. Tout en blâmant les excès et les dérives de l'alcoolisme, la culture judéo-chrétienne n'a jamais envisagé la prohibition de l'alcool comme en pays d'Islam. Au contraire, en faisant du vin la métaphore du sang du Christ dans la liturgie de la messe, les chrétiens ont fait plus que légitimer le vin, ils l'ont sacralisé. Et si l'ivresse éthylique a été frappée par des interdits d'ordre public, par des moqueries méprisantes ou par des regards réprobateurs, elle a été somme toute acceptée par les sociétés occidentales.* »²⁰⁸ En effet, avant même l'aspect éthique et politique, l'histoire de l'usage des drogues démontre une culture différente de leur usage selon les pays, l'alcool (A), l'opium et le cannabis (B) en faisant les meilleurs témoins.

A. L'alcool, une drogue acceptée

Si le vin n'est pas, juridiquement, un produit stupéfiant ou psychotrope, il n'en demeure pas moins qu'une comparaison entre ces produits et l'alcool semble pertinente. En effet, dans la Partie 1 de notre étude, il a été démontré qu'une drogue serait, de façon générale, toutes substances pouvant provoquer une addiction. Pour autant, le CSP exclu complètement l'alcool, à l'instar du tabac, des drogues. En effet, seules sont considérées comme tels les produits issus de la liste des arrêtés de 1990, pour lequel l'alcool n'en fait évidemment pas partie. Pourtant, il est plus que démontré que l'alcool dispose d'un facteur de risque de dépendance. Selon le nouveau classement des drogues, il représente la première substance provoquant de la dépendance²⁰⁹ avec 31% de buveurs à risque ponctuel et 8% à risque chronique²¹⁰. De plus, il est la cause de décès par cirrhose, psychose et cancer, sans compter les nombreux d'accidents de voiture qu'il provoque²¹¹. En 2009, il était responsable de 49 048 décès en France, soit la deuxième cause de mort évitable après le tabac, alors que les opiacés en ont provoqué 306 la même année²¹². Pourtant, les politiques de santé et le Code de la Santé Publique n'ignore pas ces risques et le titre III de ce code prévoit des dispositions pour lutter contre l'alcoolisme. L'article L.3311-1 du CSP dispose, en son alinéa premier que « *L'Etat organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme.* »²¹³. Pourtant, malgré des risques similaires aux stupéfiants et psychotropes, l'alcool ne fait clairement pas partie de ce qui est considéré, juridiquement, comme tel. La fabrication de boisson alcoolisée est réglementée, tout comme le débit de boisson, mais autorisée. Bien que l'article L.3341-1 du CSP prohibe l'état

²⁰⁸ STELLA (Alessandro), *Se droguer pour le plaisir : un tabou ou un droit ?*, ERES Chimères, n°91, 2017, page 63 à 7°

²⁰⁹ David Nutt et al(Nutt, D. J, King, L.A Phillips, L.D, 2010

²¹⁰ OFDT, synthèse thématique : alcool, mise à jour en mai 2018

²¹¹ OFDT, évolution du nombre total de décès pour les 3 causes directement liées à l'alcool depuis 1982, mise à jour en octobre 2018

²¹² OFDT, Évolution du nombre de décès par surdose depuis 1985, novembre 2019

²¹³ Article L3311-1 du CSP, Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 69 (V)

d'ivresse dans les lieux publics²¹⁴ et que l'article L.3342-1 du CSP prohibe la vente des boissons alcooliques à des mineurs²¹⁵, il n'en demeure pas moins que la permission reste la règle.

Au-delà de l'aspect commercial et fiscal qui peut s'en dégager, la permission quant à l'usage de l'alcool est culturelle. En effet, la France est traditionnellement un pays consommateur et producteur d'alcool. En 2014, 4,6 millions de français consomment de l'alcool et un français âgé de 15 ans et plus ont consommé 12 litres d'alcool pur dont 7 litres de vin, 2,3 litres de bières et 2,5 litres de spiritueux²¹⁶. C'est autour de cette culture que va s'articuler la réglementation de l'alcool. La réglementation de ce produit en Malaisie illustre davantage ces propos. En effet, ce pays compte 60% de musulmans et l'islam est la religion d'Etat. Ainsi, certains éléments de la sharia, soit la loi islamique, ont donc été intégrés dans la législation et s'appliquent à tous les musulmans, comme la consommation d'alcool qui est interdite, à l'instar de ce qui est inscrit dans le Coran²¹⁷. De cette manière, la vente et la consommation d'alcool font l'objet de sévères restrictions pour les musulmans.

Nécessairement, cette culture de l'alcool en France et dans les pays européens, induit une perception de son danger qui est nettement inférieure à la réalité. Seuls 11% des français considèrent par exemple que l'alcool est dangereux dès le premier verre et 8% estime que les consommateurs excessifs d'alcool peuvent vivre normalement, soit sans danger²¹⁸. Il existe alors une discordance majeure entre la dangerosité des produits telles évaluées par les scientifiques et telles évalués par la population générale. En outre, les experts nationaux et internationaux s'accordent à dire que l'alcool est le produit le plus dangereux, entraînant des dommages sanitaires et sociaux majeurs alors que, contrairement aux idées reçues, la cocaïne et l'héroïne se tiennent en deuxième position²¹⁹.

C'est donc autour de cet aspect culturel qu'est induit la politique de santé en matière d'alcool ainsi qu'autour de la perception que l'on se fait de sa consommation. De ce fait, la prohibition des produits psychotropes ou stupéfiants, soit des drogues, suit cette même logique et explique en partie les différences de réglementation.

B. L'opium, une drogue tolérée et le cannabis, une drogue prohibé

Concernant l'opium, il est à l'origine connu de tout le bassin méditerranéen depuis l'antiquité. L'Odyssée raconte l'usage du népenthès (liqueur qui fournit l'oubli) et la déesse Demeter est représenté tenant dans ses mains des têtes de pavots et des épis de blés²²⁰. Importé notamment de Chine par les croisades pendant le XVI siècle, l'opium est considéré à la fois comme un remède à de nombreuses pathologies et à la fois comme produit de soulagement et de plaisir.

²¹⁴ Article L3341-1 du CSP, Modifié par LOI n°2011-392 du 14 avril 2011 - art. 20

²¹⁵ Article L3342-1 du CSP, Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 12

²¹⁶ INSEE, Tableau de l'économie française, édition 2015

²¹⁷ Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, France diplomatie, Malaisie, 11 juin 2020

²¹⁸ Opcit. page 46

²¹⁹ MILDT, Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, Professeur REYNAUD (Michel), 2013

²²⁰ Opcit. page 46

Petit à petit, l'usage des opiacés se répand alors en Europe pour arriver en France dans les années 1800²²¹. Aujourd'hui (cf partie 1), l'opium reste utilisé massivement dans l'industrie pharmaceutique pour ces vertus médicales. Cela induit alors que, culturellement, l'utilisation de l'opium est acceptable en France comme dans de nombreux pays occidentaux et les politiques de lutte anti-drogue ont cherché un équilibre entre l'usage acceptable des opiacés pour la médecine, et l'usage prohibé de ces produits pour une consommation récréative.

En revanche, il n'en va pas de même pour le cannabis. En effet, les premières traces de cannabis sont retrouvées en Inde et en Chine pour une utilisation plutôt religieuse. Après l'Inde, l'usage du cannabis se répand au Moyen-Orient en raison de la tolérance dans la religion islamique à ce produit, contrairement à l'alcool. C'est sous Bonaparte que le cannabis fait son arrivée en France, cependant cette rencontre fait moins d'engouement que l'opium. Jusque la moitié du XIX^e siècle, malgré les nombreux échanges commerciaux et culturels entre Européens et Arabes, le chanvre ne fut jamais utilisé comme stupéfiant en Europe²²². Consommé pendant des siècles par la population locale de la péninsule indienne pour ses effets thérapeutiques comme récréatifs, il faudra attendre la fin de ce siècle pour que les premières études sur ce produit se produisent en Europe. Un psychiatre français teste le cannabis et compare les effets produits aux symptômes des maladies mentales qu'il étudiait alors. En Angleterre, le médecin irlandais Q'Shaugnessy, introduit le haschisch comme produit aux multiples vertus thérapeutiques. Il le recommande alors comme anti-douleur. Cependant, l'absence d'effets soutenus et la très grande variabilité dans les résultats obtenus entraînent son abandon progressif.²²³

Ainsi, culturellement, par son histoire, les pays Européens maîtrisent moins la plante de cannabis que l'opium. Cet aspect explique alors la permissivité pour l'utilisation des produits opiacés et l'interdiction presque absolue des produits à base de cannabis.

Cela explique aussi la perception de l'usage du cannabis par la population française. En effet, 54% des français considèrent le cannabis comme dangereux dès le premier usage (contre 11% pour l'alcool) et 78% s'opposent à une vente libre de cannabis²²⁴. Pourtant, selon le rapport de la MILDT en 2013, le cannabis tient la dernière position par rapport à sa dangerosité, avec un danger tenant du ressort des dommages sociétaux plus que sur la santé directement²²⁵.

Si l'aspect culturel peut expliquer la différence de réglementation entre les drogues elles-mêmes, l'enjeu éthique reste la clef de voute des choix en matière de politique anti-drogue de façon plus générale. Bien que l'utilisation de certaines drogues soit autorisée sous certaines conditions, il n'en demeure pas moins que la prohibition de son usage reste, en France et dans bien d'autres pays européens, le principe. Pourtant, les politiques anti-drogue vont malgré tout conserver une manière différente d'aborder leur utilisation.

²²¹ Ibidem

²²² Ibidem

²²³ Ibidem

²²⁴ OFDT, synthèse thématique : cannabis, octobre 2018

²²⁵ Opcit. page 47

Paragraphe 2 : Un enjeu éthique divisant la perception de l'usage des stupéfiants illicites dans les politiques européennes

L'enjeu éthique des politiques réglementant l'usage des produits psychotropes ou stupéfiants, correspond à la place qu'un Etat souhaite laisser à la liberté individuelle et à la restriction dans ce cadre (A). Cette place, propre à chaque Etat, permettra l'existence d'un panel de mesures, allant de la criminalisation à la décriminalisation : (B).

A. De la liberté individuelle à la restriction : l'exemple de la France et du Pays-Bas

La réglementation des drogues pose en réalité la question du « droit de se droguer », pouvant alors représenter une limite dans la liberté individuelle de chacun. En effet, excepté sur l'espace public, la France autorise le fait d'être ivre, mais n'autorise pas le fait d'être drogué. Pourtant, il a été vu précédemment que l'usage de l'alcool présente les mêmes risques sanitaires que l'usage de certaines drogues, si ce n'est plus. En outre, contrairement à l'alcool, l'utilisation des drogues s'articule entre droit à disposer de son corps et droit de l'Etat à « *contrôler, au travers de l'application du droit pénal général, les activités préjudiciables à la vie et à la sécurité d'autrui.* »²²⁶. Deux modèles philosophiques s'opposent alors : le modèle autonome et le modèle protecteur²²⁷. Le modèle autonome se rattache à la tradition individualiste anglo-saxonne. La volonté individuelle est le fondement du fait social et les pouvoirs de l'Etat doivent nécessairement, dans cette logique, être réduits et bornés par les libertés des individus. Ils doivent intervenir pour contrôler le jeu social et garantir les libertés de chacun, mais pour le reste, les pouvoirs publics doivent se cantonner à une prudente abstention dès lors que l'individu ne prend des décisions qu'en ce qui concerne sa seule destinée. C'est exactement cette philosophie qui est menée au Pays-Bas, d'où l'autorisation réglementée de la vente de cannabis dans les coffee-shop. En effet, la réglementation des produits psychotropes et stupéfiants résulte d'une logique permissive, ou l'Etat tentent n'ont pas de les interdire totalement, mais d'en réduire les risques au maximum. C'est ainsi que né le Rapport Baan en 1972 avec le principe du risque acceptable. L'objectif de ce rapport est de dédramatiser le consommateur, de cannabis notamment, en mettant en relation l'usage et le produit en lui-même. Parallèlement, avec l'arrivée des opiacés sur le marché, ce rapport a permis, pour la première fois en Europe, de créer la distinction entre les drogues présentant un risque inacceptable et celles un risque acceptable, suivant le rapport pharmacologique *Omgang met psychotrope stoffen* du docteur Olthuis Omgang. S'appuyant sur ce rapport, la commission du Rapport Baan estime que toutes substances peuvent devenir une « drogue » dans certaines conditions. « *Une substance n'est pas par nature une « drogue » mais peut le devenir du fait de son mode d'usage et plus précisément lorsque celui-ci la rend risquée pour l'individu et pour la société.* »²²⁸. Cela rejoint ce que l'on supposait dans la partie 1 de notre étude, à savoir que le risque

²²⁶ CEDH, dans son arrêt du 29 juillet 2002, *Pretty c/ Royaume-Uni*, requête n° 2346/02

²²⁷ *Opcit.* page 45

²²⁸ MARTINEAU (Hélène), GOMART (Emile), *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, OFDT, décembre 2000

n'est pas tant lié à la nocivité de la substance elle-même, mais lié au mode d'usage. La commission Baan a alors eu pour objectif de rechercher au-delà de quel usage un produit peut devenir risqué, ce seuil correspondant au moment où les aspects négatifs du produit dépassent les aspects positifs. Ainsi, au Pays-Bas, tout peut devenir drogue. Il est alors intéressant de constater que cet Etat a même établi un seuil inacceptable pour l'alcool. Les Pays-Bas sont concrètement dans cette logique individualiste et ne cherche pas à empêcher les gens de consommer des produits stupéfiants ou psychotropes, mais cherche à les protéger et réduire au maximum les risques.

A l'inverse, l'ordre juridique français appartient à un modèle plus solidariste. Au regard de la forte conception des liens sociaux et de l'intérêt général, l'Etat justifie les limites de l'autonomie individuelle. Cette limitation est proportionnelle au préjudice subit et la CEDH souligne à cet effet que « *plus grave est le dommage encouru et plus grand est le poids dont pèseront dans la balance les considérations de santé et de sécurité publiques face au principe concurrent de l'autonomie personnelle* »²²⁹. Cet arrêt met en avant la logique solidariste, appliquant le précepte de Montaigne où « *chaque homme porte la forme entière de l'humaine condition* »²³⁰. A l'inverse, pour la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, la liberté individuelle suppose la possibilité de pouvoir faire des choix sur son propre corps et sur son mode de vie, allant de l'épanouissement de la personne et de son droit à l'autodétermination. Cependant, la juridiction française justifie ce choix solidariste parce que « *la liberté individuelle n'est pas un absolu. On l'a rappelé, elle trouve ses limites dans ses rapports à l'autre, en tant qu'individu, et aux autres en tant que corps social. Bien plus, la liberté individuelle a besoin du corps social pour être protégée ; c'est aussi à la collectivité qu'il appartient de mettre en œuvre les moyens nécessaires à assurer l'exercice des libertés de chacun. La société a donc une légitimité indiscutable à intervenir dès lors que ses membres sont menacés, dès lors qu'elle est elle-même menacée dans son organisation. Les atteintes violentes aux autres que provoquent l'usage et l'abus d'usage de certains produits, la désocialisation que cela entraîne, tout cela suffit très largement à justifier une intervention du corps social. Sur quels critères objectifs définir ce qui serait un usage admissible de drogues et comment classifier, sans arbitraire, ces produits ? Autrement dit, la question n'est pas tant "a-t-on le droit de se droguer ?" mais "de quel droit, dans quel but, avec quelle efficacité, la société prohibe-t-elle certaines drogues et fait de l'usager de celles-ci un délinquant ?* »²³¹. Autrement dit, le risque porté sur autrui justifie cet approche et donc la répression. Contrairement au Pays-Bas, on ne parle pas ici d'usager de produit stupéfiant mais bien de délinquant.

Ainsi, la comparaison entre ces deux Etats permet de mettre en avant deux visions du produit stupéfiant : l'un est dangereux par nature puisque peut potentiellement provoquer un danger, l'autre l'est par son mode de consommation. Cette philosophie vient nécessairement impacter toute la structure juridique qui encadre les stupéfiants. En France, on se retrouve dans un système plutôt manichéen : les « drogues » d'une part et tout le reste d'autre part, avec une répression forte contre ces premières. A l'inverse au Pays-Bas, on ne cherche pas à établir une hiérarchie entre les produits,

²²⁹ CEDH, *Pretty c/ Royaume-Uni*, 29 juillet 2002, requête n° 2346/02

²³⁰ Montaigne, 1533-1592, *Quel inconstant que l'homme !*

²³¹ TUBIANA (Laurence), *A-t-on le droit de se droguer ?*, introduction au colloque du 3 février 1996 organisé par la LDH « Drogues et droits de l'homme »

il est considéré que tous potentiellement peuvent représenter un danger et qu'il faut prévenir d'une consommation qui pourrait devenir dangereuse. Nécessairement, cet Etat induit que tout produit peut être consommé de manière non dangereuse et que chacun peut être susceptible d'en consommer. C'est la logique opposée de notre Etat.

Le choix entre individualisme et protectionnisme induit alors un encadrement juridique concernant les produits stupéfiants et psychotropes, très hétérogène parmi les pays européens.

B. De la criminalisation à la décriminalisation : une hétérogénéité internationale

La place du curseur de l'intervention de l'Etat reste difficile à trouver en matière de drogues, et les dispositifs juridiques en sont alors très divers pour des produits dont la toxicité est pourtant connue : prohibition pure et simple pour les stupéfiants, administration sur prescription médicale pour les médicaments psychotropes, et vente règlementée pour l'alcool et le tabac. Or, la distinction entre produits licites et produits illicites, qui fonde la reconnaissance d'une liberté de consommation ou au contraire de prohibition, s'explique davantage par l'histoire et les habitudes sociales que par la dangerosité des substances, comme il a été vu précédemment. C'est ainsi qu'il existe une multitude de régime allant de la criminalisation à la décriminalisation.

Il alors opportun de revenir sur la sémantique de ces termes pour en comprendre les enjeux. Tout d'abord un comportement est criminalisé lorsqu'il entre dans le champ pénal en constituant une infraction, qu'il relève d'un crime, du délit ou de la contravention²³². A l'inverse, la décriminalisation signifie la sortie d'un comportement ou d'une action du champ pénal. Pour autant, cela ne signifie pas nécessairement une légalisation du produit ou l'exclusion de sanction, simplement au lieu d'avoir une réponse pénale pour usage de produit stupéfiant, l'utilisateur trouvera une réponse administrative, civile ou relevant du code de l'éducation ou de la santé publique (soin, stage de sensibilisation etc...). C'est par exemple le cas du Portugal, l'usage de stupéfiant est sorti du champ pénal et l'utilisateur doit se présenter devant un « *panel de dissuasion* », composé d'experts juridiques, psychologiques et travailleurs sociaux. Si un utilisateur revient plusieurs fois, une thérapie peut lui être prescrite ou des substituts aux opiacés s'il s'agit de ces produits²³³. Il ne faut pas confondre avec la dépénalisation, ce cas de figure ne représente pas une sortie du champ pénal mais une désescalade dans l'échelle des peines, par exemple un crime deviendra un délit, ou un délit une contravention²³⁴. C'est le cas en Espagne concernant l'usage du cannabis. L'article 38 du Code Pénal espagnol fait de la vente de cannabis et de sa consommation dans les lieux publics un délit, mais la consommation personnelle dans une sphère privée est autorisée et ne constitue pas une infraction²³⁵. Enfin, la légalisation confère un cadre légal à quelque chose qui n'en avait pas. Cela peut prendre trois formes. Tout d'abord un cadre étatique où les pouvoirs publics encadrent la fabrication et la distribution du produit, c'est le cas des médicaments en France et du cannabis en Uruguay. Ensuite cela peut s'apparenter à un cadre capitalistique, c'est-à-dire dans les mains

²³² Opcit page 45

²³³ MENEZES FERREIRA (Joao), *Le cas exemplaire du Portugal*, Multitudes n°44, 2011, page 47 à 57

²³⁴ Opcit page 45

²³⁵ GOGORZA (Amane), LACAZE (Marion), *Chronique de droit pénal espagnol*, Revue de l'AIDP, n°02-1, 2015

d'entreprises privées et régulé par les taxes, comme l'alcool en France ou le cannabis en Californie. Enfin, cela peut-être sous un modèle autogestionnaire comme par exemple l'expérimentation des cannabis social clubs en Catalogne²³⁶. En effet, depuis le 28 juin 2017, la Catalogne a légalisé le cannabis dans ce cadre²³⁷.

Ainsi, un Etat a donc le choix entre : criminaliser, dépénaliser, décriminaliser et légaliser. Cela va donner un cadre juridique et éthique en matière de stupéfiants et psychotropes, qui se traduira par le choix d'une politique plutôt prohibitionniste ou plutôt permissive. En effet, ces deux approches opposent les pays à l'international. L'Assemblée Générale sur les drogues « United Nations General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS) du 21 avril 2016, prône, à la demande de plusieurs pays comme le Mexique, le Guatemala ou la Colombie, une approche alternative remettant en cause les principes et l'efficacité des politiques prohibitionnistes. La nouvelle politique internationale de l'UNGASS se veut plus respectueuse des droits de l'homme et s'engage « à respecter, protéger et promouvoir tous les droits de l'homme, toutes les libertés fondamentales et la dignité inhérente à tous les individus ainsi que l'état de droit lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques en matière de drogues. »²³⁸. Si la politique internationale a bien conscience des carences du système actuelle, trois politiques s'opposent. D'un côté des pays souhaitant conserver leur politique très prohibitionniste, comme la Chine et la Russie. De l'autre, les Etats-Unis et les pays Européens souhaitent une politique en la matière plus modérée, basée sur un équilibre entre santé publique et droit de l'homme. Enfin, les pays d'Amérique Latine sont les plus libéraux et souhaitent aller plus loin dans le raisonnement en remettant totalement en cause le système actuel et s'accordant plutôt sur une légalisation, avec une régulation des marchés²³⁹.

En matière de stupéfiants et psychotropes, il existe alors un véritable millefeuille politique. Chacun des Etats va faire un choix éthique, entre protectionnisme ou individualisme. De ce choix découlera celui d'une politique plutôt prohibitionniste, modérée ou alternative. Enfin, cette politique sera déclinée en actes concrets (Chapitre 2, Partie 2) qui, malgré certaines similitudes, seront différents au sein de l'Europe. Plus la politique choisie sera prohibitionniste, plus la perception des produits psychotropes ou stupéfiants sera négative, plus la dissociation produit licite/produit illicite sera manichéenne et plus l'utilisateur sera réprimé. Plus le choix politique sera permissif, moins la perception de ces produits sera à connotation négative, moins la dissociation précitée existera et plus l'utilisateur sera pris en charge de manière clémente.

Enfin, ces choix éthiques sur les produits stupéfiants ou psychotropes seront transposés à la façon dont est perçue l'utilisation de ces produits.

Section 2 : La perception controversée du consommateur de produit illicite

²³⁶ Opcit page 45

²³⁷ Info.norm, https://www.norml.fr/catalogne-les-cannabis-social-clubs-inscrits-dans-la-loi_3_juillet_2017

²³⁸ UNGASS, document final de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies sur le problème mondial de la drogue tenue en 2016, 21 avril 2016

²³⁹ Opcit page 45

La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses est le socle de toute la politique française en matière de drogue. Au-delà de l'encadrement juridique, cette loi impulse la vision du consommateur sur notre territoire, qui le considère à la fois comme un délinquant (Paragraphe 1) et à la fois comme un malade (Paragraphe 2).

Paragraphe 1: La conception de l'usager-délinquant

« *L'usager est un délinquant qui commet des infractions pour financer son vice, fait de la propagande et du prosélytisme en faveur des drogues, et représente un risque pour la société dont il faut assurer la défense.* »²⁴⁰. Cette perception de l'usager, a été introduite par la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses. Trois événements sont à l'origine de cette loi et permettent d'en comprendre sa conception de l'usager.

Tout d'abord il y a une augmentation de la consommation de cannabis et de LSD dans les années 1960, notamment chez les étudiants contestataires du système. Ainsi, les autorités commencent à considérer la gestion des stupéfiants sous le prisme de l'ordre public. Le rapport Henrion de 1995 note à ce sujet que « *votée dans une période très marquée par les mouvements étudiants dont certaines drogues avaient été l'emblème, surtout aux Etats-Unis, la loi du 31 décembre 1970 était, dans l'esprit du législateur, une pièce maîtresse dans l'effort d'endiguement qu'appelait une vague de contestation portée par ce que certains ont appelé la dissolution des mœurs* »²⁴¹.

Ensuite il y a eu l'affaire de la French Connection. Dans les années 1970, la France découvre qu'elle est une plaque tournante du marché de l'héroïne à destination des Etats-Unis. C'est à partir de cette période, que l'usage de la drogue est perçue comme un danger social²⁴². Cette vision ne semble toujours pas avoir changée. En effet, une enquête de 2013 de l'OFDT démontre que la population estime que les usagers de ces substances peuvent être « *un danger pour leur entourage* »²⁴³.

Enfin, la « *guerre à la drogue* » du président Nixon en 1969, instaure une politique du tout répressif, non seulement à l'égard des trafiquants, mais également des usagers de drogues, ce qui influence nettement la politique française en la matière.

La loi de 1970 cherche donc un compromis entre le ministère de la justice, favorable à la répression de l'usage, et le ministère de la santé, préconisant une surveillance sanitaire obligatoire. Ainsi, elle modifie la législation en vigueur issue de la loi de 1916, qui ne portait que sur l'interdiction de « *l'usage en société* », par la création d'un délit et fait alors entrer l'usage de

²⁴⁰ BISIQU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, page 539

²⁴¹ Rapport, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, HENRION (Roger), 1995

²⁴² MARCHANT (Alexandre), *La French connection, entre mythe et réalité*, Vingtième Siècle. Revue d'histoire n°155, 2012, pages 89 à 102

²⁴³ OFDT, perception et opinions des Français sur la drogue, octobre 2013

stupéfiant dans le champ du droit pénal. De plus, l'ancien article 355 du CSP²⁴⁴ disposant que « toute personne usant de produits classés comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire », pose une déclaration de principe sur la médicalisation de l'usage de stupéfiant. Ces deux éléments illustrent l'ambiguïté de la loi de 1970. « Celle-ci tente de concilier les logiques sanitaire et répressive en considérant l'usager de drogues illicites, à la fois comme un malade qu'il convient de soigner et un délinquant qu'il y a lieu de punir, mais sans clairement définir les critères d'attribution d'un de ces statuts. »²⁴⁵. De ce flou naîtra alors une politique très hétérogène et parfois irrationnelle.

C'est donc de cette manière que la perception de l'usager délinquant est née. De plus, il existe de nombreux chefs d'accusation possibles pour un consommateur de stupéfiant, faisant de lui un véritable criminel (Chapitre 2, Partie 2).

Enfin, la doctrine reconnaît une répartition tripartite de l'usager-délinquant : l'usager simple, l'usager trafiquant et le toxicomane délinquant²⁴⁶. Le CSP, dans ses commentaires sur « les conditions du traitement volontaire » reconnaît lui-même cette répartition tripartite : « l'usager simple bénéficie d'une garantie d'anonymat, lors de son admission et pendant toute la durée du traitement. Cette garantie ne s'applique pas aux toxicomanes délinquants ou aux usagers trafiquants. »²⁴⁷

L'usager simple est « un délinquant usager occasionnel de produits stupéfiants ou consommateur régulier qui ne pose toutefois pas de problèmes de santé ou d'insertion majeure, et qui détient une très petite quantité de substances. »²⁴⁸. Ainsi, même si les autorités reconnaissent l'absence de problèmes sanitaires et sociaux qu'il dégage, le droit de la santé considère malgré tout, que ce dernier entre dans la catégorie des délinquants. L'usager trafiquant est, quant à lui, l'usager revendeur des produits illicites. En 1972, le Conseil de l'Europe publie une classification des consommateurs en 7 catégories et 5 d'entre elles sont concernées par la notion d'usager trafiquant²⁴⁹. Si à l'origine ce classement a été créé dans le but de dissocier les peines selon la gravité pénale de l'usage des stupéfiants, cela prouve la volonté de l'Europe d'incriminer toutes les possibilités d'usage de ces produits. Enfin, le toxicomane délinquant est la meilleure illustration de la perception binaire usager-délinquant et usager-malade à laquelle se rattache la France. Il s'agit de l'usager qui représente à la fois un danger pour la société et à la fois un danger pour lui-même.

Chacune des catégories de l'usager-délinquant a pour but d'adapter la réponse pénale de l'utilisation de produit illicite. En prévoyant cela, la France s'assure de toujours faire entrer le

²⁴⁴ Article 355 du code de la santé publique abrogé et devenu article L. 3411-1 en 2000.

²⁴⁵ Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

²⁴⁶ BISIOU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000

²⁴⁷ Article L. 3414-1 du CSP, Modifié par LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 - art. 71 (V)

²⁴⁸ Circulaire CRIM n° 08-11 du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances (NOR : JUSD0811637C)

²⁴⁹ BISIOU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000 page 539

consommateur dans la catégorie du délinquant. Cependant, ce n'est pas la seule perception qui se fait du consommateur en France.

Paragraphe 2: La conception de l'utilisateur-malade

Cette perception manichéenne de l'utilisateur délinquant et de l'utilisateur malade est propre à la politique française en matière de stupéfiant (A). Cependant, cette conception est remise en cause par nombreux pays voisins, comme le Portugal et le Pays-Bas qui s'orientent vers une vision moins clivante et donc plus humaniste du consommateur (B).

A. L'utilisateur-malade en France

La notion de l'utilisateur malade, tout comme celle de l'utilisateur délinquant, est issue des textes de loi réglementant l'usage des stupéfiants. Si la loi de 1970 tente une approche fragile de ce concept, c'est les années 1990 et l'apparition du SIDA qui entraînent une évolution des politiques de lutte contre la drogue. A la fin des années 1980, la prévalence estimée de l'infection dans le groupe des usagers de drogues par voie intraveineuse concerne plus du tiers des individus. La part des cas de SIDA liés à l'injection de drogues, chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ou chez leurs partenaires sexuels, a crû régulièrement depuis le début de l'épidémie jusqu'à représenter plus du quart de l'ensemble des malades²⁵⁰. Les préoccupations liées à l'ordre public de la loi de 1970, s'effacent alors au profit d'une réflexion centrée sur la santé des usagers eux-mêmes. A cet égard, des programmes de réduction des risques vont alors être mis en place : matériel d'injection stérile et à usage unique avec le décret du 13 mai 1987²⁵¹, la vente de Subutex en pharmacie avec la circulaire du 15 septembre 1994²⁵² ou encore les programmes d'échange de seringues instaurés par le décret du 7 mars 1995²⁵³. L'utilisateur n'est donc pas seulement un délinquant, mais un malade dont il faut prendre soin. Cependant, il va falloir attendre le nouveau code de la santé publique, entré en vigueur en juin 2000, pour consacrer cette orientation²⁵⁴. Ainsi, la lutte contre les fléaux sociaux disparaît au profit d'une lutte contre les maladies et les dépendances, et l'utilisateur est placé au centre du dispositif. L'usage de drogues est désormais considéré comme un fait social devant certes être combattu, mais également accompagné afin de protéger les usagers. Bien que la prise en charge sanitaire reste à améliorer (Chapitre 2, Partie 2), la perception de l'utilisateur malade serait parfois à nuancer, ce que le code de la santé publique a eu du mal à admettre.

En effet, la consommation de stupéfiant, dans notre politique de santé, est souvent synonyme de dépendance et de maladie. C'est de cette manière, par exemple, qu'un usager, même occasionnel, va se voir recommandé par le juge, un traitement sanitaire et social, comme un stage de

²⁵⁰ Conseil national du SIDA, Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique, 21 juin 2001, page 3

²⁵¹ Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie - Abrogé

²⁵² Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

²⁵³ Arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en oeuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles, JORF n°58 du 9 mars 1995 page 3687,

²⁵⁴ Ibidem

sensibilisation aux dangers de l'usage de produit stupéfiant par exemple²⁵⁵. Pourtant, est-il exacte de dire que tous les consommateurs de produits illicites soient des personnes malades ?

Le professeur Michel Reynaud, psychiatre fondateur de l'addictologie, s'est penché sur la question lors d'un rapport remis à la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), l'ancêtre de ce qui est aujourd'hui la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA). Tout d'abord, il remplace le terme d'alcoolisme et de toxicomanie par le terme d'addiction²⁵⁶. Ce changement sémantique est en réalité l'illustration d'un changement de paradigme : la toxicomanie et l'alcoolisme font référence au produit, alors que l'addiction fait référence au comportement. Ainsi, cela induit que consommer des produits illicites ne serait pas toujours facteur de dépendance, et donc que l'utilisateur ne serait pas toujours quelqu'un de malade. Le traitement sanitaire tel que le faisait les autorités de santé jusque-là, était alors parfois en inadéquation avec la réalité. Dans le même sens, le biochimiste Bernard Roques déclare qu'« aucune corrélation n'existe entre l'effet psychoactif des produits et la dépendance qu'ils entraînent, pas plus qu'entre leur toxicité et leur statut légal. Il semble ainsi que la société entretienne un rapport complètement irrationnel avec les diverses substances qu'elle catégorise comme drogues. ²⁵⁷ ». Par exemple, la proportion de ceux qui présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis est de 21%, soit 2,2% de la population française âgée de 18 à 64 ans²⁵⁸. En outre, 79% des consommateurs de cannabis ne représenteraient un danger ni pour eux-mêmes, ni pour la société. De plus, les théories médicales invitent à penser en termes de comportements et non plus de produits. Une notion d'échelle des risques a donc été établie par la médecine psychiatrique²⁵⁹, dont les degrés sont échelonnés entre une consommation occasionnelle, maîtrisée, récréative, qui ne pose pas de problèmes en tant que telle, et une consommation fréquente, addictive, relevant de la dépendance et qui nécessite une prise en charge médicale. Cette nouvelle approche permet donc d'affiner la notion de toxicomanie qui tend à disparaître, au profit de la notion d'addiction. Cette évolution terminologique signe l'évolution de la politique française vers une approche par le comportement. Pourtant, même si le CSP parle d'addiction, on y retrouve encore le terme d'alcoolisme dans son livre III et de toxicomanie dans son livre IV.

Enfin, le professeur Michel Reynaud souligne lui aussi le fait que tous les consommateurs ne soient pas addicts aux produits : « *La consommation de chacun des produits (ou comportements) susceptibles d'entraîner une addiction donne d'abord du plaisir : leurs consommations entraînent plaisirs et sensations, intégrant l'intensité du plaisir obtenu par la consommation du produit et*

²⁵⁵ Article 131-35-1 du Code Pénal

²⁵⁶ MILDT, Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, Professeur REYNAUD (Michel), 2013

²⁵⁷ Rapport, Sénat, n°259, session ordinaire de 2001-2002, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs, CABAL (Christian), annexe au procès-verbal de la séance du 21 février 2002

²⁵⁸ Enquête Baromètre santé 2014 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

²⁵⁹ MILDT, Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, Professeur REYNAUD (Michel), 2013

l'importance des sensations, intenses ou inhabituelles. Mais la consommation du produit permet aussi le soulagement de tensions et de souffrances personnelles, notamment émotionnelles ou relationnelles. Enfin, la consommation du produit renforce le sentiment d'appartenance à un groupe, et contribue à se reconnaître dans l'identité d'un groupe : on consomme comme son groupe social, et le produit est souvent le symbole du groupe social. Il est donc nécessaire de tenir compte de ces dimensions de plaisir pour comprendre, écouter, soigner, accompagner et même régler. »²⁶⁰

Deux enseignements sont donc à retenir, d'une part que tous les consommateurs ne sont pas des individus addicts ou malades et d'autre part que la dépendance est liée au comportement et pas uniquement au produit. Malgré une vision du consommateur qui se veut de plus en plus humaniste, les autorités de santé françaises gardent tout de même un certain retard par rapport à ses voisins européens : le Portugal et le Pays-Bas.

B. La perception moins clivante de l'utilisateur au Portugal et au Pays-Bas

Le Portugal et le Pays-Bas disposent d'une approche complètement différente de l'utilisateur de stupéfiant, que ce soit d'un point de vue de « l'utilisateur délinquant » ou de « l'utilisateur malade ». Tout d'abord il est perçu comme un ensemble et non de façon binaire.

Par exemple au Pays-Bas, les politiques publiques considèrent que le fait de pénaliser les consommateurs de drogues ne fait qu'aggraver le problème. Ainsi, la consommation de drogues n'est pas un délit en soi. En revanche, la détention, la vente et la production en constituent un. Les utilisateurs de drogues dures doivent être considérés comme des patients et non comme des criminels car il est préférable de soigner les toxicomanes plutôt que de les incarcérer. Sans pour autant être totalement abandonné, la perception de l'utilisateur délinquant est donc mise de côté, au profit de l'utilisateur malade, s'il fallait garder une comparaison française. De plus et contrairement à la notre réglementation, le Pays-Bas opère une distinction entre « drogue dure » et « drogue douce ». En effet, les drogues dures constituent un risque inacceptable pour la santé, tandis que les risques liés au cannabis et à ses dérivés sont considérés comme moins sérieux. Bien que la consommation de drogues douces comporte certains risques, la gravité limitée de ces risques demande une stratégie de contrôle plus affinée que celle appliquée aux drogues dures²⁶¹. Ainsi, l'application de la loi ne cherche à mener ni une stigmatisation, ni une marginalisation des usagers de drogues. Dans ce cas de figure, les autorités ne cherchent pas à mettre une étiquette à l'utilisateur et cela se fait ressentir dans leur réglementation sur les stupéfiants. Au total, une vaste palette d'activités est amenée à s'organiser, sous le pilotage de nombreux acteurs, dont trois ministères (Santé, Bien-être et Sports;

²⁶⁰ MILDT, Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, Professeur REYNAUD (Michel), 2013

²⁶¹ VAN OUYEN HOUBEN (Marianne), *Usage de substances illicites et politique néerlandaise en matière de drogues : vue d'ensemble et évaluation exploratoire*, Médecine & Hygiène, Déviance et Société, Volume 32, 2008, pages 325 à 348

Intérieur et Relations au sein du Royaume ainsi que Justice), lesquels optent pour une même attitude pragmatique orientée sur le contrôle.

Concernant le Portugal, ce dernier a totalement abandonné la conception de l'utilisateur délinquant. En effet, la loi n° 30/2000 du 29 novembre 2000, qui définit les règles applicables à la consommation de produits stupéfiants et de substances psychotropes ainsi que celles concernant la protection sanitaire et sociale des personnes qui consomment de telles substances sans prescription médicale, a dépénalisé la consommation de produits stupéfiants. Elle a aussi dépénalisé leur acquisition et leur détention lorsque celle-ci est liée à la consommation personnelle, sans distinction entre drogues douces et drogues dures. Depuis son entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2001, les comportements qu'elle a décriminalisés constituent des infractions administratives, qui ne sont pas nécessairement sanctionnées, car la loi se fixe comme objectif principal le traitement des toxicomanes, qu'elle considère comme des malades²⁶². Le Portugal a donc fait sortir du champ pénal la consommation personnelle de stupéfiant. Nécessairement, la perception du consommateur est dans cet Etat, nettement différente à celle opérée en France. En effet, une politique de prévention est alors menée au Portugal, bien plus qu'une politique criminelle puisque « *le plus important, c'est la relation que le sujet entretient avec la substance et non la substance elle-même.* »²⁶³.

La philosophie adoptée par un Etat en terme de stupéfiant, relatif au produit comme à l'utilisateur, permet d'appréhender ce que cet Etat entend par drogue. Bien que la France tente une approche plus modérée, elle reste, comparé à d'autres Etats européens comme le Portugal, l'Espagne ou les Pays-Bas, plutôt prohibitionniste. Cela signifie alors que l'utilisateur garde une image de délinquant et de malade, et que le produit conserve une étiquette négative. Dans les deux cas, c'est un mal à combattre. A l'inverse, dans les pays précités, l'utilisateur n'est pas nécessairement un délinquant et l'Etat n'a pas pour ambition de réduire au nombre de zéro les consommateurs, mais plutôt de limiter les risques qu'ils encourent en usant de ces produits. Dans le premier cas, l'Etat refuse toute consommation et ce qu'on appelle drogue est le produit en lui-même, dans l'autre il fait avec cette réalité et ce qu'on entend par drogue est la façon dont le produit est consommé. Ce sont deux définitions de ce terme qui impliquent nécessairement des politiques de lutte contre les drogues différentes. Enfin, concernant la différence entre produits stupéfiants et psychotropes licites et ceux illicites, dans une approche telle que le conçoit les Pays-Bas il n'en existe alors aucune, alors qu'en France cette distinction devient légitime au regard ce qui est juridiquement considéré comme d'une part de la drogue, et d'autre part un médicament. Cependant, on peut se demander, au regard des produits à qualification juridique hybrides, à la fois drogue et médicament, si cette distinction est réellement opportune.

Chapitre 2 : La divergence des réglementations en Europe comme témoin de cette division

²⁶² Sénat, un site au service des citoyens, *Portugal*, 2000, disponible sur : <https://www.senat.fr/lc/lc99/lc996.html>

²⁶³ LANDEL (Pauline), ZILINSKA (Anna), *La politique de décriminalisation des drogues au Portugal* », *Mouvement*, n° 86, 2016

La philosophie juridique en matière de stupéfiants impacte leurs réglementations. Dans tous les cas, les deux volets utilisés par les autorités publiques pour agir sont d'une part un régime judiciaire, qui est inégal en Europe, (Section 1) et d'autre part un régime sanitaire et social qui progresse au niveau européen (Section 2).

Section 1 : Un régime judiciaire inégal

Les législations européennes, quoique présentant de fortes similitudes, ne se positionnent pas de façon uniforme à l'égard de l'approche répressive du phénomène des drogues. En effet, certains pays sanctionnent moins lourdement le consommateur que d'autres, avec des chefs d'incrimination qui peuvent être différentes selon le type d'usage qu'il est fait des substances concernées. La France dispose de nombreux fondements légaux d'incrimination concernant l'usage de stupéfiants et psychotropes illicites (Paragraphe 1), plus sévères que chez ses autres voisins européens (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La multiplicité des fondements légaux en matière d'incrimination sur l'usage des stupéfiants et psychotropes illicites en France

En France, plusieurs fondements peuvent être retenus concernant l'usage de stupéfiants et de psychotropes de manière illicite, constituant un modèle d'incrimination plutôt sévère (A). En effet, l'incrimination peut-être retenue au titre de l'usage de substance classées comme stupéfiants ou psychotropes, au titre de l'usage de substances vénéneuses, au titre de l'usage spécifique de cannabis et de khat lorsque ces derniers sont concernés puis au titre du trafic. Enfin, selon le type d'usager dont il s'agit, les peines sont différentes, allant de la répression aux alternatives aux poursuites, bien que ce processus d'alternatives aux poursuites mette du temps à sa mettre en place (B).

A. Les fondements légaux : un modèle d'incrimination sévère

Selon que l'usager soit un usager simple, trafiquant ou un délinquant toxicomane, les fondements juridiques ne sont pas toujours identiques. Plus les griefs sont graves et plus les fondements se multiplient.

Les premiers fondements concernent donc l'usager simple, au titre de la consommation et de la détention.

L'article L.3421-1 du CSP dispose que : « *L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.* »²⁶⁴. L'usage de stupéfiant, en France, est alors un délit, conformément à l'article 131-3 du Code Pénal²⁶⁵. Le premier fondement de l'usage illicite est donc celui ci. Pour qu'il soit pénalement retenu, il faut alors la réunion de deux éléments cumulatifs : une absorption intentionnelle et illicite

²⁶⁴ Article L3421-1 du Code de la Santé Publique, Modifié par LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 - art. 71 (V)

²⁶⁵ Article 131-3 du Code Pénal, Modifié par LOI n°2019-222 du 23 mars 2019 - art. 71 (V) :

et une substance stupéfiante. Tout d'abord concernant l'absorption intentionnelle et illicite, cela signifie que celui qui commet un erreur de posologie ou de produit n'est pas punissable, de la même manière que celui qui en consomme à son insu²⁶⁶. Evidemment, celui qui en consomme pour raison médical, comme il a été vu dans la Partie 1 du présent mémoire, n'est pas non plus sujet à des sanctions. Outre ces cas de figure, toute les formes de consommation sont punissables, dans tous les lieux, ainsi que toutes les substances relevant des deux listes de 1990. En effet, contrairement à d'autres pays Européens comme le Pays-Bas par exemple, la France n'opère pas de distinction entre les substances. De plus, la consommation dans le domicile personnel de l'usager reste un délit, contrairement par exemple au Portugal. Enfin, la simple détention de produit illicite, sans consommation, suffit à faire valoir cette peine. En effet, la loi ne différencie pas la détention pour usage personnel ou pour le trafic, même si cette distinction est bien souvent faite en pratique par les juges²⁶⁷. L'article 222-37 du Code pénal, interdit « *le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition, ou l'emploi illicite de stupéfiants, punis de dix ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende* »²⁶⁸. Selon la législation, l'usage simple est donc moins sévèrement puni que la détention.

Ensuite, il faut que la consommation soit celle d'un produit reconnu légalement comme stupéfiant, c'est à dire les « *plantes, substances ou préparations vénéneuses classées comme stupéfiants ou comme psychotropes ou inscrites sur les listes I et II par arrêté du ministre chargé de la santé pris sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.*²⁶⁹ ». Cela correspond concrètement aux produits des arrêtés de 1990. Ainsi, le juge doit mentionner la substance consommée pour permettre une condamnation. En outre, cela signifie que la substance doit expressément être inscrite sur ces listes, conformément au principe de légalité en droit pénal. C'est ce qui a parfois poussé la Cour de Cassation à rejeter certaine décision des juges du fond, qui avait retenu une substance non classée. Par exemple, dans l'affaire du « Zamal », nom du cannabis à la Réunion, la Chambre Criminelle casse une décision condamnant un usager de cette variété de chanvre indien, au motif que le Zamal ne figurait pas dans l'ancien tableau B²⁷⁰. Cependant, cette imperfection juridique n'est plus suffisante pour rejeter un pourvoi aujourd'hui. En effet, avec la multiplication des drogues de synthèse, notamment celles appartenant à la famille des méthylène dioxyamphétamines (MDMA), toutes ne sont pas classées et pourtant toutes sont condamnables. Ainsi, le juge de cassation ne rejète plus le pourvoi mais modifie elle-même le nom de la substance par le terme générique, par exemple, « *dérivé de MDMA classé comme stupéfiant* »²⁷¹. On notera alors l'intention de la justice pénale de veiller à la condamnation des usagers de tout ce qui peut s'apparenter de près ou de loin à des stupéfiants. De plus, l'usager

²⁶⁶ OFDT, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, Sur l'usage criminel des produits psychoactifs

²⁶⁷ PROTAIS (Caroline), Législations relatives aux stupéfiants en Europe en 2016 : points communs et divergences, Note, n° 05, 2016

²⁶⁸ Article 222-37, Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002

²⁶⁹ Article L5132-7 du CSP, Modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5

²⁷⁰ Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 18 décembre 1982, n°84-90875

²⁷¹ Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 22 juin 1994, n°93-83900

qui consomme un placebo en croyant consommer des stupéfiants est punissable tout comme celui qui pense consommer du cannabis alors qu'il s'agit de foin²⁷². En effet, bien que la tentative d'usage n'existe pas, la jurisprudence re-qualifie ce type d'usage en tentative d'acquisition de stupéfiant, réprimé par les articles 222-37 à 222-40 du Code Pénal au titre du trafic²⁷³. Les juridictions sont donc d'une grande sévérité envers les usagers, même simple, de stupéfiant.

Cependant, d'autres fondements peuvent être retenus. Tout d'abord celui pour répression de l'usage simple au titre des substances vénéneuses. En effet, l'article L.5432-1 du CSP punit « *de deux ans d'emprisonnements et de 3750 euros d'amende le fait de ne pas respecter les dispositions réglementaires prévues à l'article L. 5132-8 fixant les conditions de production, de transport, d'importation, d'exportation, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition et d'emploi de plantes ou substances classées comme vénéneuses.* »²⁷⁴. Selon l'article 1^{er} alinéa 2 et 3 du même article, les stupéfiants et les psychotropes font partie des substances vénéneuses.

De plus, malgré le fait que les juridictions ne posent pas de distinction concernant les substances, on remarque tout de même que le code de la santé publique en fait une, par rapport à l'usage du cannabis et du khat. En effet, l'article R.5132-85 du CSP²⁷⁵ interdit spécifiquement « *la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi du khat et des préparations contenant ou préparées à partir du khat.* » et l'article R. 5132-86 du CSP fait de même pour le cannabis²⁷⁶. L'usage de ces deux produits a donc davantage de chance d'être sanctionné que les autres substances illicites puisqu'elles disposent d'un fondement légal supplémentaire. Cependant, comme il avait déjà été remarqué, l'article L.3421-1 du CSP devient alors inutile puisque en droit français, est appliquée la plus haute expression pénale ainsi que la spécialité de l'incrimination lorsque cette dernière existe. Ainsi, l'usage du cannabis et du khat serait réprimé de deux ans d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende, et non d'un an d'emprisonnement comme l'indique l'article précité, lorsque le fondement se fera au titre des substances vénéneuses. Cependant, ce cumul de qualification paraît très sévère. En effet, il permet de doubler la peine encourue par l'utilisateur tout en le privant d'une alternative médicale puisque l'injonction thérapeutique ne s'applique qu'aux poursuites fondées sur l'article L.3421-1 du CSP²⁷⁷. Enfin, cette possibilité juridique est en contradiction avec toute logique sanitaire puisqu'il revient à sanctionner plus sévèrement le consommateur de cannabis et de khat que celui de cocaïne par exemple.

Ensuite, pour l'utilisateur trafiquant les fondements juridiques s'ajoutent et les peines sont nettement plus sévères puisque l'article 222-34 du Code Pénal dispose que « *le fait de diriger ou d'organiser un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation,*

²⁷² BISIQU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, pages 539

²⁷³ Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 11 février 1985, n° 84-91279

²⁷⁴ Article L5432-1 du CSP, Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002

²⁷⁵ Article R5132-85 du CSP, Modifié par Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5

²⁷⁶ Article R5132-86 du CSP, Modifié par Décret n°2013-473 du 5 juin 2013 - art. 1

²⁷⁷ Article L3423-1 du CSP, Modifié par LOI n°2011-1862 du 13 décembre 2011 - art. 67

l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et de 7 500 000 euros d'amende. »²⁷⁸. L'incrimination pour trafic de stupéfiant, outre le fait d'être dirigeant d'une organisation, concerne aussi la production de stupéfiant²⁷⁹, son importation et exportation²⁸⁰, son transport et sa détention par acquisition illicite par le biais d'ordonnances fictives²⁸¹, tout cela punies d'au moins de dix ans d'emprisonnement. Le gouvernement opère une distinction lorsque la production est pour usage personnel puisqu'une circulaire du Garde des Sceaux du 30 mars 1973 précise que « *la détention de stupéfiants pour la consommation personnelle doit être assimilée à l'usager* »²⁸². Cependant, la jurisprudence ne retient pas toujours cette distinction puisque, par exemple la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation, refuse à une jeune fille recevant du haschisch de l'étranger et le consommant avec des amis la qualification d'usager, pour retenir celle d'importateur, ce qui équivaut à une sanction pénale plus sévère²⁸³. Néanmoins, la législation a eu conscience de cette possible marge d'appréciation et c'est pour cette raison que le Code Pénal a réduit les peines concernant l'importation de stupéfiant par rapport à celles du trafic.

Enfin, concernant le toxicomane délinquant, la consommation de stupéfiant est appréciée différemment selon que l'infraction ait été commise en état de besoin ou en état d'intoxication. Dans le premier cas, la jurisprudence est la loi se montre bien plus clémente que pour tous les autres fondements. En effet, l'usager peut se retrouver en irresponsabilité pénale, sous la joute de l'article 122-2 du Code Pénal disposant que « *N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister* »²⁸⁴. En effet, la jurisprudence considère l'état de besoin, de manque, comme une contrainte puisque la souffrance ressentie supprime toute autre volonté que celle de soulager sa douleur²⁸⁵. Cependant, la contrainte doit répondre au critère de l'irrésistibilité et de l'imprévisibilité. Premièrement, cela signifie qu'au moment des faits, l'usager doit avoir été privé de son libre arbitre. Ainsi, la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation n'a pas retenu ce critère concernant deux héroïnomanes arrêtés pour avoir mis au point une organisation d'approvisionnement de drogue et estime qu'il n'y a pas la preuve « *qu'au cours des nombreuses années au cours desquelles ils se sont livrés au trafic de drogue et à l'usage de stupéfiants, ils se seraient retrouvés en état de démence ou sous l'empire d'une contrainte irrésistible.* »²⁸⁶. Secondement, le caractère imprévisible est d'autant plus compliqué à

²⁷⁸ Article 222-34 du Code Pénal, Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002

²⁷⁹ Article 222-35 du Code Pénal, Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002

²⁸⁰ Article 222-36 du Code Pénal, Modifié par LOI n°2009-1437 du 24 novembre 2009 - art. 50

²⁸¹ Article 222-37 du Code Pénal, Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002

²⁸² Circulaire n°73-11 du 30 mars 1973, BO Ministère de la Justice

²⁸³ Cour de Cassation, Chambre Criminelle, Affaire Reynaud, 24 mars 1978, n° 77-90339

²⁸⁴ Article 122-2 du Code Pénal

²⁸⁵ CONTE (Phillipe), MAITRE DU CHAMBON (Patrick), *Droit pénal général*, Paris, Collection U.Armand Collin, 4e édition, 1999, 360 pages

²⁸⁶ Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 18 décembre 1982, n°84-90875

prouver dans la pratique, puisque en principe, l'héroïnomane sait qu'il sera en état de manque. Ainsi, même si la loi cherche à être plus clémentaire concernant l'usage de stupéfiant par un toxicomane, dans la pratique cela reste compliqué.

Dans le cas du toxicomane en état d'intoxication, on se retrouve dans la même situation que l'état d'ivresse et l'application de l'article 122-1 du Code Pénal qui dispose que « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.* »²⁸⁷. Cependant, la jurisprudence ne retient que très rarement cet article et privilégie une réponse pénale.

Enfin, l'usage de stupéfiant peut être une cause aggravante d'autres infractions, comme la conduite en état d'intoxication.

De ce fait, la France dispose donc d'un grand panel de fondements légaux afin de réprimer la consommation et la détention de stupéfiants et psychotropes illicites. De plus, il semblerait que la réponse pénale soit de mise.

B. Les peines applicables : de la répression à la lente progression vers des alternatives aux poursuites

Concernant les infractions sur les stupéfiants, 83% des personnes le sont pour usage simple, 9% pour usage et revente 6% pour trafic. Ainsi, l'activité des forces de l'ordre est centrée sur la lutte contre la demande, la plupart des personnes mises en cause étant des consommateurs, plus que sur l'offre²⁸⁸. Depuis 1970, les interpellations d'usagers ont augmenté trois fois plus vite que celles d'usagers-revendeurs ou de trafiquants, ces dernières étant au contraire en baisse depuis 2002²⁸⁹, ce qui amène à relativiser l'argument selon lequel l'interpellation des usagers permettrait de remonter les filières du trafic²⁹⁰. Pourtant, la justice essaie de trouver des solutions plus alternatives que celles prévues par les textes.

En effet, depuis l'application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011, la réponse pénale à l'usage du cannabis est devenue plus diversifiée²⁹¹ et les alternatives aux poursuites se sont généralisées. Les alternatives les plus utilisées sont les rappels à la loi, les classements sous condition, les médiations pénales et enfin les orientations vers des structures sanitaires. Cela ne constitue ni des classements sans suite, ni des poursuites judiciaires. L'intérêt est de limiter les classements sans suite pour les infractions de faible gravité et donc d'augmenter le taux de réponse pénale sans pour autant multiplier les poursuites²⁹². Dans le même esprit, la circulaire du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de produits

²⁸⁷ Article 122-1 du Code Pénal, Modifié par LOI n°2014-896 du 15 août 2014 - art. 17

²⁸⁸ Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

²⁸⁹ OBRADOVIC (Ivana), *La crise des opioïdes aux Etats-Unies, d'un abus de prescription à une épidémie aigüe*, décembre 2018, Note de l'Institut Français des Relations Internationales

²⁹⁰ Ibidem

²⁹¹ OBRADOVIC (Ivana), *La crise des opioïdes aux Etats-Unies, d'un abus de prescription à une épidémie aigüe*, décembre 2018, Note de l'Institut Français des Relations Internationales

²⁹² Sénat, un site au service des citoyens, Rapport de la proposition de loi proposant l'usage contrôlé du cannabis, paru le 25 janvier 2015, lu le 17 janvier 2020, disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/114-250/114-2506.html>

stupéfiants souligne que « *le maintien de la pénalisation de l'usage de produits stupéfiants est un volet essentiel de la politique de prévention aux conduites addictives* » et recommande d'adapter la réponse pénale aux profils des consommateurs: d'une part de privilégier pour l'usager non toxicodépendant des mesures de stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants et, à défaut, l'ordonnance pénale délictuelle, et d'autre part s'agissant de l'usager toxicodépendant, d'envisager systématiquement l'injonction thérapeutique s'il nécessite des soins et privilégier les poursuites devant le tribunal correctionnel pour les récidivistes. En 2013, 62% des affaires ont fait l'objet d'alternatives aux poursuites, dont 41% des cas sont des peines amendes, 35% ont été poursuivies et 3% ont été classé sans suite. En outre, cela signifie que 97% des affaires ont fait l'objet d'une réponse pénale²⁹³. En France, il n'y a donc peu d'alternative à la répression, mais seulement des alternatives aux poursuites pénales. De plus, le ministère de la justice affirme qu'il est impossible de distinguer au sein des peines d'incarcération celles qui concernent les usagers de cannabis et celles qui concernent les usagers d'autres stupéfiants, la loi ne faisant toujours pas la distinction entre les substances²⁹⁴.

Les autorités publiques restent alors dans une prise en charge pénale, bien que les sanctions ont considérablement évoluées. En effet, l'emprisonnement est devenu de plus en plus rare au profit des amendes ou des mesures de substitution qui représentent aujourd'hui les trois quarts des sanctions prononcées pour usage illicite, soit respectivement 57 % et 17 % des condamnations. Tout particulièrement, la part des amendes a plus que doublé depuis dix ans, et leur montant moyen s'est abaissé de plus de 20 %, passant de 402 à 316 euros entre 2002 et 2013²⁹⁵. Cette croissance des amendes s'explique par la transformation des voies procédurales de traitement de l'usage de stupéfiants depuis la loi du 5 mars 2007, qui ouvre la possibilité de recourir à l'ordonnance pénale pour les simples usagers, or l'ordonnance pénale comprend le plus souvent une peine d'amende.

Cependant, cette politique répressive tient à être remise en question puisque la part de l'usage, parmi les condamnations, a quasiment triplé au cours des dix dernières années²⁹⁶. En particulier les condamnations sanctionnant un usage seul, sans infraction associée, qui ont progressé entre 1989 et 2013 de 570%²⁹⁷.

Paragraphe 2 : Des fondements légaux plus cléments dans le reste de l'Europe

Concernant l'usage de stupéfiant, on observe une graduation au sein des pays européens dans la sévérité des peines. Tout d'abord pour les six pays les moins sévères, l'usage de stupéfiant

²⁹³ OBRADOVIC (Ivana), *La crise des opioïdes aux Etats-Unies, d'un abus de prescription à une épidémie aigüe*, décembre 2018, Note de l'Institut Français des Relations Internationales

²⁹⁴ Sénat, un site au service des citoyens, Rapport de la proposition de loi proposant l'usage contrôlé du cannabis, paru le 25 janvier 2015, lu le 28 juillet 2020, disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/114-250/114-2506.html>

²⁹⁵ OBRADOVIC (Ivana), *La crise des opioïdes aux Etats-Unies, d'un abus de prescription à une épidémie aigüe*, décembre 2018, Note de l'Institut Français des Relations Internationales

²⁹⁶ Ibidem

²⁹⁷ Ibidem

est puni uniquement d'une amende. Soit cette amende est pénale, comme en Espagne par exemple, soit cette amende est administrative comme au Portugal. De plus ce qui est réprimé est l'usage de drogue en lieu public uniquement. La somme de cette amende varie selon les pays, par exemple elle est de 100 euros en Croatie et de 30 000€ en Espagne²⁹⁸.

Ensuite, treize pays classent l'usage au rang des infractions, tels que l'Allemagne, la Belgique ou le Pays-Bas²⁹⁹.

Enfin, les neufs pays les plus sévères sanctionnent l'usage des stupéfiants par, au maximum, une peine privative de liberté, dont évidemment la France. Cependant, comme il a été vu précédemment, le décret n° 2015-1272 du 13 Octobre 2015 permet le recours à la transaction pénale, ce qui permet un allègement des peines pour les petits délits, parmi lesquels l'usage simple de stupéfiants. De plus, il donne ainsi la possibilité aux parquets de faire payer une simple amende afin d'éviter la comparution devant un tribunal.

Ensuite concernant la détention de stupéfiant, deux types de logiques s'opposent : l'une plus sévère reconnaissant l'usage pour détention personnelle au même titre que le trafic, et l'autre plus douce, opérant une distinction selon les types de détention. La France et neuf autres pays européens se trouvent dans le premier cas de figure, tel qu'il a été développé dans le premier paragraphe de cette section. Pour les dix-neuf autres pays européens, il y a une distinction entre les cas mineurs de détention, pour lesquelles il n'encourt qu'une sanction administrative ou pénale non privative de liberté, et les autres cas de détention. Les critères permettant de définir ces cas « mineurs » sont dans la majorité des pays le type de substance détenue ou la quantité, et peuvent également être laissés à la discrétion du juge. Les sanctions sont en générales soit une absence de poursuites, comme c'est le cas aux Pays-Bas³⁰⁰, ou un avertissement délivré par la police, comme au Danemark ou au Royaume-Uni. Enfin, pour d'autres pays comme le Portugal c'est d'ordre administratif. Concernant les quantités pour déterminer les cas mineurs de détention, c'est selon la législation du pays en question. Par exemple, au Portugal, l'article 2 de la loi 30/2000 dispose qu'au-dessous d'une quantité de dix jours de consommation individuelle moyenne, l'infraction relève de la justice administrative et la réponse apportée est la même que dans le cas de l'usage. Au-delà de cette limite, l'acte relève de la justice pénale et est passible de 1 an de prison et/ou de 120 jours-amendes³⁰¹. Aux Pays-Bas, il n'est pas prévu d'enquête de police en cas de détention de cannabis inférieure à 5 grammes. Dans le cas des champignons hallucinogènes, le maximum toléré est de 0,5 grammes (secs) ou 5 grammes (humide). Lorsque de petites quantités de drogues présentant un

²⁹⁸ PROTAIS (Caroline), Législations relatives aux stupéfiants en Europe en 2016 : points communs et divergences, Note, n° 05, 2016

²⁹⁹ Ibidem

³⁰⁰ MARTINEAU (Hélène), GOMART (Emile), *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, OFDT, décembre 2000

³⁰¹ Sénat, un site au service des citoyens, *Portugal*, 2000, consulté le 12 août 2020, disponible sur : <https://www.senat.fr/lc/lc99/lc996.html>

risque inacceptable sont découvertes par la police dans le contexte d'un usage personnel, la loi prévoit que la peine soit minimale ou absente, le traitement étant la première réponse visée³⁰².

Enfin, concernant le trafic, conformément à l'esprit des conventions internationales, le traitement pénal en Europe est beaucoup plus homogène que celui du consommateur. L'ensemble des pays européens prévoit des peines de prison importantes, au minimum de 10 années de réclusion criminelle. Dans le 3/4 des pays Européens, l'appréciation des peines est faite selon deux critères : la quantité et le type de substance proposée. En revanche, ces deux critères ne sont pas pris en compte par la législation française, qui n'opère pas de distinction législative entre les substances et les quantités³⁰³.

On remarque alors que la législation des pays européens recherche une certaine clémence dans la répression à l'usage des stupéfiants. En effet, on peut déduire à la lecture de ces informations, que la plupart des pays européens tentent de chercher une proportionnalité entre l'usage de stupéfiant et la sanction donnée. Cependant, cette approche plus réaliste n'est pas celle appliquée en France, qui malgré des efforts en terme d'alternative aux poursuites pénales, reste très répressive. Pourtant, cette pénalisation n'a pas eu d'effet sur la consommation puisque les études placent la France parmi les pays d'Europe comptant le plus grand nombre d'usagers de stupéfiants³⁰⁴. Plus de 40 % des Français de 15 à 64 ans déclarent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, la moyenne européenne étant de 22 %. A l'âge de 16 ans, les Français sont les premiers consommateurs de cannabis en Europe. Et loin des idées reçues, les chiffres de consommation de cannabis sont plus importants en France qu'aux Pays-Bas ou en Espagne où la consommation de cannabis est dépénalisée. De la même manière, le Portugal qui a fait le choix d'une politique non répressive en matière d'usage de drogues connaît un taux de consommation du cannabis beaucoup moins important que celui de la France avec 9,5 % contre 41 % chez les 15-64 ans³⁰⁵.

Il est alors intéressant de constater qu'une forte répression ne va pas nécessairement de paire avec une baisse de la consommation. En revanche, il semblerait qu'un régime basé sur une approche sanitaire ferait de meilleurs résultats.

Section 2 : Un régime sanitaire et sociale progressif

Lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le problèmes mondiale de la drogue tenue en 2016 (UNGASS), les 193 pays membres ont fait de la politique sanitaire le point principal à améliorer dans les législations afin de lutter efficacement contre l'usage des stupéfiants. Elle a axé ce régime sanitaire, encore en devenir pour de nombreux pays, sur deux points : d'une part sur

³⁰² PROTAIS (Caroline), Législations relatives aux stupéfiants en Europe en 2016 : points communs et divergences, Note, n° 05, 2016

³⁰³ Ibidem

³⁰⁴ Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

³⁰⁵ OFDT, Drogues, Chiffres Clés, 2015.

l'information, la prévention et l'éducation à l'usage des stupéfiants, qui doit être la base d'un régime sanitaire se voulant efficace (Paragraphe 1), et d'autre part sur la prise en charge sanitaire de la toxicomanie, qui doit être le prisme d'une politique de lutte contre les addictions qui se veut moins répressive³⁰⁶ (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : L'information, la prévention et l'éducation à l'usage des stupéfiants : la base d'un régime sanitaire efficace

La loi prévoit deux types d'interventions concernant la prévention, l'information et l'éducation : l'une en milieu scolaire et l'autre en milieu hors scolaire.

Tout d'abord en milieu scolaire, l'article L.312-18 du code de l'éducation prévoit qu'une information soit « *délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs.* »³⁰⁷. Ainsi, chaque collège et lycée est censé délivrer des informations de prévention concernant la consommation de stupéfiant au moins une fois par an. On remarque cependant qu'aucunes formalités sur la mise en oeuvre concrète de ces programmes ne sont mentionnées législativement, seul le personnel chargé de cette mission est référé de manière hypothétique. Ces modalités sont mentionnées au travers de circulaires³⁰⁸, mais juridiquement ces dernières n'ont pas force de loi et sont simplement des indications données à l'administration. Autrement dit, la prévention relative à la consommation de stupéfiant en milieu scolaire reste légère et peu encadrée. De ce fait, d'un établissement à un autre, cette prévention peut être plus au moins bien exécutée. Enfin, s'agissant du contenu même de l'enseignement, le socle commun de connaissances, de compétences et de culture réformé en 2015 prévoit que l'élève doit savoir que « *la santé repose notamment sur des fonctions biologiques coordonnées, susceptibles d'être perturbées par des facteurs physiques, chimiques, biologiques et sociaux de l'environnement et que certains de ces facteurs de risques dépendent de conduites sociales et de choix personnels. Il est conscient des enjeux de bien-être et de santé des pratiques alimentaires et physiques* »³⁰⁹. S'il est important de faire comprendre à un adolescent l'intérêt d'un environnement de vie sain, faire de la prévention au travers de cette thématique montre le tabou que représente encore aujourd'hui les stupéfiants : on n'ose pas parler clairement de stupéfiant, on préfère détourner le sujet en sous-entendant simplement que leur consommation n'est pas un gage de bien-être. Enfin, en 2014, la directrice générale de l'enseignement scolaire indiquait au Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques en matière de lutte contre l'usage de substances illicites de l'Assemblée

³⁰⁶ UNGASS, document final de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies sur le problème mondial de la drogue tenue en 2016, 21 avril 2016

³⁰⁷ Article L312-18 du Code de l'Éducation, Créé par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 51 JORF 11 août 2004

³⁰⁸ Circulaire du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, n° 2014-068 du 20 mai 2014

³⁰⁹ Domaine 4 du socle commun de compétences, de connaissances et de culture, décret n° 2015-372 du 31 mars 2015.

nationale, la mise à disposition par l'éducation nationale de plusieurs outils pédagogiques à destination des établissements scolaires. Parallèlement, des formations des personnels de santé scolaire au repérage d'élèves consommateurs de produits psychoactifs et à leur accompagnement ont été conduites dans certaines académies entre 2011 et 2013³¹⁰.

Malgré tout, ces efforts sont parcellaires et semblent avoir un impact limité. En effet, l'OFDT relevait en 2013 que, selon l'enquête ESPAD³¹¹ qu'en mars 2011, en métropole, seulement 20 % des classes de la 3^e à la terminale, déclare avoir reçu une information sur l'alcool, le tabac ou une autre drogue dans les six mois précédents. Ce niveau suggère une couverture relativement limitée des jeunes dans la tranche d'âge prioritaire, de la prévention des usages de drogues, par le biais des actions en milieu scolaire³¹².

Concernant la prévention hors milieu scolaire, le CSP prévoit dans son livre IV intitulé « *lutte contre la toxicomanie* », un comité interministériel chargé de « *la prévention, les soins, l'insertion sociale, l'information, la recherche, la coopération internationale et la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie.* »³¹³, créée par la loi du 11 mars 2014. Ce comité comprend 22 ministères. On peut en déduire que la prévention en matière de stupéfiant concerne l'ensemble des ministères et donc que tout le monde est concerné par cette prévention. De plus, la loi prévoit, parallèlement à cette commission, une mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MIDELCA), « *placée sous l'autorité du Premier ministre, anime et coordonne les actions de l'Etat en matière de lutte contre l'usage nocif des substances psychoactives et les conduites addictives, tant dans le champ de la réduction de l'offre que dans celui de la réduction de la demande.* »³¹⁴. Depuis le décret n° 2014-322 du 11 mars 2014, cette mission a vu ses compétences renforcées puisque les articles les articles R 3411-11 et R 3411-13 du CSP étendent son périmètre à l'ensemble des conduites addictives, entérinant l'intervention de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) en matière de tabac, d'alcool et d'addictions sans substance. Le nouveau texte mentionne explicitement la compétence de la mission interministérielle tant en matière de réduction de l'offre que de réduction de la demande. De plus, le but de cette réforme a aussi été de remplacer le terme toxicomanie par celui de conduites addictives. On remarque alors que la France cherche à être plus efficace en terme de prévention et essaie de tourner sa politique en matière de stupéfiant vers le comportement et non vers le produit.

Enfin, d'autres acteurs jouent un rôle de prévention en matière de stupéfiant comme les ARS par exemple, au travers de leurs Projet Régionale de Santé (PRS). Par exemple, le PRS Haut-de-France 2018-2028 prévoit « *la prévention de l'entrée précoce dans des pratiques addictives et la réduction*

³¹⁰ Assemblée Nationale, LE DAIN (Anne-Yvonne), MARCANGELI (Laurent), Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée Nationale sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites, n°2385, novembre 2014

³¹¹ European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), Comparaison sur les usages de substances psychoactives des adolescents de 15-16 ans scolarisés, 1995

³¹² OFDT, Drogues et addictions : données essentielles, 2013.

³¹³ Article D3411-11 du CSP, Créé par Décret n°2014-322 du 11 mars 2014 - art. 1

³¹⁴ Article D3411-13 du CSP, Créé par Décret n°2014-322 du 11 mars 2014 - art. 1

des comportements à risque », d' « améliorer l'accès à la prévention et la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives » et se donnent 10 ans pour réussir de ces domaines³¹⁵. Il y a aussi l'Agence Santé Publique France qui développe une action importante en matière de prévention et d'accompagnement vers la prise en charge.

Il apparaît donc que de nombreux acteurs réalisent des actions de prévention hors milieu scolaire (universités, entreprises ou espaces publics), mais cette diversité n'est ni répertoriée ni labellisée, et a fortiori elle n'est ni organisée ni évaluée, bien que l'ancienne MILDT avait créé en 2000 une commission nationale de validation des outils qui avait pour objet de vérifier la pertinence et la qualité des supports conçus par les acteurs de la prévention, pour diffuser des informations et des messages³¹⁶. Cependant, cela a été abandonné. Ainsi, au vu de tout ce qui a été rapporté précédemment, en France, la prévention est largement sous estimée puisque « en matière de politiques publiques d'information sur les substances addictives (illicites ou pas) beaucoup de ce qui relève de l'information par la puissance publique reste de l'ordre du volontariat, voire du militantisme. »³¹⁷.

Paragraphe 2 : La prise en charge sanitaire de la toxicomanie : le prisme d'une politique de lutte contre les addictions moins répressive

Si l'on n'observe pas de lien entre un régime répressif fort et une baisse de la criminalité liée aux stupéfiants, on observe en revanche qu'une politique basée davantage sur le sanitaire que le judiciaire, semble porter ses fruits. A ce propos, si la France n'a pas vu baisser son taux d'usage de stupéfiants, l'approche portugaise a récemment été décrite comme un modèle de bonnes pratiques par le président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants³¹⁸. Ainsi, on constate alors que même si la quasi-totalité des pays européens optent pour l'intégration d'une prise en charge sanitaire et partagent la représentation selon laquelle le consommateur de drogues nécessite un accompagnement médico-social³¹⁹, tous les pays européens ne partagent pas la même législation quant à cette prise en charge sanitaire. Pour notre étude, il sera alors intéressant de comparer la prise en charge sanitaire exemplaire du Portugal (B) au notre, encore trop faible (A).

A. La prise en charge sanitaire encore trop faible de la France

La France restant dans un régime répressif, la prise en charge sanitaire est alors à envisager sous deux angles : l'un sous la joute du régime juridique et l'autre sous la forme d'une prise en

³¹⁵ Cadre d'orientation stratégique projet régional de santé des Hauts-de-France 2018-2028

³¹⁶ Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

³¹⁷ Assemblée Nationale, LE DAIN (Anne-Yvonne), MARCANGELI (Laurent), Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée Nationale sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites, n°2385, novembre 2014

³¹⁸ SIPP (Werner), *The Portuguese Approach and the International Drug Control Conventions*, Statement of the President of the International Narcotics Control Board, Vienne, 2015

³¹⁹ Plan d'action anti-drogue de l'Union européenne de 2013-2016, Conseil de l'Union européenne, 2013, C 351/01

charge sanitaire sans rapport avec la justice. En effet, le CSP prévoit d'une part l'organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes et d'autre part les dispositions pénales et mesures d'accompagnement. Ce schéma est encore la démonstration d'un régime très binaire du délinquant-malade.

Tout d'abord, le CSP prévoit qu'une « *personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants bénéficie d'une prise en charge sanitaire organisée par l'agence régionale de santé.* »³²⁰. Le CSP précise que les dépenses de cette prise en charge sont à la charge de l'Etat, sauf si elles sont prises en charge directement par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie³²¹. En effet, l'Etat relève d'une mission en matière de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue³²². Cette mission a pour but « *de prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.* »³²³.

Ainsi, plusieurs structures sont en charge de cette mission. Tout d'abord l'Institut national de l'enseignement, de la recherche, de l'information et de la prévention sur les toxicomanies a pour mission de coordonner toutes les actions relevant de l'Etat et de poursuivre toutes les recherches utiles, tant fondamentales que cliniques, dans le domaine de la pharmacodépendance et de la toxicomanie. L'objectif de cet institut est aussi bien de trouver tous les moyens possibles afin de lutter contre la toxicomanie que de former le personnel au contact de ce public³²⁴. Enfin, la législation prévoit la gratuité des dépistages des hépatites virales et la vaccination contre ces virus, qui sont sujets à se développer davantage chez les personnes atteintes d'une addiction aux stupéfiants³²⁵.

Parallèlement à cela, il y a donc les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Né de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociales, les CSAPA ont pour missions la prise en charge sanitaire des personnes à risques.

La prise en charge de la réduction des risques inclue l'accueil, l'information, l'évaluation et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage, la prise en charge médicale et psychologique des patients, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, ainsi que la réalisation d'actions de réduction des risques et de prise en charge sociale et éducative (accès aux droits, réinsertion)³²⁶. A la suite de la création des CSAPA, le dispositif d'accueil des jeunes a été repensé. En effet, auparavant indépendante, ces structures deviennent des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) pour être rattachées aux CSAPA et ainsi favoriser la prévention et les soins

³²⁰ Article L3411-1 du CSP, Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 7

³²¹ Article L3411-2 du CSP, Modifié par Ordonnance n°2010-462 du 6 mai 2010 - art. 1

³²² Article L3411-7 du CSP, Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 41

³²³ Article L3411-8 du CSP, Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 41

³²⁴ Article L3411-3 du CSP, Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 41

³²⁵ Article L3411-4 du CSP, Modifié par Ordonnance n°2010-462 du 6 mai 2010 - art. 1

³²⁶ Article D3411-1 du CSP, Modifié par Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 - art. 1 JORF 15 mai 2007

dès le plus jeune âge³²⁷. De façon générale, ces CSAPA sont soit résidentiels collectifs (centres thérapeutiques résidentiels) par exemple, soit individuels (appartements thérapeutiques).

Enfin, pour la prise en charge des consommateurs de drogue les plus marginalisés, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) ont été institués en 2005. Créés à partir de structures associatives auparavant dénommées « programmes d'échanges de seringues », les CAARUD sont la résultante de la consécration légale de la politique de réduction des risques dans la loi de santé publique du 9 août 2004³²⁸. Il s'agit de structures qui proposent l'accueil gratuit, anonyme et inconditionnel d'usagers de substances psychotropes qui ne sont généralement engagés dans aucune démarche de soins, ou qui sont exposés à des risques majeurs en raison de leur mode de consommation. Les CAARUD facilitent par ailleurs l'accès aux soins, notamment par la mise à disposition du matériel de prévention des infections (kit d'injection, etc.) et, depuis la circulaire n° 2009-349 du 9 novembre 2009³²⁹, l'organisation de dépistage gratuit des hépatites et de vaccination contre l'hépatite B, dans le cadre du plan national contre les hépatites B et C.

Concernant les dispositions de soins relatives à l'infraction, il est intéressant de constater que le CSP prévoit d'abord les peines applicables concernant l'usage de stupéfiants, puis seulement l'injonction thérapeutique (IT). Instituée par la loi du 31 décembre 1970, l'IT correspond à une mesure alternative aux poursuites qui se manifeste par des soins pénalement ordonnés qui consistent à imposer certains traitements médicaux à une personne poursuivie ou condamnée pour une infraction pénale. Cela prendra soit la forme d'une mesure de soins soit d'une surveillance médicale. Contrairement à l'injonction de soins relative à la délinquance sexuelle, l'IT comporte une articulation formalisée entre les systèmes judiciaire et sanitaire via l'existence d'un médecin relais. Ce dernier est un médecin inscrit par le procureur de la République sur une liste particulière et désigné par l'ARS afin d'examen de la personne. C'est lui qui détermine l'indication d'une prise en charge médicale adaptée s'il existe une dépendance physique et/ou psychologique à une substance psychoactive. Ce n'est qu'ensuite que l'IT sera effectivement mise en œuvre, le médecin relais en assurant la surveillance³³⁰.

Bien que la France dispose d'un système sanitaire, ce dernier est malheureusement peu efficace puisque des progrès restent à faire sur le plan de la formation des personnels soignants, de l'adaptation de l'addictologie aux besoins des patients, de la création de véritables réseaux de soins, ainsi que sur le suivi de populations vulnérables³³¹. En effet, des carences de la formation médicale

³²⁷ Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

³²⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

³²⁹ Ministère de la santé, direction générale de la santé (DGS), circulaire n° DGS/MC2/2009/349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogue de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, une vaccination contre l'hépatite B

³³⁰ Décret n° 2008-364 du 16/04/2008 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais.

³³¹ Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

sur le sujet des addictions aboutissent à ce que les professionnels de santé ne soient pas en mesure, dans l'exercice de leurs fonctions, de faire face efficacement à cette réalité. A ce sujet, le rapport Reynaud « *Domages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages* », qualifie l'état actuel de la formation médicale sur les addictions de « *très insuffisant* »³³². Ensuite, les rapports d'analyse de l'activité des établissements médico-sociaux publiés par l'OFDT montrent le caractère imparfait du maillage territorial et ainsi tous les territoires ne disposent pas des mêmes structures d'aides à ces personnes, par exemple huit départements sont dépourvus de CAARUD³³³. Enfin, l'offre de soins ne s'avère pas toujours adapté aux besoins et se heurte encore à des stigmatisations envers l'utilisateur, sans compter le manque de place aux travers des structures proposant des soins³³⁴.

Pour terminer, on observe que la politique de réduction des risques et des dommages, qui a certes prouvé son efficacité, se heurte encore à la logique prohibitionniste. En effet, les actions de la politique de lutte contre les risques aux besoins actuels des usagers restent très limitées puisque par exemple à ce jour, la France n'autorise que deux types de traitement, alors même que de nouvelles solutions thérapeutiques se sont développées à l'étranger. La France reste donc timide par rapport à cette prise en charge sanitaire et conserve une prise en charge tournée vers le judiciaire et donc le répressif.

Cependant, on peut noter une évolution avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui a permis la création et l'expérimentation des salles de consommations à moindre risque. Le but est de permettre à des personnes dépendantes de consommer à moindre risque, sans pour autant leur fournir le produit. Il est intéressant de constater que la loi accorde une immunité pénale aux consommateurs dans cette structure puisqu'il « *ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.* »³³⁵.

B. La prise en charge sanitaire exemplaire du Portugal

La différence entre la politique française et portugaise se fait tout d'abord par une perception de l'utilisateur opposée. Ce dernier est placé au cœur du dispositif et n'est pas perçu comme un délinquant, puisque le Portugal a dépénalisé la consommation de stupéfiant. Ainsi, ce pays se concentre non pas sur une réponse répressive de la consommation, mais uniquement sur une réponse sanitaire. En effet, en 1998, une commission d'experts nommée par le gouvernement (*Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga 1998*) a proposé de dépénaliser l'usage personnel de drogues illicites et d'introduire la première stratégie nationale antidrogue du Portugal.

³³² MILDT, Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, Professeur REYNAUD (Michel), 2013

³³³ OFDT, CADET-TAÏROU (Agnès), DAMBELE (Sayon), *Les CAARUD en 2010 et Analyse des rapports d'activités annuels standardisés ASA-CAARUD*, avril 2014

³³⁴ Avis usages de drogues et droits de l'homme, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31

³³⁵ Article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Le rapport de la commission visait à abandonner la vision idéaliste d'une société sans drogue au profit d'une approche plus globale de l'usage de drogues, axée sur la santé publique et appuyée sur des données empiriques³³⁶. Ainsi, la dépénalisation a fourni un cadre juridique plus humain pour proposer des interventions dans les domaines de la prévention, des soins, de la réinsertion sociale et de la réduction de l'offre. La nouvelle loi n°30/2000 du 29 novembre 2000 a alors permis de transformer la sanction pénale en une sanction administrative et les personnes arrêtées en possession de drogues illicites sont maintenant obligées de suivre une formation dans des structures dédiées appelées *Commissions pour la dissuasion de la toxicomanie* (CDT)³³⁷. Ces commissions sont composées d'un avocat, d'un travailleur social et d'un professionnel de santé. Le but est de comprendre pourquoi l'individu a usé de ces substances, de lui proposer la sanction la plus adaptée (travail d'intérêt général, amende, interdiction de fréquenter certains lieux désignés), de le décourager de cette consommation et de lui proposer un traitement s'il semble sujet à une addiction. De ce fait, la prise en charge s'exerce au cas par cas et sans stigmatisation. Cette logique est bien différente de celle adoptée en France, puisque quand bien même l'IT existe, cette dernière n'est qu'une alternative aux poursuites et s'inscrit alors dans un cadre répressif. De plus, le passage par la CDT permet d'adapter pleinement la réponse et ne tend pas à considérer que tous les usagers souffrent d'une addiction. En effet, pour les usagers dépendants, elles peuvent préconiser la participation à un programme de soin ou d'éducation au lieu d'une sanction. A l'inverse, pour les utilisateurs non dépendants, elles peuvent acter un certain nombre de sanctions comme une peine avec sursis, l'obligation de pointer au poste de police, d'accepter un suivi psychologique ou éducatif, ou de payer une amende³³⁸.

Ensuite, ces commissions assurent que la prise en charge soit efficace au sein des différentes structures de prise en charge en diagnostiquant les difficultés sociales et sanitaires rencontrées par la personne en termes de santé mentale, de parcours scolaire, d'emploi ou de logement et peuvent alors la référer aux services sociaux appropriés.

Toujours dans cet objectif d'efficacité, chaque territoire peut s'adapter aux problématiques rencontrées. Par exemple à Lisbonne ou à Porto, leur CDT ont développé des formations éducatives destinées aux usagers occasionnels de cannabis, puisqu'il s'était avéré que c'était le principal produit consommé sur ces territoires et ce par des consommateurs ne souffrant pas d'une addiction³³⁹. Des initiatives plus ponctuelles peuvent aussi se développer, comme l'illustre la création du dispositif *Kosmicare* mis en place durant le festival de *Boom*, plus grand festival de musique *trance* du monde. Il a permis d'ouvrir des stands d'analyse de pilules, de définir une

³³⁶ Estratégias Nacional de Luta contra Droga Comissão para a Estratégias Nacional de Combate à Droga, Portugal

³³⁷ STEVENS (Alex), HUGHES (Caitlin), Traduction par ANDRO (Armelle), *Dépénalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal*, La Découverte, Mouvements, n°86, 2016, pages 22 à 33

³³⁸ Ibidem

³³⁹ Ibidem

procédure d'alerte en cas de produits dangereux et de prévoir les modalités d'intervention en cas de crise due à des substances psychotropes³⁴⁰.

De plus, ces commissions présentes beaucoup d'autres avantages comme « *un délai d'intervention plus court auprès des toxicomanes par un panel d'experts, un éventail de réponses élargi, un accent placé davantage sur la prévention pour les utilisateurs occasionnels et sur les soins et la réduction des risques pour les usagers dépendants.* »³⁴¹.

Enfin, ce qui fait le point fort de cette politique est le véritable réseau de soin qui a été créé. En effet, on observe une expansion des collaborations avec les services sanitaires et sociaux. Cela a permis d'augmenter l'offre de service de prévention, de traitement, de réduction des risques et de réinsertion sociale. Par exemple, le nombre d'unités de traitement ambulatoire examiné dans les rapports de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est passé de 50 en 2000 à 79 en 2009. Par ailleurs, un ensemble de mesures de prévention ont été mis au point, destiné soit à la population en général, soit à certains publics spécifiques. Au cours de l'année scolaire 2012-2013, le programme « Ecoles Sûres » a par exemple été mis en œuvre dans 6 406 écoles et a ainsi touché 765 778 élèves³⁴². De plus, le Portugal ne lésine pas sur les moyens mis en œuvre pour la réduction des risques avec la mise en place de programmes d'échange et de distribution de seringues, une multiplicité des traitements de substitution aux opiacés et un ensemble de services gratuits comme des places d'hébergement, opérations de vaccination contre l'hépatite B ou une analyse des pilules de drogues de synthèse³⁴³.

Il est alors intéressant de constater que cette politique a permis de diminuer le nombre de consommateur de cannabis, de cocaïne, de MDMA et d'héroïne entre 2001 et 2012³⁴⁴.

On observe alors que la prévention, comme la prise en charge sanitaire, est de bien meilleure qualité au Portugal qu'en France. Leur politique permet une plus grande souplesse et un éventail de réponse plus large et plus adapté. De plus, il semblerait que l'efficacité de cette politique soit vraisemblable puisqu'au delà des chiffres, le Portugal ne souffre pas des défauts du système sanitaire français mentionnés précédemment. Une telle politique est rendue possible par la perception de la consommation bien différente de celle adoptée en France : à l'instar des Pays-Bas, la consommation est estimée non par rapport au produit mais par rapport au comportement. Bien que la France tente de s'en rapprocher, la considération par rapport au produit persiste et a pour conséquence des réponses pénales et sanitaires moins réalistes. Enfin, envisager une réponse sanitaire plus que pénale permettrait peut-être de responsabiliser davantage les consommateurs, expliquant ainsi les

³⁴⁰ SANTOS (A.S), DUARTE (O.), *Portugal : New Developments, Trends*, National Report by the Reitox Focal Point, EMCDDA, Lisbonne, 2014

³⁴¹ Ibidem

³⁴² Ibidem

³⁴³ MOREIRA (M.), HUGHES (B.), STORI (C.), ZOBEI (F.), *Drug policy profile : Portugal*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011

³⁴⁴ Ibidem

résultats positifs en terme de consommation concernant le Portugal et le Pays-Bas. En effet, avoir peur de la réponse pénale est moins efficace qu'avoir peur pour sa santé. En France, le consommateur risque de ne pas consommer parce que c'est interdit, plutôt que pour protéger sa santé. On peut faire le parallèle avec la consommation de médicament psychotropes ou stupéfiants : on consomme, à raison, ces médicaments prescrits par un médecin parce que c'est légal, sans nécessairement se poser la question du risque. En étant dans une politique qui nécessiterait de remettre en question tout type de consommation dans le but de protéger sa santé, on pourrait se demander si cela ne serait pas bénéfique à la réduction des risques, tant bien par rapport à la consommation de ces produits dans une sphère médicale que récréative.

L'approche idéologique se retrouve alors concrètement dans l'encadrement juridique de la consommation de stupéfiants et psychotropes illicites. La comparaison entre la politique exercée en France et celles exercées dans d'autres pays européens permet d'analyser plus efficacement ce qu'un pays entend par « *drogue* ». En France, une drogue est un produit classifié comme illicite. Il est fondamentalement intolérable d'en consommer et il est difficile de concevoir qu'on puisse vouloir en consommer, au point d'avoir une prévention en la matière très faible. Pour d'autres pays européens, une drogue n'est pas un produit mais un comportement et ainsi tout type de produit pourrait entrer dans cette définition. De plus, la différence entre produits psychotropes et stupéfiants illicites et licites demeure, de façon logique, dans le fait que l'un dispose d'un cadre juridique légale alors que l'autre non. A l'inverse, dans des pays comme le Portugal, la différence ne tient pas au produit en lui même mais à la façon dont c'est consommé. En effet, en dépénalisant, le pays introduit un cadre légal et admet alors une tolérance face à cette consommation. Cependant, cette tolérance trouvera une limite seulement à partir du moment où cette consommation deviendra dangereuse. Cette division explique alors qu'il est difficile de trouver une définition commune à la notion de stupéfiant.

De plus, cette difficulté va s'accroître lorsque le produit psychotrope ou stupéfiant est analysé d'un point de vue géopolitique et économique.

Titre 2: L'enjeu géopolitique et économique: les politiques anti-droque comme source de pouvoir et de contrôle

« *Le trafic de drogue est intimement lié, depuis près de deux siècles, aux luttes de pouvoir et aux intérêts croisés de diverses puissances. Au-delà des trafiquants et des consommateurs, il y a des aides apportées par l'appareil militaire, des actions menées par les services secrets, des alliances inédites entre pouvoirs politique et criminel qui profitent des sommes colossales du trafic pour armer une milice, déstabiliser un pays, piéger des adversaires. Et remplir les caisses.* »³⁴⁵. Sans nul doute, l'histoire du trafic de drogue révèle un véritable pouvoir géopolitique. En effet, il sera intéressant de constater que si la cocaïne fut légale jusque dans les années 1920, son interdiction n'est pas uniquement dû à des raisons sanitaires. A l'instar de l'opium, le trafic de cocaïne demeure un bel exemple de la balance qui s'opère entre la santé publique et les intérêts géopolitiques relative

³⁴⁵ Le Monde, CONSTANT (Alain), Histoire du trafic de drogue, 31 mars 2020

aux produits stupéfiants et psychotropes (Chapitre 1). De plus, nous nous interrogeons précédemment à la raison qui poussait un pays à légaliser à usage médical les produits opiacés et non cannabinoïdes. En analysant le marché des Etats-Unies relatif à la consommation de ces médicaments, on constate qu'il a rapporté en 2015, 24 milliards de dollars pour les sociétés pharmaceutiques, mais à causé le décès de 60 000 américains l'année suivante³⁴⁶. La richesse que rapporte certain marché de produits stupéfiants pourrait alors être une partie de la réponse. Cette crise des opioïdes aux Etats-Unies est alors un belle exemple de l'intérêt économique qui se cache derrière la notion de stupéfiant (Chapitre 2).

Chapitre 1 : Entre intérêt géopolitique et santé publique : l'exemple du trafic de cocaïne

Dans les années 1880, il n'y avait rien d'anormal d'énoncer que « *la coca est le tenseur par excellence des cordes vocales* »³⁴⁷. En effet, la feuille de coca et la cocaïne ont été, jusque la loi du 12 juillet 1916 en France, utilisés pour leurs vertus thérapeutiques, notamment pour soigner les irritations du larynx et du pharynx³⁴⁸. Outre l'intérêt purement médical, ce produit était aussi utilisé en tant qu'énergisant au travers de boisson, comme dans le vin Mariani, élixir à base de vin de Bordeaux et de coca, dont le succès remarquable se manifesta mondialement grâce à un marketing artistique et raffiné³⁴⁹. Il est alors intéressant de constater que la cocaïne ait été, un jour, une denrée du marché mondial (Section 1). Cependant, ce marché était rendu possible par les intérêts coloniaux et géopolitiques dont disposaient les pays développés, et notamment les Etats-Unies, avec les Etats importateurs de cette substance. Ainsi, la perte de ces intérêts a conduit à la perte de ce marché légal pour devenir aujourd'hui une drogue du marché noir (Section 2).

Section 1: Une denrée du marché mondial

Outre le fait d'être un produit dangereux, la feuille de coca et la cocaïne sont aussi des produits d'exportations d'envergure mondiale, qu'ils soient de nature licite ou illicite. A l'origine, la feuille de coca est enracinée dans la culture andine et deviendra une marchandise exportable qu'à partir de la fin du XIXe siècle³⁵⁰. C'est l'Allemagne qui donnera naissance à ce commerce, historiquement légal, en l'important du Pérou, introduisant ainsi la cocaïne sur le marché européen pour ses intérêts thérapeutiques (Paragraphe 1). Cependant, c'est lorsque les Etats-Unies s'emparent de ce marché, que la cocaïne deviendra un produit d'importation et d'exportation au niveau mondial (Paragraphe 2).

³⁴⁶ Gramma, CAPOTE (Raul Antonio), *Les opioïdes tuent, mais aux États-Unis, ça rapporte de les prescrire et de les vendre*, 18 août 2020

³⁴⁷ Freud cité dans : DOMIC (Zorka), *L'histoire de la coca et de la cocaïne*, ERES, Chimères, n°91, 2017, pages 178 à 186

³⁴⁸ DOMIC (Zorka), *L'histoire de la coca et de la cocaïne*, ERES, Chimères, n°91, 2017, pages 178 à 186

³⁴⁹ GOOTENBERG (Paul), *La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale*, La Découverte, Hérodotes, n°112, 2004, page 66 à 83

³⁵⁰ Ibidem

Paragraphe 1 : Du Pérou à l'Allemagne : l'introduction de la cocaïne pour ses intérêts thérapeutiques sur le marché européen

C'est l'Europe, et notamment l'Allemagne, qui fut le premier importateur de la feuille de coca et de la cocaïne au XIXe siècle pour son intérêt scientifique et commercial, en faisant du Pérou le plus gros exportateur de ce produit³⁵¹. C'est l'étudiant Albert Nienmann qui isola la « *kokain* » de la feuille de coca pour la première fois en 1860 et le laboratoire Merck qui le commercialisa. La révolution de ce produit était liée à ses propriétés anesthésiantes, découverte en 1884, utilisé à partir de cette date dans toutes les opérations de chirurgie occidentale³⁵². Deux avantages se dégagent ensuite de l'utilisation de la cocaïne : soit pour ses propriétés médicinales, soit pour ses propriétés stimulantes. En effet, l'attention du monde médical sur la coca fut attirée par la publication des recherches réalisées par le neurologue Paolo Mantegazza. Le médecin rapporta le résultat des expériences qu'il avait faites sur lui-même, soit en mâchant les feuilles, soit en prenant des infusions. Il remarqua alors qu'elle est un stimulant pour les nerfs et facilite la digestion et affirmait que « *la propriété principale de la coca – qu'on ne trouve dans aucun autre médicament – est d'exalter les forces de l'organisme sans laisser aucun signe consécutif de faiblesse* ». En conséquence, il préconisait l'usage de la coca dans les problèmes digestifs, dans la faiblesse qui suit les fièvres, dans l'anémie, dans l'hystérie, l'hypocondrie, dans certaines maladies mentales, dans l'irritation de la moelle épinière, les convulsions idiopathiques, l'éréthisme nerveux, dans les cas d'hydrophobie, de tétanos et plus tard il a été préconisé contre l'irritation du larynx et du pharynx. Les vertus de la cocaïne ne sont pas prônées uniquement par quelques médecins européens isolés, mais par toute la communauté scientifique. En effet, le Journal Britannique de Médecine a écrit que « *la coca ferait ses preuves en tant que narcotique et stimulant d'un nouveau genre* »³⁵³. Il en est de même pour la littérature médicale française avec le Docteur Henri Rossier en 1861. Tous les journaux médicaux d'Europe font part de cette découverte et le nombre d'expériences pratiquées affecte immédiatement le prix de la cocaïne. Le *Medical Record* signale qu'il a reçu plus de trois cents lettres dans lesquelles on lui demande « *de la cocaïne tout de suite!* »³⁵⁴. Enfin, dans le *Traité de Médecine* écrit par Charcot en 1892, on peut même lire : « *Popularité bien justifiée par la sûreté de cet agent et la facilité de son administration* ». Ainsi, la communauté scientifique fait preuve d'un véritable engouement autour de la cocaïne ³⁵⁵.

Outre ses vertus médicales, les applications scientifiques de la cocaïne déclenchèrent une fascination grandissante dans la masse populaire. Afin de répondre aux fatigues et troubles névrotiques des sociétés modernes, les nouveaux stimulants étaient particulièrement convoités, notamment par les travailleurs intellectuels. Un mouvement mondial, la « *coca-mania* »³⁵⁶, fut

³⁵¹ Ibidem

³⁵² Ibidem

³⁵³ DOMIC (Zorka), *L'histoire de la coca et de la cocaïne*, ERES, Chimères, n°91, 2017, pages 178 à 186

³⁵⁴ Ibidem

³⁵⁵ DOMIC (Zorka), *L'histoire de la coca et de la cocaïne*, ERES, Chimères, n°91, 2017, pages 178 à 186

³⁵⁶ GOOTENBERG (Paul), *La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale*, La Découverte, Hérodotes, n°112, 2004, page 66 à 83

particulièrement prononcé en France et au Royaume-Uni puis plus tard aux Etats-Unies. C'est de cette manière que des entreprises, comme celle d'Angelo Mariani, lança le vin Mariani précité. Une autre entreprise s'empara du produit, Coca-Cola. Cultivée sous des conditions climatiques plus sèches, la feuille dite de Trujillo, dont la secrète « *Merchandise n° 5* » utilisée pour le Coca-Cola en 1886, était considérée comme plus parfumée, contenant moins d'alcaloïdes, et plus adaptée à la production de fortifiants³⁵⁷. On remarque alors qu'un véritable marché est né autour de la feuille de coca, avec une proposition de variété toujours plus grandissante.

Cependant, avant de conquérir le marché américain puis mondial, ce sont bel et bien les allemands qui dominaient ce commerce, via le port d'Hambourg. Les laboratoires Merck avaient le quasi-monopole de l'importation de cocaïne et il a permit de la multiplié par 5 puis par 20, augmentant ainsi son prix pour arriver à une production mondiale dépassant les quinze tonnes au début des années 1900. Afin d'obtenir le plus de bénéfice possible, l'Allemagne n'a pas tardé à implanter une usine de production au Pérou en 1892 dans le but de transformer directement la plante de coca en cocaïne. Cette innovation a permis d'augmenter encore plus la richesse apportée par ce produit. A la fin du XIXe siècle, l'Allemagne a donc colonisé le Pérou et industrialisé des régions pour son commerce de cocaïne, en attirant des milliers d'ouvriers agricoles et de métayers immigrants. Non seulement cela a permis d'enrichir les laboratoires Allemand, mais aussi ce pays exportateur en faisant de la cocaïne le cinquième plus grand revenu d'exportation du Pérou. En 1901, la production totale de cocaïne avait atteint les 10,7 tonnes. Cependant, ce commerce va se voir booster par un coup de fouet américain.

Paragraphe 2 : De l'Europe aux Etats Unies : le coup de fouet américain dans l'importation et l'exportation de la cocaïne au niveau mondial

Les Etats-Unies n'ont pas mis longtemps à comprendre les intérêts coloniaux qui se cachaient derrière ce nouveau marché. En effet, dès 1900, les américains étaient devenus les plus grands consommateurs et promoteurs au monde de ce produit. Les Etats-Unies poussent encore plus loin les « vertus » de la cocaïne en abusant de ses additifs dans des fortifiants et remèdes populaires. De plus, il était prescrit pour absolument tout type de maladie et surtout celles liées au développement de notre société moderne comme le « neurasthénie », soit un état de fatigue nerveux³⁵⁸. Enfin, les plus novatrices des compagnies pharmaceutiques, comme Parke-Davis à Detroit, se spécialisèrent dans les préparations à base de coca. Ainsi, au début des années 1900, les États-Unis importaient de 600 à 1 000 tonnes de coca par an, principalement pour ce marché populaire.

Ce qui donna un véritable essor à l'industrie de la cocaïne a été la façon dont les Etats-Unies se sont servis de la pénurie mondiale de ce produit, entre 1884 et 1887, pour servir leurs intérêt coloniaux.

³⁵⁷ Ibidem

³⁵⁸ Ibidem

En effet, l'industrie Parke-Davis a envoyé son ethnobotaniste pionnier, Henry Hurd Rusby, découvrir de nouvelles sources de coca bolivienne, de nouvelles méthodes de fabrication ainsi que les thérapies locales utilisant la coca³⁵⁹. L'US Navy elle-même ainsi que les consuls américains de La Paz et Lima travaillent sur l'amélioration de production de la cocaïne³⁶⁰. Enfin, dans les années 1890, les attachés commerciaux américains à Lima approfondirent leurs relations avec les fabricants de cocaïne locaux, même allemands, et aidèrent les Péruviens à améliorer leurs techniques d'exportation et de séchage des feuilles, permettant aux exportations péruviennes d'être plus que doublées au cours de la décennie. En 1903, les industries américaines dépassent celles allemandes en atteignant une consommation de cocaïne allant de 5 à 6 tonnes de cocaïne par an, soit les deux tiers du stock mondial.

Afin d'en faire un marché complètement lucratif, au-delà de la richesse créée par sa fabrication et son importation, une politique douanière s'est établie autour de la cocaïne. En effet, il a été mis en place des taxes élevées sur la cocaïne importée, mais non sur la feuille de coca, favorisant ainsi la production sur le sol américain de ce produit.

S'installe alors un système de contrôle complexe dans le but de régulariser la production de cocaïne. Ce système de contrôle était à la main d'une oligarchie américaine, partagée entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique. En effet, à partir de 1920, seules deux entreprises produisaient de la cocaïne : Merck et Mayood Chemical Works, partenaire de Coca-Cola. De ce fait, la production et le contrôle du marché de la cocaïne avait complètement été cartéllisé par les Etats-Unies. On est alors véritablement passé d'un marché local, dans les Andes, avec de la feuille de coca, à un marché mondial, avec une production sur le sol américain et de la cocaïne en poudre.

Cependant, à la fin des années 1920 et de la seconde guerre mondiale, une division commence à naître par rapport à la consommation de ce produit. En effet, une vague anti-cocaïne américaine est en train de monter, ce qui fut le revers de la médaille d'un enthousiasme précoce. *« La cocaïne devint un symptôme de cette « maladie américaine » caractérisée par une fascination et une haine simultanées des drogues. Dès 1900, les opinions gouvernementales et médicales dominantes commencèrent à se retourner contre la coca et la cocaïne licites, l'alcool et les vrais narcotiques, et contre la propagation de son usage illicite et « démoniaque » au sein des classes défavorisées ou de certaines communautés ethniques. »*³⁶¹. La baisse de popularité de la cocaïne causera nécessairement des baisses énormes de sa richesse et une perte des intérêts coloniaux et géopolitiques qu'entretenaient les Etats-Unies avec l'Amérique du Sud. Petit à petit, le marché de la cocaïne, jusqu'ici complètement légale, commencera alors à décliner.

Section 2 : Une drogue du marché noir

³⁵⁹ Ibidem

³⁶⁰ Ibidem

³⁶¹ P. GOOTENBERG, « Secret Ingredients », archives nationales du Federal Bureau of Narcotics (RG 170), Coca-Cola.

La période entre 1910 et 1950 correspond à la chute de la cocaïne, puisqu'elle va se retrouver coincée entre une perte de popularité et la montée de son interdiction au niveau international. De plus, les Etats-Unies vont y perdre leurs intérêts coloniaux, ce dernier élément, ajouté aux deux précédents, va alors causer le déclin de la cocaïne légale (Paragraphe 1). Ainsi, cette dernière va passer de denrée légale et adorée de tous, à une substance plus que détestable. Cependant, que ce produit résulte d'un marché licite ou illicite, il n'en demeure pas moins qu'il restera l'un des plus importants commerces de matière première, continuant d'être un outil de pouvoir pour certains Etats et rapporteur de richesse, faisant de lui une panacée comme un fléau (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La perte des intérêts coloniaux des Etats-Unies : le déclin de la cocaïne légale

Trois éléments sont à l'origine du déclin de la cocaïne. Tout d'abord la perte de popularité de cette substance au niveau mondial. En effet, d'une production de 15 tonnes en 1905, elle diminuera de moitié cinq ans plus tard. Cette perte de popularité a notamment été causée par le recul de son usage médical puisque des substituts en tant qu'anesthésiant ont été trouvés. Ensuite, on a observé un retrait des producteurs de coca les plus vulnérables, concurrencés par ceux implantés ou financés par les Etats-Unies. Enfin, la perte d'intérêt colonial des Etats-Unies envers cette marchandise a favorisé la montée des campagnes anticocaïne.

Ainsi, les restrictions vis à vis de ce produit se sont multipliées. Tout d'abord les Etats-Unies instaurèrent des limitations nationales par le biais des « *Food and Drug Administration Acts* »³⁶². Bien que depuis 1800, la production alimentaire aux Etats-Unies soient réglementées, ce n'est qu'à partir de 1906 avec la *Food and Drug Administration Act*³⁶³ (FDA) et la *Meat Inspection Act*³⁶⁴, que le gouvernement a pris des mesures importantes pour protéger les consommateurs. La loi sur les aliments et drogues interdisait le commerce interétatique d'aliments, de boissons et de drogues mal étiquetés et falsifiés³⁶⁵. A l'origine, la FDA avait pour rôle d'assurer que les produits étaient correctement étiquetés ou d'interdire certains d'entre eux qui n'étaient pas sûrs. Ainsi, la FDA exigeait que des substances telles que l'alcool, la cocaïne, l'héroïne, la morphine et le cannabis soient étiquetés avec précision sur leur contenu et leur dosage. Avant cette loi, de nombreux médicaments n'étaient pas étiquetés, dont certains contenant de la cocaïne. La première restriction par rapport à la cocaïne a donc été son étiquetage sur les produits en contenant, et seuls ceux étiquetés étaient autorisés à la vente, malgré tout toujours disponible sans ordonnance. Cependant, cette obligation a causé la diminution de la vente de certains produits, par exemple ceux à base

³⁶² FURROW, GREANEY, JOHNSON, JOST, SCHWARTS, *Hornbook on Health Law*, West Group (2000)

³⁶³ 21 US Code §§ 1 à 5. Abrogé. 25 juin 1938, ch. 675, § 1002 (a), anciennement § 902 (a), 52 Stat. 1059 ; renuméroté § 1002 (a), Pub. L. 111-31, div. A, titre I, § 101 (b) (2), 22 juin 2009, 123 Stat. 1784

³⁶⁴ 21 US Code § 601

³⁶⁵ Legal Information Institute, La loi sur les Aliments et la drogue, consulté le 19 août 2020, disponible sur : https://www.law.cornell.edu/wex/food_and_drug_law#:~:text=The%20Food%20and%20Drug%20Act%20prohibited%20interstate%20commerce%20in%20misbranded,protection%20agencies%20in%20this%20country.

d'opiacés ont diminués de 33%³⁶⁶. De plus, la FDA a participé au retrait de la cocaïne dans certain produit, notamment dans le Coca-Cola en 1903, qui a dû la remplacer par de la caféine. En effet, le Coca-Cola était vendu comme une besoin énergisante, capable de soulager les maux de tête et la cocaïne était utilisée en tant qu'additif et permettait de donner encore plus soif au consommateur. Pour l'anecdote, la FDA a aussi tenté de faire supprimer la caféine de cette boisson, souhaitant même l'interdiction générale de la vente de Coca-Cola. Dans l'affaire *United States contre Forty Barrels and Twenty Kegs of Coca-Cola*³⁶⁷, juge a conclu que Coca-Cola avait le droit d'utiliser la caféine³⁶⁸, bien que Coca-Cola ait finalement perdu lorsque le gouvernement a fait appel à la Cour suprême. Elle a alors conclu un règlement avec le gouvernement des États-Unis pour réduire la quantité de caféine.

Outre les réglementations concernant la cocaïne imposées par la FDA, en 1914, le *Harrison Narcotics tax Act* ajoute de nouvelles restrictions³⁶⁹. En effet, cette loi a permis de taxer la production, l'importation, la distribution et l'utilisation des opiacés et produits cocaïnés dans les situations non médicales³⁷⁰. Par la suite, elle permis l'obligation d'une prescription médicale concernant les produits à base de cocaïne et a ainsi interdit tout usage non médical. Toute utilisation hors de ces réglementations sont soumises aux mêmes sanctions que l'usage d'opium, de morphine et d'héroïne³⁷¹.

Ensuite, en 1922, un système de contrôle totale des importations est mis en place³⁷². Enfin, la Convention de la Haye sur les opiacés en 1912, premier acte de la communauté internationale pour définir un cadre de contrôle de l'offre de drogues. poussa donc ce contrôle à l'internationale³⁷³. Plus tard, elle sera suivi par les conventions antinarcotiques de Genève de 1931 qui aura pour but de limiter la fabrication et réglementer la distribution de stupéfiants³⁷⁴. Ensuite, la Société des Nations donnera son appui dans le sens de ces restrictions en 1923³⁷⁵ et enfin, les Nations Unies fixèrent les besoins médicaux mondiaux en cocaïne à moins de 4 tonnes³⁷⁶.

³⁶⁶ Ibidem

³⁶⁷ 59e Congrès Américains, *United States v. Forty Barrels and Twenty Kegs of Coca-Cola*, 241 US 265, 1916, Chapitre 3915, cité 34 *United States* 768

³⁶⁸ 59e Congrès Américains, *United States v. Forty Barrels and Twenty Kegs of Coca-Cola*, 241 US 265, 1916, Chapitre 3915, cité 34 *United States* 768

³⁶⁹ GOOTENBERG (Paul), *La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale*, La Découverte, Hérodotes, n°112, 2004, page 66 à 83

³⁷⁰ TERRY (C.E), *The Harrison anti-narcotic act*, *The American Journal of Public Health*, 2011, Volume 5, page 518

³⁷¹ Ibidem

³⁷² GOOTENBERG (Paul), *La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale*, La Découverte, Hérodotes, n°112, 2004, page 66 à 83

³⁷³ MAGUET (Olivier), DUMAND (Dominique), *Histoire de la constitution d'une norme anti-drogue internationale*, *Multitudes*, n°44, 2011, page 60 à 63

³⁷⁴ Convention de Genève, pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, 22 décembre 1932, Approuvée par l'Assemblée fédérale le 22 décembre 1932, Instruments de ratification déposés par la Suisse le 10 avril 1933 Entrée en vigueur pour la Suisse le 9 juillet 1933 (Etat le 11 mai 2004)

³⁷⁵ DUMAY (Jean-Michel), *Drogues : changer la donne*, Manière de voir, Février-Mars 2019, Edition Olivier Pironnet

³⁷⁶ GOOTENBERG (Paul), *La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale*, La Découverte, Hérodotes, n°112, 2004, page 66 à 83

De cette manière, la cocaïne se divisa en un nouveau trio de filières mondiales, structurées politiquement et répartis géographiquement. La première fut une filière mercantiliste et coloniale néerlandaise reliant l'île de Java à l'Europe, qui supplanta rapidement les producteurs péruviens dès 1915³⁷⁷. La deuxième fut une filière pan-asiatique promue par l'État japonais, lancée dans les années 1920- 1930 pour répondre aux impératifs industriels et à ceux de la SDN³⁷⁸. Enfin, la dernière correspondait au réseau résiduel États-Unis – pays andins, de plus en plus lié aux prérogatives d'entreprises, principalement Coca-Cola, et au contrôle antidrogue sous la direction du Federal Bureau of Narcotics (FBN) de Harry Anslinger. Du côté péruvien, ce réseau se divisa en filières de coca et de cocaïne et en projets nationaux séparés³⁷⁹. La forte intégration de ce marché n'est guère surprenante pour un produit si politisé et connaissant un tel déclin, si bien que les marchés mondiaux de la coca et de la cocaïne mis en place précédemment cessèrent de fonctionner.

Alors, la filière de la cocaïne ne cessait de décliner et c'est ainsi que les politiques américaines de la cocaïne, dépourvues d'intérêts coloniaux, devinrent la principale force de mise en place et d'extension d'un système mondial idéaliste de prohibition de la cocaïne par le biais des conventions cités précédemment. Cependant, va naître un paradoxe entre la politique anti-drogue, et le reste d'intérêt géopolitique et économique dont disposait toujours les États-Unis. En effet, dans les années 1920, les américains commencèrent à s'intéresser de très près à la coca et à la cocaïne péruviennes, d'une part pour faire pression sur le Pérou, mais aussi pour épauler Coca-Cola. Leur principale réussite fut de mettre en place au Pérou un réseau de renseignements sur la drogue, géré par le département d'État et le Fédéral Bureau of Narcotics, et facilité par les dirigeants et contacts des compagnies Maywood et Coca-Cola. Par le biais des taxes, des restrictions mise en place et de leur pouvoir de contrôle sur la production de cocaïne au Pérou, les États-Unis tentent, tant bien que mal, de garder la main sur cette richesse.

Le véritable tournant permettant le passage d'un marché légal à un marché illégal a été l'après seconde guerre mondiale. En effet, entre 1947 et 1949, le Pérou est à la main de Manuel Arturo Odria³⁸⁰. Il mène alors une dictature au sein de ce pays et contrôle les champs de coca indienne cultivés dans le cadre d'un monopole nationale de la coca. C'est ce dernier élément qui va venir abolir tout intérêt colonial du marché de la cocaïne pour les États-Unis, qui, de ce fait, viendront accélérer sa prohibition à l'internationale. Tout comme les américains avaient créé l'engouement pour la cocaïne, ils sont venus faire d'elle un élément prohibé. *« Telles étaient les filières développées et empruntées par la coca et la cocaïne licites, de la naissance à la mort d'une drogue moderne et internationale, de 1860 à 1950. Il ne s'agissait pas simplement de marchés intégrés obéissant aux lois de l'offre et de la demande, mais de circuits institutionnalisés ayant servi le développement de la science et de la médecine, la circulation d'idées politiques, d'informations, d'influences, et de différentes tentatives de monopolisation et de contrôle de la drogue. Ces filières*

³⁷⁷ Ibidem

³⁷⁸ Ibidem

³⁷⁹ Ibidem

³⁸⁰ Biografía y vidas, la enciclopedia biográfica en línea, Manuel Arturo Odria, consulté le 20 août 2020, disponible sur : <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/o/odria.htm>

furent segmentées tant par l'évolution de différentes appréciations culturelles de la coca et de la cocaïne que par celle des zones d'influence coloniales et néo-coloniales. Elles reflètent aussi les formes et degrés variés de pouvoir international exercés par une variété d'acteurs et de relations inégaux impliqués dans la production, la transformation, le commerce, le contrôle, la consommation et l'abus de ces substances. En somme, ces filières, et les tensions qui les accompagnèrent ou survinrent entre elles, si elles contribuèrent au XIX^e siècle, et par bien des aspects, à rendre légitime le commerce initial de coca et de cocaïne, aidèrent aussi, à l'inverse, à structurer leur criminalisation progressive au cours du XX^e siècle. »³⁸¹. A partir de 1945, plus aucun doute possible, le marché de la cocaïne deviendra illicite, tout en continuant de servir des intérêts économique et géologique.

Paragraphe 2 : Entre panacées et fléaux : la cocaïne comme outil de pouvoir

Le marché de la cocaïne a été poussé par l'intervention américaine, en venant apporter des moyens techniques, humains et financiers aux plantations de coca en Amérique Latine. La richesse apportée, aussi bien aux Etats-Unies qu'aux pays importateurs était indéniable, et il ne fallait pas s'attendre à ce que ce commerce disparaisse sous « prétexte » que c'était désormais illégal. Ce marché avait malheureusement pris bien trop d'ampleur pour revenir en arrière. Depuis 1950, les filières de la coca et de la cocaïne sont toutes deux devenues un phénomène plus ou moins soumis aux directives du marché et, avec le succès de la cocaïne illicite, l'un des plus importants commerces de matière première de l'histoire, légaux ou non. Ce marché n'a cessé de se développer, de manière illégal, en empruntant les routes déjà tracées lorsque ce dernier était licite.

Cependant, la régulation de l'offre de cette production par les politiques internationales constitue elle aussi un enjeu géopolitique. En effet, jusqu'en décembre 1999, les Etats-Unis espéraient maintenir une présence militaire en Colombie, autre pays producteur, en y instaurant une base militaire sous accord de la Présidente Moscoso et sous prétexte d'une protection américaine pour aider à la lutte de ce trafic³⁸². Evidemment, cette dernière refusa, au nom de la souveraineté nationale. Ainsi, les Etats-Unies, sous couvert de cette protection, réussit à s'installer à Porto Rico, Cuba, en Equateur, au Honduras et dans les îles de Curaçao et Aruba, en y installant des bases de la Drug Enforcement Administration (DEA)³⁸³. Bien que l'intention soit réelle, les Etats-Unies utilisent cette outil pour servir d'autre fin géopolitique, bien que tous ces pays soient susceptibles de ne pas prolonger les contrats qui les autorisent à s'implanter sur leur territoire. D'autres exemples viennent illustrer ces propos, comme celui de la collaboration américano-iranienne dans le cadre de

³⁸¹ GOOTENBERG (Paul), *La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale*, La Découverte, Hérodotes, n°112, 2004, page 66 à 83

³⁸² L'espace politique, LABROUSSE (Alain), FIGUEIRA (Daurius), CRUSE (Romain), *Évolutions récentes de la géopolitique de la cocaïne*, Geopolitics of Cocaine: Latest Developments

³⁸³ Ibidem

la lutte anti-drogue³⁸⁴. En effet, ces deux Etats n'entretiennent aucune relation diplomatique, cependant ils se retrouvent autour d'un fort intérêt en matière de contrôle des drogues. L'ambassadeur des États-Unis, Glyn Davies, a même déclaré auprès des Nations Unies à Vienne durant la 53e session de la Commission on Narcotic Drugs en mars 2010 à son homologue iranien : « nous sommes heureux de travailler avec le président, même s'il est issu d'un pays avec lequel nous avons des différends »³⁸⁵. En effet, l'Iran apparaît comme la première barrière dressée sur la route de l'opium et de l'héroïne provenant d'Afghanistan et à ce titre il reçoit des financements internationaux du Pacte de Paris, visant à éradiquer production afghane et trafic international³⁸⁶.

Parallèlement à cela, on observe le développement d'un « parapolitique » et d'un « parabusness » dans les anciens pays producteurs de cocaïne légale³⁸⁷. Il s'agit de l'utilisation des groupes paramilitaires à des fins commerciales. En effet, nés du désir des riches entrepreneurs, légaux et illégaux, colombiens et étrangers, de se protéger des revendications de groupes révolutionnaires, stimulés à l'origine par des inégalités économiques et sociales, des groupes paramilitaires se sont développés en Colombie et sont représentés jusque dans les plus hautes sphères de l'Etat³⁸⁸. C'est ainsi que sont né les Forces armées révolutionnaires de Colombie, dit FARC-EP, dont le but est, en principe, de lutter contre les conflits en Colombie. Le problème est que la FARC-EP a territorialisé la plus grande part des territoires producteurs de coca dans le sud du pays, et tirent ainsi de larges profits en taxant cette production ³⁸⁹. Loin de l'objectif de paix, la FARC-EP est aujourd'hui synonyme de peur en étant responsable par exemple de la disparition de 15 000 agents de la DEA, selon Amnesty International³⁹⁰, sans parler de la grande corruption qui règne en Colombie.

Ainsi, on comprend que le marché de la cocaïne, licite autant qu'illicite, viens servir différent intérêts économiques et politiques. Que ce soit au nom de la paix ou de l'argent, les exemples précités illustrent parfaitement l'outil géopolitique que représente le trafic de cocaïne. A l'heure où la communauté international lutte contre ce dernier, il représentait en 2017 un marché de 2,7 milliards de dollars³⁹¹.

L'exemple du trafic de cocaïne illustre aussi la façon dont une substance peut passer d'un produit légal à illégal, sans considération d'intérêt sur notre santé, simplement par des choix politiques. Ces choix viennent véritablement définir ce qu'est une drogue ou non et ainsi délimiter la différence

³⁸⁴ MAGUET (Olivier), DUMAND (Dominique), *Histoire de la constitution d'une norme anti-drogue internationale*, Multitudes, n°44, 2011, page 60 à 63

³⁸⁵ Dépêche Reuters du 8 mars 2010.

³⁸⁶ MAGUET (Olivier), DUMAND (Dominique), *Histoire de la constitution d'une norme anti-drogue internationale*, Multitudes, n°44, 2011, page 60 à 63

³⁸⁷ L'espace politique, LABROUSSE (Alain), FIGUEIRA (Daurius), CRUSE (Romain), *Évolutions récentes de la géopolitique de la cocaïne*, Geopolitics of Cocaine: Latest Developments

³⁸⁸ Ibidem

³⁸⁹ Ibidem

³⁹⁰ Ibidem

³⁹¹ Capital, *La Colombie reste le premier producteur de cocaïne du monde*, 20 septembre 2018

entre médicaments psychotropes et stupéfiants licites et illicites. Comme de nombreux autres pays, la France est venue s'aligner sur cette politique de lutte anti-drogue concernant la cocaïne. En accord avec l'air du temps, le Parlement français a alors adopté une loi, promulguée le 12 juillet 1916, qui dote pour la première fois le pays d'un instrument de politique pénale spécifique aux drogues, à des fins de contrôle de l'offre dans le prolongement de l'esprit de La Haye, en créant le délit de port, d'achat ou de fourniture de stupéfiants. *« Derrière cette volonté de contrôler l'offre se tapissait déjà celle de réguler la consommation. On retrouve ainsi à l'époque le même vocabulaire que celui qui sera utilisé soixante ans plus tard dans les débats autour de la loi du 31 décembre 1970 avec la lutte contre le « fléau » des drogues. Or l'analyse de la jurisprudence au cours de la période, et ce jusqu'à la loi de 1970, montre bien que le juge s'est saisi des dispositions de la loi de 1916 pour progressivement criminaliser les usages de drogues, au-delà de la stricte question du « port de stupéfiants ». La jurisprudence va d'ailleurs élargir à la notion de « détention », plaçant de façon quasi inévitable l'usager de drogues sur le terrain de l'illégalité. Et on constate que les procès faisant référence à la loi de 1916 vont condamner des usagers « simples » de drogues. Le terrain était alors prêt pour le vote de la loi de 1970, qui est venue donner un cadre légal au délit de consommation, que la jurisprudence avait déjà sanctionné. »*³⁹².

Si l'intérêt géopolitique dans le choix de la représentation des stupéfiants vient d'être démontré, il reste un dernier point à éclaircir concernant cette représentation : l'intérêt économique.

Chapitre 2: Entre intérêt économique et santé publique : l'exemple de la crise des opioïdes aux Etats-Unies

Le système de santé américain est bien plus libérale que le notre, et de ce fait bien moins protectionniste. La vente de médicament aux Etats-Unies est, en effet, moins encadrée et sujette à plus de dérive. C'est de cette manière que des médicaments opioïdes forts se sont retrouvés, de manière complètement légale, entre les mains de patients qui, sans le savoir, en mésusent. En effet, la mortalité par abus de médicaments antidouleurs constitue aujourd'hui une problématique majeure aux États-Unis. Depuis 2000, la consommation d'opioïdes, que ce soit sous forme légale, détournée ou illégale, a causé plus de 72 000 décès par surdose en 2017³⁹³, donnant lieu à une crise sanitaire sans précédent. L'ampleur et la vitesse de progression de cette « *crise des opioïdes* » la rend comparable à l'épidémie de sida dans les années 1980 et 1990³⁹⁴. Le principal médicament responsable de cette crise est l'Oxycontin, créé par l'industrie pharmaceutique Purdue Pharma qui la commercialise pour la première fois en 1996³⁹⁵. Concrètement, les Etats-Unies ont autorisé, et autorise toujours, la prescription en masse de cette drogue légale, sous la pression d'un lobbying important de ses

³⁹² MAGUET (Olivier), DUMAND (Dominique), *Histoire de la constitution d'une norme anti-drogue internationale*, Multitudes, n°44, 2011, page 60 à 63

³⁹³ Envoyé Spéciale France 2, Reportage, *Mort sur ordonnances aux Etats-Unies : les médicaments antidouleur tuent plus que les armes à feu*, 22 février 2019

³⁹⁴ OBRADOVIC (Ivana), *La crise des opioïdes aux Etats-Unies, d'un abus de prescription à une épidémie aigüe*, décembre 2018, Note de l'Institut Français des Relations Internationales

³⁹⁵ Ibidem

industries pharmaceutiques. La possibilité « *d'une mort sur ordonnance* »³⁹⁶, c'est la conséquence d'un système de santé américain qui exerce une médecine à vocation commerciale (Section 1). Cette crise des opioïdes n'est malheureusement pas sans frontière et la problématique, bien que moindre, commence à arriver en France. Cependant, contrairement au système américain, le système de santé français exerce une médecine bien plus protectionniste, à la recherche d'un équilibre entre intérêt financier et protection de la santé (Section 2).

Section 1: Le système de santé américain : une médecine à vocation commerciale

La vente d'Oxycontin a rapporté, en 2017, 35 milliards de dollars à l'industrie Purdue Pharma³⁹⁷, en causant le décès par overdose de plus de 72 000 personnes la même année. Pourtant, en 2007, elle a été condamnée d'une amende de 600 millions de dollars pour publicité mensongère par rapport à ces médicaments. Mais au vu d'une législation de santé publique largement libérale (Paragraphe 2), l'affaire Purdue Pharma ne semble pas avoir remis en question le système de santé peu protectionniste aux Etats-Unies (Paragraphe 1).

Paragraphe 1: L'affaire Purdue Pharma, un système de santé peu protectionniste aux Etats-Unies

Depuis les années 2000, les Etats-Unies sont en train de vivre la plus grave crise sanitaire de leur histoire, depuis celle du VIH dans les années 1980. L'Oxycontin est un médicament opioïde fort, utilisé pour le soulagement des douleurs chroniques. En France, il est exclusivement réservé pour traiter les douleurs liées aux cancers. Cependant, la législation américaine permet de le prescrire pour des douleurs bien plus anodines, comme des maux de dos. Un mésusage de ce médicament peut causer une dépendance, des arrêts respiratoires ou encore le décès. Il est 50 fois plus puissant que l'héroïne et cinq kilogrammes peut causer le décès de 5 millions de personnes³⁹⁸. Cette crise des opioïdes met en danger, à l'heure actuelle, plus de 2 millions d'américains³⁹⁹. Concernant les décès, c'est « *plus d'américain mort d'opioïde, que tous les américains mort au Vietnam* »⁴⁰⁰.

Le plus étonnant avec cette crise est le public qui est touché par cette dernière : mères et pères de famille, grands-parents, employés ou chefs d'entreprises, sans aucun antécédent de dépendance. Mais la prise de cette substance dans des circonstances qui ne le justifiaient pas, les enverra tout droit dans une spirale infernale. En effet, si la prise d'Oxycontin ouvre la voie de l'addiction, c'est vers l'héroïne que ces personnes se sont ensuite tournées, par impossibilité de se procurer des pilules sur le long terme. « *Pour moi, l'héroïne, c'était pour les toxicos et je n'étais pas une toxico, mais une femme d'affaire brillante, une mère de famille, présidente de l'asso des parents d'élèves et aujourd'hui, je dis souvent que si ça a pu m'arriver à moi, alors ça peut arriver à n'importe*

³⁹⁶ Envoyé Spécial France 2, Reportage, *Mort sur ordonnances aux Etats-Unies : les médicaments antidouleur tuent plus que les armes à feu*, 22 février 2019

³⁹⁷ Ibidem

³⁹⁸ Arte, Reportage, *Mort sur ordonnances*, DEFERT (Valérie), 2010

³⁹⁹ Ibidem

⁴⁰⁰ Matthew Thorningon, Addictologue Suchtmédinizer

qui »⁴⁰¹. La situation est totalement inédite : elle repousse la stigmatisation classique du toxicomane au fond du caniveau et l'image du dealer en survêtement. Cette situation met en avant un type de toxicomane d'un nouveau genre et un producteur de drogue en toute légalité. En effet, jusqu'à sa condamnation en 2007, l'industrie Purdue Pharma a engendré un véritable stratagème pour vendre ce médicament, au péril de la santé de son peuple.

En 1990, l'industrie lance une campagne publicitaire représentant dix patients sous Oxycontin, vendant le produit comme une solution miracle pour toutes les douleurs. Il assure que le risque d'addiction est inférieur à 1% et vont jusqu'à verser 10 000 dollars par trimestre aux médecins qui le prescrivent⁴⁰². Cependant, 20 ans plus tard, une seule patiente sur les 10 de la campagne publicitaire n'a pas succombé à une overdose, provoquant ainsi les décès des neuf autres patients⁴⁰³. Parallèlement à ce phénomène, on observa une montée de la consommation et du trafic d'héroïne dans le pays. Avant que le scandale n'éclate, Trump rendra l'ouverture des frontières au Mexique responsable de cela, sous couvert de ne pas se mettre à dos ce lobby pharmaceutique et tout l'argent que ce dernier rapporte⁴⁰⁴.

Au delà de ce commerce légale, la vente d'Oxycontin alimente aussi un marché noir. Dans un clinique à Los Angeles, des sans domiciles fixes (SDF) étaient payés, par une bande organisée criminelle, pour obtenir de fausses ordonnances de ce médicament. A la sortie, ces SDF distribuaient à cette bande organisée ces ordonnances puis une pharmacie complice leur redonnait des pilules. Ensuite, elles étaient acheminées jusque dans des petites villes des Etats-Unies pour être revendues sur le marché noir. Après une enquête, des mails avec Purdue Pharma démontrent que cette dernière était parfaitement au courant, mais fermait les yeux⁴⁰⁵.

En 2007, le scandale explose enfin et l'industrie a été condamné à versé 600 millions de dollars à l'Etat américain pour publicité mensongère. Si la symbolique est forte, cela ne reste qu'une bouchée de pain relativement à la richesse apportée par ce commerce. De plus, ce n'est qu'une demi-victoire pour les 2000 victimes ayant porté plainte puisque, dans un système américain qui permet aux industries pharmaceutiques d'être gagnantes, cette dernière s'est déclarée en faillite en 2018, en vertu d'un accord passé avec 24 procureurs d'État. Ce montage devrait permettre de dégager environ 10 milliards de dollars, que le laboratoire s'engage à consacrer à la lutte contre la crise des opiacés. Il est alors intéressant de constater qu'effectivement, Purdue Pharma, a breveté un médicament anti-addiction basé sur la buprénorphine⁴⁰⁶. De plus, bien que Trump ait fini par déclarer en octobre 2018 que son administration « *déclare aujourd'hui, officiellement la crise des*

⁴⁰¹ Envoyé Spéciale France 2, Reportage, *Mort sur ordonnances aux Etats-Unies : les médicaments antidouleur tuent plus que les armes à feu*, 22 février 2019

⁴⁰² Arte, Reportage, *Mort sur ordonnances*, DEFERT (Valérie), 2010

⁴⁰³ Ibidem

⁴⁰⁴ Ibidem

⁴⁰⁵ Envoyé Spéciale France 2, Reportage, *Mort sur ordonnances aux Etats-Unies : les médicaments antidouleur tuent plus que les armes à feu*, 22 février 2019

⁴⁰⁶ Financial Times, Archives, *Opioid billionaire granted patent for addiction treatment*, 7 septembre 2018

opioïdes une urgence sanitaire nationale sous la responsabilité de la loi Fédéral » et promette de l'argent pour enrayer cette épidémie, les fonds n'ont toujours pas été débloqué⁴⁰⁷.

Cette exemple illustre parfaitement l'intérêt économique qui se cache derrière la notion de stupéfiant. Aussi dangereux que ce soit la substance, aussi ravageuse soit-elle, « *les américains ont réussi à se faire des Khmer rouge de la pharmacie en tuant leur propre peuple pour des intérêts financiers* »⁴⁰⁸, « *nous sommes victime d'un système défaillant du point de vue sanitaire, parce que la santé publique ne pèse pas grand chose contre un certain nombre de lobby, que ce soit celui de l'industrie pharmaceutique, de l'alcool et du vin ou celui des armes.* »⁴⁰⁹. En effet, des intérêts économiques aussi importants décident de ce qui, oui ou non, relève d'un stupéfiant légale.

Cette problématique soulève alors celui du fonctionnement du système de santé américain, qui semble être peu protectionniste.

Paragraphe 2: Une législation de santé publique aux Etats-Unies largement libérale

Il est intéressant de se demander comment un tel commerce a pu, législativement, être possible. Tout d'abord, il faut savoir qu'aux Etats-Unies, il n'existe que deux bases législatives relatives à la santé publique, à savoir la FDA et le Code National des Drogues (CND). Le premier pose des règles générales sur la fabrication, l'importation, exportation, vente et prescription des médicaments et l'autre sert à leur classement. Cependant, ce ne sont que des règles générales, puisque chaque Etats dispose de sa propre réglementation concernant le contrôle des médicaments et notamment pour ceux dits à « *substances contrôlées* »⁴¹⁰. De cette manière, on ne retrouve pas la même réglementation dans tous les Etats concernant ces contrôles.

De manière générale, la législation est plus plutôt simple : d'une part il existe les médicaments sans ordonnances dit *Over The Counter* (OTC) et d'autre part ceux sur ordonnances dit *Restreinte over-the-counter substances*.

Selon la FDA, la commercialisation d'un médicament OTC est autorisée s'il est « *généralement reconnu sûr et efficace.* » et bénéficiera soit de la nomination *Generally Recognized As Safe and Effective* (GRAE/S) dans le cas ou ce n'est pas un nouveau médicament et que ce dernier a déjà été couramment utilisé pendant une durée suffisante, soit de celle de *New Drug Application* (NDA) si ce sont de nouveaux médicaments⁴¹¹. La FDA a mis en place en 1972 un programme d'analyse des différentes catégories de médicaments OTC. Les résultats de ces études sont rassemblés dans des monographies, qui précisent quels principes actifs sont considérés comme sûrs et efficaces, à

⁴⁰⁷ Envoyé Spéciale France 2, Reportage, *Mort sur ordonnances aux Etats-Unies : les médicaments antidouleur tuent plus que les armes à feu*, 22 février 2019

⁴⁰⁸ France 5, Reportage, *Le débat : le monde en face*, 14 mai 2019

⁴⁰⁹ Ibidem

⁴¹⁰ Sénat, le site au service des citoyens, « La réglementation américaine du médicament », consulté le 21 aout 2020, disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r96-196/r96-19682.html>

⁴¹¹ Ibidem

quelles doses, pour quels symptômes, avec quelles consignes d'emploi et enfin dans quelles combinaisons. Le recueil de ces monographies constitue le *OTC Drug Review* et se fait, évidemment, par coopération avec les industries pharmaceutiques. Chaque monographie paraît ensuite au *Federal Register*. Lorsqu'un produit est conforme à ces monographies, il est considéré comme sûr et efficace et ne nécessite pas d'autorisation formelle. Une simple déclaration auprès de la FDA suffit et le laboratoire s'engage à fabriquer le médicament en respectant ces monographies⁴¹².

Ensuite, ces médicaments OTC sont classés en trois catégories : la catégorie I avec les GRAE et GRAS, qui correspond aux médicaments en vente libre, la catégorie II correspondant aux médicaments dont l'efficacité et l'innocuité ne sont pas reconnues par la FDA et dont la vente est interdite puis la catégorie III étant les médicaments dont l'efficacité et l'innocuité ne sont pas complètement acquises mais dont la vente est possible.

Une autre possibilité vient assouplir ces règles de contrôle puisque parfois, des médicaments ne sont pas conformes aux monographies de la FDA, mais sont commercialisables par le biais d'accords de confidentialité. Ces accords visent à faciliter l'échange d'informations confidentielles entre les autorités de réglementation de différents pays ou Etats fédéraux, et offrent un cadre permettant la coopération et l'échange d'informations dans le domaine réglementaire, par exemple sur les projets de lignes directrices, la législation, les informations non publiques, la pharmacovigilance et les inspections⁴¹³. Ensuite concernant la publicité de ces médicaments, cela passe par la Fédéral Trade Commission. C'est une commission indépendante, dont la mission principale est l'application du droit de la consommation et le contrôle des pratiques commerciales anticoncurrentielles telles que les monopoles déloyaux. Il est alors intéressant de constater que les médicaments soient classés au même rang que n'importe quel autre produit consommable. A l'inverse, les médicaments sous ordonnances sont contrôlés par la FDA. Enfin, la FDA exige de ces produits en vente libre d'être étiquetés par la mention « *Drug Facts* » pour informer le consommateur sur ce que contient le produit.

De cette manière, une substance qui n'est pas nouvelle dans l'industrie pharmaceutique, comme les opioïdes, est très facilement commercialisable et le contrôle est moindre. C'est ainsi que, aux Etats-Unies, on trouve en vente libre des médicaments à base de codéine, un médicament opiacé qui nécessite en France une ordonnance⁴¹⁴. De plus, il n'existe pas réellement d'officine aux Etats-Unies, les médicaments sont vendus dans des supermarchés, des épiceries et mêmes dans des universités. Il y a simplement un rayon « drugstore » et toutes appartiennent à des géants pharmaceutiques comme CVS ou Walgreens⁴¹⁵. D'une part, on peut alors se procurer très facilement des médicaments opioïdes faibles, et d'autre part la production, la vente, et les

⁴¹² Ibidem

⁴¹³ Commission Européenne, Coopération internationale en matière de produits pharmaceutiques

⁴¹⁴ Over-the-counter médicaments - Over-the-counter drug, Wiki, https://fr.qwe.wiki/wiki/Over-the-counter_drug#United_States

⁴¹⁵ Frenchdistrict, Les pharmacies aux Etats-Unies

réglementations relatives aux commerces du médicament, répondent complètement à une démarche commerciale, expliquant en partie les dérives précitées.

Ensuite, concernant les médicaments sur ordonnance, la réglementation est propre à chaque état fédéral. De cette manière, certains médicaments sont soumis à l'obligation de la présentation d'une ordonnance pour être délivrés dans certains états, mais pas dans d'autres et cela vaut pour l'Oxycontin. C'est de cette manière que, bien que l'Oxycontin puisse répondre à l'obligation d'une ordonnance pour être délivré, c'est loin d'être suffisant pour en contrôler la consommation.

Enfin, les réglementations concernant les prescriptions de ces médicaments sont tout aussi souple que celles régissant son commerce. En effet, alors que la prescription d'opioïdes était initialement réservée aux cas de douleur aiguë et de cancer en phase terminale, un certain nombre d'initiatives privées ont été prises à partir des années 1990 pour l'étendre au traitement de la douleur chronique⁴¹⁶. Cette ouverture du marché s'est accompagnée d'une promotion de masse : plusieurs centaines de visiteurs commerciaux sont recrutées, les budgets publicitaires sont multipliés par six entre 1996 et 2001, atteignant 4,6 millions de dollars, et un véritable plan de communication est établi. Ainsi, des centaines de médecins, pharmaciens et cliniques, présentées comme des « *cliniques de la douleur* », prescrivent à outrance de puissants opiacés par appât du gain⁴¹⁷. De plus, la régulation concernant le marketing pharmaceutique est très faible aux Etats-Unies, expliquant ainsi la possibilité de cette publicité, même mensongère. Enfin, la vente direct aux médecins par les représentants pharmaceutiques est possible tout comme la possibilité de distribuer des primes pour les commerciaux obtenant une hausse des prescriptions, le paiements ciblés aux médecins pour des interventions dans des conférences promouvant la consommation de ce type de médicament.

*« Dégagé d'un cadre de prescription limité à la douleur cancéreuse, le marché de l'oxycodone a été élargi sans entrave, jusqu'au point où la plupart des familles américaines possédaient dans leur armoire à pharmacie de l'oxycodone, avec ou sans paracétamol. Douleurs dentaires, migraines, mal de dos ou fibromyalgies : au cours des années 1990, le comprimé d'oxycodone est devenu l'antalgique privilégié pour soigner la douleur, quelle que soit son origine. »*⁴¹⁸.

On comprend alors parfaitement l'intérêt économique qui se cache derrière la notion de stupéfiant légale dans un système où la réglementation, la production et prescription de médicament est établi par les industries pharmaceutiques.

Section 2: Le système de santé français : une médecine à la recherche d'un équilibre entre intérêt financier et protection de la santé

⁴¹⁶ OBRADOVIC (Ivana), *La crise des opioïdes aux Etats-Unies, d'un abus de prescription à une épidémie aiguë*, décembre 2018, Note de l'Institut Français des Relations Internationales

⁴¹⁷ Ibidem

⁴¹⁸ Ibidem

Comme il a été vu dans la partie 1, la prescription de médicament opioïde est soumise à de nombreuses restrictions. Cependant, cela n'empêche pas l'apparition, de manière moindre, du même phénomène concernant ces médicaments qui touche les Etats-Unies.

Contrairement à la situation précédente, cette augmentation du mésusage des médicaments opioïdes forts n'est pas tant dû à un fort lobbying pharmaceutique, mais plutôt à un manque de prévention et d'information sur le sujet (Paragraphe 2). En effet, il existe en France une forte obligation de transparence concernant ces industries (Paragraphe 1).

Paragraphe 1 : La forte obligation de transparence des industries pharmaceutiques

Concernant le lobbying pharmaceutique, ce dernier bien que moindre, reste existant. Lors d'une enquête journalistique par France Culture, il s'est avéré que depuis 2012, 14 millions d'euros de liens d'intérêts ont été dépensés à des professionnels de santé par des laboratoires pharmaceutiques⁴¹⁹. L'affaire du Levothyrox illustre parfaitement cela. Ce médicament a été commercialisé pour soigner des problèmes liés à la thyroïde. Le problème a été le manque de transparence par rapport aux informations le concernant. Ainsi, 4113 patients portent plainte pour défaut d'information et le laboratoire Merck, fabricant de ce médicament, a été condamné à verser 1000 euros à chacun des plaignants⁴²⁰. A l'instar de l'Oxycontin, il s'est avéré que sur les cinq médecins qui ont soutenu la prescription de ce médicament et minimiser son effet indésirable, quatre d'entre eux avaient des liens d'intérêt avec le laboratoire Merck⁴²¹. Outre ces pots de vins, les laboratoires pharmaceutiques influencent nécessairement l'avis des professionnels médicaux par le biais des formations et meeting que ces derniers financent et organisent.

Bien que ce phénomène existe en France, il reste tout de même à relativiser. En effet, les autorités de santé mettent un point d'honneur à être le plus transparent possible concernant l'industrie pharmaceutique et tout ce qui attrait de près ou de loin à la santé. A ce sujet, la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé oblige, par l'article L.1453-1 du CSP, obligent les « *entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou assurant des prestations associées à ces produits* » à « *rendre publique l'existence des conventions qu'elles concluent avec : les professionnels de santé, les associations de professionnels de santé, les étudiants se destinant aux professions relevant de la quatrième partie du présent code ainsi que les associations et groupements les représentant, les associations d'usagers du système de santé, les établissements de santé relevant de la sixième partie du présent code, les fondations, les sociétés savantes et les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le secteur des produits ou prestations mentionnés au premier alinéa, les entreprises éditrices de presse, les éditeurs de services de radio ou de télévision et les éditeurs de*

⁴¹⁹ France Culture, *Le fentanyl devient la première cause d'overdose aux États-Unis et inquiète l'Europe*, MAUERHAN (Faustine), le 21 décembre 2018

⁴²⁰ Sciences et Avenir, *Les principales étapes de l'affaire du Levothyrox*, 5 mars 2010, consulté le 22 août 2020, disponible sur : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/les-principales-etapes-de-l-affaire-du-levothyrox_131947

⁴²¹ France Culture, *Le fentanyl devient la première cause d'overdose aux États-Unis et inquiète l'Europe*, MAUERHAN (Faustine), le 21 décembre 2018

*services de communication au public en ligne, les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription et à la délivrance, les personnes morales assurant la formation initiale des professionnels de santé mentionnés au 1° ou participant à cette formation. »*⁴²². En d'autres termes, tous les industriels pharmaceutiques ont l'obligation de révéler les liens d'intérêts qu'ils entretiennent avec quelconques professionnels de santé et sont soumis à une forte obligation de publicité et de transparence.

Cependant, cela n'empêche évidemment pas les laboratoires fabriquant des opioïdes forts de mettre en avant leurs produits lors du Salon de la douleur. A ce sujet, Purdue Pharma, sous le nom de sa filiale internationale Mundi Pharma, présente le Fentanyl en continuant de minimiser les effets secondaires et prétextant que « *Non, ce produit n'a rien à voir avec celui qui fait des ravages aux Etats-Unies.* »⁴²³.

Ainsi, même si le lobbying pharmaceutique existe en France, il se trouve très loin derrière ce qui est permis de faire aux Etats-Unies. C'est de cette manière qu'il est possible de dire, que la montée de la prescription des médicaments opioïdes n'est pas vraiment liée à l'influence de ces industries.

Paragraphe 2 : Le manque de prévention et d'information comme principal facteur de la hausse des prescriptions de médicaments opioïdes forts

William Lowenstein, addictologue et président SOS addiction, explique que de nombreux médecins ne reçoivent pas nécessairement les bonnes informations concernant les médicaments opiacés et que les prescriptions peut-être abusives de la part de certains d'entre eux ne sont liées à un quelconque lien d'intérêt avec une industrie pharmaceutique mais à une désinformation, liée malgré tout à l'influence inconsciente des lobbys. « *Certes ils ont leur part de responsabilité, mais ils sont aussi victimes d'un système défaillant du point de vue sanitaire, parce que la santé publique ne pèse pas grand chose contre un certain nombre de lobby* »⁴²⁴.

Le Professeur Maurice Dematteis, chef du service addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, illustre parfaitement le manque d'information, d'une part celui concernant les effets indésirables de ces médicaments, et d'autre part celui concernant la notion même d'addiction : « *On prend des médicaments et parfois, on est pris dans un cercle vicieux sans trop comprendre ce qu'il se passe, c'est difficile pour le médecin qui a prescrit le traitement, c'est difficile pour le patient de se dire qu'il a développé une addiction, avec toutes les représentations que donne l'addiction, la stigmatisation qui est souvent associée.* ».

Outre la désinformation de la part des médecins, il y a aussi un manque d'information de la part des patients. En effet, la plupart d'entre eux n'ont pas conscience du danger que peut représenter certains médicaments. Cela va avec l'idée soutenue précédemment sur le manque de

⁴²² Article L1453-1 du CSP, Créé par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 2

⁴²³ Envoyé Spéciale France 2, Reportage, *Mort sur ordonnances aux Etats-Unies : les médicaments antidouleur tuent plus que les armes à feu*, 22 février 2019

⁴²⁴ France 5, Reportage, *Le débat : le monde en face*, 14 mai 2019

responsabilisation relatives aux médicaments. Ce même médecin témoigne, par rapport à une patiente victime des effets indésirables du Fentanyl « *Les patients ne sont pas conscient de prendre quelques chose de 50 fois plus fort que l'héroïne.* »⁴²⁵. En effet, cette patiente a été pendant quatre ans, dépendante de ce médicament. Bien qu'elle signalait au médecin son augmentation de prise de pilule, passant de 4 à 20 par jours, ces derniers lui répondaient de « *ne pas s'inquiéter.* »⁴²⁶.

De plus, on observe une banalisation de la prescription de ce type de médicament avec un classement opioïde faible - opioïde faible qui semble dénué de sens. En effet, une classification a été opérée par l'OMS avec trois paliers différents pour représenter la puissance des antalgiques. En premier se trouve les médicaments tel que le paracétamol, en seconde viennent les opioïdes faibles comme le tramadol et en dernier les forts comme le Fentanyl. Cependant, cette classification avait été opérée par rapport aux douleurs liées aux cancers, et non pour soulager d'autres maux. Cependant, les opioïdes faibles sont prescrits dans 91% des cas dans des situations qui ne relèvent de cancer⁴²⁷.

Enfin, le souci de soulager la douleur est accéléré par celui de raccourcir les séjours en hôpitaux. En effet, il y a une pression de la part des hôpitaux de raccourcir les séjours entre 4 et 5 jours. Ainsi, prescrire des médicaments opiacés permet de maintenir cette cadence.

Tous ces éléments participent alors à une difficile balance entre soulagement de la douleur et risque pour la santé.

L'usage de ces médicaments, aussi dangereux soit-ils, dans notre système médical sous-entend nécessairement le poids économique qui se cache derrière la notion de stupéfiants licites et illicites. En effet, bien que l'influence des industries pharmaceutiques, reste, pour la France, à minimiser, il n'empêche que le commerce de médicaments opiacés rapportent des sommes colossales à ces industries.

François-Xavier Dudouet, vient bien résumer ce lien intrinsèque qui existe entre le contrôle de l'offre et la répression des usages illicites : « *L'universalité qui caractérise la définition des activités illicites concernant les drogues n'est pas le fruit de la dangerosité particulière des substances, mais la conséquence d'une véritable politique publique internationale qui, entre 1912 et 1972 a distingué, sur le plan mondial, des usages licites et illicites. L'édification d'une régulation internationale de l'offre de drogues destinées aux besoins médicaux a permis de définir progressivement un espace mondialisé des usages licites qui renvoya dans l'illégalité tous les acteurs qui n'avaient pas accès à ce marché. Ce n'est que dans la mesure où cette politique de régulation fut un succès mondial que les politiques de répression devinrent, au cours des années 1970, un enjeu prioritaire pour s'imposer finalement comme la principale grille de lecture du*

⁴²⁵ Envoyé Spécial France 2, Reportage, *Mort sur ordonnances aux Etats-Unis : les médicaments antidouleur tuent plus que les armes à feu*, 22 février 2019

⁴²⁶ Ibidem

⁴²⁷ Ibidem

monde des drogues. De fait, la globalité à laquelle est souvent rattachée le trafic de drogues n'en dissimule que mieux celle qui est actuellement à l'œuvre : l'harmonisation des politiques de répression et la régulation mondiale de l'offre licite de drogues »⁴²⁸.

La qualification de stupéfiant ou psychotrope illicite ou licite tient donc, finalement, à des choix essentiellement politiques, sur lesquels viennent se greffer des enjeux économiques puis culturels. Une fois ces axes établis par les entités publiques, le choix des substances classées comme à la fois un médicament et un stupéfiant illicite, est adapté en fonction des intérêts thérapeutiques dont la médecine peut bénéficier, pour réguler afin de protéger au maximum les risques sur la santé. Les critères de distinction entre un médicament classé comme stupéfiant ou psychotrope et un produit illicite au sens des arrêtés de 1990, vont alors bien au delà du droit. De plus, concernant la définition du terme de drogue, il serait impossible d'en donner une qui correspondrait à chaque Etat et leurs réglementations. En effet, la définition de stupéfiant, sous entendu illicite, devrait être propre à chaque pays, puisque révélatrice de tous les enjeux qui se cachent derrière. En France, une drogue pourrait-être définie comme un produit classé sur une liste, établi par le ministère chargé de la santé, passible de provoquer un risque sur la santé inférieur à l'intérêt thérapeutique qu'elle pourrait provoquer, notamment un risque d'abus et dépendance. En France, une drogue est alors avant tout un produit. Mais cette définition ne conviendrait pas à un pays comme le Portugal ou le Pays-Bas par exemple, davantage axés sur la consommation du produit, que le produit en lui même. Dans ces pays, une drogue pourrait-être défini comme tout élément passible de provoquer une dépendance. On remarque alors qu'une telle définition convient tout à fait à la législation de ces pays, qui vont jusqu'à considérer que n'importe quoi puisse devenir une drogue, alors qu'elle ne serait pas du tout en phase avec la notre.

On comprend alors toute la complexité qui se cache derrière cette notion et la raison qui pousse les autorités à ne pas en donner.

Enfin, concernant la France, malgré les failles d'un système trop répressif, la réglementation des médicaments et des drogues démontrent l'implication des autorités publics à oeuvrer dans la protection de notre santé.

⁴²⁸ François-Xavier Dudouet, « De la Régulation à la répression des drogues. Une politique publique internationale », article paru dans *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, n° 52, 2003.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES ABRÉVIATIONS	5
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION	9
PARTIE 1: LES CRITÈRES RELATIFS AU PRODUIT COMME ÉLÉMENT INSUFFISANT	15
Titre 1: L'intérêt thérapeutique : un facteur flou dans la définition entre médicament classé comme stupéfiant et psychotrope et substance illicite	16
<i>Chapitre 1: Le médicament classé comme stupéfiant et psychotrope comme drogue licite à l'intérêt thérapeutique avéré</i>	17
Section 1: L'assimilation du produit à un médicament par la loi	17
Section 2: L'autorisation stricte et dérogatoire de la circulation du produit sur le marché pharmaceutique	22
<i>Chapitre 2: Le stupéfiant comme drogue illicite à l'intérêt thérapeutique discutable : l'exemple du cannabis thérapeutique</i>	28
Section 1: L'usage prohibitif du cannabis et ses strictes dérogations	29
Section 2: L'expérimentation du cannabis à usage médical	33
Titre 2: Le risque pour la santé publique : un facteur déterminant dans la définition entre médicament classé comme stupéfiant et psychotrope et substance illicite	36
<i>Chapitre 1: Le risque évalué selon le produit : l'évaluation du risque sur la santé par rapport aux bénéfices thérapeutiques</i>	37
Section 1: La pharmacovigilance	38
Section 2: La substitution d'une drogue illicite à une drogue licite comme outil de lutte contre la toxicomanie	43
<i>Chapitre 2: Le risque évalué par rapport au comportement du consommateur : limite de l'évaluation bénéfique/risque</i>	47
Section 1: La pharmacodépendance : l'usage des médicaments à des fins récréatives	47
Section 2 : Le dopage : l'usage des stupéfiants à des fins utilitaires	52
PARTIE 2: LES CRITÈRES RELATIFS AUX APPARTENANCES CULTURELLES, POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES COMME ÉLÉMENT PRÉDOMINANT	58
Titre 1 : L'enjeu éthique et culturelle : la pierre angulaire des politiques anti-drogue	59
<i>Chapitre 1 : La division éthique de la notion de stupéfiant en Europe</i>	60
Section 1 : Le difficile compromis entre une politique prohibitionniste et permissive	60

Section 2 : La perception controversée du consommateur de produit illicite	67
<i>Chapitre 2 : La divergence des réglementations en Europe comme témoin de cette division</i>	<i>73</i>
Section 1 : Un régime judiciaire inégal	74
Section 2 : Un régime sanitaire et sociale progressif	81
Titre 2: L'enjeu géopolitique et économique: les politiques anti-drogue comme source de pouvoir et de contrôle	90
<i>Chapitre 1 : Entre intérêt géopolitique et santé publique : l'exemple du trafic de cocaïne</i>	<i>91</i>
Section 1: Une denrée du marché mondial	91
Section 2 : Une drogue du marché noir	94
<i>Chapitre 2: Entre intérêt économique et santé publique : l'exemple de la crise des opioïdes aux Etats-Unies</i>	<i>100</i>
Section 1: Le système de santé américain : une médecine à vocation commerciale	101
Section 2: Le système de santé français : une médecine à la recherche d'un équilibre entre intérêt financier et protection de la santé	105
TABLE DES MATIÈRES	110
BIBLIOGRAPHIE	112
ANNEXES	123

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage

Ouvrages généraux

- CONTE (Phillipe), MAITRE DU CHAMBON (Patrick), *Droit pénal général*, Paris, Collection U.Armand Collin, 4e édition, 1999, 360 pages

Ouvrages spéciaux

- BISIOU (Yann), CABALLERO (Francis), *Droit de la drogue*, Paris, Montpellier, Dalloz, collection Précis, 2000, pages 827
- MAESTRACCI (Nicole), *Les drogues*, Paris, Presse Universitaire de France, Collection « Que sais-je ? », 2005, 128 pages
- MENDOZA (Alexandra), *Médicament et droit : droit français et européen*, Belgique, Larcier, 302 pages
- Code mondiale anti-dopage, 2015

Dictionnaires

- Dictionnaire de l'Académie de Médecine, version 2020
- Glossaire de l'ANSM

Thèse

- KIHM (Régine), *Evaluation de la conformité des prescriptions de médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants*, Thèse présenté pour le diplôme d'Etat Mention Médecine Générale, année 2018

Texte

Constitution

- Constitution du 4 octobre 1958

Lois

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1), JORF 17 aout 2004
- Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique (1), JORF 7 aout 2004

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1), JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277, texte n° 4
- Loi n° 2006-405 du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs (1), JORF n°0082 du 6 avril 2006 page 5193, texte n° 2
- Loi n° 2007-248 du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament (1), JORF n°49 du 27 février 2007 page 3503, texte n° 3
- Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie (1), JORF n°0273 du 25 novembre 2009 page 20206, texte n° 2
- Loi n° 2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue (1), JORF n°0089 du 15 avril 2011 page 6610, texte n° 1
- Loi n° 2011-1862 du 13 décembre 2011 relative à la répartition des contentieux et à l'allègement de certaines procédures juridictionnelles (1), JORF n°0289 du 14 décembre 2011 page 21105, texte n° 1
- Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, JORF n°0302 du 30 décembre 2011, page 22667, texte n° 1
- Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales (1), JORF n°0189 du 17 août 2014 page 13647, texte n° 1
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), JORF n°0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1
- Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (1), JORF n°0071 du 24 mars 2019, texte n° 2
- Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (1), JORF n°0300 du 27 décembre 2019, texte n° 1

Ordonnances

- Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur en euros de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs, JORF n° 0220 du 22 septembre 2000 page 14877, texte n° 23
- Ordonnance n° 2006-596 du 23 mai 2006 relative à la partie législative du code du sport, JORF 25 mai 2006
- Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0047 du 25 février 2010 page 3585, texte n° 45
- Ordonnance n° 2010-462 du 6 mai 2010 créant un livre IX du code rural relatif à la pêche maritime et à l'aquaculture marine, NOR: AGRS1007353R
- Ordonnance n° 2011-1922 du 22 décembre 2011 portant adaptation du code du travail, du code de la santé publique et du code de l'environnement au droit de l'Union européenne en ce qui concerne la mise sur le marché des produits chimiques, JORF n°0297 du 23 décembre 2011 page 21995, texte n° 38

- Ordonnance n° 2017-51 du 19 janvier 2017 portant harmonisation des dispositions législatives relatives aux vigilances sanitaires, JORF n°0017 du 20 janvier 2017, texte n° 29
- Ordonnance n° 2015-1207 du 30 septembre 2015 relative aux mesures relevant du domaine de la loi nécessaires pour assurer le respect des principes du code mondial antidopage, JORF n°0227 du 1 octobre 2015 page 17597, texte n° 36

Décrets

- Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie - Abrogé
- Décret n° 2007-157 du 5 février 2007 relatif aux substances vénéneuses et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF n°32 du 7 février 2007 page 2328, texte n° 20
- Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, JORF n°112 du 15 mai 2007 page 8997, texte n° 136
- Décret n°2007-596 du 24 avril 2007 relatif aux conditions et modalités de prescription et de délivrance au détail des médicaments vétérinaires et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), JORF 26 avril 2007
- Décret n° 2008-364 du 16 avril 2008 relatif au suivi des mesures d'injonction thérapeutique et aux médecins relais, JORF 19 avril 2008
- Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 relatif à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, JORF n°0102 du 29 avril 2012 page 7653, texte n° 12
- Décret n° 2012-1244 du 8 novembre 2012 relatif au renforcement des dispositions en matière de sécurité des médicaments à usage humain soumis à autorisation de mise sur le marché et à la pharmacovigilance, JORF n°0261 du 9 novembre 2012 page 17558, texte n° 8
- Décret n°2013-473 du 5 juin 2013 n°213-473 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés, JORF n°130 du 7 juin 2013
- Décret n° 2014-322 du 11 mars 2014 relatif à la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, JORF n°0061 du 13 mars 2014, texte n° 1
- Décret n° 2015-372 du 31 mars 2015 relatif au socle commun de connaissances, de compétences et de culture, JORF n°0078 du 2 avril 2015 page 6034, texte n° 16
- Décret n°2016-183 du 23 février 2016 portant simplification des procédures administratives relevant de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le domaine des produits de santé, JORF n°47 du 25 février 2016

- Décret n° 2016-1151 du 24 août 2016 relatif au portail de signalement des événements sanitaires indésirables
- Décret n° 2017-885 du 9 mai 2017 pris en application de l'ordonnance n° 2017-51 du 19 janvier 2017 portant harmonisation des dispositions législatives relatives aux vigilances sanitaires, JORF n°0109 du 10 mai 2017, texte n° 85
- Décret n° 2020-1090 du 25 août 2020 portant diverses mesures relatives à la prise en charge des produits de santé, JORF du 30 août 2020

Arrêtés

- Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants, NOR: SPSM9000498A
- Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes, NOR: SPSM9000500A
- Arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en oeuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles, JORF n°58 du 9 mars 1995 page 3687
- Arrêté du 15 juillet 2002 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes, JORF n°170 du 23 juillet 2002 page 12590, texte n° 26
- Arrêté du 27 février 2017 fixant la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pour lesquels la déclaration ou le signalement peut s'effectuer au moyen du portail de signalement des événements sanitaires indésirables, NOR: AFSP1706243A

Circulaire

- Circulaire n°73-11 du 30 mars 1973, BO Ministère de la Justice
- Circulaire n° DGS/MC2/2009/349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en oeuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, Ministère de la santé, direction générale de la santé
- Circulaire du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, n° 2014-068 du 20 mai 2014
- Circulaire CRIM 08-11/G4 du 9 mai 2008 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances

Jurisprudence

- Cour de Justice de l'Union Européenne, 3 décembre 2015, n°C-82/15
- Cour Européenne des Droits de l'Homme, dans son arrêt du 29 juillet 2002, Pretty c/ Royaume-Uni, requête n° 2346/02
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle, Affaire Reynaud, 24 mars 1978, n° 77-90339

- Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 12 janvier 1982, n°81-92481
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 18 décembre 1982, n°84-90875
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 10 janvier 1984, n°8394414
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 12 décembre 1984, n°84-92.896
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 11 février 1985, n° 84-91279
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 22 juin 1994, n°93-83900
- Cour de Cassation, Chambre Criminelle, 11 janvier 2011, n°347, *D. 2011. Pan. 2824, obs. Roujou de Boubée; JCP G 2011, n° 347, note J. Huet; RSC 2012. 221, obs. de Lamy.*
- Cour de cassation, Chambre criminelle, 16 décembre 2015, pourvoi n° 14-86.860
- Cour d'appel de Papeete, 27 juin 2002, D., 2003, p. 584
- 59e Congrès Américains, *United States v. Forty Barrels and Twenty Kegs of Coca-Cola*, 241 US 265, 1916, Chapitre 3915, cité 34 United States 768

Texte internationaux et étrangers

- Convention de Genève, pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, 22 décembre 1932
- Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Nations Unies
- Convention de 1971 sur les substances psychotropes
- Plan d'action anti-drogue de l'Union européenne de 2013-2016, Conseil de l'Union européenne, 2013, C 351/01
- Estratégias Nacional de Luta contra Droga Comissão para a Estratégias Nacional de Combate à Droga, Portugal
- United States Code
- Commission Européenne, Coopération internationale en matière de produits pharmaceutiques

Articles

- Assemblée Nationale, *Avis usages de drogues et droits de l'homme*, JORF n°0055 du 5 mars 2017, texte n°31
- BAUMEVIELLE (Marie), *Utilisation des substances vénéneuses dans l'industrie pharmaceutique*, Lexis Nexis, Fascicule 40, 10 septembre 2019
- BISIOU (Yann), *Cannabis thérapeutique : stratégie pour une politique de santé publique*, LEH édition, Revue droit & santé n° 89, page 343 à 351
- BISIOU (Yann), *Cannabis thérapeutique : stratégie pour une politique de santé publique*, Revue droit et santé n°89, mai 2019, pages 343 à 351

- CALVO (Julian), *La responsabilité du fait des effets secondaires des produits de santé*, LPA, 16 février 1999, page 14
- COLSON (Renaud), UMR CNRS 6297, *Cannabis thérapeutique : légalisation par la loi de financement de la sécurité sociale*, Recueil Dalloz 2020, page 21
- DE PAUW (Emilie), *Le dopage cognitif : signification et enjeux*, Journal International de Bioéthique, 2011/3 Volume 22, pages 78 à 92
- DESROCHES (Julie) et BEAULIEU (Pierre), *Système cannabinoïde et douleur : quelle place en thérapeutique ?*, Revue Médicale Suisse, volume 4, 18 juin 2008, page 1505-1513
- DOMIC (Zorka), *L'histoire de la coca et de la cocaïne*, ERES, Chimères, n°91, 2017, pages 178 à 186
- DUDOUET (François-Xavier), *De la Régulation à la répression des drogues : une politique publique internationale*, Les Cahiers de la sécurité intérieure, n° 52, 2003
- DUMAY (Jean-Michel), *Drogues : changer la donne*, Manière de voir, Février-Mars 2019, Edition Olivier Pironnet
- FURROW, GREANEY, JOHNSON, JOST, SCHWARTS, *Hornbook on Health Law*, West Group (2000)
- GALLIEN (Claude-Louis), *Sports et dopage : quelques témoignages*, Revue générale du droit, Hors-série, 2012-2013, 36 pages
- GOGORA (Amane), LACAZE (Marion), *Chronique de droit pénal espagnol*, Revue de l'AIDP, n°02-1, 2015
- GOOTENBERG (Paul), *La filière coca du licite à l'illicite : grandeur et décadence d'une marchandise internationale*, La Découverte, Hérodotes, n°112, 2004, page 66 à 83
- GOOTENBERG (Paul), *Secret Ingredients*, archives nationales du Federal Bureau of Narcotics (RG 170), Coca-Cola.
- LANDEL (Pauline), ZILINSKA (Anna), *La politique de décriminalisation des drogues au Portugal* », Mouvement, n° 86, 2016
- LARIEU (Peggy), *Recours aux techniques biomédicales en vue de « neuro-amélioration » chez la personne non malade : enjeux éthiques comité consultatif national d'éthique, avis n° 122*, ESKA « Droit, Santé et Société », 2016, n° 2-3, pages 13 à 24
- LECA (Antoine), LAMI (Arnaud), *De la nécessité d'une définition réglementaire pour les médicaments à marge thérapeutique étroite : l'exemple du fentanyl*, LEH Edition, Revue Générale du droit, 2017, page 113 à 124
- LEQUARRE (François), VERJANS (Pierre), *Les drogues prohibés*, Courrier hebdomadaire du CRISP, 1996, n°1506-1507, page 2
- MAGUET (Olivier), DUMAND (Dominique), *Histoire de la constitution d'une norme anti-drogue internationale*, Multitudes, n°44, 2011, page 60 à 63
- MAHER (Brendan), *Poll Results : look who's doping*, Nature, 2008, n°452, page 674-675
- MARCHANT (Alexandre), *La French connection, entre mythe et réalité*, Vingtième Siècle. Revue d'histoire n°155, 2012, pages 89 à 102
- MARTINEAU (Hélène), GOMART (Emile), *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, OFDT, décembre 2000
- MENEZES FERREIRA (Joao), *Le cas exemplaire du Portugal*, Multitudes n°44, 2011, page 47 à 57

- MOREIRA (M.), HUGHES (B.), STORI (C.), ZOBELI (F.), *Drug policy profile : Portugal*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011
- MOREIRA (M.), TRIGUEIROS (F.), AUTUNES (C.), *The evaluation of the Portuguese drug policy 1999-2004 : the process and the impact on the new policy*, Drugs and Alcohol Today, Volume 7, 2007, page 14-25
- OBRADOVIC (Ivana), *La crise des opioïdes aux Etats-Unies, d'un abus de prescription à une épidémie aiguë*, décembre 2018, Note de l'Institut Français des Relations Internationales
- PERRAUDIN (Mathilde), COULON (Sylvie), WILLOQUET (Gérard), WELNIARZ (Bertrand), *La prescription hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) en pédopsychiatrie*, John Libbey Eurotext, volume 94, février 2018, page 101-107.
- PROTAIS (Caroline), *Législations relatives aux stupéfiants en Europe en 2016 : points communs et divergences*, Note, n° 05, 2016
- SANTOS (A.S), DUARTE (O.), *Portugal : New Developments, Trends*, National Report by the Reitox Focal Point, EMCDDA, Lisbonne, 2014
- SHADILI (Gérard), ALTHABEGOÏTY (Alice), *Pharmacodépendance induite par une prescription de traitement opiacé au long cours : réflexion autour de deux cas*, L'Information psychiatrique, Volume 94, 2018, page 841-850
- SIPP (Werner), *The Portuguese Approach and the International Drug Control Conventions*, Statement of the President of the International Narcotics Control Board, Vienne, 2015
- STELLA (Alessandro), *Se droguer pour le plaisir : un tabou ou un droit ?*, ERES Chimères, n°91, 2017, page 63 à 7°
- STEVENS (Alex), HUGHES (Caitlin), Traduction par ANDRO (Armelle), *Dépénalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal*, La Découverte, Mouvements , n°86, 2016, pages 22 à 33
- TAMPERE (Klass), *Les recommandations du Comité consultatif national d'éthique sur les enjeux éthiques de la « neuro-amélioration »* LEH édition, Revue droit & santé n° 60, page 1427 à 1431
- TAUBIRA (Laurence), *A-t-on le droit de se droguer ?*, introduction au colloque du 3 février 1996 organisé par la LDH « Drogues et droits de l'homme »
- TERRY (C.E), *The Harrison anti-narcotic act*, The American Journal of Public Health, 2011, Volume 5, page 518
- VAN OUYEN HOUBEN (Marianne), *Usage de substances illicites et politique néerlandaise en matière de drogues : vue d'ensemble et évaluation exploratoire*, Médecine & Hygiène, Déviance et Société, Volume 32, 2008, pages 325 à 348
- VIALLA (François), *Tout est poison, rien n'est poison, c'est la dose qui fait le poison*, LEH édition, Revue droit & santé n° 55, page 648 à 649
- ZEESE (Kevin B.), *History of medical marijuana policy in US*, *International Journal of Drug Policy*, volume 10, 1999, page 319 - 328

Rapports

- ANSM, État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques, février 2019
- ANSM, Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France, ANSM, décembre 2013
- Assemblée Nationale, LE DAIN (Anne-Yvonne), MARCANGELI (Laurent), Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée Nationale sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites, n°2385, novembre 2014
- CCNE, Les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies, n°43, 23 novembre 1994
- CEIP-A de Grenoble, Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances, 2016
- Conseil national du SIDA, Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique, 21 juin 2001, page 3
- MILDT, Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, Professeur REYNAUD (Michel), 2013
- Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, HENRION (Roger), 1995
- Observatoire Européen des drogues et de la toxicomanie, Rapport national sur les drogues, 2018
- Observatoire Européen des drogues et de la toxicomanie, Usage médical du cannabis et des cannabinoïdes, Office des publications de l'Union européenne, 2018
- Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, ROQUES (Bernard), 21 février 2002
- Sénat, n°259, session ordinaire de 2001-2002, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs, CABAL (Christian), annexe au procès-verbal de la séance du 21 février 2002
- Sénat, Rapport sur la proposition de loi proposant l'usage contrôlé du cannabis, paru le 25 janvier 2015
- UNGASS, document final de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies sur le problème mondial de la drogue tenue en 2016, 21 avril 2016

Enquêtes

- European School Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), Comparaison sur les usages de substances psychoactives des adolescents de 15-16 ans scolarisés, 1995
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Baromètre santé, 2014
- INSEE, Tableau de l'économie française, édition 2015

Sénat

- Sénat, un site au service des citoyens, *Condition de délivrance de la kétamine*, Question écrite n° 35603 de M. Roger Karou, (Hauts-de-Seine - RPR), publiée dans le JO Sénat du 11 octobre 2020 - page 3259
- Sénat, un site au service des citoyens, *Portugal, 2000*

CCNE

- CCNE, Avis n°122, Recours aux techniques biomédicales en vue de « neuro-amélioration » chez la personne non malade: enjeux éthiques, 12 décembre 2013

Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères

- France diplomatie, Malaisie, 11 juin 2020

Ministère de la santé

- Ministère de la Santé et des Solidarités, *Effet thérapeutique*, publié le 13 juin 2016
- Ministère de la Solidarité et de la Santé, *A quoi correspond le Service médical rendu (SMR) des médicaments ?*, publié le 27 novembre 2018
- Ministère des solidarités et de la santé, *Signaler un risque pour la santé*, publié le 15 février 2019

MILDECA

- MILDECA, *Cannabidiol (CBD) le point sur la légalisation*, 11 juin 2018

HAS

- HAS, Commission de la transparence, Avis pour le CHLORHYDRATE DE METHADONE, 29 février 2012

ANSM

- ANSM, Communiqué, Retrait de l'AMM de Noctran® et de Mépronizine®, 27 mai 2011
- Afssaps, Mise au point sur l'arrêt des hypnotiques Conduite à tenir dans le contexte du retrait du Noctran® et de la Mépronizine®, juillet 2011
- ANSM, Conditions de prescription et de délivrance des médicaments « assimilés stupéfiants », 7 décembre 2012
- ANSM, Classement des stupéfiants et des psychotropes au niveau international, avril 2013
- ANSM, Avis aux demandeurs d'autorisation temporaire d'utilisation, septembre 2014

- ANSM, Comité scientifique spécialisé temporaire, Evaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France : cannabis à visée thérapeutique, Projet d'expérimentation, 27 juin 2019
- ANSM, Répertoire des spécialités pharmaceutiques, mise à jour le 1 avril 2020

OFDT

- OFDT, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, Sur l'usage criminel des produits psychoactifs
- OFDT, OBRADOVIC (Ivana), Tendance n°72, *La réponse pénale à l'usage de stupéfiants*, novembre 2010
- OFDT, Perception et opinion des Français sur la drogue, octobre 2013
- OFDT, Drogues et addictions : données essentielles, 2013
- OFDT, OBRADOVIC (Ivana), Tendance n°103, *Trente ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants*, octobre 2015
- OFDT, Drogues et chiffres clés, 2015
- OFDT, Évolution du nombre de condamnations et des peines prononcées pour conduite après usage de stupéfiants depuis 2005, octobre 2018
- OFDT, Drogues et chiffres clés, 2015
- OFDT, Synthèse thématique : héroïne et autres opioïdes, octobre 2018
- OFDT, Evolution du nombre total de décès pour les 3 causes directement liées à l'alcool depuis 1982, octobre 2018
- OFDT, Synthèse thématique : cannabis, octobre 2018
- OFDT, Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues, consommation, usages en population général, janvier 2020
- OFDT, CADET-TAÏROU (Agnès), DAMBELE (Sayon), *Les CAARUD en 2010 et Analyse des rapports d'activités annuels standardisés ASA-CAARUD*, avril 2014

Autres

- Arte, Reportage, *Mort sur ordonnances*, DEFERT (Valérie), 2010
- Biografia y vidas, la enciclopedia biográfica en línea
- Cadre d'orientation stratégique projet régional de santé des Hauts-de-france 2018-2028
- Capital, *La Colombie reste le premier producteur de cocaïne du monde*, 20 septembre 2018
- Envoyé Spéciale France 2, Reportage, *Mort sur ordonnances aux Etats-Unies : les médicaments antidouleur tuent plus que les armes à feu*, 22 février 2019
- Financial Times, Archives, *Opioid billionaire granted patent for addiction treatment*, 7 septembre 2018
- France 5, Reportage, *Le débat : le monde en face*, 14 mai 2019

- France Culture, *Le fentanyl devient la première cause d'overdose aux États-Unis et inquiète l'Europe*, MAUERHAN (Faustine), le 21 décembre 2018
- France Culture, LECOQ REALE (Clara) DELPONT (Sophie), *Le lobbying pharmaceutique représenterait 14 millions de liens d'intérêt avec divers professionnels de santé*, le 11 novembre 2018
- France Info, *Dans la Silicon Valley : dopés au LSD pour mieux travailler*, DUPORT (Phillipe), 23 octobre 2018
- French District
- Gramma, CAPOTE (Raul Antonio), *Les opioïdes tuent, mais aux États-Unis, ça rapporte de les prescrire et de les vendre*, 18 août 2020
- Kalapa Clinic, « *Qu'appelle-t-on cannabinoïdes ?* », 30 juin 2016
- L'espace politique, LABROUSSE (Alain), FIGUEIRA (Daurius), CRUSE (Romain), *Évolutions récentes de la géopolitique de la cocaïne*, Geopolitics of Cocaine: Latest Developments
- Le Figaro, JALLIFFER (Cassandra), *Agnès Buzyn: le cannabis à usage thérapeutique «pourrait» arriver en France* », le 24 mai 2018
- Le Figaro, THIBERT (Cécile), *Médicaments opiacés: en France, une consommation sous étroite surveillance*, le 29 septembre 2019
- Le Monde, CONSTANT (Alain), *Histoire du trafic de drogue*, 31 mars 2020
- Legal Information Institute, *La loi sur les Aliments et la drogue*
- NUTT (David), *nouveau classement des drogues*, 2010
- Sciences et Avenir (avec AFP), *Somnifère Stilnox : une réglementation proche de celle des stupéfiants*, publié le 12 janvier 2017
- Sciences et Avenir, *Les principales étapes de l'affaire du Levothyrox*, 5 mars 2010
- Twitter, *Déclaration de Gérald Darmanin, Ministre de l'Intérieur*, 20 août 2020
- Vidal, *le site de référence des professionnels de santé*
- Zamnesia, *Comprendre l'importance des différents ratios CBD:THC*, 6 mai 2017

ANNEXES

Annexe 1 : Extrait de l'Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants

Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants

NOR: SPSM9000498A
Version consolidée au 29 août 2020

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.626, L.627, R.5149 et suivants,

Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)

Sont classées comme stupéfiants les substances et préparations mentionnées dans les annexes au présent arrêté.

Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)

Le directeur de la pharmacie et du médicament est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

▶ Annexes

Annexe I [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [Arrêté du 14 octobre 2019 - art. 1](#)

Cette annexe comprend :

- les substances ci-après désignées ;
 - leurs isomères, sauf exception expresse, dans tous les cas où ils peuvent exister, conformément à la formule chimique correspondante desdites substances ;
 - les esters et éthers desdites substances ou isomères à moins qu'ils ne soient inscrits à une autre annexe, dans tous les cas où ils peuvent exister ;
 - les sels desdites substances, de leurs isomères, de leurs esters et éthers dans tous les cas où ils peuvent exister ;
 - les préparations renfermant les produits ci-dessus mentionnés à l'exception de celles nommément désignées ci-dessous ;
- Acétorphine

Acétylalphaméthylfentanyl
acétylfentanyl et MT-45 ou 1-cyclohexyl-4-(1,2-diphényléthyl) pipérazine
Acétylméthadol
"AH-7921" ou "3,4-dichloro-N-[[1-(diméthylamino) cyclohexyl] méthyl] benzamide"
Alfentanil
Allylprodine
Alphacétylméthadol
Alphaméprodine
Alphaméthadol
Alphaméthylfentanyl
Alphaprodine
Aniléridine
Benzéthidine
Benzylmorphine
Béta-hydroxyfentanyl
Béta-hydroxy-méthyl-3-fentanyl
Bétacétylméthadol
Bétaméprodine
Bétaméthadol
Bétaprodine
Bezitramide

Butyrate de dioxaphétyl
Butyrfentanyl ou Butyrylfentanyl ou N-Phényl-N-[1-(2-phényléthyl)-4-pipéridinyl] butanamide
Cannabis et résine de cannabis
Cétobémidone
Clonitazène
Coca, feuille de
Cocaïne
Codoxime
Concentré de paille de pavot ou matière obtenue lorsque la paille de pavot a subi un traitement en vue de la concentration de ses alcaloïdes (capsules, tiges)
Désomorphine
Dextromoramide
Diampromide
Diéthylthiambutène

Difénoxine
 Dihydroétorphine (13)
 Dihydromorphine
 Diménoxadol
 Dimépheptanol
 Diméthylthiambutène
 Diphénoxylate, à l'exception des préparations orales en renfermant par dose unitaire, une quantité maximale de 2,5 mg calculés en base en association avec une quantité d'au moins 0,025 mg de sulfate d'atropine
 Dipipanone
 Drotébanol
 Ecgonine, ses esters et ses dérivés transformables en ecgonine et cocaïne
 Ethylméthylthiambutène
 Etonitazène
 Etorphine
 Etoxéridine
 Fentanyl
 Furéthidine
 Héroïne
 Hydrocodone
 Hydromorphinol
 Hydromorphone
 Hydroxypéthidine
 Isométhadone
 Lévométhorphane, à l'exception de son isomère dextrogyre ou dextrométhorphane
 Lévomoramide
 Lévo-phénacilmorphane
 Lévorphanol, à l'exception de son isomère dextrogyre ou dextrophanol
 Méta-zocine
 Méthadone et son intermédiaire ou cyano-4 diméthylamino-2 diphenyl-4,4 butane
 Méthyl-désorphine
 Méthyldihydromorphine
 Méthyl-3-thiofentanyl
 Méthyl-3-fentanyl
 Métopon
 Moramide (intermédiaire du) ou acide méthyl-2 morpholino-3 diphenyl-1,1 propane carboxylique
 Morphéridine
 Morphine (y compris les préparations d'opium en renfermant plus de 20 p. 100 exprimé en base anhydre et les dérivés morphiniques à azote pentavalent tel méthobromure, N-oxymorphine, N-oxycodéine), à l'exception des éthers normalement mentionnés à l'annexe II et des préparations relevant d'un autre classement
 MPPP ou propionate de méthyl-1 phényl-4 pipéridinyle-4
 Myrophine
 Nicomorphine
 Noracyméthadol
 Norlévorphanol
 Norméthadone
 Normorphine
 Norpipanone
 Opium (y compris les préparations d'opium et de papaver somniferum renfermant jusqu'à 20 p. 100 de morphine calculée en base anhydre, à l'exception des préparations relevant d'un autre classement)
 Oripavine
 Oxycodone
 Oxymorphone
 Para-fluorofentanyl
 PEPAP ou acétate de phénéthyl-1 phényl-4 pipéridinyle-4
 Péthidine et ses intermédiaires A (cyano-4 méthyl-1 phényl-4 pipéridine) B (ester éthylique de l'acide phényl-4 pipéridine carboxylique-4) et C (acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Phénadoxone
 Phénampromide
 Phénazocine
 Phénomorphane
 Phénopéridine
 Piminodine
 Piritramide
 Proheptazine
 Propéridine
 Racéméthorphane
 Racémorphane
 Réfentanil, ses isomères, ses esters, éthers et sels dans tous les cas où ils peuvent exister
 Sufentanil
 Thébacone
 Thébaine
 Thiofentanyl
 Tilidine
 Trimépidine

U-47700 ou 3,4-dichloro-N-[2-(diméthylamino) cyclohexyl]-N-méthylbenzamide
-acryl (oyl) fentanyl

-carfentanil ou carfentanyl

-Furanylfentanyl ou N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl) piperidin-4-yl] furan-2-carboxamideocfentanil ou ocfentanyl ;

-para-fluoroisobutyryl (yl) fentanyl ou pFIBF ou 4-fluoroisobutyryl (yl) fentanyl ou 4 FIBF ;

-tetrahydrofuranylfentanyl ou THF-F ;

-Methoxyacetylfentanyl ou 2-méthoxy-N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl) piperidin-4-yl] acetamide,

-Cyclopropylylfentanyl ou (d) N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl) piperidin-4-yl] cyclopropanecarboxamide,

-Parafluorobutyrylfentanyl,

-Orthofluorofentanyl

Annexe II

Cette annexe comprend :

- les substances ci-après désignées ;
- leurs isomères, sauf exception expresse, dans tous les cas où ils peuvent exister, conformément à la formule chimique correspondante desdites substances ;
- les sels desdites substances et de leurs isomères dans tous les cas où ils peuvent exister ;
- leurs préparations nommément désignées ci-dessous ;

Acétyldihydrocodéine

Codéine

Dextropropoxyphène et ses préparations injectables

Dihydrocodéine

Ethylmorphine

Nicocodine

Nicodicodine

Norcodéine

Pholcodine

Annexe 2 : Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes

Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes

NOR: SPSM9000500A
Version consolidée au 29 août 2020

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,
Vu le code de la santé, notamment les articles L. 626 et R. 5183 ;
Vu le décret n° 77-41 du 11 janvier 1977 approuvant la convention de l'O.N.U. de 1971 sur les substances psychotropes,

Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)

Sont classés comme substances psychotropes les produits dont la liste figure en annexe ainsi que leurs sels si l'existence de tels sels est possible.

Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)

Le directeur de la pharmacie et du médicament est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [Arrêté du 23 décembre 2019 - art. 1](#)

Liste des substances et préparations psychotropes

Première partie

Cette partie comprend les substances ci-après énumérées ainsi que leurs sels et les préparations renfermant lesdites substances ou leurs sels.

Tableau III de la convention de Vienne

Amobarbital.

Buprénorphine.

Butalbital.

Cathine.

Cyclobarbital.

Flunitrazepam.
Glutéthimide.
Pentobarbital.

Tableau IV de la convention de Vienne

Allobarbital.
Alprazolam.
Aminorex.
Barbital.
Bromazépam.
Brotizolam.
Butobarbital.
Camazépam.
Chlordiazépoxide.
Clobazam.
Clonazépam.
Clorazépate.
Clotiazépam.
Cloxazolam.
Délorazépam.
Diazépam.
Estazolam.
Ethchlorvynol.
Ethinamate.
Fencamfamine.
Fenproporex.
Fludiazépam.
Flurazépam.
Halazépam.
Haloxazolam.
Kétazolam.
Léfetamine.
Loflazépate d'éthyle.
Loprazolam.
Lorazépam.
Lormétazépam.
Mazindol.
Médazépam.
Méprobamate.
Mesocarbe.
Méthylphénobarbital.
Méthyprylone.
Midazolam.
Nimétazépam.
Nitrazépam.
Nordazépam.
Oxazépam.
Oxazolam.
Pémoline.
Phénazépam.
Phénobarbital.
Pinazépam.
Pipradrol.
Prazépam.
Secbutabarbital.
Témazépam.
Tétrazépam.
Triazolam.
Vinybital.
Zolpidem.

Deuxième partie

Cette partie comprend les préparations ci-après mentionnées :

- préparations autres qu'injectables renfermant de la benzphétamine ou ses sels ;
- préparations autres qu'injectables renfermant du méfénorex ou ses sels ;
- préparations injectables renfermant de l'acide gamma-hydroxybutyrique ou ses sels .

Troisième partie

Cette partie comprend les substances ci-après énumérées ainsi que leurs sels et les préparations renfermant lesdites substances ou leurs sels :

- zalcéplone ;
- zopiclone ;
- butorphanol, à l'exception de ses préparations injectables ;
- 3-hydroxyphénazépam ou 3-hydroxyfénazépam ou 3-oxéfénazépam ;
- 4-chlorodiazépam ;
- Adinazolam ;
- Chlorodiazépam ;

Cinazepam ;
 Clonazolam ;
 Cloniprazepam ;
 Deschloroetizolam ;
 Diclazepam ;
 Etizolam ;
 Flubromazepam ;
 Flubromazolam ;
 Flunitrazolam ;
 Flutazolam ;
 Fonazepam ou norflunitrazepam ou (N-) desmethylflunitrazepam ;
 Kratom, mitragynine et 7-hydroxymitragynine ;
 Meclonazepam ;
 Metizolam ;
 Nifoxipam ;
 Nitrazolam ;
 Pyrazolam ou bromazolam.

Fait à Paris, le 22 février 1990.

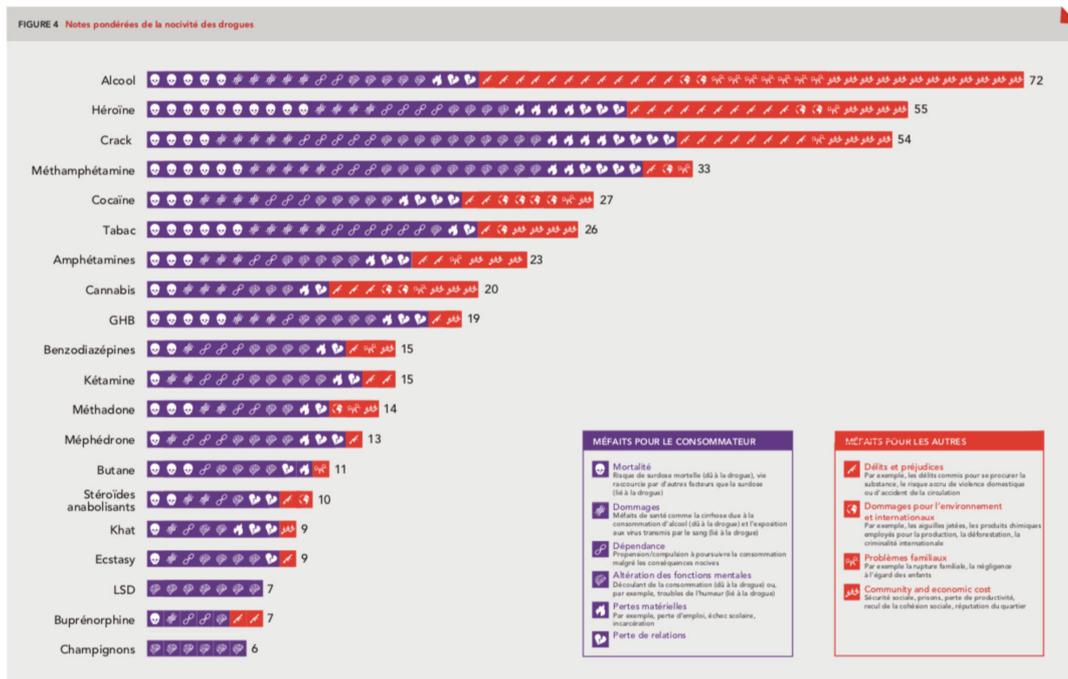
Annexe 3 : Classification scientifique des drogues de Delay de 1957

FACTEURS DE DANGEROUSITÉ DES « DROGUES »

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA « ecstasy »	Psycho- stimulants	Alcool	Benzo- diazépines	Cannabi- noïdes	Tabac
Suractivation dopaminergique	+++	++++	+++	++++	+	±	+	+
Établissement 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	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	forte ^a	forte	éventuellement très forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte (cancer)
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible (exceptions possibles)	forte	faible ^b	faible	0
Traitements substitutifs ou autres existant	oui	oui	non	non	oui	non recherché	non recherché	oui

a. Pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique ; b. Sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de « soumission » ou d'« autosoumission », où la dangerosité devient alors très forte.

Annexe 4 : Classification scientifique des drogues de David Nutt de 2010



Annexe 5 : Condition de prescription et de délivrance des antalgiques opioïdes depuis le 1er septembre 2018

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE DES ANTALGIQUES OPIOÏDES AU 1^{ER} SEPTEMBRE 2018

ORDONNANCE	Prescription médicale obligatoire (Liste I)	<ul style="list-style-type: none"> • Codéine en association • Dihydrocodéine • Nalbuphine • Opium (poudre d') • Tramadol seul et en association voie orale • Nalbuphine 	Prescription maximale de 1 an - délivrance pour 28 jours
	Prescription médicale obligatoire (Liste I) et prescription restreinte	<ul style="list-style-type: none"> • Tramadol voie injectable 	Prescription initiale hospitalière semestrielle - Réservé à l'usage en situation d'urgence selon l'article R. 5121-96 du code de la santé publique
ORDONNANCE SECURISÉE	Prescription médicale obligatoire sur ordonnance sécurisée (Liste I soumise en partie à la réglementation des stupéfiants)	<ul style="list-style-type: none"> • Buprénorphine 	Prescription maximale de 1 an - délivrance pour 28 jours
	Prescription médicale obligatoire sur ordonnance sécurisée (Stupéfiant)	<ul style="list-style-type: none"> • Hydromorphone • Morphine (sulfate de) orale • Oxycodone orale • Tapentadol 	Prescription maximale de 28 jours - renouvellement interdit
	Prescription médicale obligatoire sur ordonnance sécurisée (stupéfiant) et prescription restreinte	<ul style="list-style-type: none"> • Morphine (sulfate et chlorhydrate de) injectable • Oxycodone injectable 	Prescription limitée à 7 jours ou 28 jours en cas d'administration à l'aide de systèmes actifs pour perfusion - renouvellement interdit
		<ul style="list-style-type: none"> • Péthidine 	Prescription limitée à 7 jours - renouvellement interdit
Prescription médicale obligatoire sur ordonnance sécurisée (stupéfiant) et délivrance restreinte	<ul style="list-style-type: none"> • Fentanyl à action prolongée 	Délivrance fractionnée de 14 jours	
	<ul style="list-style-type: none"> • Fentanyl à action rapide 	Délivrance fractionnée de 7 jours	