

Audition 14.09.2017

Mission d'information délit d'usage illicite de stupéfiant

Représentants de la Fédération Addiction :

- Jean-Pierre Couteron, Président
- Nathalie Latour, Déléguée générale

La loi de 1970 voulait prohiber l'accès à des drogues « nouvelles », les stupéfiants, tout en ouvrant un accès à des soins nouveaux, entre refus d'un modèle de société (drogue=contre-culture) et/ou gestion d'une souffrance personnelle (drogue=mauvais traitement d'une vraie souffrance). L'usage est donc sanctionné d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 3.750€ d'amende (art. L.3421-1 du Code de la santé publique), conduisant en 2015 à 220.000 sanctions dont 96.544 condamnations. Nous estimons cette sanction inadaptée à ce que sont devenus les usages, tant qualitativement que quantitativement. Avec l'amende forfaitaire, l'usage de stupéfiants resterait un délit mais son contentieux pourrait être automatisé, selon une procédure déjà prévue pour la conduite sans permis et la conduite sans assurance.

I. Sur la procédure de l'amende forfaitaire

1°) Juridiquement, **la dissuasion** repose sur la perception par anticipation de la peine par celui susceptible de commettre le délit ou la faute. Pour être dissuasive, il faut

- A. Que la peine appliquée apporte un tort supérieur au bénéfice attendu de la faute : l'amende forfaitaire, rapprochant l'exécution de la sanction du moment où elle est prononcée, la rend plus concrète et donc plus perceptible ; d'un point de vue cognitif, une « petite » peine appliquée est plus efficace qu'une « forte » peine non effective.
- B. Que ce mécanisme individuel s'applique à une part suffisamment importante de personnes concernées, or :
 - a. L'OFDT chiffre à 17 millions les français qui ont consommé du cannabis, dont 5 millions dans l'année et 1,4 million de façon régulière. Ces chiffres illustrent que le cannabis ne se limite plus à la contre-culture ou à des usages auto-thérapeutiques : il rejoint l'alcool et le tabac comme produit de consommation courante. La répression touche 4,4% des usagers. Difficile de chiffrer avec précision l'augmentation nécessaire des interpellations pour que cette nouvelle procédure devienne « dissuasive », sachant que

90% des usagers interpellés le sont soit en flagrant délit, soit à la suite d'un contrôle d'identité ou d'un contrôle routier justifié par un soupçon d'infraction, 10% à la suite d'une information ou d'une dénonciation.

- b. l'amende concerne les primo délinquants et non :
 - o les réitérant, pourtant nombreux
 - o les mineurs, soit 53,3% des usagers ayant fait l'objet d'une réponse judiciaire (Source Infostat 150, p.2, tableau n°2)
 - o les usagers également poursuivis pour une autre infraction qui ne prévoit pas l'amende forfaitaire, soit 25% ou 40% des usagers interpellés selon les sources.

Dans ces conditions, elle restera en dessous de tout seuil d'efficience quantitative.

L'exemple des radars est souvent sollicité mais :

- Le radar ne prohibe pas la vitesse, il la régule selon les lieux ;
- La proportion entre infraction commise et infraction sanctionnée est suffisante ;
- L'adhésion des utilisateurs à l'intérêt de la limitation de vitesse est bonne, notamment quand l'implantation du radar dans un lieu où des accidents ont lieu fréquemment, écarte le soupçon de « racket de l'état ».

2°) Pour des soignants, **la notion drogues « dures » ou « moins dures »** est un non-sens : les morts de l'alcool et du tabac, les drames sociaux et familiaux des jeux de hasard et d'argent, les pathologies induites par les différentes substances conduisent à l'écartier. Il est préférable de distinguer les effets et conséquences selon différents axes : celui de la toxicité, celui de la dépendance, celui de la santé mentale, auxquels il faut ajouter le trouble social. Chaque produit ayant des caractéristiques plus ou moins intenses sur ces axes.

Sous cet angle aussi, la pratique de l'amende forfaitaire n'apporte rien.

Enfin, la procédure pour établir d'une façon simple mais fiable la « quantité consommée » pour des drogues illicites, et pour le cannabis en particulier, reste à trouver.

3°) **La graduation de l'amende** forfaitaire ne semble pas nécessaire, aux vues des éléments précédents. Il faut rester simple et clair : proposer une individualisation pourrait ouvrir la porte à des suspicions d'arbitraire, car décidée par qui et sur quels éléments ?

C'est plus une graduation des réponses éducatives, pénales et judiciaires qui serait à construire : différencier majeur/mineur selon les nouveaux travaux sur la maturation du

cerveau¹ entre 15 et 25 ans, prendre en compte des risques spécifiques, conduite automobile ou autre, etc...

4°) **La question de la solvabilité** de l'amende est commune à l'ensemble des amendes. Elle relève d'études socio-économiques, même si on peut penser que le problème se posera.

Cependant la précarisation d'une partie des usagers, la question des mineurs ou le maintien des conséquences sur le casier judiciaire, sont des freins réels à ce qui doit être recherché : prévention du décrochement scolaire, de la délinquance, insertion dans le monde du travail,...

5°) Il est évident qu'il faut **augmenter la connaissance par les usagers et leurs entourages des différents dispositifs d'aide**, des plus généralistes aux plus spécialisés. Lier cette information à l'amende forfaitaire n'est pas judicieux : il suffit de se rappeler l'état émotif dans lequel nous pouvons être lors de la réception d'une amende pour le comprendre. D'autres occasions peuvent être saisies pour continuer de mieux faire connaître les aides possibles.

6°) La création de cette réponse semble être motivée par un souhait de simplification de l'action des fonctionnaires de police. Elle doit être expliquée au nom d'une volonté plus globale qu'«essayer quelque chose car l'ancien système ne fonctionnait pas bien ni d'un point de vue de sécurité ni de santé publique ». Et dans cette optique, d'autres voies sont à envisager.

Sur la politique en matière de stupéfiants

7°) **Sur l'intérêt des stages :**

- Les stages devaient apporter une réponse nouvelle pour les primo-interpellés, en permettant de mieux la graduer, du simple rappel à la loi jusqu'à l'orientation vers le soin. En tant que tels, ils ont été évalués par l'OFDT qui en a montré les limites : il s'agit d'une application de peine et non d'une intervention de prévention ou d'accompagnement.
- Le profil des usagers orientés vers les stages (mélange d'usagers de longue date et de jeunes majeurs usagers récents) et le cahier des charges écartant la dynamique de groupe, à l'inverse de ce que faisaient certaines réponses proposées aux usagers et des expériences étrangères concluantes, font question. Les stages qui se sont révélés les plus positifs se sont éloignés du cahier des charges pour aller dans ce

¹ Etienne Hirsch, neurobiologiste, directeur de recherche au CNRS et à l'INSERM : « C'est un âge où le cerveau est un organe en transition vers l'état adulte. Les processus de maturation cérébrale se poursuivent jusqu'à 25 ans. De là résulte une vulnérabilité exacerbée de l'adolescent vis-à-vis de la neurotoxicité des substances psycho actives. » Le cortex préfrontal, qui permet la prise de décision, l'adaptation du comportement à une situation, serait plus particulièrement concerné.

sens, avec des échanges plus interactifs sur les connaissances et expériences.

8°) La question de la **pertinence des stages n'est pas celle de la modalité du paiement** qui leur est associée, même si la variabilité du coût a son rôle. La pertinence repose sur le profil des usagers concernés, au regard du délit commis et des circonstances dans lesquels il est commis ainsi que dans l'organisation/animation des stages.

9°) **L'injonction thérapeutique** n'a d'intérêt que pour des usagers nécessitant une trajectoire thérapeutique : l'obligation de rencontre qu'elle permet donne au professionnel la possibilité de susciter l'indispensable motivation personnelle pour initier cette démarche.

Aujourd'hui, l'extension des usages se traduit par une diversification des publics. Le problème est donc de prendre la mesure des spécificités du public interpellé par la police, sur des logiques propres au travail policier : préservation de l'ordre public, et/ou lutte contre le trafic. L'interpellation recrute un public qui n'est pas toujours le plus concerné par l'offre de soin.

10) Pour répondre à un objectif de santé publique, le nombre d'usagers et de familles rencontrés doit être augmenté selon des modalités d'intervention complémentaires et adaptés à la diversité des situations concernées, sans se focaliser sur la seule entrée «police/justice».

Or les demandes d'aide n'interviennent pas spontanément même en cas d'usage élevé, comme on peut le voir chez l'adolescent ² :

- Parmi les usagers réguliers de cannabis >> 0,6% de demandes d'aide
- Parmi les usagers quotidiens >> 6,3 % de demandes d'aide

L'entourage et la communauté adulte sont des acteurs incontournables et les professionnels ont un rôle essentiel à jouer dans la mission d'« aller vers » des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC.) Accélérer le déploiement des outils de l'Intervention Précoce permettrait de proposer aux mineurs et aux jeunes majeurs de rencontrer des acteurs de prévention (réduire les risques), du droit (par exemple sur la responsabilité au travail, la loi...) et des soins (les effets, les risques et les différentes modalités d'accompagnement et d'aide à l'arrêt s'ils le souhaitent), à partir de leurs lieux de vie et/ou de formation.

² Obradovic *et al.* 2013 – Usage problématique du cannabis – Revue de la littérature internationale – OFDT/Fédération Addiction

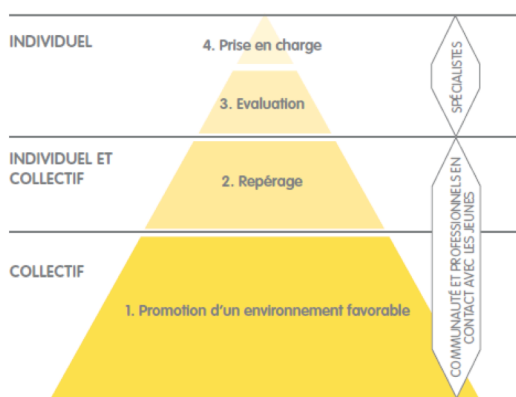
Définition de l'intervention précoce

L'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes de la consommation de substances psychoactives. En agissant le plus tôt possible dans l'expérience d'usage, elle a pour objectif de :

- **Réduire les conséquences néfastes** des usages ou pratiques simples, à risque ou nocifs
- **Éviter** une évolution vers l'addiction
- **Faciliter l'accès aux soins** pour les usagers qui en ont besoin.

Pour cela, elle doit notamment veiller à :

- **Promouvoir un environnement attentif et favorable** en collaboration avec l'entourage du jeune, les parents, les pairs, la communauté adulte dans son ensemble et en contribuant aux réflexions des politiques publiques territoriales
- **Faciliter le repérage précoce des consommations et la mise en place d'une intervention personnalisée** à l'aide d'une méthodologie spécifique afin d'éviter l'aggravation, de rechercher le mieux-être, d'augmenter la motivation au changement, d'engager une réflexion sur la consommation...



En les abandonnant aux amendes forfaitaires ou autres, on ne les accompagne pas et on compromet une possible socialisation (casier, récidive, stigmatisation, ruptures familiales, professionnelles, sociales).

Enfin, il faudrait finir de valider un accès spécifique pour le cannabis thérapeutique destiné aux usagers qui souhaitent l'acquérir dans des conditions de droit.

Présentation de la Fédération Addiction

Pour répondre aux addictions, la société doit élaborer des réponses diversifiées et complémentaires, sans isoler les phénomènes d'addiction de leur contexte social, culturel, politique et économique. C'est pourquoi la Fédération s'attache à décroquer les approches, les pratiques et les structures et à réunir les acteurs des différents champs, ville, hôpital ou médico-social, ce dernier qui fut longtemps son identité unique. Loin de prétendre vouloir tous les représenter, elle souhaite ouvrir un espace de rencontre et de dialogue entre ces acteurs, fondé sur l'adhésion à une conception interdisciplinaire de l'addiction.

Aujourd'hui : la Fédération Addiction réunit plus de 200 associations ou structures publiques gérant plus de 850 établissements, et services (CSAPA, CAARUD, CJC, CTR, CT, ELSA, SSR, consultations addicto...) soit plusieurs milliers de salariés, toutes professions concernées, auxquels s'ajoutent plus de 420 personnes physiques (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers,...). La création il y a un an d'un pôle « médecine générale », le pôle MG Addiction, permet à plus d'une centaine de médecins exerçant en ville d'être associés à la réflexion commune.

Ses adhérents représentent :

- 75% des Centres de Soins et de Prévention en addictologie (CSAPA) dont 400 Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) ;
- 80% des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques (CAARUD)
- les 11 Communautés Thérapeutiques agréées
- 20% du dispositif sanitaire (ELSA, SSR, consultations en addictologie, réseau de santé)

Un des axes forts du projet associatif est le travail sur les pratiques professionnelles. La Fédération Addiction travaille sur la base d'une méthodologie de démarche participative qui s'appuie sur des recommandations validées par les instances habilitées et les pratiques professionnelles de terrain qu'elle transforme et valorise en « expertise collective ».

Chaque année, entre 250 et 400 professionnels, participent aux différents groupes nationaux et régionaux sur des thématiques (jeunes et addictions, monde du travail, santé/justice, programmes de prévention, aller vers, festif, ...). Il faut y ajouter celles et ceux qui s'impliquent sur des projets portés par des partenaires, qu'ils s'agissent de travaux de recherche de l'Agence Santé Publique France, de l'ANRS ou autres. Ces actions concernent tous les secteurs et niveaux d'intervention auprès des usagers (soin, éducation, prévention, réduction des risques). Ce travail de proximité et de conceptualisation lui permet de contribuer aux politiques publiques et de se voir confier des missions d'accompagnement auprès du dispositif de santé publique par les autorités (ex/ le travail de remobilisation des consultations jeunes consommateurs et formations à l'intervention précoce, etc.).

Son budget est composé pour 60% de conventions d'objectifs avec des directions générales ou régionales (santé, sociale, emploi, justice etc..) ou agences nationales et pour 40% de sa dynamique associative propre (formations, congrès, adhésions, publications...).