



Livre

1994

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Etude sur la politique législative suisse en matière de prévention des
toxicomanies : rapport pour l'Office fédéral de la santé publique, octobre
1993

Cesoni, Maria Luisa; Robert, Christian-Nils

How to cite

CESONI, Maria Luisa, ROBERT, Christian-Nils. Etude sur la politique législative suisse en matière de prévention des toxicomanies : rapport pour l'Office fédéral de la santé publique, octobre 1993. Genève : CETEL, 1994. (Travaux CETEL)

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:4949>

**ETUDE SUR
LA POLITIQUE LEGISLATIVE SUISSE
EN MATIERE DE
PREVENTION DES TOXICOMANIES**

**Rapport pour l'Office fédéral
de la santé publique**

Octobre 1993

**MariaLuisa Cesoni
Christian-Nils Robert**

**Centre d'Etude de Technique et d'Evaluation
Législatives (CETEL)
Faculté de Droit, Université de Genève
CH 1211 GENEVE 4**

Travaux CETEL, n ° 41 - Avril 1994

Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'un travail plus large, visant à comparer les raisons et les effets des choix de politique législative effectués par les pays européens (cf. Travaux CETEL n. 39 - Etude comparative sur les politiques législatives en matière de prévention des toxicomanies en Europe).

Le soutien de l'Office fédéral de la Santé publique nous a permis d'approfondir cette étude multi-disciplinaire portant sur la Suisse. Le but était, d'une part, l'approfondissement de la connaissance relative à la loi sur les stupéfiants et à sa mise en oeuvre et, d'autre part, la réflexion sur la manière de poser les bases pour une évaluation de ses effets.

En ce qui concerne ce dernier volet - l'évaluation - il s'agit, en fait, d'une étude de faisabilité: nous espérons poursuivre notre travail au cours des prochaines années, dans le même esprit interdisciplinaire et pour accéder à des comparaisons intéressantes avec d'autres pays.

MariaLuisa Cesoni

Ont participé à l'étude:

Pierre-Yves Aubert

Infor-Jeunes, Bureau d'information sociale (BIS)

Marialuisa Cesoni

CETEL, Faculté de droit, Université de Genève

Yves Fricker

Département de sociologie, Faculté de sciences économiques
et sociales, Université de Genève

Miranda Liniger

Département de droit pénal, Université de Genève

Jean-Louis Martin

Institut universitaire de médecine légale, Genève

Georges Peters

Institut de pharmacologie, Faculté de médecine, Université
de Lausanne

Christian-Nils Robert

CETEL - Département de droit pénal, Université de Genève

Alain Schoenenberger

Eco'diagnostic, Genève

Stefano Spinelli

Faculté de sciences économiques et sociales, Université de
Genève

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	p. 2
2.	NOTE METHODOLOGIQUE	p. 4
3.	L'ETUDE COMPARATIVE	p. 5
	3.1. Les législations et leur mise en oeuvre	p. 6
	3.2. Le problème de l'évaluation	p. 7
4.	LA SUISSE	
	4.1. L'état des lieux	p. 10
	4.1.1 Le processus législatif	p. 10
	4.1.2. Le dispositif répressif	p. 11
	4.1.3. Le dispositif préventif et médico-social	p. 14
	A. La prévention primaire et secondaire	p. 14
	B. L'intervention thérapeutique	p. 15
	4.1.4. L'interaction entre les différents dispositifs	p. 16
	4.1.5. Le facteur économique	p. 18
	4.2. Nécessité et difficulté d'une évaluation	p. 18
	4.2.1. Première phase: établir la connaissance	p. 20
	4.2.2. Deuxième phase: tenter l'évaluation	p. 24
	A. Evaluation de politique et non de programme	p. 25
	B. Le problème de la relation de causalité	p. 26
	C. Le paramètre de l'évaluation	p. 26
5.	SCHEMA DE RECHERCHE POUR UNE EVALUATION	p. 28
	ANNEXES	p. 30

1. INTRODUCTION

*"Le niveau d'efficacité des normes dans leur ensemble (il ne semble pas possible de le nier) conditionne la légitimation des institutions. Ainsi, l'accent mis sur la fonction symbolique des normes (voir les "leggi manifesto" en Italie, les "Alibigesetze" en Autriche), avec, pour conséquence, l'inefficacité face aux problèmes substantiels que les normes doivent affronter, délégitime le système juridique en particulier et les institutions politiques en général."
R. Bettinil*

Depuis quelques années, l'impuissance des législations mises en vigueur pour limiter le phénomène de la consommation de substances stupéfiantes, de l'héroïne en particulier, a fait naître un intérêt soudain pour l'évaluation des politiques mises en place.

Des programmes d'évaluation des traitements médico-sociaux proposés aux usagers ont été développés dans plusieurs pays. La comparaison des résultats des différentes formes de traitement a toutefois mené à conclure qu'il n'y a pas de grands écarts entre les résultats des divers parcours thérapeutiques et entre ceux-ci et les évolutions de la consommation en l'absence de tout traitement².

Si, dans les milieux spécialisés, l'on a accepté l'existence de facteurs multiples à l'origine des toxicodépendances, au-delà du dualisme malade-criminel, cette schématisation n'a pas encore été éliminée lorsqu'on approche

¹ Il circolo vizioso legislativo, Milan, 1963, cit. in : A.-J. Arnaud (dir.) Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit, 1988, voir Efficacité, p. 133)

² Cf. l'excellente synthèse de F. **Lert et** E. Fombonne, La toxicomanie. Vers une évaluation de ses traitements, Paris, La Documentation française, 1989. Cf. aussi R. Castel, Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités, Rapport pour la M.I.R.E., Paris, 1992, et le mémoire de licence en sociologie de S. Spinelli, Les fumeurs de marijuana, Université de Genève, 1993.

le développement de ces phénomènes, leur pronostic et les formes possibles de "traitement" : médico-social ou répressif.

Bien qu'il y ait, le plus souvent, un cloisonnement entre les deux principales formes d'intervention, répressive et thérapeutique, les politiques développées dans ces deux domaines influencent, toutes deux, la "carrière" des dits toxicomanes, et plus précisément des usagers qui entrent en contact avec les institutions et qui sont donc qualifiés de toxicomanes. Il faut croire que ce cadre institutionnel de référence a aussi des effets pour la partie - majoritaire - des usagers qui échappent à tout contact avec les institutions, et qui ressentent la nécessité de cacher leur visage en dehors d'un cercle restreint de "complices". Mais ce terrain reste, en Suisse, complètement à explorer.

Il est donc à notre avis difficile d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention ou de soins indépendamment des effets multiples des interventions répressives, policières et judiciaires. Parallèlement, une évaluation des effets croisés de ces politiques antinomiques apparaît problématique. La France a lancé, depuis une année et après un certain délai de réflexion, un programme d'évaluation de la loi française sur les stupéfiants du 31 décembre 1970. Ce projet s'est heurté, dès le départ, à un déficit d'informations, qu'il essaie de combler en commanditant des études de terrain. A notre connaissance, il s'agit de la seule tentative en cours d'évaluation globale d'une politique publique en matière de stupéfiants. Ce n'est qu'une réflexion qui n'a pas encore élaboré une méthodologie précise, adaptée à la complexité de la matière.

Parallèlement à la mise en place de ce programme, un projet -d'étude comparative sur les politiques législatives européennes en matière de prévention des toxicomanies était soumis à la Commission des Communautés européennes (CCE - DG V), qui acceptait de le financer. Cette étude a regroupé un certain nombre d'experts de plusieurs disciplines, chercheurs et praticiens, dans le but de réfléchir, d'une part, sur les motivations ayant mené aux actuels choix législatifs et, d'autre part, sur les possibilités d'évaluer les dites législations et leur mise en oeuvre par rapport aux finalités recherchées.

Grâce à la contribution de l'OFSP, la Suisse a pu se joindre à cette étude, qui portait sur la France, l'Italie, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne.

Pendant le déroulement de l'étude, les équipes interdisciplinaires se sont réunies au niveau national; des réunions internationales de coordination ont regroupé régulièrement un représentant par équipe afin d'assurer la cohérence du travail. Cette période préparatoire a débouché sur la rédaction d'un certain nombre de documents décrivant le développement des politiques concernant *les* usagers de stupéfiants dans chaque pays. Ces textes ont servi d'introduction à un séminaire de trois jours, auquel tous **les** participants à l'étude ont contribué, qui s'est tenu à Paris en septembre 1992. Au cours du séminaire, la discussion a porté plus ponctuellement sur les motivations - affichées et réelles - des politiques en place et sur *les* possibilités de leur évaluation. Un rapport a été établi pour la CCE.

Le travail concernant la Suisse s'est poursuivi, dans le but d'approfondir l'analyse, qui ne pouvait qu'être moins détaillée au niveau de l'étude comparative.

Le présent rapport fait état des réflexions de l'équipe suisse. Il doit être lu de manière complémentaire au rapport pour la CCE, qui en représente une prémisse générale et montre les points de contacts entre les politiques, apparemment différentes, développées dans les divers pays. Les textes qui ont servi de préparation au séminaire pourront être utiles afin d'approfondir la connaissance des politiques mises en oeuvre en Europe.

2. NOTE METHODOLOGIQUE

Le concept de politique publique peut paraître bien plus large que celui de politique législative. Cette impression est renforcée par le fait que, lorsqu'on passe d'une législation à sa mise en oeuvre, la figure du juriste s'efface ou disparaît. Dans un sens, l'ensemble des programmes **et des** mesures compris dans la définition de "politique publique" dépasse largement les mesures directement prévues dans **les textes juridiques de** référence. Toutefois, aucune mesure ni programme n'est censée s'opposer aux normes juridiques données, qui forment le cadre

dans lequel toute action publique doit - en principe - s'inscrire. Ainsi, toute mesure mise en place est rapportée, directement ou indirectement, à une norme juridique de référence. Quant aux textes juridiques, ils n'ont de sens qu'en relation à leur effectivité - c'est-à-dire au degré de leur application et à ses modalités.

En ce qui concerne les politiques en matière d'usage de stupéfiants, le débat sur les choix fondamentaux passe par le débat sur les choix législatifs, qui représentent dans le cas étudié, de manière peut-être plus symbolique que dans d'autres domaines, l'essence des politiques publiques. C'est d'ailleurs dans le jeu constant entre, d'un côté, le cadre juridique et, de l'autre, la conformité ou la "déviation" des pratiques, que se construisent et se modifient les "politiques publiques" en matière de stupéfiants.

Pour ces raisons, nous ne faisons pas de distinction, dans notre texte, entre "politiques publiques" et "politiques législatives", ces dernières étant entendues comme l'ensemble des normes juridiques et leur mise en oeuvre concernant le domaine étudié.

Enfin, si la notion de "prévention" est entendue au sens large dans l'intitulé de notre étude, nous organiserons notre travail selon les distinctions utilisées dans l'approche juridique: prévention, répression, soins. Si l'on compare notre définition à celle effectuée dans le modèle épidémiologique, dans notre schéma "prévention" correspond ainsi à la prévention primaire et secondaire et "soins" à la prévention tertiaire.

3. L'ETUDE COMPARATIVE^s

Les choix législatifs effectués dans le domaine de l'usage et de l'abus de stupéfiants par les pays étudiés dans l'analyse comparative - France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et suisse - paraissent, au premier abord, assez différents. Dès qu'on analyse de plus près les processus de production législative et la mise en oeuvre des lois, les différences

³ Synthèse du rapport pour la CCE-DGV "Etude comparative sur les politiques législatives en matière de prévention des toxicomanies en Europe" (M.L. Cesoni, novembre 1992).

s'atténuent et certaines constantes **et** similitudes peuvent être mises en évidence.

3.1. Les législations et leur mise en oeuvre

Une certaine synchronie peut être repérée dans l'évolution des diverses législations nationales en matière de détention et/ou usage de stupéfiants, qui paraît être en relation avec l'évolution des conventions internationales. Le domaine des stupéfiants semble ainsi être l'un des premiers domaines du droit interne⁴ à être, dès le départ, fortement influencé par des décisions prises au niveau supra-national.

Quant à l'introduction d'une interdiction concernant la détention de stupéfiants pour usage personnel et/ou l'usage simple, elle est intervenue, dans la quasi-totalité des pays étudiés, bien avant que le phénomène qui nous préoccupe le plus actuellement - la consommation abusive d'héroïne - se soit développé de manière significative. Ce phénomène s'est donc développé en dépit d'une interdiction déjà structurée et qui a été impuissante à en limiter la croissance.

Puisqu'on ne peut pas raisonnablement émettre l'hypothèse que ce phénomène se soit développé à cause de l'interdiction, on peut émettre celle, plus vraisemblable, que les législations interdictives adoptées n'ont pas eu d'effet sur l'évolution du nombre des consommateurs.

Par contre, les législations semblent avoir connu des modifications à cause de l'évolution de la consommation abusive de stupéfiants, notamment d'héroïne.

Dans aucun pays l'approche répressive n'est toutefois la seule : partout, les "toxicomanes" font l'objet de mesures à la fois répressives et médico-sociales. L'accent est mis sur l'une ou l'autre de ces approches, selon les périodes, avec un mouvement pendulaire.

La superposition des approches répressive et médico-sociale, qui se concrétisent en des normes contrastées, produisent de nombreux effets négatifs pour la vie sociale -

⁴ Et assurément le premier en droit pénal.

marginalisation, perte d'emploi et de liens familiaux - et la santé - accès plus difficile aux soins généraux, diffusion des maladies infectieuses - des usagers.

Le but de la protection et de la promotion de la santé publique est considéré comme implicite, sinon affiché, lorsqu'on discute des politiques publiques en matière d'usage et d'abus de stupéfiants. Toutefois, lorsqu'on examine les motivations ayant conduit les législateurs à l'adoption des normes dans ce domaine, l'on s'aperçoit que les finalités de santé publique sont très peu présentes.

En fait, dans plusieurs pays, une série de motivations opposées se reproduisent dans le temps, égales à elles-mêmes, comme si elles traversaient les frontières. On peut notamment constater que le choix de la répression de l'usage (ou de la détention pour usage personnel, ce qui revient au même résultat) n'est jamais motivé d'une manière valable. Plus généralement, les normes législatives concernant les usagers ne répondent pas à une finalité clairement identifiée et n'ont pas une cohérence interne leur permettant d'atteindre un but commun.

Au-delà des motivations déclarées, on peut identifier différents facteurs qui ont contribué à déterminer les choix politiques dans l'ensemble des pays examinés : la prédominance de l'ordre médical; la diffusion de la consommation dans des milieux plus larges et plus visibles; les nécessités de reproduction de l'ordre social et celles des institutions spécialisées, les intérêts économiques de l'industrie pharmaceutique; les intérêts liés aux carrières politiques et aux échéances électorales. Les facteurs liés à la promotion de la santé publique ne semblent pas avoir eu un poids important sur les choix législatifs répressifs; en revanche, les relations internationales dont les déterminants ne semblent pas se situer dans le champ de la santé publique ont eu un poids significatif. Récemment, le "facteur sida" semble toutefois faire basculer le système vers une prise en compte accrue des finalités de santé publique.

3.2. Le problème de **l'évaluation**

L'affirmation de principes normatifs et le développement contemporain de pratiques dans deux domaines aussi différents

- voire contradictoires - que le répressif et le médico-social posent d'emblée des problèmes pour une démarche d'évaluation.

En matière d'usage de stupéfiants, les législations ne visent pas des objectifs identifiables de manière précise dès lors, par rapport à quel but poursuivi pourrait-on évaluer leur efficacité ? Et d'ailleurs, peut-il exister un but commun aux normes répressives et aux normes médico-sociales ?

Il sera nécessaire de définir d'abord, parmi les effets attendus et les objectifs assignés aux politiques en matière de stupéfiants, l'objectif par rapport auquel on désire mener l'évaluation (réduction de la demande, abstinence, réduction des risques...).

D'autres choix doivent encore être effectués, concernant

les buts de l'évaluation (homogénéisation des législations, redéfinition des objectifs, modification des textes ou des pratiques)

le niveau des normes à évaluer (loi, circulaires, pratiques de mise en oeuvre de la loi) ⁵

l'échelle d'évaluation (pays, région, ville, cantons et municipalités...)

l'objet de l'évaluation (dispositifs répressifs ou sanitaires, modification des comportements des usagers...).

Avant de procéder à une évaluation des politiques législatives et de leur mise en oeuvre, il faudra encore combler les lacunes de connaissance portant sur l'application effective des normes, d'une part, et sur le comportement des usagers d'autre part.

La vérification de l'effectivité d'une norme, à savoir du degré de son application de la part des acteurs concernés et des modalités d'application, est évidemment essentielle pour pouvoir en rechercher les effets. En considération de la multiplicité des acteurs impliqués (police, juges, avocats d'une part, médecins, psychologues, travailleurs sociaux de

⁵ L'évaluation des seuls textes serait insuffisante, alors que celle des pratiques seules pourrait amener à des conclusions opérationnelles, voire à une modification des textes.

l'autre et, dans certaines hypothèses, les deux catégories à la fois) ce travail peut requérir du temps.

Aussi, une connaissance plus globale des modes de vie et des comportements des usagers est nécessaire, afin de pouvoir mieux identifier les effets prétendus ou probables des normes, avant de les évaluer. Pour l'instant, nous n'avons développé que des connaissances portant sur quelques populations spécifiques d'usagers (par exemple, les clients de certains services spécialisés de soins).

D'autres difficultés devront encore être affrontées.

D'abord la difficulté, voire l'impossibilité, de mesurer globalement l'efficacité des politiques répressives, préventives et médico-sociales en matière de stupéfiants, à cause de l'hétérogénéité des mesures développées et des objectifs implicites.

Au mieux, on pourra détecter certains effets que ces dispositifs - juridiques et pragmatiques - et leur croisement provoquent au niveau des usagers et évaluer leur compatibilité avec des objectifs et des priorités choisis.

Ensuite, la difficulté d'établir des liens de causalité clairs entre le contexte juridique et son application et certains comportements des usagers, en raison des facteurs multiples qui déterminent ces derniers.

Enfin, le choix des indicateurs.

Il conviendrait de privilégier des indicateurs permettant la production d'une connaissance de type qualitatif des usagers., de leurs modes de vie et de leurs comportements. Cela pourrait permettre de déceler les impacts que certaines normes législatives et leur mise en oeuvre ont pu avoir par rapport aux usagers, aux usages et aux produits.

Il ne semble en effet pas envisageable d'évaluer les effets des politiques législatives en termes de "réduction de **la** demande de drogue". Il serait donc opportun de développer des études portant sur l'impact de normes spécifiques sur les conditions de vie et sur les modes de consommation des usagers de substances stupéfiantes, menées à une échelle relativement

limitée (donc réaliste et comparable) par des méthodes de type ethnographique.

Telles ont été les conclusions des travaux menés par les équipes internationales dans le cadre de l'étude pour la Commission des Communautés Européennes. L'équipe suisse, intégrée à l'étude dans sa phase conclusive, est partie de ces constats pour approfondir une réflexion portant plus précisément sur la Suisse, dans le cadre du mandat de l'OESP.

4. LA SUISSE

4.1.. L'état des lieux

Les documents annexés à ce rapport établissent un état des lieux ponctuel des politiques suisses concernant l'usage de produits stupéfiants. En considération de la répartition des compétences fédérales et cantonales, des politiques cantonales sont reportées à titre d'exemple. Un état des lieux complet portant sur l'ensemble des cantons demanderait une étude spécifique, requérant du temps et des moyens relativement importants.

Nous nous limiterons dans ce chapitre à mettre en évidence les points forts des documents annexés, auxquels nous renvoyons le lecteur.

4.1.1. Le processus législatif⁶

La législation fédérale suisse en matière de stupéfiants naît sous le signe de l'ambiguïté. Bien qu'elle n'ait pas directement réprimé l'usage, la loi du 2 octobre 1924 se limitait à une intervention répressive, interdisant l'accès aux stupéfiants et soumettant à des poursuites pénales les personnes qui en détenaient. Toutefois, le fondement juridique de cette législation était la compétence fédérale en matière de lutte contre les maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses. L'utilisateur, considéré comme un

⁶ Cf. en annexe le texte de M. Liniger.

malade, est soumis au traitement réservé aux délinquants. Alors que le phénomène ne constituait pas encore un problème aigu en Suisse⁷, le principe de la répression indirecte de la consommation de stupéfiants a été à diverses occasions affirmé clairement par le T.F., à partir de 1969.

L'ambiguïté se retrouve, dans les années 1970, dans les débats parlementaires qui ont précédé la promulgation de la révision de loi fédérale sur les stupéfiants du 1er août 1975.

Si l'équation "toxicomane = malade" a été affirmée dans ces débats, l'inéluctabilité de la répression a été soutenue de plusieurs points de vue (dont la protection de l'ordre public et la prévention de la criminalité induite par les besoins de la consommation), en ramenant ainsi l'utilisateur à un statut de délinquant. L'une des raisons avancées, à savoir l'effet d'intimidation de la criminalisation d'un comportement, nous semble à ce propos révélateur, car comment pourrait-on croire qu'on soigne une maladie par l'intimidation ?

Si l'on doit se fonder sur les travaux préparatoires de la révision de la LFStup, les finalités attribuées aux normes concernant les usagers ne sont en définitive nullement claires.

Dissuasion, protection de l'ordre et de la moralité publics, meilleure répression du trafic, effet positif sur les parents, affirmation que "le combat contre la toxicomanie continue" adressée à l'opinion publique, limitation des dépenses de la sécurité sociale, entrave psychologique... Il est difficile de cerner la cohérence de la décision de criminaliser l'usage de stupéfiants.

4.1.2 Le dispositif répressif : la loi fédérale sur les stupéfiants et sa mise en oeuvre

L'histoire de la répression de la consommation *simple de* stupéfiants en droit suisse correspond à l'insidieuse domination d'un esprit juridique étroit appliqué à un phénomène social dont l'ampleur, l'importance et la gravité en

⁷ Sur la consommation de stupéfiants et sur **ses** évolutions cf. en annexe les textes de G. Peters et P.Y. Aubert.

termes de santé publique ont été très largement exagérées au moment où ont été prises les décisions jurisprudentielles **les** plus décisives, puis ensuite les décisions législatives.

Il faut rappeler tout d'abord que le droit suisse dans ce domaine n'est que le reflet des accords internationaux ratifiés par la Suisse et principalement fondés sur la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (ROLF 1970, p. 803). Or, si cette Convention utilise le mot "consommation", elle ne l'utilise pour en solliciter la répression que dans un sens particulier, largement précisé dans son texte et dans ses commentaires, et qui vise exclusivement la livraison de stupéfiants en vue de certains usages déterminés⁸.

Il est d'une part absolument certain que la volonté du législateur suisse, exprimée dans la loi fédérale sur les stupéfiants du 3 octobre 1951, était de ne pas réprimer la consommation simple de ces substances : il n'a en effet pas mentionné la consommation au nombre des actes punissables.

D'autre part, le Tribunal fédéral dans l'arrêt Cuénod et Maerki (ATF 1972 IV p. 125) précise clairement qu'à cause du sens particulier que donne la Convention unique au terme consommation, il eût été équivoque pour le droit suisse d'introduire le mot "consommation" dans la liste des actes punissables, en donnant à ce terme le sens qu'il a usuellement, c'est-à-dire absorption d'une substance quelconque par un consommateur.⁹

On rappellera enfin pour mémoire qu'en 1960 (ATF 1964, p. 54), le Tribunal fédéral avait admis qu'une injection de stupéfiants, faite par un médecin et obtenue par le patient sur la base de mensonges, réalisait un acte atypique au sens de la loi fédérale sur les stupéfiants. Cela consacrait, de

⁸ Convention unique sur les stupéfiants de 1961, article premier (Définitions), par. 2 : "Aux fins de cette Convention, un stupéfiant sera considéré comme consommé lorsqu'il aura été fourni à toute personne ou entreprise pour la distribution au détail, pour l'usage médical ou pour la recherche scientifique; le mot 'consommation' s'entendra conformément à cette définition."

⁹ il est vrai que cet arrêt pouvait se permettre une certaine liberté, puisqu'il s'agissait de juger en l'espèce un auteur qui avait importé en suisse une pastille de LSD.

façon claire, le principe que la consommation, quelles qu'en soient par ailleurs les conditions, n'était pas une infraction prévue par les dispositions de la loi fédérale sur les stupéfiants.

La criminalisation de fait de la simple consommation de stupéfiants résulte de l'arrêt Michel (ATF 1969 -IV, p. 179) dans lequel le Tribunal fédéral assimile la consommation à l'acquisition et la possession. La décision du Tribunal fédéral conduit à exclure absolument la légalité de la consommation, puisqu'il devient impossible de consommer des stupéfiants sans accomplir préalablement des actes qui sont expressément visés par la disposition pénale de la loi fédérale sur les stupéfiants (soit l'art. 19 ancienne teneur de la LFStup du 3 octobre 1951, révisée le 18 décembre 1968). Cet arrêt crée donc une incrimination nouvelle, la consommation de drogues. Cette incrimination est introduite par la jurisprudence du Tribunal fédéral contre la volonté expresse du législateur de 1951 qui n'avait pas mentionné la consommation au nombre des actes punissables. Il incrimine ces actes, alors que ce comportement ne nuit, pour autant que l'on admette que ces substances soient toxiques, qu'à celui qui l'adopte.

Le Tribunal fédéral choisit ainsi la sanction pénale pour lutter contre **un** comportement: on savait pourtant pertinemment que ce choix constituait un moyen tout à fait inadéquat à la lutte contre ce que l'on commençait à appeler à l'époque "la toxicomanie".

Malgré les nombreuses critiques provoquées par l'arrêt Michel, les juridictions cantonales ont très rapidement suivi le mouvement. Cette décision a eu une influence déterminante sur les pratiques policières et judiciaires en matière de consommation de tous les stupéfiants.

La situation juridique, d'un point de vue strictement législatif, s'est aggravée par la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants en 1975.

A la suite d'une explication pernicieuse et relativement hypocrite, le législateur a prétendu ne pas vouloir soumettre le simple consommateur à la répression peu nuancée de l'art. 19 LFStup. Il lui a alors aménagé un statut particulier dans une infraction nouvelle, de nature contraventionnelle, le

soustrayant définitivement au régime des crimes et des délits prévus par l'art. 19 LFStup révisé.

La réforme de la loi fédérale de 1975 a donc établi une incrimination particulière pour la consommation de stupéfiants (art. 19a et 19b LFStup.), dans des conditions, à-vrai-dire, accompagnées de modalités très imprécises et souvent inapplicables, car peu réalistes.

Il s'avère que le consommateur pur qu'imaginait le législateur de 1975 n'existe quasiment pas. Il est en effet impossible de réaliser des actes de consommation simple, sans réaliser préalablement ou subséquentement (et en concours avec la consommation) des actes dont la nature juridique est délictuelle ou criminelle au sens de la loi fédérale sur les stupéfiants (art. 19 LFStup).

La majorité des poursuites sont donc prises au titre des art. 19a et 19 LFStup en concours, car la très grande majorité des consommateurs sont incriminés pour des actes de trafic, quelle que soit par ailleurs la quantité de stupéfiants qu'ils ont achetés et revendus.

Leurs activités de simples consommateurs disparaissent ainsi des incriminations qui pourraient les faire bénéficier d'une répression atténuée et contraventionnalisée.

4.1.3. Le dispositif préventif et médico-social

Signalons d'emblée et sans s'étendre sur le sujet connu que tant dans le domaine de la santé qu'en droit pénal la répartition des compétences entre Confédération et Cantons peut conduire à des conflits négatifs ou positifs concrets.

A. La prévention primaire et secondaire

Selon la LFStup, il revient à la Confédération de soutenir les activités de recherche et d'information concernant les abus de stupéfiants, leurs effets et les moyens de les combattre.

Les cantons ont à leur tour le devoir d'encourager l'information et les consultations en créant des institutions ou en déléguant certaines tâches aux organismes privés.

C'est dans la législation cantonale et dans son application que se fondent la plupart des expériences de prévention. Ainsi, par exemple, la législation vaudoise sur la santé publique inclut la lutte contre les toxicomanies parmi ses buts, alors que les Départements de l'Intérieur et de la Santé Publique doivent encourager les actions de prévention primaire.

Dans le canton de Genève, les activités de prévention concernent surtout les milieux scolaires et sont de plus en plus axées sur le concept plus général de promotion de la santé. Des programmes destinés aux usagers et centrés sur la prévention des risques ont vu le jour depuis quelques années, dont le Bus Itinérant de Prévention Sida et le Programme Interinstitutionnel de Prévention¹⁰.

Le Programme Inter-institutionnel de Méthadone genevois, ainsi que, au niveau national, les programmes expérimentaux de distribution contrôlée de morphine et d'héroïne, où la notion de traitement est remplacée par celle de maintenance, contribuent à renforcer le glissement d'une politique de réduction de la demande à une politique de réduction des risques, induit par la diffusion du sida parmi les usagers par voie intraveineuse.

B. L'intervention thérapeutique

Dans le domaine des soins, les interventions prévues par la législation fédérale sont surtout liées à l'intervention pénale. La LFStup prévoit ainsi la possibilité d'envoyer dans une maison de santé le consommateur tombé sous la coupe de la justice à cause de son usage. Le code pénal (art. 44) élargit cette possibilité aux toxicomanes ayant commis d'autres infractions en rapport avec cet état, qui pourront être internés pour une période allant jusqu'à deux ans¹¹. Un

10 Les deux programmes ont été soutenus par l'OFSP. Pour une description plus détaillée des dispositifs de prévention dans le canton de Genève, cf. en annexe le texte de P.Y. Aubert.

11 La décision peut être prolongée jusqu'à six ans.

traitement ambulatoire est possible au lieu de l'internement. Ces mesures sont relativement peu appliquées.

La LFStup et le Code civil permettraient aussi à l'autorité administrative d'ordonner l'hospitalisation ou le traitement ambulatoire des toxicomanes, en l'absence de toute infraction : ces normes sont très peu appliquées.

La LFStup prévoit enfin le soutien de la confédération pour la formation du personnel spécialisé dans le traitement des personnes dépendantes. Les mesures médico-sociales concernant les usagers de stupéfiants se développent surtout au niveau cantonal. Les législations cantonales¹² affirment l'engagement des cantons dans les actions de traitement et réadaptation des toxicomanes.

Dans le canton de Genève¹³, la plupart des structures de prise en charge des usagers ont été créées dans les années 1975-1985. Elles proposent des solutions différentes aux usagers. A partir de 1981 le conseil d'Etat a nommé une commission mixte, afin de formuler une politique cohérente en matière de toxicomanie. Cela n'a toutefois pas empêché le clivage entre l'approche strictement médicale et celle proposant un accompagnement médico-psycho-social.

La méthadone, utilisée au départ pour des cures de sevrage, est de plus en plus utilisée (à partir des années 1980) pour des traitements de substitution. Cette tendance sera renforcée par l'avènement du sida, qui pousse un nombre croissant d'intervenants en toxicomanie à proposer un suivi et une aide qui ne demandent plus l'abstinence comme contrepartie.

4.1.4 L'interaction entre les différents dispositifs¹⁴

Quelques considérations sur les effets de l'emprisonnement sur les usagers sont nécessaires, afin de constater que la

12 . Cf . par exemple Vaud et Berne dans le texte de M. Liniger, en annexe.

13 Cf. en annexe le texte de P.Y. Aubert.

14 Cf. en annexe les textes de J.L. Martin et de P.Y. Aubert.

superposition de normes pénales et sanitaires n'est pas sans poser problème.

L'emprisonnement cause, dès la première fois, des dommages graves à la vie des toxicomanes : qu'ils perdent leur travail, leur logement et/ou parfois leurs liens sociaux et familiaux, c'est une spirale de marginalisation qui s'instaure. On peut imaginer que moins un individu est intégré socialement, plus longue et difficile sera toute approche thérapeutique souhaitée.

Si l'état général de santé d'un usager déjà marginalisé peut s'améliorer lors d'un séjour en prison, il faut d'abord noter que le séjour est souvent trop court pour qu'une véritable prise en charge sanitaire se fasse. A vrai dire, les peines infligées sont en moyenne très courtes. Elles permettent à peine un sevrage psychologique, et rendent impossible toute démarche thérapeutique.

Mais une période plus longue de détention ne permettrait pas non plus la mise en route d'une thérapie efficace, car la -Liberté de choix thérapeutique, présumée nécessaire à la réussite du traitement, manque totalement dans une situation de contrainte telle que la prison. Au contraire, l'incarcération conduit souvent à interrompre une démarche thérapeutique ou de réinsertion sociale en cours et risque de la compromettre à jamais. A la sortie, tout sera à recommencer.

Un problème grave est représenté par le nombre de séropositifs au virus HIV parmi les détenus toxicomanes. Les actions de prévention dans ce domaine sont presque inexistantes dans les établissements pénitentiaires.

Plus généralement, la prévention primaire et secondaire des toxicomanies y est très limitée. D'ailleurs, le marché noir de médicaments psychotropes, voire de stupéfiants, existe dans nombre d'établissements pénitentiaires. Il est dans ce cas illusoire d'espérer le maintien de l'abstinence pendant la privation de liberté. En revanche, lorsque le sevrage est effectué et l'abstinence respectée, les risques d'overdoses mortelles à la sortie de la prison sont très élevés.

4.1.5. Le facteur économique

Une étude d'une politique législative ne devrait pas se passer d'une analyse, au moins sommaire, de la répartition des allocations publiques dans le domaine considéré. C'est souvent par l'absence de prévisions budgétaires, ou par l'allocation indirecte de fonds, que certaines normes sont rendues vaines ou renforcées.

Du fait du partage des efforts financiers entre Confédération, cantons et municipalités, une reconstitution des dépenses publiques en matière de toxicomanies n'est pas aisée. Elle est rendue plus difficile du fait que certaines dépenses sont indirectes et donc difficilement évaluables (par exemple les 'services de police).

En considération de la spécificité de ce domaine, nous renvoyons à la lecture du document **de M.** A. Schoenenberger. L'exemple donné, concernant le canton de Vaud, est significatif : les dépenses liées aux activités de répression représentent environ 65% des dépenses publiques identifiées comme liées à la toxicomanie; les dépenses liées au service pénitentiaire, notamment, représentent le 50% du total des dépenses publiques visant la lutte contre les stupéfiants. Cela peut faire penser à une volonté politique de faire primer les activités répressives sur les activités préventives et médico-sociales. En même temps, c'est un facteur dont on ne pourrait pas ne pas tenir compte dans une éventuelle activité d'évaluation des politiques en matière de toxicomanies.

4.2.. **Nécessité et difficulté d'une évaluation**

L'expérience de nombreux "professionnels de la lutte contre la toxicomanie" montre ' que, si l'ensemble des politiques publiques dans ce domaine manque d'une visée claire et cohérente, une partie de ces politiques, notamment **les** politiques pénales, provoque des effets négatifs sur **les modes** de consommation des usagers de substances stupéfiantes et, au-delà, sur tous les aspects de leur vie.

Or, bien que la tâche soit difficile, il nous paraît impossible de dissocier, dans l'analyse suggérée, les politiques pénales et médico-sociales, ce qui a le plus souvent été fait jusqu'à présent. On assiste en effet à une

sorte de schizophrénie institutionnelle qui fait qu'un même individu est considéré comme malade et/ou criminel, selon l'institution qui le "prend en charge" à un moment donné. Mais l'individu est bien le même, et les interventions institutionnelles interagissent dans sa vie en croisant leurs effets. C'est donc bien le croisement de ces effets et leur compatibilité ou leur incompatibilité qu'il serait intéressant d'étudier. Nous croyons pouvoir émettre l'hypothèse, en l'état actuel des connaissances, que les politiques répressives entravent l'efficacité des politiques de santé publique et celles de réinsertion sociale concernant les usagers ¹⁵.

Si les opérateurs de la justice doivent constater que la criminalisation et l'emprisonnement causent bien des dégâts dans la vie d'un usager de stupéfiants, des travailleurs médico-sociaux admettent le manque de coordination entre les dispositifs d'aide en place, l'existence d'une "multitude d'offres ponctuelles qui ne répondent souvent que partiellement à leurs besoins, qui poursuivent des objectifs différents et qui les excluent parfois totalement" ¹⁶, et la nécessité de créer des structures plus souples et faciles d'accès ¹⁷.

Quelques travaux d'évaluation de dispositifs médico-sociaux et de leurs effets par rapport aux usagers existent déjà en Suisse, ¹⁸ alors qu'aucune étude sur les effets de l'intervention répressive n'a été effectuée.

15 Cf. l'étude du Dr. A. Serfaty sur les politiques pénales en matière d'usage de stupéfiants et les politiques de prévention du SIDA, en cours pour la CCE. Cf. aussi les négociations qui ont dû être entreprises avec les autorités policières lors des expérimentations concernant l'approche médico-sociale des usagers en Suisse (Platzspitz, BIPS...).

16 C. Spreyermann, "Evaluation/ recherche-action concernant le Programme interinstitutionnel de prévention - PRIP - réalisé dans le quartier des Pâquis à Genève, Berne, OFSP, 1992.

¹⁷ Cf.: Bus itinérant prévention SIDA (BIPS) - Action de prévention du SIDA auprès de personnes s'injectant des drogues (Groupe SIDA Genève, [doc. CM/DH/BIPS](#), septembre 1992).

¹⁸ Cf. par exemple les rapports de F. Paccaud et ses collaborateurs de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne.

A notre connaissance, aucune étude complète au sujet de l'application de la législation par les acteurs concernés n'a été menée, sinon les quelques articles rédigés par les juristes.

Il s'agit d'informations qui doivent être recueillies avant de pouvoir mener une évaluation des politiques développées à l'égard des usagers de stupéfiants et de leurs interactions.

4.2.1 Première phase : établir la connaissance

L'évaluation d'une politique publique est une mission impossible si elle ne se fonde pas sur la connaissance du fonctionnement des dispositifs mis en place et sur la connaissance - ou du moins des hypothèses sérieusement fondées - de ses effets.

Les politiques développées en matière d'usage de stupéfiants sur la base de la législation suisse se composent de trois volets : répression, prévention primaire et secondaire, soins. Un premier choix à faire nous semble concerner la prévention primaire qui, étant adressée à la population en général, demanderait des études spécifiques. Il nous paraît pertinent de limiter l'analyse aux relations existant entre dispositifs mis en place et usagers, c'est-à-dire aux interventions répressives et aux dispositifs de prévention secondaire et de soins.

Il n'est pas nécessaire que les normes de référence que l'on souhaite soumettre à l'évaluation soient identifiées au préalable. Il nous paraît intéressant de travailler, dans une première phase, sur le corpus entier des normes concernant les usagers, afin d'en tester le degré d'application et de connaissance et d'essayer de comprendre lesquelles ont pu le plus influencer les pratiques des acteurs institutionnels (ou privés) et des usagers. Un choix plus ponctuel pourra être effectué successivement.

Il est nécessaire d'établir une connaissance suffisante portant sur

la législation et sa mise en oeuvre,

à savoir la réception et l'application du cadre normatif de référence - fédéral et cantonal - de la part des acteurs concernés : appareils policier, judiciaire et pénitentiaire, autorités et professionnels de la santé, services sociaux, services spécialisés pour toxicomanes...

la réception et les conséquences des politiques actuelles sur les usagers,

à savoir leur connaissance et leur réception de la norme juridique et de sa mise en oeuvre (non seulement du dispositif pénal mais de l'existence et de l'accessibilité des services médico-sociaux) et les conséquences que les rencontres avec les institutions répressives ou médico-sociales ont eu dans la vie et les modes de consommation des usagers.

L'échelle de l'étude doit par contre être fixée dès le départ. S'agissant d'essayer d'élaborer une connaissance la plus approfondie possible, il apparaît irréaliste de travailler à l'échelle de la Confédération. Il faut donc penser à une étude-pilote à l'échelle d'un canton ou d'une ville, étude qui pourrait être reproduite si l'on considère que les différences existant entre les cantons sont telles qu'il faut en connaître plusieurs afin de représenter la réalité suisse.

En ce qui concerne l'étude des institutions et des services, il s'agirait de photographier le fonctionnement de la justice d'une part (arrestations, condamnations, sursis, mesures alternatives) et, d'autre part, la panoplie de services médico-sociaux qui est effectivement proposée aux usagers, leur fonctionnement et leur accessibilité.

Il s'agirait, par la même occasion, de recueillir, là où cela est possible, les informations concernant le cursus des "clients" des différentes institutions (en termes de récidive, de rechute, de modifications du comportement...), ce qui offrirait un élément partiel pour l'évaluation de leur efficacité.

Cette enquête devrait être complétée par une étude sur les moyens financiers mis à disposition par les autorités

publiques pour les diverses activités à l'échelle choisie, et sur les financements privés qui ont servi à compléter les budgets.

Les principaux problèmes que nous identifions pour une étude de ce genre concernent le délai et les moyens (financiers et humains) nécessaires.

Une enquête plus difficile est celle concernant la réception de la loi et de son application de la part des usagers, et les effets que cette connaissance, d'une part, et les dispositifs existant d'autre part ont sur les contextes et les modes de vie et de consommation des usagers mêmes.

On pourrait imaginer mener une enquête sur les "clients" des diverses institutions. Cela introduirait toutefois un biais important concernant les substances utilisées - les usagers de cocaïne et de cannabis n'entrent que rarement en contact avec les institutions médico-sociales et les usagers d'héroïne sont ceux qui se heurtent à répétition contre le dispositif répressif¹⁹ - et, plus généralement, vis-à-vis de tous les usagers dont on suppose qu'ils n'entrent jamais en contact avec ces institutions.

De plus, le fait de prendre contact avec un individu en passant par l'institution et par son dossier pourrait modifier son attitude, sa disponibilité et son discours, de manière défensive ou opportuniste. En particulier, l'absence d'anonymat due à la connaissance du dossier limiterait, à notre avis, la liberté et la sincérité d'expression.

Le rapport final du PRIP confirme d'ailleurs l'utilité d'un contact direct avec les usagers, établi "en dehors des intermédiaires habituels que sont la demande de soins ou

¹⁹ L'Office fédéral de la statistique (Statistique de la criminalité n. 10, oct. 1991) fait état d'un nombre de dénonciations pour consommation de cannabis qui est beaucoup plus important que celles pour consommation d'héroïne. L'expérience de terrain tend toutefois à limiter la portée de ces chiffres: d'abord, car seul un tiers des dénonciations sont suivies d'une condamnation; ensuite, car les chiffres ne précisent pas s'il s'agit de consommateurs de cannabis exclusivement ou de polytoxicomanes.

d'aide sociale", afin de découvrir des notions, situations et vécus jusque là inconnus ou théorisés seulement²⁰.

Il nous semble donc plus important d'établir un contact en dehors des institutions. Certaines enquêtes menées dans d'autres pays (Hollande, France²¹) montrent que cela est possible, bien que compliqué, par une enquête de type ethnographique ou participatif. L'enquête menée dans le cadre du PRIP à Genève montre aussi la possibilité d'un contact "de rue" avec des usagers. Bien qu'il s'agisse d'un service public, le travail effectué par le BIPS a aussi montré que lorsqu'on réduit les formalités, les contraintes et les "contrats", les usagers expriment un désir d'expression qui peut faciliter l'accès à leurs informations et garantir leur franchise.

Il s'agirait donc de prendre contact avec des usagers dans leurs milieux, après une décision préalable portant sur la substance utilisée.

Il est à notre avis prioritaire de développer la connaissance des usagers d'héroïne, les plus concernés et visés par les politiques mises en place. Une enquête sur les usagers de cocaïne et/ou de cannabis pourrait toutefois être utile car présentant un groupe "témoin", à cause justement du fait que les usagers de ces substances semblent être - et probablement se sentir - moins concernés par la législation et les dispositifs existants.

Un premier contact avec les toxicomanes "de rue" devrait être établi; il faudrait ensuite développer des rapports de confiance pouvant permettre un effet "boule de neige" qui, nous mettant en contact avec d'autres usagers et si possible avec des usagers-revendeurs²², nous donne accès aux réseaux d'usagers moins visibles.

²⁰ A. Mino, Introduction au rapport de l'équipe du PRIP, oct. 1992.

²¹ Cf., entre autres, P. Cohen, *Cocaïne use in Amsterdam in non deviant subculture*, Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Instituut voor social geografie, 1989, et R. Castel, op. cit.

²² Cf. J.F. Werner, "Urbanisation et déviance. Anthropologie de la drogue au Sénégal", in: *Cahiers de l'ORSTOM*, n. 1, 1993: cette intéressante étude, menée sur un terrain a priori difficile, montre la faisabilité d'une telle démarche.

Les réseaux médico-sociaux existants devraient être impliqués dans cette démarche participative. D'une part, leur expérience pourrait enrichir la démarche et, en retour, leurs pratiques pourraient être enrichies par cette expérience. D'autre part, la seule implication de chercheurs n'ayant aucune expérience de relation avec les usagers risquerait de poser des problèmes à la fois relationnels et concrets.

Une étude de type "histoire de vie" devrait ainsi nous permettre, à travers l'analyse de l'intervention institutionnelle (ou de son absence) dans le parcours des usagers, de mettre en évidence quelques relations existant entre les usagers et la loi, d'émettre des hypothèses sur les effets possibles de la loi et de sa mise en oeuvre sur les modes de consommation, de vérifier les données empiriques qui concernent les effets de la législation pénale sur les modes de vie et les effets apparemment mitigés des interventions thérapeutiques mesurés en termes d'abstinence.

Les difficultés inhérentes à ce type d'étude sont évidentes, et débutent dès la prétention à la constitution d'un échantillon significatif.

Ce n'est toutefois qu'en donnant voix aux usagers eux-mêmes, au lieu de continuer à parler "sur eux" que nous pourrions amorcer un processus d'évaluation de l'effectivité des politiques actuelles en matière de "toxicomanie".

Il est enfin possible d'imaginer que la loi n'est faite que pour ceux qui la respectent: on pourrait donc prévoir une vérification des attitudes de réception de la loi de la part d'un groupe-témoin de non-usagers.

4.2.2. Deuxième phase : tenter l'évaluation

En considération de l'importance des moyens nécessaires pour rendre possible une telle tâche, le lancement d'un projet d'évaluation devrait admettre la possibilité d'une modification des politiques en place - entendues comme législations et dispositifs de mise en oeuvre du cadre juridique - au cas où elles devaient s'avérer inadaptées ou

productrices d'effets négatifs. Un pas dans ce sens a été fait par l'ordonnance du Conseil Fédéral du 21 octobre 1992 sur l'évaluation des projets visant à prévenir la toxicomanie (RO 1992 III p. 2213).

Trois questions doivent être abordées au préalable.

A. Evaluation de politique et non de programme

Il ne s'agit pas d'évaluer la performance d'un service particulier, mais bien d'analyser les points significatifs des politiques différentes mises en place à l'égard des usagers de stupéfiants à partir du cadre législatif existant.

Il s'agit évidemment d'une tâche bien plus complexe que l'évaluation d'un programme spécifique (par exemple échange de seringues) ou d'un service de prise en charge - qui seront évidemment des éléments à prendre en compte aux fins de l'évaluation - surtout en considération de l'hétérogénéité **des** normes concernant les usagers de stupéfiants²³.

Cette hétérogénéité empêche, nous semble-t-il, d'arriver à une évaluation "scientifique" des dites politiques : il faudra donc se contenter d'un degré satisfaisant de probabilité dans l'évaluation de l'efficacité de ces normes.

Si l'approfondissement de la connaissance, l'identification des effets, l'évaluation de programmes ou services sont des activités qui pourraient être menées selon des méthodes scientifiques, l'évaluation d'une politique globale reste un acte de nature politique, impliquant la redéfinition des objectifs et des moyens à mettre en oeuvre pour les atteindre sur la base des connaissances obtenues²⁴.

²³ Pour une intéressante discussion sur la différence entre l'évaluation des politiques publiques et l'évaluation de programme, nous renvoyons au rapport du Conseil scientifique de l'évaluation, "L'évaluation en développement", Paris, La Documentation Française, 1993, ch. II.

²⁴ Il s'agit donc d'une évaluation normative (cf. Conseil Scientifique de l'Evaluation, cité, pp. 66-67)

B. Le problème de la relation de causalité

Nous croyons qu'une étude pourra difficilement établir des liens directs et univoques de causalité entre une norme et un comportement. Des liens plus évidents pourront probablement être référés à des dispositifs concrets. Il nous semble toutefois que la possibilité de vérifier la bien-fondé de l'identification de certains mécanismes institutionnels parmi les facteurs déclenchant certains effets ou processus pourra constituer un matériel suffisant pour une évaluation.

C. Le paramètre de l'évaluation

En considération de l'absence d'un objectif clairement défini qui rende cohérents les dispositifs - normatifs et pragmatiques - concernant les usagers de stupéfiants, il faudra définir l'objectif par rapport auquel évaluer l'efficacité de ces dispositifs.

Cet objectif ne pourra pas être, à notre avis, la "réduction de la demande de drogue" entendue comme nombre de consommateurs. Il se poserait dans ce cas un problème majeur. En effet, le seul moyen pour apprécier la réalité et l'importance de la demande serait une enquête en population générale. Même si on faisait abstraction de l'importance des moyens nécessaires pour une telle enquête, elle ne donnerait jamais qu'une image synchronique de la réalité, qui ne permettrait pas d'émettre des hypothèses sur les liens de causalité qui pourraient exister entre cadre législatif, mise en oeuvre et évolution de la demande.

Enfin, si l'on croyait fiables les tendances du phénomène d'usage de stupéfiants dans le temps affirmées dans les rapports annuels de l'OFSP, l'augmentation de l'abus d'héroïne, par exemple, constatée dans les années 1970-1980 non seulement en Suisse mais dans l'ensemble des pays d'Europe de l'ouest - ainsi que, entre autres, par les statistiques judiciaires faisant état en Suisse d'une augmentation des infractions à la LFStup - rendrait inutile toute tentative d'évaluation, tellement l'échec des politiques menées est partout patent.

Il sera au contraire possible de définir des objectifs de "réduction des risques" et d'analyser leur compatibilité avec les résultats des enquêtes effectuées dans la première phase d'approfondissement des connaissances.

L'évaluation pourra alors se faire par la comparaison entre objectifs souhaitables et effets constatés.

5. SCHEMA DE RECHERCHE POUR UNE EVALUATION

CHOIX PREALABLES

(qui pourront être redéfinis après la première phase)

Choix des normes à évaluer
Choix de l'échelle
Choix des objectifs de référence
Choix des produits consommés

PREMIERE PHASE:

La récolte des *informations* nécessaires à l'évaluation

Description précise des normes à étudier et de leur mise en oeuvre à l'échelle choisie

Etude sur l'application de la loi de la part des organismes compétents (publics et privés). Entretiens structurés sur la base d'un questionnaire. Etude des informations enregistrées accessibles (statistiques et dossiers).

- Etude économique sur les allocations publiques liées à la "toxicomanie" et sur les financements privés complémentaires.

Etude participative de terrain (en dehors des institutions) sur la réception de la loi de la part des usagers et sur les effets de l'application des normes choisies sur leurs modes de vie et de consommation.

DEUXIEME PHASE:

L'évaluation

(dont l'objectif sera non la mesure des effets mais la meilleure compréhension d'une politique complexe aux fins du diagnostic de la relation supposée entre dispositifs et effets)

Synthèse des effets constatés

Analyse des effets en relation avec les objectifs choisis

Evaluation de l'adaptation des normes aux objectifs choisis

Analyse de la cohérence des objectifs

Redéfinition des objectifs et/ou des moyens à mettre en place.

ANNEXES

Miranda LINIGER

La législation suisse sur l'usage de stupéfiants

Georges PETERS

Le statut légal des substances psychotropes en Europe

Yves Fricker, Stefano Spinelli

Etude comparative sur les politiques législatives en
matière de *prévention* des toxicomanies

Complément à l'étude suisse : les médias et *l'opinion*

Pierre-Yves AUBERT

Bref historique de la situation genevoise dans le domaine
des toxicomanies

Jean-Louis MARTIN

Soins aux toxicomanes et répression

Alain SCHOENENBERGER

Evaluation des coûts et des dépenses publiques se
rapportant au commerce de drogues et à la toxicomanie en
Suisse

LA LEGISLATION SUISSE SUR L'USAGE DE STUPEFIANTS

Miranda Liniger

Septembre 1993

1. EVOLUTION HISTORIQUE¹

Au début du vingtième siècle, la Suisse n'était que fort peu concernée par la toxicomanie. Elle était par contre un important fabricant de stupéfiants, qui exportait les 95 % de sa production (la Suisse était l'un des six pays du monde à fabriquer de la morphine et de la cocaïne). C'est ainsi essentiellement pour des motifs de solidarité internationale que la Confédération helvétique fut sollicitée d'adhérer à la Convention de l'opium de La Haye de 1912. Non sans s'être fait prier, elle signa le Protocole d'adhésion en 1913; ce n'est cependant que ... dix ans plus tard, soit par arrêté du 5 juin 1924 qu'elle ratifia la Convention. La ratification du traité exigeait en effet, vu l'insuffisance des législations cantonales (seuls les cantons de Vaud et Genève avaient adopté un régime spécial en matière de stupéfiants), que la Confédération édicte préalablement une loi fédérale. Or, la difficulté consistait, fédéralisme oblige, à trouver une disposition constitutionnelle qui fonde sa compétence dans un domaine jusqu'alors réservé aux cantons. Le Conseil fédéral proposa de fonder la compétence de la Confédération pour légiférer en matière de stupéfiants sur l'art. 69 Cst, adopté par le peuple en 1913: cette disposition l'habilite à prendre, par voie législative, des mesures destinées à lutter contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues **et les** maladies particulièrement dangereuses de l'homme et des animaux. La lutte menée par les adversaires d'une réglementation fédérale en matière de stupéfiants - l'industrie chimique en tête - se concentra ainsi sur cette question de compétence. Au terme de débats souvent passionnés, le Parlement fédéral se rallia à l'avis du Conseil fédéral. Ainsi, l'idée qui prévalut alors et permit de fonder la compétence fédérale fut de considérer la toxicomanie non comme un vice mais comme une maladie et, bien plus, comme une maladie sinon très

¹ Sur cette question, voir DELACHAUX, p. 67 [ss. et](#) 169 ss.

répandue, du moins particulièrement dangereuse². On notera toutefois à ce sujet l'ambivalence du Conseil **fédéral envers** cette "maladie", ambivalence reflétée dans son **Message adressé** aux Chambres en vue de la ratification de la Convention de 1912: d'un côté, il y dépeint de manière très **appuyée les** symptômes de la maladie, de l'autre, il la qualifie de "vice" et de "fléau"³. Cela dit, l'on est en droit de croire que ce sont avant tout des motifs de pure opportunité qui conduisirent à recourir à l'art. 69 Cst dans la mesure où, jusqu'en 1975, les seules mesures préconisées par le législateur fédéral à l'égard du toxicomane - ce malade - ont consisté à lui interdire l'accès aux stupéfiants et le soumettre **à des** poursuites pénales comme n'importe quel délinquant⁴.

La loi fédérale sur les stupéfiants du 2 octobre 1924 et son ordonnance d'exécution entrèrent donc en vigueur **le 1er août** 1925, permettant à la Suisse de satisfaire aux obligations nouvelles découlant de la Convention de La Haye. Elle punissait de l'emprisonnement jusqu'à un an et/ou de l'amende **jusqu'à Fr. 20'000.-** toute activité de fabrication, cession **et détention de** stupéfiants⁵. La consommation en soi, fût-ce en société, n'était cependant pas réprimée.

La ratification de la Convention internationale du 19 février 1925 relative aux stupéfiants et celle de la Convention du 13 juillet 1931 pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants ont pu se faire sans modification de la loi fédérale de 1924. En revanche, cette dernière dut être révisée le 3 octobre 1951, date qu'elle porte encore aujourd'hui, en vue de permettre l'approbation de la Convention du 26 juin 1936 pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles et du Protocole de 1948 plaçant sous contrôle international les stupéfiants synthétiques. Pour satisfaire aux obligations internationales, la loi nouvelle fut notamment modifiée de façon à inclure dans son champ d'application les produits désignés comme stupéfiants synthétiques⁶. Par

² DELACHAUX, p. 68 et 69

³ FF 1924 I 205ss et WEISS, Die schweizerische Betäubungsmittel-Gesetzgebung, p. 71-72

⁴ DELACHAUX, p. 69

⁵ Etait visé par l'art. II de la loi fédérale celui qui, sans y être autorisé, avait fabriqué, préparé, importé ou exporté, acheté, possédé, détenu, vendu, cédé même à titre gratuit, ou offert de vendre ou de céder les substances visées par la loi. Les mêmes peines s'appliquaient à celui qui s'était fait ou avait tenté de se faire délivrer ces produits au moyen d'une ordonnance altérée ou falsifiée, de même qu'au praticien ou au pharmacien qui les aurait rescrits ou dispensés en dehors des cas où la science le prévoit.

L'art. 19 de la loi fédérale sur les stupéfiants dans sa teneur révisée le 30 octobre 1951 punissait de l'emprisonnement pour deux ans au plus ou de l'amende jusqu'à Fr. 30'000.- celui qui, sans droit, avait fabriqué, préparé, transformé, importé, passé en transit, exporté,

ailleurs, une adjonction fut introduite dans le titre préliminaire. Dans sa nouvelle teneur, celui-ci ne se bornait plus à faire référence à l'art. 69 de la Constitution fédérale cité plus haut mais également à son art. 69 bis litt b lequel donne à la Confédération le pouvoir de légiférer sur le commerce d'autres articles de ménage et objets usuels pouvant mettre en danger la santé ou la vie⁷. Enfin, une référence à l'art. 64 bis Cst fut également ajoutée. Cette disposition fonde la compétence de la Confédération en matière de droit pénal.

La loi fédérale sur les stupéfiants connut une nouvelle révision en 1968, sur des points mineurs, pour permettre la ratification de la Convention Unique sur les stupéfiants du 30 mars 1961.

L'énumération des comportements illicites contenue à l'art. 19 de la loi de 1951 ne mentionnait pas, parmi les actes punissables, la consommation sans droit des stupéfiants ou des substances et préparations semblables. Le législateur avait en effet renoncé à réprimer celle-ci comme telle. Le Message du Conseil fédéral est quant à lui singulièrement discret sur cette question. Une allusion semble tout au plus être faite à ce propos lorsqu'il est exposé qu'"au lieu d'essayer d'intimider le toxicomane par des sanctions très rigoureuses, il paraît indiqué de considérer la toxicomanie non pas comme un délit ou même un crime, mais comme une maladie. *Celui* qui s'adonne aux stupéfiants doit donc être soumis à un traitement médical; des mesures préventives s'imposent alors, pour qu'il n'y ait pas emploi abusif de stupéfiants"⁸.

Est-ce à dire que le simple consommateur de stupéfiants - *ce* "malade" - échappait à toute sanction pénale?

Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur cette question une première fois le 11 mars 1960⁹. Il avait à juger un homme qui, simulant des crises de coliques néphrétiques, avait conduit à plusieurs reprises des médecins à lui injecter des ampoules de

entreposé, fait le courtage, vendu expédié, transporté ou mis dans le commerce de toute autre manière, acheté, acquis, détenu, possédé de quelque manière que ce soit, procuré ou prescrit autrui, cédé, offert à quelque titre que ce soit les stupéfiants visés par la loi.

cf FF 1951 p. 865 qui relève que les stupéfiants doivent en effet être assimilés aux objets usuels qui menacent certainement la vie et la santé.

FF 1951 p. 861

⁹ dans un arrêt publié aux ATF 86 IV 54

Dilaudid-Atropin. Le Tribunal de district de Thun jugea l'intéressé coupable d'infraction à la loi fédérale sur les stupéfiants. Il fut cependant acquitté par la juridiction cantonale de recours et l'affaire fut portée devant le TF sur recours du Ministère public. Le Tribunal fédéral commença par rappeler, en se fondant sur un procès-verbal de la séance de la commission d'experts mandatés pour la révision de la loi fédérale de 1924, que la volonté du législateur était de ne pas sanctionner pénalement l'usage "sans droit" de stupéfiants¹⁰. Cette constatation l'amena à la conclusion que le comportement de l'accusé ne pouvait être considéré comme une "acquisition" sans droit au sens de l'art. 19 ch.1 al.3 LF stups. Considérant que les art. 19ss de la loi de 1951 avaient pour but de toucher, non pas l'usage de stupéfiants, mais bien le "marché noir", la notion d'"acquisition" ne pouvait en effet viser qu'un comportement procurant un pouvoir de disposition effectif de l'auteur sur le stupéfiant. Par identité de motifs, la notion de possession figurant à l'art. 19 ch.1 al.3 de la loi présupposait que l'auteur disposât effectivement du stupéfiant de telle sorte qu'il puisse l'écouler sur le marché noir. Notre juridiction suprême précisa toutefois que, même si l'usage de stupéfiants n'était pas sanctionné pénalement par la loi, cela ne signifiait pas que le toxicomane échapperait à toute sanction, si, dans le but de se procurer des stupéfiants, il réalisait un des comportements visés par l'art. 19 LF stups. Par cette dernière phrase, la voie vers la répression indirecte de la consommation de stupéfiants était ouverte".

Le pas suivant fut franchi quelque neuf années plus tard, soit le 19 décembre 1969¹². Il s'agissait du cas d'un jeune homme, prévenu d'infraction à l'art. 19 ch.1 LF stups pour avoir fumé chez une camarade d'études une ou deux cigarettes de marijuana confectionnées par cette dernière, qu'ils se passaient et repassaient, tirant alternativement des bouffées. Revenant sur les principes développés dans la décision évoquée ci-dessus, le Tribunal fédéral déclara qu'en réalité l'art. 19 ch.1 LF stups punissait, sans aucune réserve, l'achat non autorisé de stupéfiants et assimilait à l'achat tous **les** autres modes d'acquisition, qu'ils soient gratuits ou onéreux. Il ne réprimait pas seulement le commerce non autorisé, ni contrôlé, mais toute acquisition illicite. Poursuivant son raisonnement,

¹⁰ ATF 86 IV 57

¹¹ Concrètement, l'ATF 86 IV 54 se solda par un renvoi à l'autorité cantonale, celle-ci ayant construit son raisonnement sur des prémisses erronées; l'arrêt ultérieur de la cour cantonale n'est pas connu.

¹² dans un arrêt Michel contre Ministère public du canton de Neuchâtel, publié aux ATF 95 IV p.179ss

notre juridiction suprême continue: "Il suit de là que l'on peut acquérir un stupéfiant au sens de l'art. 19 ch.1 LF stups, même si l'on ne peut en disposer librement et l'écouler dans le commerce non autorisé, ni même le remettre gratuitement à autrui. L'action d'acquérir, que le texte allemand de la loi met en rapport avec celle d'acheter ("achète ou acquiert de toute autre manière" -trad.-), concerne une activité plus étendue que cette dernière. Elle comprend tous **les** actes par lesquels on se procure des stupéfiants, fût-ce à titre gratuit. Elle peut être distincte de la consommation; elle est alors punissable comme telle, alors même que la consommation seule ne l'est pas". Le principe de la répression indirecte de la consommation de stupéfiants était ainsi consacré.

La jurisprudence Michel, suivie avec une grande unanimité par les tribunaux cantonaux, donna lieu à de virulentes critiques de la part de la doctrine helvétique¹³. L'arrêt s'attira également les objections des milieux médicaux, taxant la loi de 1951 d'hypocrite, puisque, alors même qu'elle ne plaçait pas sous interdiction pénale la consommation en tant que telle, elle permettait de punir l'utilisateur par la voie détournée de l'acquisition¹⁴. Le souci d'élaborer une réglementation plus claire sur la question de la consommation fut d'ailleurs une des préoccupations importantes de la révision ultérieure de la loi.

La date à laquelle fut rendu le fameux arrêt Michel n'est pas innocente. On l'a dit en tête de ce chapitre, au début du vingtième siècle, la Suisse n'était pas touchée par le phénomène d'usage de drogues. La situation resta stationnaire jusqu'à la fin des années soixante. Ce n'est en effet qu'en 1968 que le phénomène prit véritablement naissance, pour prendre un virage "sans doute inquiétant"¹⁵ **dès** 1970. La loi fédérale de 1951 venait d'être retouchée en 1968 lorsque la Commission fédérale des stupéfiants s'avisait que ce texte, même amendé, devait être une fois encore retouché en fonction **des** récentes constatations faites par de nombreuses autorités judiciaires, administratives et médicales. En décembre 1970,

13 cf p.ex Hans SCHULTZ, Die strafrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichtes im Jahre 1969, RJB 106/1970, p. 375ss et du même auteur Die strafrechtliche Behandlung der Betäubungsmittel, 1972, où le professeur SCHULTZ développe et rappelle l'un des arguments fondamentaux contre la pénalisation de la simple consommation: "Selbstbeschädigung ist e4 och nach schweizerischem Recht straflos"

Irma WEISS, Die schweizerische Betäubungsmittel-Gesetzgebung in ihrer Entwicklung, p-87

ROBERT, p. 41

ladite Commission pria le Service fédéral de l'hygiène publique et le Ministère public de la Confédération d'examiner l'opportunité et le contenu d'une modification législative. Entre 1971 et 1972, une pluie de postulats, petites questions et pétitions, tant au niveau fédéral que cantonal, ont stimulé les travaux en cours entrepris conjointement par le Service fédéral de l'hygiène publique et le Ministère public de la Confédération. Un premier avant-projet est rédigé en 1971 déjà. En décembre 1972, le projet officiel voit le jour, soumis à la consultation des cantons et d'une quinzaine d'organisations. Le Message du Conseil fédéral est daté du 9 mai 1973 et l'entrée en vigueur décidée finalement pour le 1er août 1975. C'est là la dernière modification que connaîtra à ce jour la loi fédérale sur les stupéfiants.

En juin 1992 s'est terminée la procédure de consultation concernant l'adhésion de la Suisse à trois conventions internationales, soit la Convention de Vienne du 21 février 1971 sur les substances psychotropes, le Protocole du 24 mars 1972 portant amendement de la Convention de 1961 sur les stupéfiants et enfin la Convention de Vienne du 19 décembre 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. Ce dernier instrument international rend punissable, "sous réserve des principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de l'ordre juridique des Etats concernés", la détention, l'achat et la culture de stupéfiants destinés à la consommation personnelle¹⁶. Le rapport explicatif communiqué aux institutions et organismes consultés suggérerait d'assortir la ratification d'une déclaration interprétative dans la mesure où le droit suisse en vigueur ne prévoit pas dans tous les cas la punissabilité de la préparation de la consommation, d'où "un certain hiatus" avec la disposition [topique. de](#) la Convention¹⁷. En bref, on signalera que la ratification de la Convention de 1988 a fait l'objet de nombreuses controverses au cours de la procédure de consultation, en particulier en rapport avec la punissabilité des actes préparatoires à la consommation¹⁸. Le Département fédéral de l'Intérieur a été chargé par le Conseil fédéral d'élaborer à l'intention du Parlement un Message relatif à la ratification des trois instruments internationaux. Le gouvernement a d'ores et déjà proposé d'assortir la

16 art. 3 al. 2 Convention

17 rapport, p.18

18 cf communiqué de presse, et ses annexes, du Département fédéral de l'Intérieur relatif à l'adhésion de la Suisse aux conventions internationales sur les stupéfiants, mars 1993

ratification de la Convention de Vienne d'une réserve; aux termes de celle-ci, la Suisse ne se sentirait pas liée par l'art. 3, en ce qui concerne les dispositions de la LE stup qui prévoient la pénalisation des actes préparatoires à la consommation de stupéfiants et fixent les conditions auxquelles un juge peut transformer une peine en mesure¹⁹. Le Message est attendu pour la fin de l'année 1993.

Enfin, trois initiatives concernant l'usage de stupéfiants ont récemment été lancées au plan fédéral. La première²⁰, intitulée "Chanvre suisse", qui paraît relever avant tout **de** la provocation délibérée, prévoit l'insertion dans la Constitution fédérale d'un art. 32 quinquies aux termes duquel la culture, la distribution et l'usage du chanvre indigène sont libres. L'initiative prévoit également une abrogation avec effet rétroactif au 3 octobre 1951 des interdictions touchant le chanvre ainsi qu'une annulation des jugements pénaux y relatifs. La seconde initiative, dénommée "Jeunesse sans drogue"²¹, lancée par des politiciens de droite et des personnalités du monde sportif, demande une "politique stricte de lutte contre la toxicomanie, visant directement à l'abstinence"; celle-ci passe par une opposition à toute consommation de stupéfiants et par une politique de prévention "active qui renforce la personnalité de l'individu". Enfin, la troisième initiative populaire²², intitulée "Pour une politique raisonnable en matière de drogue", soutenue par le parti socialiste notamment, prévoit l'introduction dans la Constitution d'un art. 32 septies aux termes duquel la consommation, la culture, la possession et l'acquisition de stupéfiants pour son propre usage ne sont pas punissables.

2. LA REVISION LEGISLATIVE DE 1975. LES TRAVAUX PARLEMENTAIRES.

Lors de la révision initiée en 1970, **le** principal souci du Conseil fédéral fut de différencier la répression des délits en relation avec les stupéfiants dans le sens d'un allègement des peines infligées au consommateur et d'une aggravation de celles infligées au trafiquant²³. Cette préoccupation est présente

19 communiqué de presse précité

20 FF 1992 N° 43 du 27 octobre 1992, p. 202

21 FF 1992 N° 50 du 15 décembre 1992, p. 474

22 FF 1993 N° 19 du 18 mai 1993, p. 106

23 FF 1973 1/2 p. 1305

tout au long des débats parlementaires²⁴. Elle s'est traduite par l'adoption de l'art. 19 LF stups réservé aux "trafiquants" à l'encontre desquels le juge peut prononcer une peine allant jusqu'à vingt ans de réclusion en concours avec l'amende à concurrence d'un million de francs. Les art. 19 a et 19 b LF stups, dont le contenu sera exposé plus loin en détail²⁵, ont quant à eux voulu réserver un sort plus favorable au consommateur.

S'il relevait que la pénalisation de la consommation constituait "sans aucun doute le point le plus délicat du projet"²⁶, le Conseil fédéral s'est totalement abstenu d'entrer en matière sur le fond du problème. **Le Message se borne en effet à rappeler la situation confuse née de la jurisprudence Michel²⁷ ainsi que les objections qu'elle avait suscitées dans les milieux médicaux notamment. C'est pour tenir compte de ces objections que le projet du Conseil fédéral proposait de réaliser "une certaine dépenalisation de la consommation"²⁸. Paradoxalement²⁹, cette volonté s'est traduite par l'incrimination directe de celle-ci, mais sous la forme d'une contravention au sens des art. 101ss CP et non plus d'un délit³⁰. Cela dit, le Message ne comporte pas une allusion aux arguments militant en faveur respectivement en défaveur de la criminalisation de la consommation de substances illicites.**

Aux Chambres fédérales en revanche, les débats portèrent dans une large mesure sur cette question fondamentale.

Au Conseil des Etats, qui délibérait en priorité sur **le** sujet, la majorité de la Commission s'était prononcée pour une décriminalisation complète de l'usage des stupéfiants; une proposition d'une minorité (Minorité II Jauslin) allait également dans ce sens.

²⁴ cf p. ex. BOCE 1973 p. 695 Honegger, p. 697 Tschudi; BOCN 1974 p. 1417 Welter, p. ~g20 Schmitt, p. 1424 Kaufmann, p. 1426 Gautier; BOCE 1974, p. 594 Dillier, etc...

cf troisième partie ci-dessous

²⁶ FF 1973 1/2 p. 1321

²⁷ ATF 95 IV p. 179

²⁸ FF 1973 1/2 p. 1321

²⁹ DELACHAUX, p. 178

³⁰ L'art. 19 ch. 5 du projet prévoyait de punir la consommation comme telle de peines contraventionnelles (arrêts d'un jour à trois mois ou. amende jusqu'à concurrence de Fr. 5'000.- cf art. 39 ch. 1 et 106 ai. 1 CP). Il était d'autre part prévu que lorsque les actes n'avaient eu d'autre portée que de préparer la propre consommation de stupéfiants de leur auteur ou que de permettre à des tiers d'en consommer en même temps, ils ne seraient pas punissables s'ils ne se rapportaient qu'à des quantités minimales. Enfin, lorsque le consommateur n'avait encore jamais été puni ou admonesté pour infraction à la loi sur les stupéfiants, le Conseil fédéral prévoyait que l'autorité cantonale pourrait se contenter de lui infliger une admonestation, FF 1973 1/2 p. 1330.

Lors du débat sur l'entrée en matière, les motivations avancées par les partisans de la décriminalisation (ou plus exactement de la non-incrimination!) étaient les suivantes:

1) De l'avis des professionnels (conseillers, thérapeutes, etc...), la pénalisation de la consommation n'a pas d'effet dissuasif.

2) De plus, cette dernière "colle" l'étiquette de délinquant à de nombreux jeunes "inoffensifs".

3) Enfin, la criminalisation de l'usage rend plus difficile la tâche des intervenants en toxicomanies.

Il fut d'autre part relevé que:

4) "De l'avis des juristes", le droit pénal ne tend qu'à la protection des biens juridiques d'autrui ou de la collectivité et non à celle de l'homme contre lui-même ³¹.

A cela, les partisans de l'incrimination répondirent que:

1) La criminalisation de la consommation a bien un effet d'intimidation.

2) S'il est vrai que le consommateur ne met en danger, par l'usage de stupéfiants, que sa propre santé, il n'en demeure pas moins qu'une fois atteint dans celle-ci, il n'est plus en mesure de s'"en sortir" lui-même. Ainsi, les conséquences de la consommation (par le biais des mesures socio-médicales et de prévoyance, voire des efforts de réinsertion à long terme) affectent largement la communauté.

3) Il est scientifiquement prouvé que la consommation de drogues "douces", en fonction de la constitution, de l'environnement et de l'accessibilité₃₂, favorise l'escalade vers les drogues engendrant la dépendance.

Un parlementaire déclara enfin que

³¹ BOCE 1973 p. 692 Dillier

³² BOCE 1973 p. 694 Andermatt

4) La renonciation à la criminalisation de la consommation de stupéfiants mettrait gravement en péril l'une des principales missions du projet du Conseil fédéral, à savoir l'accentuation de la répression à l'encontre des trafiquants: la poursuite des consommateurs serait en effet un moyen privilégié pour la police de remonter la filière des trafiquants par le biais des informations fournies par les usagers³³.

Enfin, juste avant la clôture du débat sur l'entrée en matière, le représentant du Conseil fédéral déclara que l'on devait craindre que la libéralisation de la consommation lèverait un obstacle, et que cela attirerait les trafiquants sur le marché. Les jeunes gens seraient, encore davantage que par le passé, tentés d'essayer³⁴, par curiosité ou pour imiter leurs camarades.

L'entrée en matière fut votée sans opposition.

Lors de la discussion de la disposition topique du projet du Conseil fédéral³⁵, le rapporteur de la majorité (partisane d'une libéralisation de la consommation) exposa les arguments suivants contre le projet gouvernemental:

1) Si, dans la pratique, seul un tout petit pourcentage des consommateurs est intercepté par la police, la norme incriminant l'usage se révélera inutile ou alors injuste, voire même dommageable, dans la mesure où les jeunes feront l'expérience que les lois ne doivent pas être prises au sérieux.

2) Quant à l'argument selon lequel le consommateur de stupéfiants nuirait à la collectivité, que dire alors du traitement différencié de l'alcool et de la nicotine?

3) En ce qui concerne les activités de la police, une décriminalisation de la consommation dispenserait cette dernière de la poursuite des cas bagatelles (qu'elle néglige déjà en pratique...) ce qui lui permettrait de se concentrer sur les "gros poissons".

4) Un argument procédural enfin: s'ils ne sont eux-mêmes -pas punissables, les simples consommateurs peuvent être entendus en

33 BOCE 1973 p. 695 Honegger

34 BOCE 1973 p. 697 Tschudi

35 art. 19 ch. 5 du projet du Conseil fédéral, cf note 30

qualité de témoins, avec le recours possible à la sanction du faux témoignage. Par ce biais, les usagers ³⁶ deviendraient en quelque sorte des collaborateurs de la police.

Quant aux arguments de la Minorité I (partisane de la solution du Conseil fédéral), lesquels emportèrent la conviction du Conseil des Etats, ils sont les suivants:

1) La solution du Conseil fédéral a l'avantage de la clarté; il serait en effet trompeur, voire malhonnête, que la loi déclare la consommation comme telle impunissable puis permette de poursuivre le consommateur par le biais des actes préparatoires à la consommation.- On voit là les retombées de la jurisprudence Michel...

2) La libéralisation de la consommation comporte le danger d'une augmentation de celle-ci, en raison d'une augmentation de la demande. Les drogues dures étant de moindre volume, leur trafic présente moins de danger pour **les** trafiquants; une libéralisation de la consommation entraînerait par conséquent automatiquement une spécialisation des trafiquants et ainsi une augmentation de la consommation des drogues dures ³⁷.

3) Les organes de police redoutent qu'une libéralisation de la consommation rende plus difficile "l'accès" aux trafiquants.

4) Enfin, à une époque où chaque individu revendique le droit à des soins médicaux et où notre société le lui reconnaît, où la collectivité y consacre de vastes sommes, la société **et le** législateur ont l'obligation de veiller à ce que les individus ne portent pas atteinte à eux-mêmes par l'usage de produits extrêmement dangereux pour la santé ³⁸.

Un autre conseiller aux Etats partisan de l'incrimination de l'usage exprima l'avis suivant:

5) "Le législateur n'a pas le droit de donner le signal de la libéralisation de la consommation. En effet, cela pourrait faire naître l'opinion que la consommation de stupéfiants n'est pas si grave. C'est le moment de prendre les choses en mains et d'adopter une position claire. Certains objecteront peut-être que cela serait dur et peut-être pas tout-à-fait correct d'un

36 BOCE 1973, p. 701 Dillier

37 Andermatt faisait là sienne la position des polices cantonales consultées dans la phase parlementaire

³²⁵ BOCE 1973, p. 703 Andermatt

point de vue psychologique. Cependant, une telle mesure serait certainement extrêmement positive dans ses effets sur les parents, qui sauront ainsi que s'ils tolèrent la consommation, leur enfant se rend punissable³⁹."

L'accent fut mis une fois encore sur l'augmentation de la consommation que ne manquerait pas d'entraîner une libéralisation de celle-ci, en raison de l'effet de prévention générale de la sanction. L'on mentionna également le salutaire effet de choc de la peine, auquel l'on ne saurait renoncer, "et ce quand bien même les statistiques ne sont pas exactement convaincantes"⁴⁰.

L'on reprit également la théorie de l'escalade qui justifie l'intervention pénale au stade de la consommation des drogues "douces" déjà⁴¹.

Enfin, le représentant du Conseil fédéral fit une dernière remarque relative au poids de l'opinion publique: "Il est incontesté et incontestable qu'une libéralisation de la consommation ferait naître dans le public l'impression regrettable que la guerre contre la drogue a été abandonnée, que les écluses ont été ouvertes" (...) "De plus, une renonciation à la sanction pénale renforcerait la position du trafiquant lequel pourrait aborder le consommateur et l'assurer de l'impunissabilité de son comportement. Le législateur n'a pas le droit de prendre la responsabilité de donner l'impression que l'on est faible dans le combat contre la toxicomanie, dès lors que la collectivité et tous **les** milieux conscients de leurs responsabilités attendent au contraire que ce combat soit intensifié"⁴².

Au vote définitif, une majorité écrasante (vingt voix sur vingt-deux) se prononça en faveur du projet du Conseil fédéral, rendant par là la consommation de stupéfiants passible des arrêts ou de l'amende.

Au Conseil National, qui délibéra plusieurs mois après le Conseil des Etats, on n'assista pas au même débat entre

³⁹ BOCE 1973 p. 704-705 Graf

⁴⁰ BOCE p. 705 Honegger

⁴¹ BOCE 1973 p. 705 Honegger

⁴² BOCE 1973 p. 706 Tschudi

parlementaires sur le principe même de la punissabilité de l'usage de substances illicites. La Commission de la Chambre du peuple s'était en effet prononcée contre la libéralisation de la consommation, pour des motifs qui seront évoqués ci-après. C'est d'ailleurs des travaux de cette commission que sont issus les art. 19 a et 19 b LF stup.

Au cours du débat sur l'entrée en matière, le rapporteur reprit la formule du Conseil fédéral, selon laquelle la question de la punissabilité ou de la non-punissabilité de la consommation était "la plus délicate" de tout le projet. Tout en admettant que l'on ne viendrait **pes** à bout de la toxicomanie par le biais de la poursuite pénale du consommateur - les soins et la réinsertion des personnes dépendantes paraissant beaucoup plus importants -, le rapporteur indiqua, sans précision supplémentaire, que la Commission avait acquis la conviction qu'une lib⁴³éralisation de la consommation aurait un "effet ravageur"

Le rapporteur de langue française insista pour sa part sur les périls que comporte la consommation du chanvre: soutenir son absence de danger constituerait en fait un "encouragement" à l'usage d'autres drogues plus dangereuses puisque la consommation du chanvre et de sa résine représente en fait trè⁴⁴s souvent un palier vers la consommation d'autres drogues. Réfutant l'objection relative au traitement différencié de l'alcool, le parlementaire déclara que les cas de dépendance à l'alcool sont "d'une autre nature que ceux à l'égard du chanvre et de sa résine"⁴⁵.

Le rapporteur procéda alors à un compte-rendu des discussions tenues par la Commission quant au sort à réserver à la consommation. Les partisans de l'impunissabilité de l'usage avaient été sensibles aux arguments avancés par le professeur Schultz, soit ceux-là même⁴⁶s retenus par la majorité de la Commission du Conseil des Etats.

Pour les partisans de la répression, le but de la loi consistait à établir une distinction entre celui qui s'adonne véritablement à la drogue, qui en fait le commerce en partie pour ses propres besoins et celui qui, comme de nombreux jeunes

⁴³ BOCN 1974 p. 1417 Welter

⁴⁴ BOCN 1974 p. 1419 Schmitt

⁴⁵ BOCN 1974 p. 1419 Schmitt

⁴⁶ BOCN 1974 p. 1419-1420 et BOCE 1973 p. 692 Dillier, BOCE 1973 p. 701 Dillier

collégiens, se laisse entraîner une seule fois à fumer une cigarette de marijuana⁴⁷. Leurs arguments étaient les suivants:

En cas de violation de l'interdiction de la consommation, les autorités peuvent intervenir et peuvent ainsi remonter des filières et le cas échéant procéder à l'arrestation, sinon des gros trafiquants, qui sont toujours difficilement atteignables, mais tout au moins des intermédiaires qui fournissent le marché suisse de la drogue.

La majorité des commissaires a estimé que "psychologiquement, il serait erroné de supprimer en quelque sorte cette entrave à la consommation de la drogue en rendant cet acte non punissable" ...

- Aux tenants de la non-punissabilité des actes contre soi-même, il fut répondu que la société est en droit de se défendre lorsqu'un acte qui, au premier abord, n'intéresse que celui qui le commet, peut, par ses conséquences, entraîner en définitive des dommages pour la société tout entière. L'on insista là sur le coût pour la collectivité qu'entraînent les soins aux personnes dépendantes.

- On mentionna en passant "l'exemple que constitue pour d'autres non atteints par la drogue celui de ceux qui s'y adonnent" (argument totalement absent des débats à la Chambre haute) .

- L'impunissabilité de la consommation amènerait les trafiquants à inciser les jeunes à consommer en insistant justement sur l'impunissabilité de leur comportement. Cet argument convainquit un bon nombre de commissaires⁴⁸.

Le rapporteur expliqua que la solution retenue par la commission (soit les art. 19 a et 19 b actuels) constituait un compromis réfléchi, soit un très grand pas en avant par rapport à la situation et à la législation antérieures⁴⁹. Si elle n'avait peut-être pas le mérite de la clarté sur le plan des principes (ni la punissabilité ni la non-punissabilité de la consommation n'était clairement proclamée), elle avait cependant le grand mérite d'introduire dans l'arsenal législatif des dispositions permettant à l'autorité d'agir avec l'intelligence voulue au regard de chaque cas particulier et en

⁴⁷ BOCN 1974 p. 1420 Schmitt

⁴⁸ BOCN 1974 p. 1420 Schmitt

⁴⁹ BOCN 1974 p. 1420 Schmitt

faisant une très nette distinction entre le trafiquant qui ne mérite aucune pitié et le consommateur souvent victime **de ce** trafiquant...⁵⁰. Le rapporteur ajoutait que la Commission avait donné la priorité à la rééducation, à l'entourage médico-social beaucoup plus qu'au caractère répressif de la consommation de stupéfiants.

Le manque de clarté sur les questions de principe s'est manifesté au cours des débats parlementaires déjà puisque le porte-parole de la fraction démocrate-chrétienne vantait **les** mérites des modifications introduites par le Conseil national, au motif qu'il lui paraissait juste de manifester une extrême retenue dans la pénalisation et la criminalisation du toxicomane; ce dernier⁵¹ devrait dans la majorité des cas échapper à la punition

On notera encore l'accent mis par le Parlement sur la nécessité de ne pas punir systématiquement le consommateur, les art. 19 a et 19 b étant tout-à-fait adéquats sur ce plan, puisqu'ils laissent "une très grande et très heureuse latitude aux magistrats de tous les niveaux de prendre en charge **les** délinquants par tous les moyens"⁵². A cet égard, le projet serait humain, certes sévère pour les criminels, mais comportant de la compréhension pour les petits trafiquants et pour les consommateurs, sans aller jusqu'à la totale libéralisation de la drogue"⁵³.

Parce qu'elle est totalement absente du débat au Conseil des Etats, il convient de relever une motivation avancée par un conseiller national, partisan sur pratiquement toutes les questions d'une implacable répression. Il souligna que de par la Constitution, le législateur avait **le** mandat de mettre sur pied, à côté des mesures d'assistance, un ordre juridique répressif destiné à protéger nos biens juridiques. Au nombre de ceux-ci, se trouvent au premier plan la santé du peuple, la sécurité sociale de notre communauté démocratique, "la dégradation et le déclin de la force **de** travail des toxicomanes". En second lieu, l'ordre et la moralité publics (il suffit de penser à la sécurité routière). Enfin, la protection contre la sape de notre société, la prévention de la criminalité d'accompagnement et particulièrement **le** recours injustifié à la sécurité sociale ensuite d'une dégradation

⁵⁰ BOCN 1974 p. 1421 Schmitt

⁵¹ BOCN 1974 p. 1421 Kaufmann

⁵² BOCN 1974 1427 Gautier

⁵³ ibidem

irrfléchié de son propre corps⁵⁴. Mettant l'accent sur les coûts pour la société entraînés par l'invalidité, le parlementaire déclara qu'il convenait avant tout de concentrer l'effort sur la prévention et la répression. Quant à l'argumentation basée sur la non-punissabilité des actes dirigés contre soi-même, il s'agirait là d'une exagération poussée à l'absurde des concepts de liberté: le droit à l'intervention prophylactique et répressive doit en effet être reconnu déjà au stade de la consommation, i.e. dès la première atteinte portée aux biens juridiques et ce en raison des effets aggravants de l'usage de stupéfiants sur la collectivité. Quant à la comparaison avec l'alcool et le tabac, l'existence d'un mal ne justifie pas celle d'un autre....⁵⁵.

On répéta encore que le toxicomane ne porte pas seulement atteinte à lui-même, puisqu'il amène la souffrance dans sa famille et entraîne d'immenses coûts pour la société qui doit mettre sur pied des cliniques et former du personnel soignant⁵⁶. De plus, le toxicomane commet des vols, des cambriolages etc... pour obtenir sa drogue. Il viole d'autre part fréquemment la loi pénale après avoir absorbé des substances illicites⁵⁷.

Le représentant du gouvernement déclara que l'on ne pouvait pas "prendre la responsabilité" de déclarer non punissable la consommation de stupéfiants⁵⁸. Il se montra un ardent défenseur de la réprimande, prévue Par l'art. 19 a ch.2 LF stups, laquelle serait le dernier et l'indispensable moyen de ramener dans le droit chemin le jeune perversi, auprès de qui les remontrances de ses parents et de l'école n'ont pas suffi⁵⁹.

Sur ce, le Conseil national passa sans opposition à la discussion des articles⁶⁰.

Lors de la discussion de l'art. 19 a du projet de la Commission, le rapporteur mit l'accent sur son chiffre 3,

⁵⁴ BOCN 1974 p. 1425 Reich

⁵⁵ ibidem

⁵⁶ BOCN 1974 p. 1428 Meier

⁵⁷ ibidem

⁵⁸ BOCN 1974 p. 1430 Hürlimann

⁵⁹ ibidem

⁶⁰ BOCN 1974 p. 1431 ss

lequel "tient compte de la conception, très clairement exprimée au sein de la commission, selon laquelle les soins et la réinsertion du toxicomane dans la société humaine sont plus importants que la sanction"⁶¹. Le rapporteur de langue française, lui aussi, rappela que les consommateurs devaient être considérés beaucoup plus comme des malades que comme des délinquants. Il souligna que c'était véritablement dans l'art. 19 a que résidait le progrès par rapport à l'ancienne législation, de par la "différenciation"⁶² offerte par les divers alinéas de la disposition .

Au vote, la proposition de la Commission du Conseil national fut largement acceptée (92 voix sur 97); la particularité de ce vote résidait cependant dans le fait que l'autre terme de l'alternative différait uniquement dans la possibilité d'infliger⁶³ également une peine d'emprisonnement au consommateur .

Il est intéressant de noter qu'un parlementaire fit preuve d'une certaine lucidité puisqu'il attira l'attention de ses collègues sur la difficulté d'opérer en pratique une distinction claire entre le pur consommateur et le trafiquant, une distinction "bien éloignée de celle que se représentent certains parlementaires". L'expérience montre en effet que beaucoup de personnes qui se cantonnent tout d'abord dans la consommation en viennent très rapidement au trafic, que ce soit parce qu'elles sont devenues dépendantes et qu'elles se procurent ainsi les moyens de financer leur propre consommation ou parce qu'elles se sentent à l'aise dans le milieu de la drogue et considèrent la revente⁶⁴ de stupéfiants comme un attribut inhérent à ce milieu .

Dans le cadre de la discussion de l'art. 19 b du projet de la Commission, il est également intéressant de relever qu'un parlementaire déclara expressément: "nous ne voulons justement pas que la personne qui est dépendante des stupéfiants tombe sous le coup des lourdes peines-menaces de l'art. 19 LF stups (soit la prison, etc...) alors que ce dont elle a besoin c'est non pas d'une punition mais d'assistance"⁶⁵ .

61 BOCN 1974 p. 1454 Welter

62 BOCN 1974 p. 1454 Schmitt

63 BOCN 1974 p. 1453 proposition Reich

64 BOCN 1974 p. 1456 Reich

65 BOCN 1974 p. 1457 Alder

Pour conclure, il nous paraît instructif de citer tels quels les propos du Conseiller fédéral Hürlimann: **"Je le répète: l'art. 19 a nous offre complètement la possibilité de découvrir la piste du véritable élément criminel. Vous devez avoir confiance en la construction pénale qui vous est présentement soumise"**

Lors de la phase d'élimination des divergences au **conseil des Etats** (28 novembre 1974), aucune motivation véritablement nouvelle ne fut avancée. L'on répéta une fois **encore que la répression de la consommation était nécessaire** parce qu'elle permettait de remonter la trace du véritable **criminel, le trafiquant**⁶⁷. On entendit à nouveau que le toxicomane nuisait à la collectivité nationale, en raison des coûts causés par son vice. Pour la première fois cependant, le représentant du Conseil fédéral invoqua les conséquences génétiques entraînées par la toxicomanie, soit un autre aspect du préjudice causé à la collectivité toute entière

3. LE DROIT POSITIF ET L'USAGE DE STUPÉFIANTS: NORMES PÉNALES, MESURES PREVENTIVES ET SANITAIRES.

Une présentation de la législation suisse sur les stupéfiants n'est pas chose aisée. Les vingt-six cantons sont en effet compétents pour réglementer des matières importantes. Ainsi, si la Loi fédérale sur les stupéfiants et le Code Pénal font tous deux partie du droit fédéral, c'est aux cantons qu'il revient de légiférer sur la procédure pénale, **le droit de police, la santé publique et l'aide sociale**. Dans certains grands cantons comme Berne ou Zurich, autorités cantonales et municipales disposent chacune de leurs propres forces de police, lesquelles peuvent avoir des lignes **de conduite différentes en matière de stupéfiants**⁶⁹. Nous renoncerons **dès lors à dresser un tableau exhaustif du droit positif suisse des stupéfiants pour nous borner à traiter du droit fédéral. Le lecteur gardera à l'esprit que les choses peuvent différer d'un canton à l'autre. Il en va tout particulièrement ainsi avec les mesures préventives et sanitaires dans la mesure où la loi fédérale se**

66 BOCN 1974 p. 1459 Hürlimann

67 BOCE 1974 p. 598 Hürlimann

68 Ibid.

69 SCHULTZ, Drugs and Drug Politics in Switzerland, p. 361

contente souvent d'en fixer le cadre, laissant aux cantons le soin d'adopter leur propre législation en la matière⁷⁰.

A) ASPECT REPRESSIF:

Nous l'avons déjà relevé, le souci du Conseil fédéral, puis du législateur de 1975, fut de différencier la répression des délits en relation avec les stupéfiants dans le sens d'un allègement des peines infligées au consommateur et d'une aggravation de celles infligées au trafiquant⁷¹. La principale difficulté rencontrée dans l'élaboration des art. 19 a et 19 b LF stups fut dès lors d'établir une distinction nette entre le trafic illicite et la consommation, de telle sorte que l'utilisateur ne tombe pas également sous le coup de la disposition sanctionnant le trafic illicite, parce que, pour préparer sa consommation, il aura préalablement acheté ou acquis des stupéfiants ou les aura possédés ou détenus sans droit⁷². A cet égard, les art. 19 a et 19 b LF stups forment un tout⁷³.

L'art. 19 a ch. 1 LF stups fait de la consommation de stupéfiants une infraction passible des arrêts (détention d'un jour à trois mois, art. 39 ch. 1 CP) ou de l'amende (jusqu'à Fr. 5'000.-, art. 106 al. 1 CP). L'auteur doit avoir agi intentionnellement et "sans droit", c'est-à-dire sans que les stupéfiants lui aient été prescrits, dispensés ou administrés à titre thérapeutique par une personne autorisée par la loi (art. 9 ss LF stups), ou sous la responsabilité d'une telle personne. Faute d'avoir été prévue expressément, la complicité n'est pas punissable (art. 104 al.1 et 333 al. 1 CP); la remise de seringues à un héroïnomanie ne constitue dès lors pas une infraction⁷⁴. L'instigation est en revanche punissable en vertu de l'art. 19 c LF stups.

La seconde partie de l'art. 19 a ch.1 LF stups déclare également punissable des arrêts ou de l'amende celui qui aura commis une infraction à l'art. 19 LF stups pour assurer sa propre consommation. La loi ne mentionne pas lesquels des actes énumérés par l'art. 19 LF stups elle entend privilégier lorsqu'ils sont en rapport avec la consommation, mais procède à

⁷⁰ Voir en annexe la présentation des législations cantonales vaudoise et bernoise

⁷¹ FF 1973 I/2 P. 1321

⁷² DELACHAUX, p. 179

⁷³ BOCN 1974, p. 1457 Alder

⁷⁴ SCHULTZ, Drugs and Drug Politics in Switzerland, p. 364

un simple renvoi à cet article. Or, l'art. 19 LF stupr vise et réprime une série d'actes touchant aux stupéfiants dont, notamment, la détention, le transport, l'achat et la vente. La question se pose ainsi de savoir si l'art. 19 a LF stupr est applicable, à l'exclusion de l'art. 19 LF stupr plus sévère, quel que soit l'acte énuméré par l'art. 19 LF stupr commis par un consommateur pour se procurer les moyens ou l'argent nécessaires pour assurer sa propre consommation⁷⁵. On verra plus loin comment la pratique a résolu cette question.

C'est des travaux de la Commission du Conseil national que sont issus les art. 19 a ch. **2 à 4 LF** stupr. Le projet du Conseil fédéral se bornait en effet à prévoir la possibilité d'infliger une admonestation lorsque l'auteur "n'aura jamais été admonesté ou condamné pour infraction à la présente loi". Cette possibilité a été jugée insuffisante par le législateur qui, par l'adoption des art. 19 a ch.2 à 4 LF stupr, a voulu permettre de mieux adapter l'intervention de l'autorité à la multiplicité des cas qui se présentent⁷⁶.

L'art. 19 a ch.2 LF stupr permet à l'autorité de suspendre la procédure ou de renoncer à infliger une peine lorsque le cas est bénin; une réprimande pourra être prononcée. Cette disposition introduit donc l'opportunité de la poursuite dans le droit fédéral. Lors des débats aux Chambres, l'on mentionna qu'était bénin le cas du collégien qui a essayé une fois ou deux de fumer de la marijuana, s'il est notoire que ce n'est là qu'un "accident"

L'art. 19 a ch.3 LF stupr habilite également l'autorité à renoncer à la poursuite pénale lorsque l'auteur de l'infraction est déjà soumis, pour avoir consommé des stupéfiants, à des mesures de protection contrôlées par un médecin ou s'il accepte de s'y soumettre. La poursuite pénale sera néanmoins engagée si le délinquant se soustrait au traitement médical.

Enfin, en vertu de l'art. **19 a ch. 4 LF** stupr, le juge pourra ordonner le renvoi dans une "maison de santé" de l'auteur victime d'une dépendance⁷⁸.

⁷⁵ DELACHAUX, p. 180

⁷⁶ DELACHAUX, p. 184 et BOCN 1974, p. 1454

⁷⁷ BOCN 1974 p. 1454 Schmitt

⁷⁸ cf ci-dessous B2)

Des travaux parlementaires, il ressort que l'art. 19 a LF stup ne devait s'appliquer qu'au "pur consommateur", "lequel devait être considéré beaucoup plus comme un malade que comme un délinquant"⁷⁹.

L'art. 19 b LF stup déclare non punissable celui qui se borne à préparer pour lui-même la consommation de stupéfiants ou à permettre à des tiers d'en consommer simultanément en commun après leur en avoir fourni gratuitement, pour autant qu'il s'agisse de quantités minimales.

Dans l'esprit du législateur, l'art. 19 b LF stup visait en particulier la cigarette tournante de marijuana⁸⁰. Tenant compte du caractère collectif que revêtait souvent pour lui l'usage de stupéfiants, il a prévu cette disposition pour éviter que l'on ne retombe dans la systématique de l'arrêt Michel, tout en y posant des conditions strictes (consommation simultanée et quantités minimales)⁸¹. On parlera plus bas de l'incohérence résultant de la juxtaposition des art. 19 a ch.1 et 19 b LF stup.

B) ASPECTS PREVENTIF ET SANITAIRE:

Le Message du Conseil fédéral le soulignait d'entrée de cause: la révision de 1975 était caractérisée principalement par l'introduction de mesures médico-sociales et d'assistance⁸². Celles-ci représentent très certainement l'originalité des nouvelles dispositions de la loi fédérale sur les stupéfiants et lui ont partiellement redonné son caractère de loi de santé publique⁸³.

B1) ASPECT PREVENTIF:

En vertu de l'art. 15 a al.1 LF stup, "pour prévenir l'abus des stupéfiants, les cantons encouragent l'information **et les** consultations et créent les institutions nécessaires à cet effet". Aucun financement fédéral n'est cependant prévu pour

⁷⁹ BOCN 1974 p. 1454 Schmitt

⁸⁰ BOCN 1974 p. 1456 Schmitt

⁸¹ DELACHAUX, p. 180

⁸² FF 1973 1/2 p.1303

⁸³ ROBERT, p.47

ces tâches⁸⁴. Les autorités (cantonales) compétentes peuvent déléguer certaines tâches et attributions à des organisations privées (art. 15 al. 3 LF stups).

Enfin, la Confédération encourage, par l'octroi de subventions ou par d'autres mesures, la recherche scientifique sur les effets des stupéfiants, les causes et les conséquences de leur abus et les moyens de le combattre (art. 15 c LF stups). Les modalités relatives à l'octroi et au calcul des subventions sont définies par le Conseil fédéral qui en fixe également le montant (al.2). La Confédération crée un office de documentation, d'information et de coordination et encourage la formation du personnel spécialisé dans le traitement de personnes dépendantes (art. 15 c al. 3 LF stups). L'art. 15 c concerne donc tant la prévention primaire que la prévention secondaire.

B2) ASPECT SANITAIRE:

Remarque: Les art. 19 a ch. 4 LF stups et 44 CP dont il va être question ci-après se situent véritablement à la charnière entre répression et soins: figurant respectivement au chapitre pénal d'une loi de santé publique et dans la partie générale de notre code pénal, ces dispositions ont cependant un aspect sanitaire marqué puisqu'elles prévoient la possibilité d'imposer un traitement curatif à un délinquant toxicomane; cela justifie, à nos yeux, qu'elles soient présentées dans ce paragraphe.

a) Art. 19 a ch.4 LF stups:

En vertu de l'art. 19 a ch.4 LF stups, "lorsque l'auteur sera victime. d'une dépendance aux stupéfiants, le juge pourra ordonner son renvoi dans une maison de santé". L'adoption d'une disposition spéciale au sein de la LF stups fut rendue nécessaire par l'art. 104 al. 2 CP dès lors que l'usage de stupéfiants constituait une simple contravention. Lorsque l'auteur s'est rendu coupable d'une infraction à l'art. 19 a LF stups, l'art. 44 CP trouvera application par analogie. Le traitement s'effectuera soit sous la forme d'un traitement ambulatoire, soit sous celle d'un internement dans un établissement approprié.

⁸⁴ Le projet du Conseil fédéral ne prévoyait pas l'octroi de subventions fédérales pour ces tâches. Bien que ce point ait fait l'objet de discussions aux Chambres (cf BOCN 1974 p. 1445-1446), il ne fut pas modifié dans le texte finalement adopté.

b) Art. 44 CP:

Selon l'art. 44 ch.1 CP, combiné avec l'art. 44 ch.6 al.1 CP, si le délinquant est toxicomane et que l'infraction commise est en rapport avec cet état, le juge pourra l'interner pour une période allant jusqu'à deux ans (cf art. 44 ch.3 CP) pour prévenir de nouveaux crimes ou délits. L'internement se fera dans une institution pour toxicomanes ou au besoin dans un établissement hospitalier. Le juge pourra aussi ordonner un traitement ambulatoire. Depuis peu, un condamné a la faculté d'être interné en cours de peine afin d'être traité⁸⁵. Dans les trois hypothèses (internement, traitement ambulatoire, internement en cours de peine) la loi prévoit qu'une expertise sur l'état physique et mental du délinquant et sur l'opportunité du traitement sera ordonnée au besoin (art. 44 ch.1 al.2 CP).

En cas d'internement, le juge doit suspendre l'exécution des peines privatives de liberté (art. 43 ch. 2 CP, applicable par renvoi de l'art. 44 ch. 1 al. 1 in fine CP) . S'il prononce un traitement ambulatoire, le juge a la faculté de suspendre l'exécution de la peine mais à la condition que cette dernière ne soit pas compatible avec le traitement. Enfin, l'art. 44 ch.5 CP prévoit que le juge décide si et dans quelle mesure des peines suspendues seront exécutées lors de la libération de l'établissement ou de la fin des soins.

En cas d'internement, la possibilité d'une libération conditionnelle est, comme pour les peines ordinaires, prévue par la loi (art. 45 CP). Si celle-ci échoue, le juge pourra prononcer l'exécution des peines suspendues, ordonner la réintégration, infliger un avertissement, prolonger la durée du délai d'épreuve, etc... (art. 45 ch.3 CP). La durée maximum de la réintégration dans un établissement prévu à l'art. 44 CP sera de deux ans. En cas de réintégrations réitérées, la durée totale de la mesure ne dépassera pas six ans (art. 44 ch. 3 al. 6 CP) .

c) Autres mesures prévues par la LF stupés et par le Code civil:

Selon l'art. 15 a al.2 LF stupés, les cantons pourvoient à la protection des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou des mesures d'assistance en raison d'un abus de

⁸⁵ cf art. 44 ch.6 al.2 CP (FF 1991 II p. 1445)

stupéfiants et favorisent la réintégration professionnelle et sociale de ces personnes. Les autorités cantonales compétentes peuvent déléguer certaines tâches et attributions à des organisations privées (art. 15 a al.3 LF stups).

Les cantons ont l'obligation de soumettre à une autorisation spéciale la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes (art. 15 a al. 5 LF stups). Cette norme s'applique en particulier aux traitements continus à la méthadone.

La LF stups et le Code civil (ci-après CC) habilite tous deux l'autorité administrative à priver une personne de sa liberté à certaines conditions. L'art. 15 b LF stups permet ainsi aux cantons d'ordonner l'hospitalisation de toxicomanes, le traitement ambulatoire ou le contrôle post-hospitalier aux fins de traitement et de désintoxication⁸⁶. Les art. 397 a ss CC ont une portée plus étendue que l'art. 15 b LF stups puisqu'ils permettent de priver de liberté à des fins d'assistance "une personne majeure ou interdite lorsque, en raison de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de grave état d'abandon, l'assistance personnelle nécessaire ne peut lui être fournie d'une autre manière".

La première constatation qui s'impose à la simple lecture de la loi fédérale sur les stupéfiants est son caractère profondément contradictoire. Le directeur du Département de justice du canton de Berne Mario ANNONI relevait encore récemment l'antinomie de la loi⁸⁷: d'un côté, elle préconise une attitude d'assistance envers les consommateurs de stupéfiants, et en particulier envers les personnes dépendantes; de l'autre, elle déclare la consommation pénalement punissable⁸⁸. Ainsi qu'ANNONI le souligne à juste titre, cette **contradiction** fondamentale met gravement en péril la crédibilité dont doit faire preuve toute politique en matière de stupéfiants. Les débats aux Chambres fédérales sont à cet égard symptomatiques: on y souligna à mout reprises que le toxicomane était un

86 Alors que jusqu'en 1975, de telles mesures pouvaient être assorties à une condamnation judiciaire conformément à l'art. 44 CP ou se fonder sur le droit de la tutelle, elles peuvent nc désormais aussi être ordonnées par les autorités administratives.

99 discours retranscrit dans l'ouvrage collectif "Drogenpolitik wohin?", cité en bibliographie, 37ss

F8 Sur cette contradiction, cf aussi SCHULTZ, Zur strafrechtlichen Behandlung der Betäubungsmittel, 1991, p. 248

malade, malade que l'on jugea cependant nécessaire de faire tomber sous le coup de la loi pénale.

Le droit en vigueur a choisi de résoudre les rapports entre mesures thérapeutiques et peines pénales et les inévitables "conflits d'objectifs" qui en résultent par la maxime "Therapie statt Strafe" selon la formule lapidaire des auteurs alémaniques⁸⁹. Le maigre choix qui s'offre aux juges pénaux, pour les délinquants toxicomanes, est en effet celui de l'internement thérapeutique de l'art. 44 CP ou de la peine pénale "ordinaire". Or, selon JENNY⁹⁰, cette alternative a plusieurs effets pervers. Certains d'entre eux (soit la limitation du champ d'application des mesures thérapeutiques) découlent de la pratique judiciaire et seront exposés ci-dessous⁹¹. D'autres se révèlent dans les conséquences concrètes de la mise en oeuvre de la loi et d'autres enfin dans la question fondamentale de l'effectivité réelle du postulat législatif.

En ce qui concerne le deuxième point⁹², la transposition de la maxime "Therapie statt Strafe" dans le droit en vigueur se heurte à certaines limites. Tout d'abord, parce que la loi ne permet pas, dans le cas des petits dealers toxicomanes (l'art. 19 a ch. 4 LF stup ne trouvant pas application) de suspendre la procédure en faveur de mesures thérapeutiques ou encore de renoncer à toute peine. Il n'est dès lors pas possible d'échapper, complètement ou dans une large mesure, à la détention provisoire, aux fréquents effets démotivants; l'on est ainsi empêché de "profiter" de manière conséquente, par l'entreprise immédiate d'une thérapie, d'un état d'esprit initialement encore ouvert à une mesure curative. En outre, la dominance de l'aspect punitif engendre un contact, contreproductif sous l'angle thérapeutique, avec la délinquance de la drogue: ce par l'envoi répété en détention provisoire, l'accumulation des procédures, le prononcé de peines complémentaires ou la révocation précipitée de peines antérieures assorties du sursis. Les rechutes sont cependant des phénomènes d'accompagnement de toutes les thérapies, même de celles qui se concluent par un succès. Elles nécessitent dès lors une réaction flexible, y compris la possibilité de renoncer à infliger une peine, comme également celle de

⁸⁹ cf JOSET, p. 199; JENNY in Drogenpolitik wohin?, cité en bibliographie, p. 173; ég. ALBRECHT, Die Mitverantwortung der Strafjustiz, à propos du glissement de "Therapie statt ~ rafe" vers "Therapie sonst Strafe"

JENNY in Drogenpolitik wohin?, cité en bibliographie, p. 173ss

⁹¹ cf 4.2 ci-dessous

⁹² JENNY, op. cit., p. 174

prononcer le sursis sans en être empêché par des motifs formels de refus. Or les peines de prison sont incompatibles avec ces exigences. L'un des manques de flexibilité particulièrement nuisible réside d'ailleurs en ce que la loi prévoit trop peu de jeu pour le changement entre plusieurs formes de thérapie, et de plus lie la décision y relative à de longues procédures.

Même lorsque l'on est d'avis qu'il faut donner la prééminence à l'intervention thérapeutique et non à l'intervention pénale, subsiste cependant la question fondamentale de savoir ce qui peut véritablement être obtenu par cette voie. L'on ne dispose pas d'instruments de mesure suffisants pour procéder à une estimation fiable dans ce domaine. Une seule constatation ne prête cependant pratiquement le flanc à aucune discussion: le très large échec des traitements imposés en milieu fermé. L'expérience montre que la sortie de la toxicomanie ne réussit en général qu'après plusieurs échecs et que bon nombre de toxicomanes demeurent pour un certain temps, si ce n'est de manière durable, dans l'illégalité et sur la scène de la drogue⁹³.

4. LA MISE EN OEUVRE DE LA LEGISLATION PENALE.

1) JURISPRUDENCE ET DONNEES STATISTIQUES RELATIVES A LA REPRESSION PENALE DE L'USAGE DE STUPÉFIANTS, ART. 19 A ET 19 B LF STUPS

Une des premières difficultés sur laquelle vinrent buter **les** juridictions pénales à l'entrée en vigueur des dispositions révisées résida dans la détermination du sens de l'art. 19 a ch. 1 LF stups. Si la notion de consommation intentionnelle de stupéfiants est claire, la seconde partie de la disposition l'est en effet moins. Que faut-il entendre par "une infraction à l'art. 19 destinée à assurer la propre consommation" de son auteur? Le Tribunal fédéral s'est prononcé le 26 mars 1976 déjà, alors qu'il avait à juger un consommateur d'héroïne qui s'était livré à du trafic pour financer sa propre consommation⁹⁴. La Haute Cour y a posé le principe selon lequel l'art. 19 a ch. 1 LF stups ne vise que les actes que l'auteur accomplit pour assurer sa propre consommation exclusivement. Si en revanche l'acte aboutit à la consommation de stupéfiants par

⁹³ JENNY, op. cit., p. 175

⁹⁴ dans un arrêt publié à la SJ 1977 p. 209, confirmé plus tard par ATF 102 IV 125, ATF 108 IV 196

des tiers ou assure une telle consommation, il tombe sous le coup de l'art. 19 LF stup. Le Tribunal fédéral a estimé en effet qu'une semblable interprétation était conforme à la volonté du législateur, lequel a voulu différencier le traitement des consommateurs et des trafiquants dans le sens d'un allègement des peines infligées aux premiers.

Cet arrêt de principe du TF avait été précédé par plusieurs décisions d'instances cantonales⁹⁵. Il a été approuvé par certains auteurs⁹⁶. Il faut cependant relever que, depuis plus de dix ans, la doctrine a, d'une manière générale, vivement critiqué cette jurisprudence. La distinction entre consommateur et trafiquant sur laquelle s'échafaude le raisonnement du TF est qualifiée de "lebensfremd". Ainsi Peter Albrecht, président d'une juridiction pénale à Bâle, constate qu'une délimitation claire entre trafic et consommation de stupéfiants n'est pas viable en pratique et ne tient pas compte des réalités de la scène de la drogue⁹⁷. L'argument est le même chez **les** autres auteurs⁹⁸. Dans un article de 1989, le professeur Schultz, qui a participé comme expert aux séances des commissions parlementaires lors de la dernière révision, reconnaît d'ailleurs qu'alors qu'en 1972⁹⁹ il estimait qu'une distinction nette entre consommateurs et dealers¹⁰⁰ pouvait et devait être opérée, il devait constater en 1989 que cela n'était tout simplement pas viable. La plupart des consommateurs se trouvent en effet dans l'obligation de recourir au trafic de stupéfiants pour financer leur propre consommation.

Malgré ces critiques¹⁰¹, le Tribunal fédéral a récemment confirmé sa jurisprudence¹⁰¹ tout en admettant que celle-ci entraînait des conséquences que le législateur de 1975 n'avait manifestement pas prévues¹⁰². Le TF a expressément **relevé que**

95 cf HUG-BEELI, *Betaubungsmitteldelikte*, 1983, p. 109ss; Zürcher Obergericht, II. Strafkammer, 29 août 1975 publié in ZR 1976 p. 121ss; Zürcher Obergericht, I. Strafkammer, 1^{er} septembre 1975 publié in RSJ 1976 p. 92ss; Zürcher Obergericht, II. Strafkammer, 2 avril 1976 publié in ZR 1977 p. 66ss et RSJ 1977 p. 140. Voir également les décisions cantonales ultérieures citées par HUG-BEELI, *Betaubungsmitteldelikte* 1983, p. 113ss; Cour pénale valaisanne, 4 janvier 1979 publié in ZWR 1979, p. 413; Cour de cassation pénale tessinoise, mai 1978, publié in Rep. 1989, p. 440ss

96 SCHMID, p. 91ss; DELACHAUX, p. 180; SCHUTZ, p. 173

ALBRECHT, *Die strafrechtliche Beurteilung*, où cet auteur critique l'interprétation historique de la loi élaborée par le TF; voir également du même auteur *Die Mitverantwortung Q~r Strafjustiz*

97 WEISS, *Zur Anwendung*, p. 196; JOSET, p. 189; THOMMEN, *Thèse*, p. 152; etc...

99 SCHULTZ, *Die strafrechtliche Behandlung der Betaubungsmittel*, 1972, p. 237

100 SCHULTZ, *Drugs and Drug Politics*, 1989, p. 376

101 ATF 118 IV 200ss

102 ATF 118 IV 203

la stricte limitation de la clause lénifiante de l'art. 19 a ch. 1 LF stupés aux actes exclusivement destinés à assurer la propre consommation de leur auteur empêchait concrètement de faire bénéficier de l'art. 19 a LF stupés l'utilisateur dépendant, pratiquement contraint de se livrer à d'autres infractions à la LF stupés afin de se procurer la drogue qui lui est nécessaire. Pour le TF toutefois, appliquer l'art. 19 a LF stupés à toutes les infractions à la LF stupés dont le but ultime est d'assurer la consommation personnelle de leur auteur reviendrait à privilégier le petit trafic dans une mesure incompatible avec la ratio des art. 19 ss LF stupés¹⁰³.

La majorité des condamnations prononcées sur la base de l'art. 19 LF Stupés (y compris son chiffre 2) concerne effectivement des toxicomanes dealers qui financent leur propre consommation par le trafic de stupéfiants. Les infractions à la LF stupés enregistrées par la police concernent, et cela depuis des années de façon largement constante, pour environ 65 % la consommation de stupéfiants, pour environ 30 % la combinaison trafic/consommation et pour environ 5 % le trafic seul. Près de 85 % des enquêtes policières pour infraction à l'art. 19 LF stupés sont ainsi dirigées contre des consommateurs-trafiquants. Au stade des condamnations, la proportion recule quelque peu mais¹⁰⁵ reste dans un rapport de 80 %¹⁰⁴. Les statistiques de 1990 le confirment: 2778 jugements ont été prononcés pour infractions à l'art. 19 ch. 1 (trafic simple) et 19 a (consommation) et 486 l'ont été pour infraction seule à l'art. 19 ch.1; en d'autres termes, six personnes sur sept condamnées pour trafic "simple" étaient consommatrices. La proportion d'utilisateurs s'accroît plus encore pour les cas de trafic "grave" (passible de réclusion de un à vingt ans accompagnée d'une amende jusqu'à un million de francs): on trouve 908 condamnations pour infractions à l'art. 19 ch.2 (trafic cas aggravé) avec 19 a (consommation) et seulement 29 condamnations pour infraction seule à 19 ch. 2. On rappellera que le législateur de 1975 avait destiné la circonstance aggravante de l'art. 19 ch.2 LF stupés aux trafiquants, ces criminels sans scrupules...

Une forte proportion des utilisateurs lourdement dépendants échappent de peines privatives de liberté relativement longues voire très

¹⁰³ ATF 118 IV 204

¹⁰⁴ JENNY, op. cit., p. 171 note 15

¹⁰⁵ En accord avec le rédacteur de la partie "économique" de cette étude, nous avons choisi l'année de référence 1990 (les données pour 1991 n'étaient pas encore disponibles au moment où l'étude a été entreprise).

longues, pour la plupart sans que soit simultanément ordonnée une mesure thérapeutique susceptible de prendre la place d'une peine prononcée sans sursis. Nul ne s'étonnera dès lors que les établissements pénitentiaires abritent une forte proportion de toxicomanes

Qu'a fait la pratique de la "gamme étendue de possibilités" qui, dans l'esprit du législateur, devait "permettre de mieux adapter l'intervention de l'autorité à la multiplicité des cas qui se présentent"? En 1978 **déjà, WEISS** était d'avis que ces dispositions étaient inapplicables parce que trop indéterminées; en ce qui concerne plus particulièrement l'art. 19 a ch. 3 LF stup, cet auteur s'interrogeait: quels sont les toxicomanes qui peuvent être soignés ou traités de manière promise au succès? Et sur quelle durée de tels soins ou traitements doivent-ils s'étendre avant que l'on considère que l'auteur "**se soustrait à ces mesures**"? En 1984, soit six ans plus tard, THOMMEN constatait que les louables intentions du législateur n'étaient tout simplement pas suivies par la pratique; cet auteur relevait en effet la quasi-absence de jurisprudence à propos de l'art. 19 a ch. 2 à 4 LF stup

Les données statistiques obtenues pour 1990 viennent confirmer les prévisions de WEISS: un seul jugement a mentionné l'art. 19 a ch. 3 LF stup. Quant à l'art. 19 a ch. 4 LF stup, il n'a été appliqué qu'une seule fois durant cette même année...

L'art. 19 a ch. 2 LF stup a donné en revanche lieu à quelques décisions publiées du TF. Un premier arrêt fut rendu en 1977, lequel comprend des considérations intéressantes **sur le** principe même de l'incrimination de l'usage de stupéfiants. Le TF y relève qu'en ne proposant pas de définition du cas bénin, le législateur a voulu laisser au juge **le** pouvoir d'apprécier très librement la gravité objective et subjective du cas concret, tout en précisant qu'une précédente suspension ou condamnation n'exclut pas forcément l'application de l'art. 19 a ch.2 LF stup. Notre Haute Cour poursuit: "L'art. 19 a

106 cf pour des données chiffrées JENNY, op. cit., p. 171; SCHULTZ, Drugs and Drug Politics, 1989, p. 369; cf ég. SCHULTZ, Zur strafrechtlichen Behandlung der B83âubungsmittel, 1991, p. 236

WEISS, Zur Anwendung, p. 202

108 THOMMEN, Thèse, p. 151

109 nous n'avons pu obtenir plus d'information sur son contenu

110 ATF 103 IV 275, rés. JT 1979 IV p. 55

ch.1 LF stups énonce la règle et le ch. 2 l'exception. Même depuis la révision de la loi la consommation intentionnelle de stupéfiants est en principe punissable. L'impunité dans ce domaine serait nuisible" (...). L'admission du cas bénin implique un jugement qui tienne compte de l'ensemble des circonstances. Le TF ajoute: "lorsque le cas ne peut pas être considéré comme bénin, une condamnation s'impose même si pour des motifs thérapeutiques¹¹¹ et de prévention sociale, elle peut paraître contre-indiquée" -

Trois ans plus tard¹¹² notre Haute Cour semble assouplir quelque peu sa position. Dans un cas certes bien moins "grave" que le précédent, il déclare qu'"envisager de ne donner la qualification de cas bénin que dans des hypothèses comparables à celle du collégien qui essaie une ou deux fois de fumer de la marijuana, par accident" (...) "dénote une notion trop étroite du cas bénin, déjà parce que le législateur n'a pas limité l'application de l'art. 19 a ch.2 aux jeunes gens ni à une drogue particulière".

Au plan cantonal, il a été jugé le 1er février 1978¹¹³ par la Chambre Pénale du Tribunal cantonal de Soleure que commettait un acte de peu de gravité au sens de l'art. 19 a ch. 2 LF stups celui qui, au sein d'un groupe où il ne voudrait pas paraître faire bande à part, se laisse entraîner à fumer une partie d'un gramme de haschisch, dans la mesure où l'acte peut être considéré comme un unique écart de conduite.

Une décision zurichoise du 12 mars 1987¹¹⁴ a refusé d'appliquer l'art. 19 a ch. 2 LF stups à un homme qui avait acquis 0.33 gr. de cocaïne "sur un coup de tête". Le Tribunal s'est fondé uniquement sur le passé judiciaire de l'intéressé ainsi que sur la nature de la drogue en cause.

Cette brève chronique judiciaire permet d'affirmer que la pratique pénale, ou plus exactement la jurisprudence, est relativement restrictive dans la mise en oeuvre de l'art. 19 a ch. 2 LF stups.

Il n'existe pas de statistiques permettant de quantifier les cas où les autorités ont jugé le cas comme bénin au **sens de**

¹¹¹] ATF 103 IV 275 précité, JT 1979 IV p. 55ss, 56, 57 cité ici

¹¹² ATF 106 IV 76

¹¹³ cité par HUG-BEELI, Betäubungsmitteldelikte, 1983, N° 102, p. 120; publié dans *ylöthurnische Gerichtspraxis* 1978, p. 41ss et BJP 1979 N° 862

cité par HUG-BEELI, Betäubungsmitteldelikte, 1983-1993, N° 274, p. 181; non publié

l'art. 19 a ch. 2 LF stup et ont dès lors suspendu la poursuite ou renoncé à prononcer une peine. L'on peut en revanche procéder à une comparaison entre les dénonciations et les condamnations. Les personnes inquiétées par la police pour leur consommation exclusivement représentent, de manière assez constante, 65 % des interventions policières selon la LF Stups¹¹⁵. Ces prévenus n'atteignent toutefois **le** stade de l'inscription au Casier judiciaire que dans une mesure limitée. En 1990, seules 2191 condamnations ont été prononcées sur la base de l'art. 19 a LF stup alors que le nombre total des jugements rendus en application de la loi fédérale s'est élevé à 6'321. En d'autres termes, les condamnations pour usage ne représentent plus que le tiers des condamnations pour infraction à la LF stup. On précisera toutefois que le chiffre de 2191 ne prend pas en considération les amendes d'un montant inférieur à Fr. 500,-- infligées sur la base de l'art. 19 a ch.1, ces dernières ne figurant pas au Casier judiciaire central. Les condamnations de jeunes de moins de 18 ans n'apparaissent pas non plus dans la statistique des condamnations.

Une publication récente de l'office fédéral de la statistique estime qu'un cinquième des dénonciations pour consommation de stupéfiants aboutit à une décision judiciaire inscrite au Casier judiciaire¹¹⁶. L'on peut donc parler d'une certaine dépenalisation de fait¹⁷ de l'usage de stupéfiants, à tout le moins lorsque celui-ci n'est pas accompagné d'une autre infraction à la LF stup.

Une autre difficulté que soulèvent les art. 19 a et 19 b LF stup découle de leur superposition: lorsque la loi parle à l'art. 19 a ch.1 LF stup de celui qui aura commis une infraction à l'art. 19 pour assurer sa propre consommation et à l'art. 19 b LF stup de celui qui se borne à préparer pour lui-même la consommation de stupéfiants, c'est en réalité **les mêmes** actes qu'elle vise, une disposition légale punissant l'auteur de peines contraventionnelles lorsque le cas n'est pas bénin, l'autre le déclarant impunissable lorsqu'il s'agit de quantités minimes. Les auteurs sont divisés quant à l'interprétation à donner à ces deux dispositions, lesquelles semblent résulter

¹¹⁵ JENNY, op. cit., p. 171 note 15 et Office Fédéral de la Statistique, Graphique 2

¹¹⁶ Office Fédéral de la Statistique, p. 5; cf aussi SCHULTZ, Zur strafrechtlichen ~ ~ andlung der Betaubungsmittel, 1991, p. 234-235

Celle-ci est d'ailleurs saluée par SCHULTZ in Drugs and Drugs Politics, p. 368.

d'une maladresse du législateur¹¹⁸. Quant au Tribunal fédéral, dans un arrêt rendu en 1982¹¹⁹, il a jugé que de par la volonté du législateur, la consommation personnelle était visée uniquement par l'art. 19 a LF stup. L'art. 19 b LF stup s'applique dès lors au cas (peu fréquent) de la personne qui prépare des stupéfiants sans les consommer. L'art. 19 a LF stup intervient dès qu'il y a consommation, même de quantités minimes.

L'incidence pratique de l'art. 19 b LF stup est limitée. En 1990, sur les 6'321 jugements rendus en application de la LF stup, pas un seul d'entre eux ne cite l'art. 19 b LF stup seul (c'est-à-dire sans autre disposition de la LF stup) **et** 17 jugements seulement le mentionnent concurremment avec d'autres dispositions de la loi fédérale.

2) JURISPRUDENCE ET DONNEES STATISTIQUES RELATIVES A L'ART. 44 CP:

Le problème central rencontré dans l'application de l'art. 44 CP provient de ce que la durée maximum de l'internement dans un établissement spécialisé est, aux termes de la loi, de deux ans (art. 44 ch.3 al.1 CP). En cas de prononcé d'une peine privative de liberté ne dépassant pas une durée de deux ans, celle-ci pourra être entièrement subie dans un établissement thérapeutique. Le juge ordonnera donc cette mesure lorsqu'elle lui paraîtra favoriser la réinsertion sociale du condamné ou du moins qu'elle présentera autant de chance¹²⁰ de succès que l'exécution de la peine privative de liberté. Pour de plus longues peines privatives de liberté, il existe naturellement un risque que, selon la formule du TF, le renvoi dans un établissement spécialisé soit proposé surtout "en vue d'un rabais". Pour parer ce risque, la jurisprudence a posé des conditions strictes: "de longues peines privatives de liberté, dont le séjour de deux ans dans un établissement (pour alcooliques) représenterait moins des deux tiers, ne devraient être suspendues en vue d'une telle mesure que si le succès de celle-ci apparaît très probable et en tout cas mieux assuré que par un traitement ambulatoire combiné avec l'exécution de la peine. Le renvoi dans un établissement (pour alcooliques) ne

¹¹⁸ cf p. ex DELACHAUX, p. 183ss; SCHUTZ, p. 180

¹¹⁹ ATF 108 IV 196

¹²⁰ ATF 107 IV 20, JT 1977 IV 71 cité ici

doit pas permettre d'éluder l'exécution de la peine". (...) C'est pourquoi lorsqu'une **peine privative de liberté** de plusieurs années a été infligée, dont **le** séjour dans un établissement (pour alcooliques) ne pourrait "compenser" **la** durée, la suspension de l'exécution de la peine en vue du renvoi dans un tel établissement ne devrait intervenir que très exceptionnellement dans les rares cas où l'internement offrirait d'emblée de meilleures chances de succès qu'une peine combinée avec un traitement. Une grande réserve s'impose donc **en** dépit de la liberté que la loi laisse au juge, à moins que l'exécution immédiate de la peine paraisse devoir empêcher ou compromettre sérieusement l'avenir ¹²¹ du condamné". Cette jurisprudence a été confirmée récemment ¹²².

Une autre question qui se pose dans la mise en oeuvre **de l'art.** 44 CP est celle de savoir, lorsque le juge estime un traitement ambulatoire approprié, si celui-ci se substitue à la peine ou au contraire doit se combiner avec celle-ci. La jurisprudence en la matière est claire: l'exécution immédiate de la **peine est** la règle; elle ne doit être suspendue que si son ¹²³exécution risque de compromettre le succès de la cure. Cette jurisprudence a été confirmée et précisée en ce sens que la suspension de l'exécution de la peine ne doit être tenue pour justifiée qu'à la condition que le succès réellement prévisible d'un traitement risque d'être compromis d'une façon importante ¹²⁴ par l'exécution immédiate d'une peine privative de liberté.

De telles pratiques pénales réduisent ainsi le champ d'application des mesures thérapeutiques de substitution aux peines privatives de liberté. Lors du prononcé d'une sanction de plus de trois ans, l'internement en milieu thérapeutique n'est pas pris en considération. En cas **de prononcé d'une peine** de plus dix-huit mois, la thérapie en liberté (et avant tout l'entrée ¹²⁵ dans un programme méthadone) **n'entre pas en ligne de** compte.

¹²¹ ATF 107 IV 20, JT 1977 IV 71ss, 73-74 cité ici

¹²² SJ 1991 p. 24ss. Ces jurisprudences sont antérieures à la modification de l'art. 46 ch. 6 CP; dans sa nouvelle teneur, cette disposition a introduit une souplesse dans l'exécution de la peine privative de liberté.

ATF 100 IV 13, JT 1975 IV 70

¹²⁴ ATF 107 IV 20, JT 1977 IV 71ss, 72-73 cité ici

¹²⁵ JENNY, op. cit., p. 173

En 1990, 475 mesures fondées sur l'art. 44 CP ont été prononcées en Suisse à l'encontre de toxicomanes¹²⁶, dont 273 internements, 161 traitements ambulatoires avec suspension de peine et 41 traitements ambulatoires en cours d'exécution.

CONCLUSION

En 1960, 11 condamnations pénales fondées sur la LF stup¹²⁷ avaient été prononcées par les tribunaux helvétiques. En 1970, ce chiffre s'élevait à 1158 et en 1974 à 2598. Depuis l'entrée en vigueur des dispositions révisées de la LF stup le 1^{er} août 1975, les condamnations pénales fondées sur cette loi ont suivi une courbe croissante¹²⁸ régulière, sans oublier quelques "creux" en 1976 et 1985 : 2532 condamnations en 1975, 3383 en 1980, 5383 en 1984 et 7291 en 1991¹²⁹. Les dénonciations enregistrées par la police ont connu **le** même mouvement ascendant¹³⁰.

Certes, ces données chiffrées ne sauraient constituer une image fidèle de l'évolution de la situation en matière de stupéfiants en Suisse. Elles permettent avant tout de tirer quelques conclusions sur l'activité du système de justice pénale. Ainsi, l'on peut prétendre que ces chiffres signalent une intensification des poursuites; nul ne peut toutefois affirmer si celle-ci est la conséquence d'une augmentation de l'usage et/ou du trafic de stupéfiants ou de la priorité accordée par le système répressif à la lutte contre la drogue¹³¹.

Il reste néanmoins que la tentative, plus ou moins explicite, d'enrayer l'usage de stupéfiants au moyen d'une réglementation légale, combinant répression et soins imposés, n'est incontestablement pas parvenue **à ses** fins: près de vingt ans plus tard, le phénomène existe toujours. **Preuve en soit** d'ailleurs le débat politique périodiquement réouvert sur l'opportunité d'une remise en cause de la politique criminelle en matière de stupéfiants, accompagnée ou non d'une révision législative. Le lancement, pratiquement simultané, **des deux**

¹²⁶ Ces derniers constituent la population "cible" des mesures de sûreté, puisque les cas d'application de l'art. 44 CP représentent 61 % de l'ensemble des mesures.

chiffre cité par SCHULTZ, Zur strafrechtlichen Behandlung der Betäubungsmittel, 1991, 33

¹²⁷ Office fédéral de la Statistique cité en bibliographie, Graphique 4

¹²⁹ Communication de l'Office fédéral de la Statistique du 27 mai 1993

¹³⁰ Office fédéral de la Statistique cité en bibliographie, Graphique 1

¹³¹ Office fédéral de la Statistique cité en bibliographie, p. 1 et 2

initiatives populaires "Jeunesse sans drogue" et "Pour une politique raisonnable en matière de drogue" **est à notre avis** symptomatique du malaise régnant à **propos de l'usage de stupéfiants**: l'une prône une répression accrue **de ce** comportement, l'autre tend au contraire à un **retrait de** l'emprise du droit pénal dans ce domaine. Toutes deux témoignent néanmoins d'une même insatisfaction **à l'égard de la** situation actuelle, même si chacune a **ses objectifs propres et** ses moyens diamétralement opposés.

Il nous semble toutefois que le débat souffre d'une lacune essentielle, à savoir l'indétermination **des prémisses sur** lesquels il repose. De divers horizons du **paysage politique**, des voix s'élèvent en effet pour demander une modification des normes en vigueur, sans toutefois pouvoir s'appuyer sur une connaissance approfondie des effets de celles-ci. Effets sur l'ensemble des sous-groupes que la législation touche: usagers et usagers potentiels de stupéfiants, acteurs du système de justice pénale, intervenants en toxicomanie, médecins et personnel soignant, etc ... Reconnaissons qu'il **est quelque peu** paradoxal de prétendre qu'un changement d'orientation est nécessaire, alors que l'on ne dispose pas d'une étude des effets de la norme que l'on veut amender.

Seule une telle évaluation de la législation sera en mesure de mettre en lumière, de façon rationnelle et au-delà des connotations morales et émotionnelles, son effet normatif à l'endroit du comportement humain qu'elle visait. Par là, l'évaluation permettra, du moins est-il permis **de l'espérer**, d'ancrer le débat sur un terrain plus sûr. Là alors, mais là seulement, l'on pourra choisir en toute **sérénité entre la** meilleure voie possible: persister dans la politique actuelle, dont on aura mis en lumière les effets **positifs? aller dans le** sens d'une libéralisation au **vu des conséquences négatives**, voire perverses, de la norme? ou encore renforcer la répression, dans l'hypothèse où il aura pu **être démontré que** celle-ci constitue un moyen adéquat **et proportionné de gérer le** phénomène d'usage de stupéfiants?

Ainsi pourra être évitée une réitération improductive des incertitudes et des contradictions qui ont marqué **l'histoire de** la dernière révision législative.

SOURCES:

Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale **relatif à la** révision de la loi sur les stupéfiants du 9 avril 1951, FF 1951 p. 841ss

Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant une modification de la loi sur **les** stupéfiants du 9 mai 1973, FF 1973 1/2 p. 1303ss

Bulletin officiel du Conseil national (cité BOCN) 1974 II p. 1416-1461

Bulletin Officiel du Conseil des Etats (cité BOCE) 1973 p. 691-712; 1974 p. 594-599

TRAVAUX:

Peter ALBRECHT, Die strafrechtliche Beurteilung des Drogenkonsumenten (Bemerkungen zur Auslegung **des** Art. 19 a Ziff. 1 BetmG), BJM 1983, p. 217ss (cité ALBRECHT, Die strafrechtliche Beurteilung)

Peter ALBRECHT, Die Mitverantwortung der Strafjustiz für das gegenwärtige Drogenelend, Plädoyer 1990/1, p. 26ss (cité ALBRECHT, Die Mitverantwortung der Strafjustiz)

Max DELACHAUX, Drogues et Législation, Thèse, Lausanne, 1977

Günter HEINE, in Jürgen MEYER (Hrsg.) Betäubungsmittelstrafrecht in Westeuropa, Eine rechtsvergleichende Untersuchung im Auftrag des Bundeskriminalamts, Eigenverlag Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, **Freiburg in** Brisgau, 1987, p. 560ss

Gustav HUG-BEELI, Betäubungsmitteldelikte, Schulthess Polygraphischer Verlag, Zurich, 1983, p. 107ss

Gustav HUG-BEELI, Betäubungsmitteldelikte 1983-1991, Schulthess Polygraphischer Verlag, Zurich, 1992, p. 176ss

Pierre JOSET, Drogenknast - Die Verbindung von Kriminalisierung and Therapie?, RPS 1983, p. 187ss

Moritz LEUENBERGER, Das revidierte Betäubungsmittelgesetz, Konsequenzen für die Rechtsprechung gegenüber Drogenkonsumenten, SJZ 1976, p. 23ss

Office fédéral de la statistique, Drogue et droit pénal: bilan des vingt dernières années, Statistique de la criminalité N° 10, Octobre 1991

Raffaella PONCIONI-DERIGO, Drogues: Origine et développement d'un interdit; le cas de la Suisse, Mémoire de licence présenté à la Faculté de sociologie, Université de Genève, décembre 1990

Christian-Nils ROBERT, Quelques remarques sur **les nouvelles** dispositions de la Loi Fédérale sur les Stupéfiants, RPS 1977, p. 41ss

Niklaus SCHMID, Ist Drogenhandel zur Finanzierung des Eigenkonsums nach art. 19 a **des revidierten** Betäubungsmittelgesetzes strafbar?, SJZ 1976, p. 91ss

Hans SCHULTZ, Die strafrechtliche Behandlung der Betäubungsmittel, SJZ 1972, p. 229ss (cité SCHULTZ, Die strafrechtliche Behandlung der Betäubungsmittel, 1972)

Hans SCHULTZ, Nochmals: Zur strafrechtlichen Behandlung der Betäubungsmittel, SJZ 1973, p. 65ss (cité SCHULTZ, Nochmals: Zur strafrechtlichen Behandlung)

Hans SCHULTZ, Drugs and Drug Politics in Switzerland, *in* Drug Policies in Western Europe. Criminological Research Reports by the Max Planck Institute for Foreign and International Penal Law, vol. 41, Eigenverlag Max-Planck-Institut für ausländisches and internationales Strafrecht, Freiburg in Brisgau, 1989, p. 361ss (cité SCHULTZ, Drugs and Drug Politics in Switzerland)

Hans SCHULTZ, Zur strafrechtlichen Behandlung der Betäubungsmittel. Eine Kriminalpolitische **Skizze**. *in* Studi In Memoria di Pietro Nuvolone, Volume Secondo, A. Giuffrè Editore, Milano, 1991, p. 231ss (cité SCHULTZ, Zur strafrechtlichen Behandlung der Betäubungsmittel, 1991)

Alfred SCHUTZ, Die Strafbestimmungen des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 3. Oktober 1951 in der Fassung vom 20. März 1975, Schulthess Polygraphischer Verlag, Zurich, 1980

Dieter THOMMEN, Die Behandlung Drogenabhängiger, **Thèse, Peter Lang**, Bern, Frankfurt am Main, New York, 1984 (cité THOMMEN, Thèse)

Dieter THOMMEN, Rechtliche Legitimation der Zwangsbehandlung, in Drogenabhängige im Strafvollzug, Sondereinrichtungen?, Herausgegeben von Urs Bachmann, Peter Burkhard u.a., **Verlag Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme, Lausanne, 1984**, p. 98ss (cité THOMMEN, Rechtliche Legitimation)

Irma WEISS, Die schweizerische Betäubungsmittel-Gesetzgebung in ihrer Entwicklung, Ein Überblick anhand der internationalen Betäubungsmittelkontrolle, Beihefte zur Zeitschrift für Schweizerisches Recht, Heft 1, Helbing & Lichtenhan **Verlag AG**, Basel, 1982, p. 63ss (cité WEISS, Die schweizerische Betäubungsmittel-Gesetzgebung)

Irma WEISS, Zur Anwendung der Strafbestimmungen **des revidierten** Betäubungsmittelgesetzes, RPS 1978, p. 190ss (cité WEISS, Zur Anwendung)

Ouvrage collectif:

Prof. Dr. Wolfgang BOKER, Dr. Joachim NELLES (Herausgeber), Drogenpolitik Wohin?, Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge, Publikation der Akademischen Kommission der Universität Bern, Verlag Haupt, Bern and **Stuttgart, 1991**

ANNEXE: LES LEGISLATIONS VAUDOISE ET BERNOISE DANS LE DOMAINE DES MESURES PRÉVENTIVES ET SANITAIRES.

Ainsi que nous l'avons mentionné, une présentation exhaustive des législations cantonales en matière de mesures préventives et sanitaires déborderait largement du cadre de la présente étude. Nous avons donc préféré nous limiter aux cantons de Vaud et de Berne. Notre choix s'est opéré sur la base d'un critère quantitatif et qualitatif. D'une part, ces deux cantons totalisent une population d'approximativement un million et demi de personnes, soit un peu moins d'un quart de la population helvétique. D'autre part, si leurs pratiques judiciaires sont assez semblables, leurs politiques sanitaires se démarquent largement l'une de l'autre.

1. Vaud

La législation cantonale vaudoise en matière de prévention primaires se limite à des déclarations de principe. Ainsi, l'art. 51 de la Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique prévoit que l'Etat organise la lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies (al. 1). Aux termes de son alinéa 2, le Département de l'Intérieur et de la Santé Publique (cf art. 3 de la même loi) encourage la prévention primaire, en particulier par l'éducation pour la santé, les activités de santé et les autres prestations médico-sociales à l'intention des jeunes.

La législation est aussi peu prolixes sur les questions sanitaires qu'elle l'est sur celles de prévention primaire. L'art. 51 al. 3 de la Loi sur la santé publique déjà citée se borne à déclarer que le Département soutient **les efforts de** prévention secondaire et de traitement et réadaptation des alcooliques et "autres toxicomanes" par l'intermédiaire de services publics ou privés. L'art. 1 du Règlement du 25 mars 1987 sur les stupéfiants prévoit, en application **de l'art. 34** LF stups, que le Département de l'Intérieur **et de** la Santé publique recueille les annonces des cas de dépendance (art. 15 LF stups) et "leur donne la suite qu'ils appellent ". Ce même Département est chargé de dénoncer au ministère public les infractions à la législation sur les stupéfiants, sous la réserve émanant de l'art. 15 al. 3 LF stups.

2. Berne

En matière de prévention primaire, la Loi **du 3 décembre 1961** sur les oeuvres sociales prévoit à son art. 135 que l'Etat et les communes veillent à ce que la population **et les autorités** disposent des institutions nécessaires destinées à donner des conseils, à encadrer et à soigner les personnes menacées de toxicomanie et les toxicomanes. L'encouragement **et le** subventionnement des manifestations **et des institutions qui ont** pour objet de lutter contre la toxicomanie est aussi **de leur** compétence (art. 136 al. 1). Aux termes d'un Décret du 20 février 1962 concernant la lutte contre l'alcoolisme, une Commission de lutte contre les toxicomanies a été instituée. Organe consultatif ajoint à la Direction **des oeuvres sociales**, elle "suit attentivement le développement des toxicomanies et propose à cette dernière des mesures pour en combattre **les** causes et les effets". Elle préavise à l'intention de la Direction des oeuvres sociales les *questions* ayant trait à la lutte contre les toxicomanies, ainsi **que des demandes de** subsides (al. 3). Enfin, en vertu de l'art. 7 **de** l'Ordonnance du 1er mai 1985 relatives **à la** loi fédérale sur les stupéfiants, "pour lutter contre l'abus des stupéfiants et contre la dépendance", la Direction de l'hygiène publique et la Direction des oeuvres sociales sont chargées de pourvoir à l'information et la consultation.

Selon le même art. 7 de l'Ordonnance du 1er mai 1985 relative à la loi fédérale sur les stupéfiants, la Direction de l'hygiène publique et la Direction des oeuvres sociales sont également chargées de pourvoir à l'aide et au traitement (litt b), à l'aide ultérieure et à la réinsertion (litt c) et à la coordination de ces mesures (litt d). *Enfin*, au chapitre des mesures contre l'abus des stupéfiants, l'Ordonnance régit le traitement des toxicomanes avec des stupéfiants **(art. 8 et 9)**. Ces traitements ont pour objectif la "décriminalisation et l'intégration sociale des personnes dépendant **des opiacés d'une** manière chronique". Ils sont soumis **à l'octroi d'une** autorisation du médecin cantonal, laquelle **porte tant sur la** prescription, que la dispensation et l'administration des stupéfiants entrant dans le traitement (art. 8 al. 2). Un "contrat de traitement" contenant **les** conditions d'exécution du traitement, signé par le médecin traitant et par le toxicomane, doit être joint à la demande. Les conditions auxquelles l'autorisation est subordonnée sont les suivantes (art. 8 al. 4).

1. dépendance aux opiacés chroniques et datant de plusieurs années accompagnée de signes graves d'une déchéance physique, psychique ou sociale;

2. échec d'au moins deux mesures antérieures de désintoxication ou de thérapie;

3. motivation réelle et volonté de s'astreindre à suivre un programme de traitement de longue durée;

4. en règle générale, être âgé d'au moins 23 ans.

La dispensation de stupéfiants au toxicomane doit encore respecter les principes suivants. Elle doit **être observée sous** forme liquide. Deux contrôles d'urine au moins doivent avoir lieu par mois. Une aide psychosociale et pratique selon contrat de traitement doit être prévue. *Le "contrat"* peut prévoir le respect d'autres conditions (art. 9 al. 2). Le **contrôle des** programmes de traitement est assuré par la Direction cantonale de l'hygiène publique, qui en règle les détails (al. 3). Toute modification du traitement de même que sa fin doivent être communiqués au médecin cantonal (art. 9 al. 4).

Une dernière remarque en guise de conclusion. Une évaluation des politiques publiques en matière de stupéfiants n'implique pas seulement une étude des normes fédérales et cantonales et de leur application. Elle présuppose également une connaissance des réglementations et des pratiques municipales. Plusieurs villes importantes, telles Zurich, Berne, Sant-Gall, **Bâle ou** Genève, ont en effet adopté leurs propres règlements et ont mis en place des dispositifs préventifs et sanitaires sur leur base¹³². En raison de leur **caractère diversifié et, en même** temps, limité géographiquement, **ces normes et leur mise en** oeuvre constituent un outil particulièrement utile pour l'évaluation.

¹ 32 Pour une analyse du statut juridique des "Fixerraume" situés en ville de Berne, cf Schultz, Die Rechtsstellung der Fixerraume Ein Gutachten, RPS 1989, p. 276ss

LE STATUTLEGAL DES SUBSTANCESPSYCHOTROPESENSUISSE

Georges Peters
Institut de Pharmacologie et de Toxicologie
de l'Université de Lausanne
Suisse

INTRODUCTION

Nous appelons substances rrsvchotropes toutes les substances dont l'ingestion (par voie orale, par voie nasale ou par voie rectale) ou l'injection (sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse) produit **des modifications** du comportement et des perceptions ("psychisme") **à des doses** qui n'ont pas d'effets somatiques (physiques) importants.

Nous appelons pharmaco-dépendance un état dans lequel l'arrêt d'ingestion (*injection*) de substances psychotropes après une période de *consommation* régulière d'une durée d'au moins quelques semaines produit des signes maladiques plus ou moins désagréables et éventuellement dangereux ("syndrome de sevrage", "état de manque"). Lorsqu'une substance *n'induit* pas de pharmaco-dépendance, elle peut tout de même induire une dépendance, c'est-à-dire un état dans **lequel l'arrêt** •'ingestions ou d'injections répétées entraîne la sensation plus ou moins désagréable de manquer de quelque chose. La dépendance de l'ingestion de substances qui n'induisent pas de pharmaco-dépendance ("dépendance de placebo") est souvent la dépendance des gestes et du rituel de la consommation d'une substance et par conséquent est analogue à toutes les autres dépendances (celle d'une autre personne, celle de certains habits, celle de certains gadgets, celle d'un certain cadre extérieur).

Nous appelons tolérance aux effets d'une substance l'état dans lequel, au cours d'une administration fréquemment répétée ou continue, la dose administrée de la substance doit être augmentée pour obtenir les effets qui précédemment étaient obtenus avec une dose plus faible. Il n'y a pas de rapport entre la capacité d'une substance •'induire une pharmaco-dépendance et la tolérance qui se développe au cours de son usage continu.

La majorité des substances psychotropes connues sont ou ont été employées comme médicaments. Pour **les médicaments** psychotropes, on peut distinguer un usage médical (pour alléger ou pour supprimer des manifestations maladiques ou des symptômes ou *sensations* désagréables, sur prescription •'un médecin ou en automédication), d'un psaoc hédonicaue (usage destiné à embellir passagèrement la vie).

D'autres substances psychotropes ont été ou sont utilisées pour le dopage, surtout pour le dopage sportif. Certaines substances psychotropes (alcool, nicotine) sont consommées sous forme de produits légalement considérés comme denrées alimentaires.

L'abus de substances psychotropes peut être un usage exagéré de telles substances soit par les consommateurs (usage hédonique entraînant des dangers pour la santé) soit sur prescription (par des médecins ou d'autres conseillers, ou par des autorités policières ou militaires) dans le but de modifier le comportement de celui qui les reçoit ou (abus criminel) dans l'extrême pour entraver la santé ou provoquer la mort de celui qui les ingère.

La distribution, l'importation et l'exportation, la commercialisation et en partie même la consommation de substances psychotropes sont contrôlées par les autorités publiques (état) au moyen de certains instruments légaux.

En Suisse, la constitution fédérale de 1874 n'énumère pas la santé parmi les domaines réservés à la confédération. Ce sont par conséquent les cantons (au nombre de 25) qui légifèrent comme bon leur semble, à l'exception de quelques domaines particuliers. Cette prérogative cantonale a cependant été limitée par une modification d'un article (article 69) de la Constitution fédérale en 1913: la modification prévoit que la Confédération est habilitée à prendre, par voie législative, des mesures destinées à lutter contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'homme et des animaux. Sur la base de cette modification, la Confédération a promulgué des lois sur les épidémies, sur les épizooties ainsi que sur le contrôle des aliments. Sur la base de la même modification de la constitution, la Confédération a promulgué, en 1924, une loi fédérale sur les stupéfiants (LFstup), loi qui tenait aussi compte de la ratification en 1924 par la Suisse de la Convention de l'opium de La Haye de 1912.

Les médicaments, à l'exception des "stupéfiants", restent cependant dans le domaine législatif des cantons: ceux-ci dans les années après la deuxième guerre mondiale, se sont rendus compte de leur incapacité de se prononcer sur l'admission, la commercialisation et **les modes de ventes** ou les modes de fabrication des médicaments. Au **lieu de** transférer alors leur compétence à la Confédération, un certain nombre de cantons ont fondé, en 1950, l'Office Intercantonal de Contrôle des Médicaments (OICM; en allemand IKS = Interkantonale Kontrollstelle für Arzneimittel). Par des accords conclus dans les années 1970, tous **les** cantons ont adhéré à la Convention sur l'OICM et se sont engagés à exécuter ses décisions concernant l'admission ou la non admission de médicaments *à la commercialisation en Suisse, le mode de commercialisation admis, le contrôle de qualité et finalement le contrôle de la fabrication des médicaments.

INSTRUMENTS LEGAUX

1. La Loi Fédérale sur les stupéfiants (LFstup) de 1951
ordonnances d'exécution) et ordonnances d'exécution d'
1952 et de 1984,

La loi définit comme stupéfiants "les substances et les préparations ayant des effets du type morphinique, cocaïnique, cannabique qui engendrent la dépendance (toxicomanie)" (le "et" est souligné par l'auteur du présent mémoire).

Elle énumère cependant aussi un certain nombre de substances qui n'engendrent jamais de pharmaco-dépendance (cannabis et cannabinoïdes, hallucinogènes) et "les stimulants du système nerveux central ayant des effets du type amphotaminique" (qu'on peut à la rigueur considérer comme effet "cocaïnique"). L'ordonnance de 1982 énumère aussi tous les dérivés des substances mentionnées dans la loi ainsi que des précurseurs de leur fabrication chimique.

La production, la distribution, la commercialisation, la distribution gratuite, le stockage et l'usage de toutes les substances énumérées dans la LFstup sont strictement contrôlés, par l'Office Fédéral de la Santé Publique. Toutes ces opérations "sans droit", c'est-à-dire sans obtention des autorisations requises, constituent des délits punissables. La consommation comme telle n'est pas punissable, cependant l'acquisition et la détention, même par le consommateur, le sont. La plupart des substances soumises à la LFstup peuvent être acquises, détenues, utilisées ou dispensées, c'est-à-dire prescrites par tout médecin, pharmacien, vétérinaire ou médecin dentiste "dans les limites que justifie l'exercice, conforme aux prescriptions de leurs professions" sans autorisation pour ceux qui exercent leur métier comme *indépendants* et avec une autorisation cantonale pour ceux qui exercent leur métier comme employés d'un hôpital, d'une autorité publique, ou d'un pharmacien responsable d'une pharmacie publique. Ces substances peuvent donc être prescrites comme médicaments. La prescription, dans tous les cantons, est soumise à des règles spéciales: elle doit en générale être rédigée sur une formule particulière (carnet à souche), le prescripteur doit retenir une copie de sa prescription, la prescription ne peut être honorée qu'une fois et le pharmacien doit la garder pour *inspection* par les autorités cantonales.

Quelques substances sont soumises aux règles de la LFstup à partir d'une certaine dose limite par "unité de prise" pour les comprimés, capsules, etc, ou à partir d'une concentration limite pour les préparations de forme non divisées (principalement préparations liquides). Ces substances sont désignées par "LFstup-lim".

Un nombre limité de matières premières ou de substances sont totalemtent prohibées par la LFstup, c'est-à-dire ne peuvent être ni cultivées, ni importées, ni fabriquées ou mises dans le commerce (produits désignés par "LFstup-prohib"): ce sont (ordonnance de 1984) le chanvre "en vue d'en extraire des stupéfiants" et la résine de ses poils glanduleux (haschich), la diamorphine (diacétylmorphine appelée souvent HéroïneR), l'opium à fumer, et les déchets provenant de sa fabrication et de son utilisation, ainsi que tous les *hallucinogènes*.

2. Législations fédérale et cantonale sur les denrées alimentaires

Ces lois et règlements fixent entre autres le contrôle des modes de production, les exigences de pureté, les modes de commercialisation et parfois même le prix du tabac à fumer ou à priser ou à chiquer, ainsi que de toutes les boissons alcooliques (désignation: Lal).

3. Enregistrement des médicaments

L'autorité "nationale" d'enregistrement des médicaments est l'OICM (IKS). L'OICM permet (ou refuse) la commercialisation, et règle la distribution et ses limitations (obligation de prescription), ainsi que les critères de pureté de tous les médicaments. Il surveille également le mode de fabrication des médicaments ("good *manufacturing practice*" = GMP).

Les médicaments enregistrés par l'OICM et admis à la vente sont classés de la façon suivante.

- Classe A: médicaments ne pouvant être vendus qu'en pharmacie sur présentation d'une prescription non renouvelable.
- Classe B: médicaments ne pouvant être vendus qu'en pharmacie contre présentation d'une ordonnance médicale qui peut cependant être renouvelée à moins que le médecin n'en interdise le renouvellement.
- Classe C: médicaments ne pouvant être vendus qu'en pharmacie, mais sans prescription médicale. Certains médicaments sont inclus dans la classe C jusqu'à une certaine dose, mais dans la classe B pour des doses plus grandes.

Classe D: médicaments pouvant être vendus dans les pharmacies et dans les "drogueries", mais n'étant pratiquement vendus que dans les drogueries.

Classe E: médicaments pouvant être vendus dans tous les commerces.

Classe F: médicaments dont la vente n'est pas contrôlée.

L'attribution des différentes classes sera désignée par OICM-A, OICM-B, etc.

L'OICM ne règle que la commercialisation des médicaments. Des médicaments non enregistrés peuvent être utilisés et administrés à des êtres humains par des médecins ou dans des hôpitaux. L'expérimentation clinique de nouveaux médicaments n'est soumise à aucune limitation légale.

Les médicaments énumérés dans la LFstup et l'ordonnance sont automatiquement considérés comme appartenant à la classe A.

Les décisions de l'OICM sont exécutées par les autorités cantonales - comme le sont d'ailleurs les lois fédérales. A l'encontre de la situation de l'exécution des lois fédérales qui est contrôlée par la Confédération, l'exécution des décisions de l'OICM par les cantons n'est pas contrôlée.

3.2. Office Fédéral des Assurances Sociales

En exécutant la législation fédérale sur l'assurance-maladie, l'office cité (OFAS) établit, publie deux fois par an et distribue au corps médical une liste des spécialités, "comprenant les préparations pharmaceutiques et les médicaments confectionnés recommandés pour la prescription au frais des caisses-maladie".

Cette liste ne contient que des médicaments **enregistrés** par l'OICM. Elle n'inclut que les médicaments utiles **pour la** prescription en pratique médicale **privée (elle n'inclut par conséquent pas les médicaments à usage principalement hospitalier)** et ne les inclut que sur **la base de certains** critères concernant les prix qui doivent être avantageux. Il y a des règles strictes sur les prix admissibles.

Les caisses-maladie ne sont pas tenues de rembourser tous les médicaments compris dans cette liste mais en pratique les remboursent toujours. Beaucoup de caisses-maladie remboursent aussi des médicaments non énumérés dans la liste des spécialités.

3.3. Pharmacopée suisse

La pharmacopée suisse décrit les critères de pureté, parfois le mode de fabrication, le mode de stockage, le mode de contrôle de qualité, le mode de transformation en médicaments prêts à être consommés d'un certain nombre de substances utilisées comme médicaments depuis au moins quelques années. La Suisse, faisant partie du Conseil de l'Europe, applique intégralement les prescriptions publiées dans la Pharmacopée Européenne éditée par **le** Conseil de l'Europe. Les monographies de la Pharmacopée Européenne ont force de loi en Suisse dès qu'elles ont été publiées en traduction dans les trois langues officielles.

La Pharmacopée suisse contient en outre un certain nombre de substances qui ne font pas ou pas encore l'objet de monographies de la Pharmacopée Européenne.

Des substances actives décrites par la Pharmacopée suisse peuvent être commercialisées sans autorisation par l'OICM qui cependant règle le mode de distribution (classes A à F). Les substances décrites dans la Pharmacopée suisse peuvent être soumises à la LFstup.

STATUT PRATIQUE DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES EN SUISSE

Les indications fournies sur le statut pratique des médicaments psychotropes sont basées sur **des observations et** la lecture de publications ou de décisions, mais ne peuvent pas être chiffrées pour le moment.

Les médicaments psychotropes peuvent faire l'objet de prescriptions médicales -justifiées (sigle: PM) fréquentes (+++), occasionnelles (++) ou rares (+). **Ils** peuvent aussi faire l'objet de prescriptions trop fréquentes ou souvent abusives selon le jugement de l'auteur de **ce texte** (PMabus.).

Une substance psychotrope peut faire l'objet **de vente** et d'achat au marché noir, dans la "zone" (sigle: MN). Il peut s'y trouver fréquemment ou en beaucoup d'endroits (+++), occasionnellement (++) , rarement (+) ou jamais (-).

Des médicaments, ou non-médicaments psychotropes, illégaux peuvent faire l'objet de saisies policières (sigle: SP) fréquentes (+++), occasionnelles (++) ou **rares (+)**.

L'acquisition ou la détention de psychotropes illégaux peut entraîner des condamnations pénales (sigle: CP.) fréquentes (+++), occasionnelles (++) ou rares (+).

SUBSTANCES OU MEDICAMENTS PSYCHOTROPES
PAR CLASSES PHARMACOLOGIQUES

(Les noms indiqués des substances ou des produits commençant par une minuscule sont des noms officiels, en général les dénominations communes internationales - DCI - de l'organisation Mondiale de la Santé. Les noms de marque de spécialités pharmaceutiques, dont quelques-uns, mais jamais tous sont indiqués parfois, commencent par une majuscule et sont suivis d'un R).

1. Analgésiques maieurs (analgésiques narcotiques, produits à effet "morphinique", opioïdes)

Tous ces produits sont capables d'alléger ou de supprimer des douleurs fortes. Ils induisent tous un état de calme ressenti souvent comme agréable. Ils induisent tous une pharmacodépendance sévère et grave. Leur usage continu entraîne toujours une tolérance qui s'étend souvent aux autres produits de cette catégorie ("tolérance croisée") et peuvent tous faire l'objet d'abus des consommateurs.

Les opioïdes comprennent les opiacés, c'est-à-dire les préparations pharmaceutiques d'opium ou de morphine ainsi que la morphine, la thébaine et leurs dérivés semi-synthétiques. D'autres opioïdes ne sont pas chimiquement apparentés à la morphine.

1.1. Opiac&s

* Substances capables de reproduire les effets de la diacétylmorphine chez les personnes dépendantes

opium pharmaceutique	LFstup, PhH, PM+, MN-, SP-, CP-
opium à fumer	LFstup-prohib, MN-, SP-
morphine*	LFstup, PhH+, PM++, MN-, SP-, CP- Une préparation repositaire orale OICM-A (MST Continus retardes)
codéine*	LFstup-lim, PhH, OICM-B, PM+++, MN-, SP-, CP-
acétyl-dihydrocodéine	LFstup-lim, PM-, MN-
diamorphine = diacétylmorphine (HérolneR)	LFstup-prohib, MN+++, SP+++, CP+++
dihydrocodéine (ParacodineR)	LFstup-lim, OICM-B, PM+, MN-
hydromorphone* (DilaudidR)	LFstup, (avec atropine), OICM-A, PMI++, MN-
éthylmorphine = codéthylne (AsthmophyllineR)	LFstup, (en combinaison) OICM-C, PM+, MN-
hydrocodone* (DicodidR)	LFstup, (avec atropine) OICM-A, PM+, MN-
nicocodine	LFstup
nicodicodine	LFstup
norcodéine	LFstup-lim
normorphine	LFstup
oxycodone* (EukodalR, HydrocodalR)	LFstup, PM-, MN-
pholcodine (TussiplexR)	LFstup-lim, OICM-C, PM-, MN-

1.2. Opioides synthétiques

* Substances capables de reproduire les effets de la diacétylmorphine chez les personnes dépendantes

péthidine* (DolantineR, DolosalR)	LFstup, PhH, OICM-A, PM+++ , MN++ , SP- CP-
méthadone (PolamidonR, HeptonalR, KetalgineR)	LFstup, PhH, OICM-A, PM+++ , MN++ , SP- , CP-
fentanyl (HypnormR, ImmovalR) et alfentanyl (RapifenR)	LFstup, PhH, OICM-A, PM+ , MN- , SP- , CP-
lévorphanole* (DromoranR)	LFstup, PM- ou +, MN- , SP- , CP-
norméthadone (Ticarda)	LFstup, PM+ , MN- , SP- , CP-
diphénoxylate (ReasecR)	LFstup, OICM-B, PM++ , MN- , SP- , CP-
lopéramide (ImmodiumR)	, OICM-B, PM++ , MN- , SP- , CP-
dérivés et précurseurs de la péthidine*	LFstup, PM+ , MN- , SP- , CP-
dérivés et précurseurs de la méthadone*	LFstup, PM+ , MN- , SP- , CP-
dextromoramide* (PalfiumR, JetricumR)	LFstup, OICM-A, PM+ , MN- , SP- , CP-
dextropropoxyphène (DevelineR, DepronalR)	LFstup-lim, OICM-B, PM+ , MN- , SP- , CP-
tilidine* (ValoronR)	LFstup, OICM-A, PM++ , MN± , SP± , CP-
tramadol* (TramalR)	LFstup, OICM-A, PM+ , MN- , SP- , CP-
pentazocine (FortalgésicR, FortralR)	LFstup, OICM-A, PM++ , MN- , SP- , CP-
buprénorphine* (TemgésicR)	LFstup, OICM-A, PM+ , MN+ , SP CP-

2. Analgésiques mineurs (Analgésiques anti-rhumatismaux, "coupe-douleurs", agents anti-inflammatoires non-stéroïdiens = NSAID)

Ce sont des médicaments capables de diminuer ou de supprimer la perception de douleurs relativement faibles. La majorité de ces substances possède aussi un pouvoir anti-inflammatoire, c'est-à-dire supprime d'une façon non-spécifique les symptômes **des inflammations quelle que soit leurs origines**. Ces médicaments abaissent aussi la fièvre sans toutefois baisser la température normale du corps.

Ces médicaments sont commercialisés à une échelle énorme, rarement seuls, mais très souvent en *combinaison* les uns avec les autres ou en *combinaisons destinées à modifier* les effets (par exemple avec la codéine ou un *tranquillisant* pour obtenir un effet calmant, ou avec la caféine pour *obtenir* un effet stimulant) et finalement en combinaison sans aucune justification (par exemple **avec des vitamines**, avec différents extraits végétaux, avec différents "sels minéraux", etc.)

A part leur effet analgésique, ces médicaments n'ont pas de vrais effets psychotropes. Leur emploi *continu* engendre une certaine tolérance, beaucoup moins marquée que la tolérance pour les analgésiques majeurs. L'abus, de ces médicaments est répandu à une très large échelle, sans prescription et même sur prescription. L'abus consiste en un emploi contre des douleurs très léoères ou imaginaires, en un emploi contre des *inflammations* dont la cause n'a pas été investiguée **ou** détectée, en un emploi pour abaisser des fièvres sans qu'un diagnostic ait été posé et surtout en un emploi prophylactique, pour prévenir des douleurs attendues indépendamment de la probabilité que ces douleurs *surviennent* vraiment (par exemple prise matinale pour **ne pas** avoir de maux de tête *pendant* les heures de travail). Ce dernier emploi constitue aussi la base **de leur** abus pour le dopage sportif: avant des compétitions pouvant **entraîner des** blessures douloureuses, ils sont pris pour **permettre de continuer** l'activité en dépit de ces douleurs.

Beaucoup de personnes dépendent (psychiquement) de la prise d'analgésiques mineurs. Il **n'y a** cependant aucune preuve qu'il existe de vraies pharmaco-dépendances de ces médicaments. Là où des phénomènes ressemblant à une pharmaco-dépendance ont été observés, **les** médicaments en *question* étaient combinés avec la **codéine** (dépendance d'opiacés), avec des sédatifs-somnifères (dépendance de cette classe de médicaments), ou avec la caféine (la dépendance universellement répandue à la caféine).

Nous n'énumérerons pas ces substances: il y a actuellement sur le marché en Suisse une quarantaine de substances actives et 400 à 500 préparations commerciales. La plupart de ces médicaments sont enregistrés OICM-C, quelques-uns OICM-B ou OICM-D.

3. Sédatifs (tranquillisants)-sommifères (Hypnotiques, calmants, agents anti-angoisse = anxiolytiques)

Ces substances psychotropes sont toutes des médicaments ou d'anciens médicaments. A faible dose, ils induisent un certain ralentissement et un calme ressenti généralement comme agréable, et accompagné souvent d'une diminution d'angoisse (d'où le terme "anxiolytiques"). A plus forte dose, ils induisent le sommeil. Des surdoses causent des arrêts respiratoires. L'emploi continu de ces médicaments engendre une tolérance marquée bien que moins forte que celle pour les *analgésiques* majeurs. Les pharmacodépendances sont très fréquentes **et peuvent être graves**. Les morts par overdose de ces produits sont fréquentes mais sont invariablement (et probablement pour la majorité des cas avec raison) interprétées comme suicides.

A part les vraies pharmacodépendances, on connaît pour ces substances une dépendance particulière: celle des personnes qui *prennent* pendant des dizaines d'années chaque soir la même dose d'un même somnifère qui probablement, en vertu de la tolérance, a perdu tout effet pharmacologique sur le sommeil mais est pris à cause d'une dépendance psychique (la prise du médicament plutôt que le médicament lui-même).

A une époque, on croyait que les somnifères qui ont aussi des effets secondaires excitants sont particulièrement aptes à induire des pharmacodépendances graves: pour cette raison, une telle substance, le sécobarbital, a **même** été incluse dans la liste de l'ordonnance **d'exécution de la JFs-tuA**.

Lorsque des personnes dépendantes d'analgésiques majeurs, surtout de la diamorphine (HéroïneR) sont en état de manque et ne peuvent pas se procurer un analgésique majeur, **ils** essaient souvent (ou **les médecins leur** prescrivent) des sommifères pour aller leur souffrance. Parmi le grand nombre de somnifères disponibles, les "toxicos" préfèrent quelques-uns pour des raisons d'ailleurs totalement inconnues. Ces somnifères ont été inclus dans la liste des produits soumis à la LFstup!. Ce sont: la mécloqualone et surtout la méthaqualone (MandraxR, MotilonR, ToquiloneR).

La majorité des sédatifs somnifères disponibles appartenaient jusque dans les *années* 1970 à la classe des barbituriques. Depuis lors, l'écrasante majorité de tous les sédatifs-somnifères vendus sont des benzodiazépines. Nous énumérerons dans la suite quelques-uns des composés les plus fréquemment utilisés sur prescription ou sans prescription, dont une partie sont fréquemment abusée sans indication propre (abus hédonique = AH, *fréquent* = +++, occasionnel = ++, rare = +).

3.1. Barbituriques et barbituroïdes (produisant des effets semblables à ceux des barbituriques):

phénobarbital (LuminalR, Gardéнал)	PhH, OICM-B, PM++, MN-, AH-, SP-, CP-
sécobarbital	LFstup, PM-, MN+, AH+, SP-, CP-
hexobarbital (PhanodormR)	PM-, MN-, AH+, SP-, CP-
thiopental (PentothalR)	PhH, OICM-B, PM+, MN+, AH++, SP-, CP-
glutéthimide (DoridèneR)	PM-, MN-, AH-, SP-, CP-
méthylprylone (NoludarR)	PM-, MN-, AH-, SP-, CP-
méthiqualone (MandraxR, ToquiloneR)	LFstup, OICM-A, PM+, PMabus+, MN+, AH+ SP-, CP-

3.2. Benzodiazépines

diazépame (ValiumR)	PhH, OICM-B, PM+++ , PMabus++ , MN+ AH+++ , SP-, CP-
bromazépame SP-, CP- (LexotanilR)	OICM-B, PM+++ , PMabus++ , MN-, AH+++ , SP-, CP-
oxazépame (SerestaR, AdumbranR)	OICM-B, PM+++ , MN-, AH++ , SP-, CP-
nitrazépame (MogadonR)	OICM-B, PM++ , MN-, AH+ , SP-, CP-
flunitrazépame (RohypnolR)	OICM-B, PM+++ , PMabus++ , MN+++ , AH... SP+, CP-
triazolam (HalcionR)	OICM-B, PM+++ , PMabus++ , MN-, AH+ , SP-, CP-
midazolame (DormicumR)	OICM-B, PM+++ , MN-, AH++ , SP-, CP-

3.3. Autres

éthanol	Législation fédérale aliments et alcoolisme, PM-, MN-, AH+++ , SP-, CP-
---------	--

4. stimulants du système nerveux central,

La majorité de ces substances sont des dérivés de l'amphétamine qui à sont tour est un dérivé de l'éphédrine (le premier anti-asthmatique synthétique dérivé de l'adrénaline. L'éphédrine possède des effets stimulants sur le système nerveux central dans une mesure moindre et dont les effets de type amphétaminique peuvent et sont parfois renforcés par la consommation simultanée d'atropine ou d'atropinoïdes).

Ce sont des psychotropes qui créent un sentiment de bien-être (dès la première prise), une augmentation de tous les mouvements, spontanés et de la vitesse de la parole, une accélération de toute activité intellectuelle (souvent au prix d'une augmentation du nombre de fautes commises), une accélération et une Amélioration de toutes les performances, phvsitrues (également au prix d'un nombre de fautes augmenté), une suppression du sommeil, une diminution de l'appétit (effet anorexiant pour lequel la tolérance s'établit plus rapidement que pour les autres effets) et une euphorie et un contentement de soi-même nettement augmenté.

Médicalement, les amphétamines ont été et en partie sont utilisées pour obtenir une certaine euphorie (qui parfois calme des enfants surexcités auxquels on prescrit des amphétamines à cet effet), pour supprimer temporairement le sommeil, mais surtout comme auxiliaires pour des cures d'amaigrissement. Leur usage continu conduit relativement rapidement à une tolérance marquée. Une administration continue dépassant certaines doses limites peut induire des psychoses hallucinatoires. Aux doses habituelles, les amphétamines ne sont cependant pas des hallucinogènes et, même aux doses élevées, n'ont jamais été employés dans le but d'obtenir des *hallucinations*.

Les effets stimulants sont fortement augmentés au point de conduire à des actes de violence après administration intraveineuse. L'usage continu d'amphétamines engendre des pharmaco-dépendances très fortes maintenues souvent par la peur du syndrome de sevrage qui se manifeste par un sommeil prolongé, une lassitude générale, et surtout des dépressions très redoutables conduisant fréquemment au suicide. L'abus hédonique des amphétamines s'est répandu dès leur introduction comme médicament et a parfois pris des formes épidémiques (les "speed freaks" aux Etats-Unis, épidémie de toxicomanies à l'amphétamine au Japon dans les années 50, usage épidémique de la phenmétrazine = PréludineR en Suède).

Les amphétamines ont été fréquemment utilisées comme condiments d'orgie, généralement combinées à l'alcool. Les amphétamines sont couramment utilisées à grande échelle comme moyens de dopage pour des sportifs (surtout boxeurs et cyclistes).

Les nouvelles amphétamines sont souvent synthétisées comme instruments de dopage sportif et utilisées jusqu'à ce que les substances elles-mêmes ou leurs dérivés puissent être détectés dans l'urine.

De telles amphétamines ne sont pas enregistrées comme médicaments et peuvent atteindre le marché (noir des stimulants du système nerveux central "speed"). L'amphétamine et la méthamphétamine ont été soumises aux lois sur les stupéfiants en Allemagne et dans tous **les** pays européens occupés par l'Allemagne pendant la deuxième guerre mondiale. De nombreuses amphétamines ont été synthétisées en Europe après la deuxième guerre mondiale d'abord pour l'emploi thérapeutique. La grande majorité de tous les médicaments amphétaminiques ont été soumis aux lois nationales sur les stupéfiants dans presque tous les pays dans les *années* 1970 et 1980.

La cocaïne prise par voie orale ou injectée (par voie sous-cutanée ou intraveineuse) ou "sniffée" a pratiquement les mêmes effets que les amphétamines. Son effet anesthésique local qui, jusqu'aux années 60 a constitué la justification de son emploi médical, n'est plus utilisé. Il y a eu plusieurs épidémies de l'abus hédonique de la cocaïne dont la grande vague des années de la première guerre mondiale et des années après la première guerre mondiale: à cette époque la cocaïne était surtout utilisée comme condiment d'orgie ensemble avec l'alcool et a entraîné de nombreuses dépendances. L'épidémie actuelle d'abus de cocaïne commence dans les années 70 et a peut-être été induite en partie par une répression accrue des amphétamines.

La caféine possède, dans une mesure beaucoup plus faible, les effets de l'amphétamine. Introduite au début du 19e siècle, elle a toujours induit de nombreuses dépendances peu dangereuses. A l'heure actuelle, la dépendance de la caféine, prise sous forme de café ou de thé, est presque universelle pour les pays développés.

La *phéncyclidine* ("poudre d'anges" = "angel dust"), médicament employé en médecine vétérinaire comme anesthésique, injecté ou prise par voie orale chez l'homme a des effets excitants assez différents de ceux des amphétamines. Elle a donné lieu aux Etats-Unis et en petite partie en Allemagne à des vagues d'abus hédonique dans les années 70. Elle a *entraîné* des morts par surdosage et des dépendances apparemment pas très fortes conduisant souvent à des dépendances d'autres agents psychotropes.

4.1. Amphétamines

éphédrine (nombreuses spécialités en combinaison)	<i>PhH</i> , OICM-C, PM+++ ,MN-, AH+, SP-, CP-
amphétamine (AkedronR, Benzédrine)	LFstup, <i>PhH</i> , PM+,MN+, AH+++ ,SP-, CP-
dexamphétamine (DexédrineR,MaxitonR)	LFstup, PM++ ,MN+, AH++ ,SP-, CP-
méthamphétamine (PervitineR, "Red devils")	LFstup, PM-,MN++ , AH+++ ,SP+, CP-
méthylphénidate (RitalineR,PlimasineR)	LFstup, <i>PhH</i> , PM-,MN++ , AH++ ,SP+, CP-
phénmétrazine (PréludineR)	LFstup, PM-,MN++ , AH++ ,SP-, CP-
amfépramone ("diéthylpropione ", Régenon ~)	OICM-B, PM+,t2Q-, AH+,SP-, CP-
amphétaminil (ANIR)	LFstup, PM-,MN-, AH+,SP-, CP-
d-norpseudoéphédrine ("cathine" et nombreuses spécialités retirées récemment)	LFstup, PM était courante dans le passé,MN-, AH+,SP-, CP-
cathinone	LFstup-prohib, PM-,MN-, AH+,SP-, CP-
mazindol e (TéronacR)	OICM-B, PM++ ,MN-, AH++ ,SP-, CP-
"ectasy"	PM-,MN+++ , AH+++ ,SP++ , CP+

4.2. Cocaïne

cocaïne (chlorhydrate)	LFstup-prohib, PM-,MN+++ ,AH+++ ,SP+++ CP+++
cocaïne, base libre ("crack")	LFstup-prohib,PM-,M.N+++ ,AH++ ,SP++ , CP+

4.3. Autres

caféine	législation fédérale denrées alimentaires, PhH, PM++, MN-, AH+++, SP- CP-
nicotine	législation fédérale denrées alimentaires, législation fédérale toxiques, PM-, MN-, AH+++, SP-, CP-
phéncyclidine	médicament vétérinaire, LFstup, PM-, AH-, MN-, SP-, CP-

CANNABIS (CHANVRE), CANNABINOLS, CANNABINOIDES

La résine et les poils glanduleux des plantes femelles de chanvre (pas seulement de chanvre indien, mais de toutes les variantes de chanvre) contiennent une série de composés connus, dont surtout le cannabidiol (dépourvu d'effets psychotropes, mais capable d'augmenter les effets d'autres constituants du chanvre ainsi que d'autres médicaments), le delta-9-tétrahydrocannabinol (delta-9-THC), parfois le delta-8-THC et le cannabinol. Le delta-9 et le delta-8 cannabinol sont des psychotropes qui n'ont cependant jamais été utilisés comme tels à l'état purifié.

L'abus hédonique largement répandu dans beaucoup de pays, y compris l'Europe et la Suisse, porte sur différentes préparations des parties supérieures fleuries des plantes femelles de chanvre, plus ou moins enrichies en principes actifs. Ces préparations sont soit fumées, généralement en combinaison avec du tabac (lors des consommations par fumée de tels mélanges, 80% des principes actifs brûlent), soit ingérées par voie orale (absorption intestinale des principes actifs 40 à 50%). L'effet escompté est une certaine sédation, une détente, un éloignement des problèmes quotidiens et une apathie agréable, accompagnée d'une douce euphorie. Rarement, on observe cependant de l'inquiétude et un état d'irritation agressive. En leur absence, les pensées et leur association sont ressenties comme agréables.

La perception de gosses et dans une moindre mesure d'images, devient plus intense: la musique devient plus belle et les couleurs deviennent plus luisantes.

Des doses faibles correspondant à 5 à 7 mg de delta-9-THC assurent tous les effets sédatifs. A des doses supérieures à 15 mg de delta-9-THC, il y a des irritations, parfois des hallucinations. Plus fréquemment que des hallucinations, on observe des illusions, c'est-à-dire des déformations d'images réelles en images correspondant plus à des objets désirés (par exemple de collines de montagne en images de seins de femme pour des hommes, ou transformation d'un pic de montagne en phallus chez des femmes). Des doses plus fortes peuvent produire de vraies hallucinations, agréables ou redoutables.

Bien que certains effets chez l'animal d'expérience soient soumis à une tolérance, lors de l'administration continue il n'y a pratiquement pas de tolérance chez les consommateurs humains de cannabis utilisant ces produits à des fins hédoniques parce qu'en général les doses sont suffisamment espacées, et les *quantités* consommées relativement faibles.

La consommation, même fréquemment répétée de faibles doses de chanvre et de préparations de chanvre n'entraîne pas de Pharmaco-dépendanciZ; rarement une dépendance ressemblant à celle des personnes prenant un comprimé d'un somnifère tous les soirs pendant 30 ans. Les rares cas de vraie dépendance ont été observés chez des consommateurs de doses très fortes. Ces dépendances sont généralement rapidement réversibles. Le syndrome de sevrage est alors un état d'irritation très passager.

Des préparations de cannabis ont été utilisées dans la médecine indigène de l'Inde et de quelques pays africains, mais ne sont pas utilisées en médecine scientifique. Des doses moyennes de cannabis peuvent cependant chez un nombre de malades (pas chez tous les malades) souffrant de nausées et de vomissements à la suite d'irradiations ionisantes ou de l'administration de médicaments cytostatiques, alléger ces symptômes. En pratique, les services spécialisés utilisent à cet effet non pas les préparations de cannabis, mais des cannabinoïdes synthétiques dont aucun n'est encore admis à la commercialisation en Suisse.

5. Cannabis, cannabinols, cannabinoïdes

Préparations:

marihuana ("herbe", "bang", "kif")	généralement fumé, contient peu de delta-9-THC; LFstup-prohib, PM-, AH+++ , MN+++ SP+++ , CP+++
haschich	préparation enrichie en delta-9-THC; LFstup-prohib, PM-, AH+++ , MN+++ SP+++ , CP+++
huile de cannabis	solution huileuse de la résine pure très riche en principes actifs; LFstup-prohib, PM-, AH+++ , MN++ , SP++ CP+++

HALLUCINOGENES ("PSYCHOTOMIMETIQUES")

Tous les hallucinogènes provoquent généralement après ingestion orale, parfois consommés sous forme de fumée, des hallucinations presque toujours visuelles et parfois tactiles, très rarement auditives (à l'encontre des hallucinations de la schizophrénie qui sont très souvent auditives). Des hallucinations qui persistent pendant des temps variables, dépendant entre autres de la dose ingérée, peuvent constituer une série d'images agréables ("bon voyage") ou bien désagréables et terrifiantes ("mauvais voyage = bad trip").

Les consommateurs cherchent un voyage qu'ils espèrent bon, prenant le risque qu'il soit mauvais. Les hallucinations sont souvent précédées par des erreurs grossières de l'évaluation des distances, de l'espace et du temps.

Le danger principal de la consommation des hallucinogènes consiste dans des accidents dus à ces troubles de la perception de la distance ou du temps, mais aussi parfois dus à des réactions violentes contre des suites d'hallucinations ressenties comme menaçantes. Des mauvais voyages peuvent induire des accidents, des automutilations, voire même parfois des suicides.

Des phénomènes terrifiants parce qu'imprévisibles sont les "flashbacks,": c'est-à-dire le fait qu'à des temps variables après la dernière ingestion d'un hallucinogène commence brusquement une série d'hallucinations, c'est-à-dire un voyage bon ou mauvais sans nouvelle consommation d'hallucinogènes impliquant les mêmes risques qu'un voyage produit par voie pharmacologique. Il n'y a pas de tolérance notable aux hallucinogènes, qui d'ailleurs ne sont jamais employés à intervalles réguliers à espace très court. Il est généralement impossible d'exprimer oralement, par écrit, sous forme de dessin ou de peinture, les sensations ressenties pendant un voyage: des peintres ont cependant essayé et peut-être réussi à les reproduire après la fin d'un voyage, dû principalement à la mescaline. il n'y a pas de pharmaco-dépendance aux hallucinogènes et même des dépendances "par habitude" sont excessivement rares. L'usage et même l'abus d'hallucinogènes n'induit pas de psychose du type schizoïde. Les personnes souffrant de psychose du type schizoïde ont cependant parfois abusé d'hallucinogènes.

En psychiatrie, des expériences ont été faites pour utiliser des hallucinogènes pour dévoiler le subconscient - un peu naïvement - comme la police de certains pays a essayé d'utiliser l'ivresse produite par des barbituriques pour obtenir des renseignements que des prévenus voulaient *cache*r ("sérum de la vérité" = truth serum). En psychiatrie, de telles expériences n'ont donné aucun résultat utilisable: il n'y a donc à l'heure actuelle pas d'usage médical des hallucinogènes.

Certains hallucinogènes sont utilisés occasionnellement dans des rites religieux de certains sectes. En Suisse, tous les hallucinogènes sans exception sont soumis à la LFstup et sont totalement prohibés.

Abréviations et sigles

PM = prescription médicale	+++ fréquent ++ occasionnelle • rare ‡ très rare
AH = abus hédoniques	+++ fréquents ++ occasionnels • rares ‡ très rares
MN = vendu aux marchés noirs en Suisse	+++ fréquemment ++ parfois • rarement ‡ très rarement
SP = saisies policières en Suisse	+++ fréquentes ++ occasionnelles • rares • très rares
CP = condamnations pénales d'usagers (ou de trafiquants)	+++ fréquentes ++ occasionnelles • rares • très rares
LF-stup:	soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants
LF-stup-lim:	soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants à partir d'une dose limite
LF-stup-prohib:	totalement interdit par la Loi fédérale sur les stupéfiants
PhH:	substance mentionnée comme médicament dans la pharmacopée suisse (7e édition)

OICM

médicament dont la vente a été autorisée par l'Office intercantonal de contrôle des médicaments

OICM-A: dans les pharmacies sur prescription médicale non renouvelable

OICM-B: dans les pharmacies sur prescription médicale renouvelable

OICM-C: dans les pharmacies seules, mais sans prescription

OICM-D: dans les pharmacies et drogueries, sans prescription

OICM-E: dans tous les commerces, sans prescription

Complément à l'étude Suisse : Les médias et l'opinion

Yves Fricker
Stefano Spinelli

L'analyse des politiques législatives en matière de prévention de la toxicomanie ne saurait se limiter à l'étude du débat parlementaire qui lui a donné le jour. Les enjeux et les sensibilités qui entourent la question drogue font qu'elle saurait se confirmer dans l'enceinte législative **et ses** prolongements naturels : groupes d'experts; autorités politiques locales; représentants de groupes d'intérêts; etc. Un thème tel que la consommation de drogue occupe en effet une place considérable dans l'opinion. De façon générale, dans la mesure où la conjoncture politique - à travers des conflits internes par exemple - et la situation économique - à travers la question de l'emploi - n'imposent pas leurs priorités propres, les thèmes de la drogue et de l'environnement arrivent en tête dans les sondages qui cherchent à mettre en évidence les thèmes qui préoccupent l'opinion.

C'est l'analyse de cette dimension contextuelle de la mise en place des politiques législatives en matière de prévention de la toxicomanie qu'envisagent les quelques pages qui suivent.

Une telle analyse d'opinion devrait porter essentiellement sur les années 1970-751 en suivant le calendrier du débat législatif. Elle envisagerait la période ultérieure de façon plus ponctuelle afin d'examiner les inflexions de l'opinion qui ont suivi la mise en place de l'appareil législatif.

L'objectif initial est bien sûr celui de la faisabilité d'une telle entreprise. Néanmoins, cette question ne saurait être abordée qu'en regard des objectifs spécifiques que se fixe l'analyse. De ce point de vue, **les problèmes suivants** ont été retenus

- (1) L'analyse visait à identifier les "entrepreneurs moraux" qui sont intervenus dans le débat. Cette identification permettra d'examiner le type de légitimation qui valide leur discours.

*Période durant laquelle l'actuelle législation en matière de toxicomanie a été discutée au niveau parlementaire.

- (2) Ensuite il conviendrait de dégager les rhétoriques mises en oeuvre dans le cadre du débat à l'extérieur du Parlement. Cette analyse recouvre au moins pour partie celle qui précède, notamment dans la mesure où rhétoriques et formes de légitimation du discours ont partie liée.

Toujours au sujet des rhétoriques mises en oeuvre, il conviendrait également d'examiner les deux questions suivantes

- (2a) Analyser les disparités régionales ou même cantonales;
- (2b) Examiner dans quelle mesure le débat suisse revêt un aspect spécifique ou, au contraire n'est que le reflet d'un débat plus [large](#). de nature transnationale.

Les deux questions ci-dessus ne sont pas sans lien entre elles. En effet, les clivages linguistiques de la Suisse correspondent à des différences d'attitudes qui offrent comme un reflet de celles qu'on observe au niveau européen, entre les pays voisins de même groupe linguistique. Ce phénomène recouvre un champ d'attitudes relativement diverses qui englobe notamment les attitudes face à la drogue et la toxicomanie. A titre d'illustrations, les sondages permettent d'observer qu'en matière de criminalisation de la consommation de drogue, l'opinion des Suisses français se différencie fortement de celles des Suisses allemands et que cette différence recouvre sensiblement celle qu'on observe entre la France et l'Allemagne.

- (3) [Enfin](#), et en conséquence des remarques qui précèdent, l'étude devrait s'attacher à l'examen des attitudes qui prévalent dans l'opinion suisse à l'égard de la question de la criminalisation de la consommation de drogue. Ce dernier volet de l'analyse mettrait l'accent aussi bien sur l'évolution de l'opinion que sur sa différenciation régionale et sociographique.

Du point de vue méthodologique, les points 1 et 2 peuvent être abordés à travers une analyse du contenu des médias tandis que les résultats de sondages disponibles nous permettraient de traiter le point 3. Si ce dernier point ne soulève guère de problèmes, il n'en va pas de même des deux premiers en raison des spécificités des médias et plus particulièrement de la presse écrite suisse.

Lorsqu'on envisage les médias suisses, il est fort difficile de sélectionner un réflecteur ou un groupe de réflecteurs qui corresponde même de loin à une opinion modale propre à l'ensemble des pays. Le fait est particulièrement évident en regard de la presse écrite suisse. Cette dernière est comparativement très diversifiée et reste largement régionale, voir locale, dans sa diffusion comme dans son contenu, en raison de la diversité linguistique et du cantonalisme qui marque la vie publique des pays. Une remarque du même genre s'applique également pour partie aux médias audio-visuels. Les télévisions nationales organisées selon les divisions linguistiques du pays, disposent en effet d'une large autonomie.

Dans ces conditions, toute analyse par trop globalisante risque d'être trompeuse et de se refermer sur une illusoire opinion modale. En outre, le phénomène signalé ici se complique encore du fait de la forte pénétration des médias étrangers en Suisse.

Ainsi par exemple, pour ce qui est de la Suisse romande, la IV suisse se trouve en concurrence directe - déjà durant l'époque sous considération - avec les chaînes TV françaises. La TV suisse romande capte le plus souvent moins de 50 % du public. Un phénomène du même type se retrouve au niveau des radios et de la presse écrite lorsqu'on considère ce qu'on appelle le "public attentif", c'est-à-dire cette frange de la population qui se déclare très intéressée et attentive à la vie politique et à l'actualité. Du point de vue de la presse écrite ce lectorat se reporte non seulement à un quotidien local mais également à un organe de la "presse d'élite internationale". **Ce dernier** sera le plus souvent français ou anglo-saxon, il correspondra plus rarement au grand quotidien zurichois du même niveau, la "NZZ".

La situation qui vient brièvement d'être décrite a deux conséquences du point de vue de l'analyse de contenu proposées ici

- Un examen rigoureux du contenu de la presse écrite suisse s'avère des plus laborieux. Sans même chercher à être tant soit peu exhaustif, il impliquerait le dépouillement de 20 à 30 quotidiens qui sont simplement

archivés notamment à la Bibliothèque nationale. Non seulement ces quotidiens ne sont pas disponibles sous forme informatisée, mais en outre ils ne font pas l'objet d'une indexation de leur contenu.

Une telle investigation extrêmement lourde s'avérerait peut-être en outre insuffisante en raison de l'ouverture du pays à une forte pénétration des médias étrangers.

Ce double constat nous a conduit à aborder l'analyse **de la presse écrite** à partir de dossiers déjà constitués. Dans le cadre de l'analyse exploratoire - qui envisage essentiellement des questions de faisabilité - nous nous sommes limités à une seule source : La collection des coupures de presse rassemblée par les services du Parlement à l'intention des élus des deux Chambres.

Chaque grand débat parlementaire fait l'objet d'un dossier de presse. dossier de presse qui sert de documentation aux élus. Une telle sélection ne se veut nullement un échantillon systématique de la presse suisse, sa visée est essentiellement informative. Notre source comporte donc un "biais" qui renvoie tout d'abord à l'objectif de ceux qui l'ont récoltée.

Autant que nous pouvons en juger dans le cadre de notre [pré-enquête](#), la sélection opérée semble avoir privilégié le discours légitimé institutionnellement et/ou scientifiquement. Les interventions d'élus et d'hommes politiques sont particulièrement rares, les textes qui rendent compte du débat parlementaire lui-même sont peu nombreux. Les faits divers sont quasi-absents de ce corpus : saisies en douane ou arrestations de trafiquants n'apparaissent pas dans le cadre des coupures retenues. **Les articles** récoltés rassemblent par contre bon nombre de textes qui émanent d'intervenants extérieurs au milieu parlementaire qui ont été partie prenante au débat, parfois à travers les travaux des commissions parlementaires. En d'autres termes, conformément à son mandat, le service qui s'est chargé du dépouillement semble avoir privilégié une expertise ou un discours légitimé institutionnellement tout en assurant une couverture relativement large de la presse suisse.

Le corpus sous considération rassemble fia articles ou série d'articles qui sont issue de 27 organes de la presse écrite, quotidienne ou périodique. L'ensemble des textes ainsi rassemblés ont été publiés entre 1971 et 1977 et le corpus déborde donc la durée du débat législatif.

La plupart des titres de journaux ne sont représentés qu'une fois dans cet ensemble, tandis que deux quotidiens alémaniques (La *Neue Zürcher Zeitung* et le *Tages-Anzeiger*) fournissent 18 items de la collection.

De façon plus analytique, nous fournissons ci-dessous la liste des titres retenus plus d'une fois dans le cadre du corpus avec leur fréquence d'apparition

Neue Zürcher Zeitung	11 fois
Tages-Anzeiger	7 fois
Tribune de Genève	4 fois
Die 'W'elt-v-och	3 fois
Gazette de Lausanne	3 fois
24 Heures	3 fois
Der Bund	3 fois
National Zeitung	3 fois
Journal de Genève	2 fois
Basler Nachrichten	2 fois

Un rapide examen du contenu des corpus nous a conduit à établir une première et provisoire classification des coupures selon l'élément dominant du point de tue de la substance de l'article considéré. Chaque "élément dominant" est en isagé en fonction de sa fréquence relative d'apparition au sein du corpus.

Articles proposant une expertise universitaire ou scientifique sur la question, légitimation scientifique et/ou institutionnelle d'un discours dans la majorité des cas de source médicale.	24
Articles qui visent essentiellement les questions de la criminalisation de la consommation et/ou portent sur les thèmes "répression - prévention - thérapie".	16
Articles qui se centrent sur la loi et le débat législatif.	10

Analyse d'expériences étrangères (Amsterdam; New York).	8
Articles centré sur une expérience cantonale particulière ou une institution de soins spécifiques.	10
Articles qui envisagent l'action au niveau des organisations internationales.	5%
Articles alarmistes au contenu essentiellement émotionnel.	8
Articles de 1977 soulignant que la diffusion de la consommation condamne la législation nouvellement mise en oeuvre.	4
Articles de 1977 liant la consommation de drogue avec diverses formes de criminalité.	4
Non-classé au sein des rubriques précitées.	11

L'analyse d'un corpus tel que celui envisagé ici, pour peu qu'il soit recoupé avec d'autres dossiers de presse et d'autres sources d'information (débat parlementaire, peut-être interviews) est à même de répondre partiellement aux questions que soulève le problème du rôle de l'opinion et des médias dans le cadre de la mise en place de la législation suisse en matière de toxicomanie.

Une telle analyse devrait nous permettre d'identifier les entrepreneurs moraux qui se sont manifesté dans le cadre du débat. Elle devrait nous autoriser également à examiner une partie des rhétoriques qui ont encadré la mise en place de l'appareil législatif. Il convient cependant de souligner qu'un corpus d'articles de presse récoltés en vue de fournir une information légitimée institutionnellement et/ou scientifiquement ne nous permettra d'atteindre que la partie la plus rationalisée du débat et laissera dans l'ombre tout un "non-dit". Il est dès lors à craindre que les rhétoriques que pourra mettre à jour une telle analyse ne constitue qu'un doublet du débat parlementaire qui fournit un corpus systématique analysé d'autre part dans le cadre de la présente enquête.

Le "non-dit" envisagé ici est censuré au niveau des élites partie prenante dans le processus législatif en raison de son contenu émotionnel et fantasmatique. Ce non-dit de notre corpus a sans doute constitué la toile de fond du débat. Socle d'attitudes largement partagées, il n'a pas commandé mais pour le moins autorisé et peut-être appelé la mise en place du présent appareil législatif. Si l'on souhaite atteindre un tel terrain, c'est non pas du côté de la NZZ qu'il convient de le chercher mais peut-être dans **les lettres** de lecteurs auxquelles s'ouvre volontiers la presse locale.

C'est en soulignant ses imperfections que l'Exécutif a présenté la loi actuellement en rigueur; c'est faute de mieux qu'y ont souscrit les Parlementaires. Cet acquiescement par défaut renvoie bien évidemment à un "mieux" jugé impraticable. inaccessible ou utopique qui donne aujourd'hui encore son axe au débat qui nous intéresse ici. Il renvoie également et peut-être tout autant à un "pire". refoulé du débat. qui n'apparaît que dans quelques rares textes de notre échantillon - du type "la drogue à New York"- sorte de lapsus de notre corpus.

septembre 1993

**Bref historique de la situation genevoise
dans le domaine des toxicomanies**

**Pierre-Yves Aubert
Infor Jeunes / HG**

1965-1975 : de la contestation à l'exclusion.

L'émergence du phénomène "drogues" dans les années 65-75 est en lien étroit avec la prise de conscience par la jeunesse de son rôle et de son importance économique.

Dans les années 60, ceux que l'on appelle volontiers "les drogués" sont généralement issus de classes sociales favorisées et portent à travers la consommation un discours d'opposition au système. C'est l'époque de la recherche dans et sur soi, des "utopies" marcusiennes, du retour à la nature. Les produits consommés sont essentiellement le haschich, les hallucinogènes et la morphine. Bref, les consommateurs de l'époque, qu'ils soient toxicomanes ou non, renvoient à leurs contemporains l'image d'une servitude matérialiste abhorrée. C'est aussi le refus du travail pour le travail, ou pire, du travail pour l'argent !

Le travail social est également fortement imprégné de ce mouvement et se reconnaît dans cette position de refus. Rappelons qu'à l'époque et jusqu'en 1973 aucune difficulté économique majeure ne viendra obliger les protagonistes de ce drame social à se confronter aux réalités de notre société, pas plus le hippie du flower-power, le politicien construisant sa carrière à coups de désignation de bouc-émissaire et d'oppositions simplistes que l'intermédiaire désigné l'éducateur à barbe fleurie !

C'est donc en toute irresponsabilité que dans le début des années 70 se met en place un discours politique et social construit sur l'exclusion. Ce dernier va être renforcé, voire scientifiquement démontré par tout un aréopage de praticiens aux origines hétérogènes et, sensationnel oblige, relayé par les médias. Ceci va contribuer à construire les représentations du toxicomane qui vont prévaloir jusque dans le milieu des années 80 : sans aucune distinction d'usage, celui qui consomme est un toxicomane, un délinquant pervers, bref un criminel dangereux. Au "mieux" on rejettera la responsabilité sur le produit pour considérer la personne comme une victime irresponsable qu'il faut soigner malgré elle.

En parallèle à ce manichéisme tranquille du social, la crise économique va jeter (concurrence professionnelle et chômage obligent) nombre de jeunes en difficulté dans une consommation en apparence de contre culture, mais qui dès le milieu des années 70 montrera son vrai visage de ghetto subi et non choisi.

En 1972, le centre d'accueil et de consultations des Vollandes fut le premier service spécialisé à ouvrir ses portes. Géré conjointement par les Départements de l'instruction publique et de la Santé publique, le centre devient en 75 le Drop In et s'inspire dans son fonctionnement des "free clinics" anglo-saxonnes. L'équipe est pluridisciplinaire (travailleurs sociaux, psychologues, médecins, infirmiers), l'accompagnement psycho-social y est privilégié.

D'un autre côté, la répression s'organise. La fin de cette période est marquée par la révision de la LFStup (75). Mis à part les possibilités de traitement extra-pénal, les distinctions envisagées par cette nouvelle loi (drogue douce-drogue dure, consommateur-trafiquant) s'avèrent inopérantes sur le terrain.

Les premières expériences d'information en milieu scolaire sont mises en place. A cette époque, les messages de prévention sont avant tout fondés sur la dissuasion (diabolisation du produit), on entend dans le public les rumeurs les plus folles à propos de la consommation de "drogues".

1975-1985 : Empirisme et querelles de chapelles

Cette période est marquée à la fois par des changements dans la "scène" et par la mise en place de la plupart des structures d'aide et de soins, tant publiques que privées, que nous connaissons encore aujourd'hui.

L'héroïne fait son apparition sur la scène (première saisie en 1974). Le LSD et la morphine disparaissent pratiquement. En raison du coût énorme du produit, l'injection intraveineuse se généralise. On observe également de plus en plus de polytoxicomanie. Le mélange alcool-benzodiazépine est fréquemment utilisé pour pallier aux carences d'un marché qui, petit à petit, se professionnalise. La marginalisation et la précarisation des toxicomanes est de plus en plus perceptible et conduit à des débuts de scènes ouvertes qui se déplacent au gré des opérations de police.

La sélectivité d'une société à deux vitesses se fait de plus en plus en sentir. Les toxicomanes deviennent suffisamment nombreux pour qu'une économie de la prise en charge prenne forme. L'Etat et plusieurs associations naissantes créent des services que maintient "une pluralité des modes de prise-en-charge".

C'est tout d'abord des associations, l'AGADEF, association d'entraide familiale (dissoute en 93), puis l'APRATO, association proposant des placements en famille d'accueil (dissoute en 87). En 78 s'ouvre le Toulourenc, centre résidentiel socio-thérapeutique proposant des séjours d'une année basés sur un programme en trois phases et géré par une association (actuellement ARGOS) subventionnée par le Département de la Prévoyance sociale et Santé

publique. Puis en 1980 le Tram, maison de traitement pour toxicomanes en exécution de peine (actuellement maison de Pinchat), rattaché au Département de Justice et Police. Durant cette période la méthadone commence à être utilisée dans des permanences médicales puis dans des cabinets privés, d'abord en vue de sevrage ambulatoire puis pour des traitements de substitution de plus en plus longs.

En 1981, le conseil d'Etat nomme une commission mixte (public-privé) en matière de toxicomanie en vue de formuler une politique cohérente.

La même année le Drop In est rattaché aux Institutions Universitaires de Psychiatrie et devient la Division pour Toxicodépendants. En 1985, suite au premier rapport de la commission mixte s'ouvre le CRMT (ARGOS), centre résidentiel socio-éducatif proposant des séjours de trois mois axés sur un projet de réinsertion, et la Villa "Les Crêts" (IUP), unité hospitalière assumant notamment les sevrages qui se faisaient jusque là en clinique psychiatrique.

D'autres services, non spécialisés mais appelés à travailler également avec cette clientèle se mettent sur pied. Lieu d'accueil et d'information (le Point, Infor Jeunes), d'aide sociale (Carrefour), de réinsertion (l'Orangerie, la Bisaigue, Realise), d'activités (le Caré, le Bateau), d'hébergement (le Pont, le Racard, le Pertuis, Infor Jeunes).

Dans cette période où tout est à découvrir, les polémiques vont bon train. Chacun pense détenir la solution, quand ce n'est pas la vérité. (Les toxicomanes sont des cibles de choix pour les sectes, on ne fait "que" changer l'objet de la dépendance.) Beaucoup de lieux sont dirigés par des personnalités aux idées fortes.

Dès 1979, une vingtaine de professionnels se regroupent à titre individuel afin de sensibiliser l'opinion à la situation dramatique dans laquelle se trouvent certains consommateurs. Constitué en association, le GTPC propose dès 83 une réflexion sur la dépénalisation.

Dans le monde médical une opposition se dessine entre traitement médical ou accompagnement medico-psycho-social. Ces deux approches sont en résonance directe avec le monde socio-éducatif où les comportementalistes affrontent les humanistes. Ici, l'absence de références de type sociologique, ethnographique ou économique sur les drogues va faciliter la prédominance de la médicalisation de la problématique.

Les approches prenant en compte l'environnement familial du toxicomane se développent également vers la fin des années 70. Il

faudra d'ailleurs le succès de l'analyse systémique pour esquisser une transversalité entre médical et social.

Ces rivalités font apparaître le clivage entre deux appréhensions opposées de la consommation de drogues illégales et que l'on retrouve dans le public.

Le modèle dominant de la guerre à la drogue vise l'éradication du problème (d'autres préféreraient le nier). Ce modèle est renforcé par de véritables campagnes de désinformation tant au niveau local qu'international, où le consommateur de drogues illégales s'illustre par sa faiblesse et sa perversité. Les approches sont tout aussi extrêmes, l'aide n'est accordée qu'en vue d'une stricte abstinence ou alors, on propose des traitements de substitution qui seraient "l'insuline des diabétiques". La référence à la Loi fait force.

Le modèle opposé repose sur une lecture plus globale du phénomène, reconnaissant l'existence dans toutes sociétés d'individus dépendants de substances psychotropes, et le rôle de ces derniers dans toutes civilisations. La référence est ici la santé publique. C'est le modèle dit pragmatique qui vise à gérer la problématique pour mieux la réduire.

1985-1993: le bouleversement du sida

Il aura fallu le sida pour que nombre d'intervenants en toxicomanie se décident à proposer de l'aide sans moraliser sur la consommation. Mais le réveil est dur. Le matériel d'injection ayant été interdit à la vente depuis le début des années 70, on découvre les ravages de la clandestinité sur le plan de la santé : séropositivité, hépatite, abcès occasionnés par le partage d'aiguilles émoussées et de produits frelatés, sur le plan économique : surendettement, et sur le plan psycho-social : incarcérations répétées, solitude et détresse affective.

La crise économique aggrave encore les difficultés de logement et surtout -d'emploi. Des scènes ouvertes apparaissent dans plusieurs grandes villes où les consommateurs les plus désinsérés et précarisés tentent de survivre hors de tout réseau de soutien local ou familial. La majorité sont polytoxicomanes. La cocaïne fait son apparition. Les scènes ouvertes font également apparaître une autre réalité jusque là occultée, celle de la multiplicité des usages. On voit ainsi des consommateurs insérés abandonnant la cravate pour venir se ravitailler pendant une pause de travail. Face à l'alternative délinquant-malade une nouvelle identité se revendique, celle de consommateur-citoyen. A Bienne un groupe d'auto-support voit le jour. A Genève quelques timides tentatives apparaissent.

Chez les plus jeunes, sans commune mesure avec les images surmédiatisées des scènes ouvertes, la consommation de haschich

reprend après quelques années de désuétude, mais c'est l'usage d'alcool, de solvants et surtout d'extasy qui pose problème.

La police quant à elle continue d'appliquer la loi. En réponse à la pression populaire, les opérations menées sur la scène ressemblent plus souvent à des stratégies de harcèlement des consommateurs qu'à des enquêtes pour remonter les filières d'approvisionnement. Il faudra attendre les collaborations des années 90 pour que, par exemple, on cesse d'amender les personnes pour une simple détention de matériel d'injection. En corollaire, le trafic se professionnalise davantage, c'est l'époque des scandales financiers et dans l'opinion publique on commence à percevoir l'immense complexité du phénomène drogue.

En 89, la sous-commission fédérale des stupéfiants publie un rapport mettant en cause la politique de répression menée depuis 70. Les drogues illégales restent disponibles sur le marché comme n'importe quel produit de consommation courante, le trafic enrichit dangereusement les circuits mafieux et la répression s'exerce davantage sur les consommateurs que sur ceux qui tirent profit du commerce. Malgré ces constats dramatiques, l'idée d'une révision de la LFStup est écartée. Plusieurs cantons apportent des modifications importantes à leur politique en matière d'aide aux personnes dépendantes. Genève opte en 91 pour une politique de réduction des risques.

La nécessité de collaboration entre les services et entre les Départements concernés (Prévoyance sociale et Santé publique, Instruction Publique, Justice et Police) se fait de plus en plus en sentir. On voit ainsi, à l'initiative du Groupe Sida Genève créé en 87, la mise en place du Bus Itinérant de Prévention Sida (BIPS 91). Le choix d'une unité mobile est justifié par la crainte de concentrations trop visibles.

Au-delà de la remise de matériel d'injection stérile, le bus est une opportunité d'entrer en contact avec une population très marginalisée et d'adapter au mieux les messages de prévention aux réalités -de la scène. Il permet en outre d'assurer un relais avec les structures d'aide et de soins. La concentration du marché sur les scènes ouvertes occasionne une baisse substantielle du prix des produits qui renforce encore les effets de ce type d'action. Depuis une année environ, On observe des modifications de l'usage recrudescence de l'héroïne inhalée (le dragon) ou sniffée et recul de l'injection.

Dans des circonstances analogues sur le plan des collaborations et pour les mêmes impératifs d'aide à la survie, le Programme Interinstitutionnel de Méthadone s'ouvre en 93. La notion de traitement est abandonnée au profit de celle de maintenance. Dans d'autres cantons débutent des projets expérimentaux de prescription d'héroïne et de morphine. Ces stratégies visant une dépénalisation

de fait de la consommation, ou plus précisément une médicalisation de la consommation, vitales pour les personnes les plus précarisées, ne lève pas l'ambiguïté du régime de prohibition qui, au nom de la santé publique, intervient sur le comportement privé des personnes et ne résout en rien le problème que pose à la société l'usage de toxiques illicites.

Si le sida a contribué à faire évoluer les représentations du consommateur de drogues illégales dans le public (on le reconnaît plus volontiers comme malade que comme délinquant), les réactions de rejet et d'exclusion des plus désinsérés persistent voire se renforcent. Le toxicomane dérange et, dans sa relation à la collectivité, il n'est pas seul en cause. C'est pourquoi dès 89, Infor Jeunes et la Division pour Toxicodépendants mettent à profit leur collaboration pour élaborer un projet d'action communautaire. Renforcé par deux autres institutions (Protection de la Jeunesse et Argos) le Programme Interinstitutionnel de Prévention (PRIP) débute en 91 grâce à un financement de l'Office Fédéral de la Santé Publique.

L'objectif est double. Il s'agit d'une part d'aller à la rencontre des consommateurs qui ne sont pas touchés ou en rupture avec le réseau médico-social, et d'autre part d'interroger la collectivité sur ses capacités à réduire les phénomènes d'exclusion. Les interventions (observations de rue, contacts avec différents partenaires, échanges de savoirs) privilégient les ressources collectives et permet aux services d'aide et de soins de poursuivre l'amélioration de leur accessibilité. Au terme de ce programme expérimental de 18 mois, les rapports d'évaluation mettent en avant plusieurs nécessités : amélioration de la collaboration entre les différents secteurs concernés (notamment médical et social), élargissement des dispositifs d'aide non fondés sur l'abstinence (création d'un lieu d'accueil), poursuite de l'appui aux réflexions des collectivités et discussion sur le cadre législatif actuel.

En ce qui concerne la prévention en milieu scolaire, après avoir abandonné dans les années 80 l'information systématique, l'équipe d'Education Pour la Santé du Service Santé Jeunesse base son travail dès 90 sur le concept de promotion de la santé et intègre des notions de prévention dans les cours existants (biologie, sciences naturelles, etc.)

Le passage obligé des jeunes à l'école permet également d'envisager des programmes spécifiques de travail avec les enseignants et les parents. Ici également on relève la nécessité d'utiliser des stratégies de relais entre jeunes, adultes et professionnels socio-médicaux. En dehors du milieu scolaire, seuls quelques centres de loisirs intègrent des actions de prévention à leurs activités.

Très prochainement, une nouvelle équipe interinstitutionnelle de prévention et d'action communautaire va débiter (Infor Jeunes et Division pour Toxicodépendants). Il s'agit de poursuivre l'appui aux collectivités amorcé par le PRIP, notamment par la promotion de projets d'actions locales visant les jeunes (pré) consommateurs et la formation de personnes ou groupes relais. Cette nouvelle action sera basée dans les locaux d'Infor Jeunes et bénéficie d'une aide financière de l'OFSP.

Reste en suspens pour l'instant, la question d'un lieu d'accueil assurant l'aide sociale et sanitaire de première nécessité et, plus épineux sur le plan politique, la question d'un lieu d'injection.

Le débat sur le cadre législatif semble être essentiellement initié par deux initiatives opposées qui résument encore une fois le clivage dans la perception du phénomène : "Pour une jeunesse sans drogue" et "Pour une politique raisonnable en matière de drogues".

Il est à noter toutefois que depuis 90, le milieu socio-éducatif évolue vers une plus grande ouverture et un plus grand respect de la personne dépendante ainsi qu'une volonté plus marquée d'appréhender le phénomène dans son ensemble.

SOINS AUX TOXICOMANES ET REPRESSION

Dr. Jean-Louis MARTIN

Introduction

Les vingt dernières années ont été marquées par l'affluence des personnes dépendantes en milieu carcéral, les condamnations ayant triplé entre 1974 et 1988. Les statistiques fédérales à notre disposition (1) ne prennent pas en compte le poids de la prison préventive. Cependant, en 1989, sur les 890 condamnations pour infraction à la loi sur les stupéfiants inscrites au Casier judiciaire central, 50 % des peines sont inférieures à une semaine et leur durée moyenne est de 11 jours. L'accueil de ces personnes incombe généralement à des établissements de type préventif. Cette durée d'incarcération - si nous postulons que la prison puisse avoir un effet bénéfique sur l'état des toxicomanes - permet à peine de réaliser un sevrage physique des opiacés.

Cet état de fait laisse perplexe sur les possibilités de coordonner une prise en soins crédible durant une incarcération et laisse au toxicomane le seul "choix" de la rechute dès la libération. A ce propos il faut noter que de nombreux établissements cantonaux ne disposent pas de la logistique nécessaire pour de telles entreprises.

Les répercussions d'une première incarcération sont multiples tant au plan social que médical et sans doute indissociables. Pour les récidivistes, rares sont ceux qui profitent directement des prestations carcérales, hygiène, alimentation, soins médicaux, et le fait de voir leur état s'améliorer est invariablement un critère de dérive médico-sociale grave à l'extérieur de la prison.

En termes plus généraux, les possibilités de prévention des maladies infectieuses liées à l'injection de drogues sont fort limitées. A notre connaissance un seul établissement pénitentiaire de suisse envisage un programme de distribution de seringues et la mise à disposition d'eau de javel ou d'autres désinfectants est sans doute imparfaite. L'impossibilité, sauf exception, de réunir des groupes de

1. Statistique de la criminalité No 10; 19 Droit et justice, Office fédéral de la statistique.

détenus pour des raisons de sécurité empêche tout enseignement ou autres prestations en matière de santé publique.

L'incarcération contribue à la chronicisation de la dépendance en renforçant la désinsertion sociale au fil des séjours en prison, en maintenant le toxicomane dans un milieu non thérapeutique où la drogue est largement présente.

Situation actuelle et population

A titre d'exemple, 10% des personnes incarcérées à la prison préventive de Champ-Dollon (canton de Genève) présentent un état de manque des opiacés cliniquement décelable et nécessitent un traitement de sevrage. De plus en plus de toxicomanes incarcérés sont inclus dans des programmes de maintenance par la méthadone, leur détention **est le** plus souvent brève (inférieure à 1 mois). Le noyau de cette population est représenté par des multirécidivistes dont beaucoup sont séropositifs et présentent les premières manifestations de cette maladie quand ils ne sont pas atteints de SIDA caractérisés. Les toxicomanes sous méthadone satisfaisant à des hauts seuils d'exigence (abstinence, emploi, bône insertion sociale) sont rarement arrêtés.

La majorité de ces personnes sont condamnées à des peines inférieures à trois mois qu'elles accumulent au fil **des années** jusqu'à atteindre des durées cumulatives impressionnantes. Parfois une peine conditionnelle ou un sursis tombe et débouche sur une incarcération entre un et deux ans. Quelques jeunes toxicomanes font une première et brève expérience carcérale après quelques mois de consommation, **elle est** parfois unique. D'autres, consommateurs socialement insérés, arrivent en prison après un "sans faute" sur le plan pénal; cette première chute leur est souvent fatale. Usuellement, ils perdent au minimum leur travail, souvent leur logement, parfois leurs liens familiaux, conjugaux (épouse non toxicomane); une semaine d'emprisonnement suffit pour **que la** spirale s'amorce.

A l'opposé, il est frappant de constater avec différents intervenants que certains toxicomanes très marginalisés, malgré des trajectoires psycho-sociales erratiques demeurent inconnus du système carcéral après de longues années de dépendance.

Il serait illusoire, dans l'état actuel **des choses, de définir** cette population selon des critères universels. En effet, même dans un petit pays comme la Suisse les caractéristiques des scènes de consommation de drogues sont si différentes d'une ville à l'autre qu'elles interdisent toute généralisation ou vision globalisante du problème. Cette situation n'est sans doute pas spécifique au "sonderfall" helvétique; aux USA, (2) 72% des personnes incarcérées à San Diego sont dépistées positives pour le dépistage d'une drogue quelconque contre seulement 28% à Phoenix. Autre particularité, **les** consommateurs issus de la communauté portugaise de Genève fument l'héroïne et ne l'injectent qu'exceptionnellement. Nous pourrions citer à l'infini de tels particularismes locaux, scène ouverte à Zurich, marché en milieu privé à **Genève, accès** à la méthadone particulièrement difficile dans le Valais, etc...

Toutes ces particularités ne sont pas sans répercussion sur les visions cantonales de la répression et par voie de conséquence sur les caractéristiques des différentes populations carcérales. L'inhomogénéité des politiques cantonales a un impact certain sur la pratique médicale des services médicaux des prisons concernées, celle-ci s'accordant souvent avec la vision locale du problème.

Répercussion de l'incarcération sur les soins (3)

Lors de l'incarcération d'une personne dépendante, par définition, rien n'est maîtrisé, ni par le patient ni par **les** soignants. Le moment de l'arrestation est imposé, la libération tant espérée est le plus souvent imprévisible (durant la détention préventive) et le temps qui **s'écoule** entre les deux est le plus souvent chaotique. **En effet,** l'accès aux produits étant hasardeux, **le toxicomane ne peut** faire le choix du moment du sevrage, il lui est imposé **par les** circonstances. A contrario, un sevrage mené à son terme n'est une garantie d'abstinence pour personne, ni pour **le** patient, ni pour le soignant, ni pour l'autorité (police, juge). L'existence d'un marché noir de psychotropes et **de drogues est** incontournable dans un établissement carcéral.

2. National Institute of Justice, Research in Brief: Drug Use Forecasting, march 1993.

3. Jeanmonod R., Harding H.: La toxicomanie en milieu carcéral: la réponse médicale et **ses limites, Médecine Sociale** et Préventive 1988; 33 247-280.

Penser que l'emprisonnement peut favoriser ou déclencher le désir, voire le projet d'une démarche thérapeutique, **est** une illusion dans la majorité des cas. Aucun individu plongé dans l'univers carcéral ne peut faire abstraction du paramètre "allègement de la peine" quelle que soit la sincérité **de ses** intentions. Ainsi, beaucoup de toxicomanes entament **des** démarches en vue d'une prise en soins à la **sortie avec** l'espoir, avoué ou non, d'obtenir l'indulgence du juge ou du tribunal. Authentiques ou non, la plupart de ces projets avortent dès la sortie pour différentes raisons. Un projet thérapeutique élaboré dans un univers de contraintes, sécurisé et aliénant a peu de chances de se réaliser de retour dans un monde où la drogue remplit tout l'espace. Un projet élaboré en moins d'un mois, à la suite d'un sevrage imposé est forcément bâclé. Un projet mis sur pied dans des circonstances négatives ne peut être investi positivement et poursuivi une fois la contrainte levée. Beaucoup, une fois libérés, vont noyer leur angoisse, leur souffrance dans les produits, ce d'autant plus qu'ils ne disposent pas d'autre accrochage que leurs compagnons d'infortune.

Les services médicaux s'efforcent de gérer tant bien que mal cet espace de temps compris entre l'arrestation et la mise en liberté. Cette période est souvent marquée par des gestes autoagressifs voire des *ienrcmcm*, une consommation importante de psychotropes souvent acquis au marché noir, du moins en partie. Même si son état psychique ou somatique s'améliore, le toxicomane est, le plus souvent, dans l'impossibilité de pérenniser cette amélioration une fois libéré.

il convient de mentionner l'interruption de projets thérapeutiques en cours par une incarcération. Un bref emprisonnement pour un délit mineur **peut compromettre** durablement une démarche médico-sociale construite **sur des** mois.

Le seul domaine où la personne dépendante ne paraît **pas ou peu** souffrir de l'incarcération est l'aspect somatique du problème. Cette période est souvent l'occasion de résoudre des problèmes somatiques négligés auparavant. En ce qui concerne les personnes atteintes par le VIH ou par d'autres maladies infectieuses fréquentes chez les toxicomanes, les établissements pénitentiaires importants offrent **toutes les** prestations nécessaires. Pour les prisons qui ne disposent pas d'infrastructures médicales suffisantes, la **mise en oeuvre**

d'accords tels que le concordat romand garantit les soins médicaux indispensables à ces malades.

Conséquences sur l'évolution de la dépendance

Exceptionnellement, le traumatisme de l'incarcération peut écartier un toxicomane de fraîche date de sa trajectoire toxicomaniaque et lui faire débiter un processus thérapeutique couronné de succès.

Généralement l'emprisonnement n'a pas d'effet favorable sur l'évolution de la toxicomanie; en témoigne la "clientèle d'habitues" régulièrement incarcérés pour des délits itératifs et semblables.

Les peines de prisons successives, même de courtes durées, contribuent à la stigmatisation sociale et renforcent progressivement le fonctionnement toxicomaniaque, la dérive sociale et les risques de récidence de divers délits liés à la consommation de produits illicites.

La situation la plus préoccupante est la radicalisation du comportement toxicomaniaque au moment de la mise en liberté accompagné d'un risque de surdose fatale important. Ce risque est aggravé par le fait que le toxicomane est alors désaccoutumé de sa dose habituelle d'opiacé. Ce type **de** comportement est fréquent chez des personnes sans aucun point de chute, sans revenu et sans ressource personnelle leur permettant de faire face à une mise en liberté inopinée, **le** sevrage n'étant parfois même pas terminé.

Répercussions **de la répression sur la *prévention* et l'accès aux toxicomanes**

En milieu carcéral, la prévention primaire et **secondaire des** toxicomanies est extrêmement limitée. En général l'incarcération provoque une aggravation du tabagisme, la consommation d'alcool frelaté, le marché noir de psychotropes divers.

Jusqu'à récemment, les toxicomanes qui s'injectaient des drogues n'avaient aucun moyen de décontaminer leur matériel. La mise à disposition de solutions désinfectantes comme l'eau de javel a probablement une efficacité limitée. Actuellement

une seule prison de Suisse envisage la distribution de seringues propres aux toxicomanes qui continuent à s'injecter.

Même si des expériences pilotes sont réalisées çà et là (enseignement en santé publique, pièce de théâtre didactique, etc...), les moyens courants de prévention restent limités à la distribution de brochures, la mise à disposition de préservatifs et de flacons d'eau de javel.

A la prison de Champ-Dollon, un groupe d'infirmières du service médical donne périodiquement un enseignement de principes de santé et d'hygiène destiné aux femmes détenues parmi lesquelles beaucoup de toxicomanes. Malheureusement, en raison de la brièveté des incarcérations, l'évaluation de l'impact de cette expérience est impossible.

La répression systématique de la consommation et du petit trafic aboutit à la clandestinité pour une grande proportion de toxicomanes. Outre que l'importance du problème reste ainsi masqué à la population et aux différents acteurs de la vie sociale et politique, les répercussions de cette clandestinité sur la santé des personnes dépendantes, sur la prévention **des** maladies transmissibles et la prévention de la toxicomanie elle-même sont probablement majeures. Les intervenants de rue n'ont accès qu'à une minorité de toxicomanes, certes les plus défavorisés, alors que la plupart échangent leurs doses en milieu privé (appartement, voiture) où aucun intervenant n'a accès. Cette situation nous oblige à imaginer d'autres stratégies impliquant des acteurs non traditionnels comme les pharmacies qui sont encore sous-utilisées en matière de prévention en général.

Sur le terrain, aucune action de prévention (échange de seringues, contacts directs avec les toxicomanes) **ne peut se** faire sans un minimum d'entente avec les forces de police afin que toute action policière ne neutralise pas immédiatement son éventuel bénéfice.

Conclusions

Dans une ville comme Genève, la population toxicomane se divise schématiquement en deux. Une forte minorité est présente dans la rue; elle est régulièrement la cible de la répression et se trouve de façon répétitive **en détention. Les** autres, mieux insérés socialement, bien que plus rarement

arrêtés, ont beaucoup plus à perdre lors d'une mise en détention. Pour tous, une politique prohibitionniste sévère et la criminalisation de la consommation et du petit trafic contribuent à les mettre hors *d'atteinte* des programmes de soins et de prévention alors que la population générale pense à tort que le monde des toxicomanes est cloisonné donc sans risque pour elle-même. De plus, la répression telle qu'elle est pratiquée actuellement touche souvent les mêmes personnes qui sont déjà particulièrement désinsérées dans tous les domaines. Le large tribu que les toxicomanes payent au SIDA, le meilleur accès à des programmes de maintenance à la méthadone, les diverses mesures d'aide à la survie que de nombreuses villes entreprennent, imposent que les services médicaux des établissements pénitentiaires travaillent avec les institutions spécialisées et s'ouvrent massivement sur l'extérieur.

Il ressort de ce rapide survol que **les** interactions entre les agents de la répression et les toxicomanes sont mal connues. La population de toxicomanes fréquemment en détention a été peu investiguée. Les répercussions sociales et médicales des incarcérations successives demeurent méconnues. Pour la collectivité, le profit de cette répression qui touche en priorité les plus défavorisés reste hypothétique, son impact dissuasif est théorique.

Pour cerner les multiples visages des dépendances il conviendrait d'abandonner une conception centralisée des études épidémiologiques et sociologiques. Les équipes médi:sociales qui travaillent localement sur le terrain sont peu intéressées à répondre à de multiples protocoles dont elles ne maîtrisent pas la gestion.

Evaluation des coûts et des dépenses publiques se rapportant au commerce de drogues et à la toxicomanie en Suisse

par

A Iain Schoenenberger

Cette contribution a pour objet d'indiquer les possibilités et les limites d'une estimation des coûts liés à la consommation illégale de drogue. L'accent est mis sur l'estimation des ressources financières engagées directement par les pouvoirs publics dans ce domaine. A titre d'illustration, des informations plus détaillées sont données pour l'Etat de Vaud.

La consommation de certaines drogues dites dures, telle l'héroïne, par exemple, est génératrice non seulement de coûts pour le consommateur lui-même (dégradation de l'état de santé, baisse éventuelle de revenu, etc.) mais aussi pour la société. Ainsi, l'estimation du coût social de la consommation de ces drogues comprend avant tout les coûts (externalités) que la société doit supporter. En effet, l'interdiction est à l'origine de nombreux autres coûts liés au développement du marché noir et à une délinquance accrue, ainsi qu'aux traitements médicaux.

Il existe deux études d'évaluation globale des coûts de la drogue, la première se rapportant à l'année 1988 pour l'ensemble du pays (Danthine et Balletto), la seconde se limitant pour 1990 au canton de Berne (Ammon-Schalch). L'étude bernoise fait appel à une base de données plus amples au niveau des initiatives privées ou para-publiques, mais l'approche et les méthodes d'estimations utilisées restent proches de celles utilisées dans le cadre de l'étude suisse. Dans l'étude suisse de Danthine et Balletto, une grande partie des chiffres sont des extrapolations de données et d'estimations provenant de l'un ou l'autre des cantons. Cette même méthode a aussi été utilisée fréquemment dans le cas du canton de Berne à partir des données recueillies au niveau de la ville de Berne.

Les coûts de la consommation de drogues illégales sont divisés en quatre **catégories**: **I.** les coûts médicaux, **II.** les coûts liés à la mortalité et à la morbidité des toxicomanes, **M.** les coûts de répression et **IV.** les coûts de prévention et de recherche. **Les deux études ne** font pas clairement la distinction entre les dépenses publiques et privées, mais la plupart des dépenses recensées sont publiques. Selon les auteurs de l'étude suisse, les coûts totaux se montaient en 1988 à environ 500 millions de francs (soit moins de 0,2 % du PIB ou 0,7% **des dépenses publiques**). L'estimation bernoise pour 1990 se monte à 125 millions, soit, extrapolée à l'échelon du pays, 890 millions environ!

Le tableau suivant montre les principaux résultats des estimations disponibles, « particulier les composantes essentielles du coût de la consommation de drogues illégales. Il en ressort que le sixième des coûts est dû au traitement (médical) de la toxicomanie, qu'un tiers à la moitié des coûts est lié à la criminalité et que seulement 2 à 3 pour cent sont consacrés à la **recherche et à la prévention**. Finalement, la rubrique mortalité et morbidité, représentant **entre un tiers et la moitié** des coûts totaux, peut être utilisée pour illustrer la problématique méthodologique de

COUTS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLEGALES

	<u>Suisse(1988)</u>		<u>Canton de Berne(1990)</u>	
	En mio francs	En %	En mio francs	En
<u>1</u> <u>Coûts médicaux</u>	<u>90.9</u>	<u>17.7</u>	<u>20.1</u>	<u>16.1</u>
1.1 Soins ambulatoires	44.7	8.7		
Institutions de sevrage			1.7	1.3
1.2 Soins hospitaliers/intra muros	30.0	5.8		
Sevrage et réhabilitation			9.7	7.8
1.3 Soins des toxicomanes avec AIDS	10.5	2.0		
Cuisines de rue			0.1	0.1
1.4 Réhabilitation et rentes AI	5.7	1.1		
Séjour temporaire des malades			0.4	0.3
1.5 Institutions d'accueil et de conseil			6.2	5.0
1.6 Programme méthadone			2.0	1.6
<u>2</u> <u>Mortalité et morbidité</u>	<u>248.0</u>	<u>48.2</u>	<u>46.4</u>	<u>37.2</u>
2.1 Mortalité	178.0	34.6	39.6	31.7
2.2 Morbidité	70.0	13.6	6.8	5.5
<u>3</u> <u>Coût de la criminalité</u>	<u>160.8</u>	<u>31.2</u>	<u>55.8</u>	<u>44.7</u>
3.1 Police et unités spécialisées	30.9	6.0	25.6	20.5
3.2 Douane	8.3	1.6	1.4	1.1
3.3 Justice	30.0	5.8	7.9	6.3
3.4 Prisons	91.0	17.7	17.0	13.7
3.5 Criminalité due à la toxicomanie	0.6	0.1	4.0	3.2
<u>4</u> <u>Prévention et recherche</u>	<u>15.0</u>	<u>2.9</u>	<u>2.5</u>	<u>2.0</u>
4.1 Prévention	9.5	1.8	2.0	1.6
4.2 Recherche	5.5	1.1	0.5	0.4
TOTAL	514.7	100.0	124.8	100.0

Sources: voir texte

telles estimations. Ainsi, par exemple, les auteurs estiment que la consommation individuelle de drogues est à l'origine de pertes économiques pour la société parce que le toxicomane ne peut plus travailler ou parce que celui-ci n'est plus aussi productif qu'auparavant. On estime ces pertes par le manque à gagner, en termes de revenus monétaires, qui s'accumule au fil des années. A la limite, la mort d'un jeune toxicomane prive la société de sa contribution à la production (revenu) pendant toutes les années qui s'écoulent entre l'année de la mort et l'année correspondant à l'espérance moyenne de vie. Cette manière de faire cependant ne prend pas en compte l'utilisation potentielle des ressources par le toxicomane, la consommation personnelle de biens et services qui ne sont plus à disposition de la société, ni l'utilité (subjective) de la consommation de drogues.

Champ d'investigation retenu

Afin d'éviter les grands problèmes méthodologiques que soulève l'estimation complète des coûts liés à la toxicomanie, le champ d'investigation devrait être limité aux ressources engagées directement par les pouvoirs publics d'autant plus que le cadre de l'étude se situe au niveau des

politiques législatives en la matière. Cependant, il faut garder à l'esprit, lors de l'interprétation des chiffres, que l'action publique a un effet certain sur l'allocation des ressources des agents économiques privés et peut être à l'origine de coûts importants pour le secteur privé, *tel que les dommages à la propriété supportés par les privés, dans la mesure ou l'attitude répressive de l'Etat est à l'origine d'une criminalité accrue.* Dans cette optique, il convient d'observer les points suivants:

1. Les dépenses publiques concernent surtout l'action étatique au sens étroit du terme dans le domaine de la santé (traitement médical), de l'éducation (prévention) **et de** la répression. Les dépenses effectuées ne rendent cependant pas nécessairement compte de l'ensemble des ressources engagées dans la poursuite des objectifs fixés par l'Etat si une partie des tâches est remplie par une *institution* privée, souvent subventionnée. La subvention étatique figurant dans le budget peut alors servir d'indicateur du coût ou de la valeur des prestations privées. Cela vaut également pour certaines dépenses des assurances sociales qui ne *font* pas partie, en Suisse, de l'administration publique au sens étroit.
2. Il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des ressources engagées par l'Etat. Ainsi, par exemple, il ne suffit pas de comptabiliser **le volume des** salaires payés, même augmenté des charges sociales, d'un *fonctionnaire* s'occupant de toxicomanes, mais aussi l'ensemble des coûts indirects qui découlent de l'occupation **de ce fonctionnaire** (loyer, frais de bureau, etc.).
3. Dans la pratique, un même franc peut servir plusieurs objectifs, semblables ou totalement différents - pensons par exemple au lien possible entre la toxicomanie et la maladie du Sida ou entre les dépenses de *prévention* engagées dans les écoles contre la *consommation* (légale) de tabac et d'alcool et la consommation (prohibée) des drogues. Dans maints cas, il sera nécessaire de trouver des clés de répartition appropriées (estimation par les responsables des budgets, ou selon des indicateurs d'activité).
4. En principe, compte tenu de *l'organisation* fédérale du pays, l'évaluation des dépenses publiques doit se faire au niveau des trois collectivités publiques, y compris les institutions de sécurité sociale fédérale (assurance invalidité, par **exemple**).

Fédéralisme financier en Suisse

Le fédéralisme helvétique a été façonné par l'histoire de la Suisse et la Constitution **en une** Confédération de cantons qui ont préservé jalousement leur autonomie. La Constitution fédérale de 1848 a jeté les bases de **Mat** fédéral d'aujourd'hui. Les cantons sont **les détenteurs** de la souveraineté originelle. Ils ont alors abandonné leur souveraineté douanière et militaire en faveur de l'Etat fédéral, et, au cours des décennies suivantes, d'autres transferts importants de compétences ont eu lieu. En général, ils sont autorisés à exercer tous **les** droits qui n'ont pas été délégués explicitement à l'Etat fédéral par **la Constitution. La décentralisation des tâches** publiques constitue le fondement de *l'organisation* de **Mat** en Suisse. Ainsi, **les trois niveaux** de collectivité publique, c'est-à-dire la Confédération, **les cantons et les communes**, se partagent à peu près à parts égales les tâches publiques, en termes de dépenses. Il est entendu que la répartition des différentes tâches n'est pas uniforme entre ces trois niveaux. La Confédération est en charge, pratiquement à 100%, des relations avec l'étranger, de la défense nationale et des assurances sociales, par exemple, alors que les cantons **et les** communes s'occupent plus particulièrement de la santé, de la justice **et de** l'enseignement.

Définition des dépenses et statistiques

En principe, il s'agit de dépenses courantes effectuées par les niveaux de collectivités. Il se peut cependant qu'une dépense (d'investissement) ne soit amortie, c'est-à-dire inscrite dans le compte de fonctionnement, que sur plusieurs années. Dans ce cas, la charge d'amortissement, qui est une dépense imputée, devrait être comprise dans l'estimation. L'amortissement n'est rien d'autre que le coût annualisé d'une dépense (d'investissement) qui déploie, par définition, ses effets sur plusieurs années (hôpitaux, par exemple). Il devrait permettre de dégager les ressources nécessaires pour maintenir l'investissement, voire de le remplacer en cas de besoins.

Il n'existe pas de statistiques spécifiques sur les dépenses liées à la drogue, ni au niveau fédéral, ni à celui des cantons et des communes. La statistique financière publiée par l'Administration fédérale des finances ("Finances publiques en Suisse"), qui est la seule source de données uniformes sur les dépenses et les recettes des administrations publiques de la Confédération, des cantons et des communes, indique les dépenses selon une classification fonctionnelle grossière. La statistique financière procède à un remaniement des chiffres budgétaires selon des principes harmonisés, afin de permettre une comparaison entre les collectivités publiques. Il s'ensuit que les chiffres présentés dans cette statistique ne correspondent pas nécessairement à ceux publiés dans les comptes des collectivités.

Définition et délimitation des recettes et des dépenses

Les dépenses et recettes de l'administration publique au sens de la statistique financière sont définies comme des paiements à des tiers (ou des paiements par ces derniers) effectués dans le cadre de l'accomplissement des tâches publiques. Selon le principe de caisse, seules les dépenses et les recettes effectives sont enregistrées. Les opérations purement comptables, telles que l'enregistrement des amortissements . et des contributions de l'employeur versées par la Confédération à la Caisse fédérale d'assurance ne sont pas comptabilisées.

Les nombreux transferts qui existent entre les trois échelons étatiques (Confédération, cantons, communes) impliquent des comptages à double lorsqu'on additionne les chiffres des comptes des collectivités. C'est ainsi, par exemple, que les contributions fédérales versées aux cantons sont comptabilisées tant dans les comptes de la Confédération (dépense fédérale) que dans ceux des cantons. Il y a deux manières d'éliminer les doubles imputations : soit on déduit les transferts- entre les collectivités auprès de la collectivité qui en bénéficie, soit on les déduit auprès de celle qui les octroie. En l'occurrence, les transferts entre collectivités sont déduits, pour la classification fonctionnelle, auprès de la collectivité qui en bénéficie et pour la classification économique auprès de celle qui les octroie.

Classification des dépenses

Les dépenses sont classées dans la statistique financière selon les fonctions que remplissent les collectivités publiques et selon la nature économique de ces dépenses.

La classification **fonctionnelle** attribue aux différents domaines d'activité publique les dépenses et les recettes affectées par les trois niveaux de gouvernement. Afin de faire ressortir le coût effectif des diverses tâches publiques à un niveau de collectivité, **les transferts entre les collectivités publiques sont éliminés au niveau du gouvernement qui en bénéficie.** La classification fonctionnelle des dépenses exige une délimitation claire et uniforme de tous les

domaines d'activité de la Confédération, des cantons **et des** communes. Si la coordination des codes de la statistique financière depuis 1980 et le nouveau modèle de comptes prennent en considération cette exigence sur le plan conceptuel, il n'en va pas toujours de même en pratique. Il existe en effet encore de nombreux comptes qui ne sont pas ventilés du tout ou qui sont ventilés selon d'autres principes. Ensuite, l'attribution des imputations internes **et des** dépenses financières (intérêts passifs, frais d'émission, etc.) aux divers domaines d'activité posent des problèmes qui ne peuvent être résolus qu'à l'aide d'une comptabilité analytique élaborée. Etant donné qu'une telle comptabilité n'existe actuellement que de façon rudimentaire, les dépenses financières qui représentent quelque 6 à 7% **des** dépenses consolidées de la Confédération, des cantons et des communes ne sont pas attribuées aux différents domaines de l'action étatique. Une telle attribution demanderait l'application d'un critère (arbitraire) de répartition (part des dépenses spécifiques dans le total des dépenses, par exemple).

La **classification économique** renseigne sur la nature économique des dépenses de l'état (rémunérations, consommation, investissements, transferts, dépenses financières) et permet d'analyser leurs répercussions sur les différents secteurs du circuit économique, ainsi que d'intégrer les finances publiques dans la comptabilité nationale. Il convient de souligner ici que les statistiques financières comprenaient jusqu'en 1989 les dépenses d'investissement (et pas les amortissements) et ne distinguaient pas les comptes de fonctionnement **et d'investissement**.

Répartition des tâches

Les comptes publics constituent le fondement de cette statistique. Ces comptes divergent plus ou moins fortement d'une collectivité à l'autre, tant par leur conception qu'au regard de principes comptables et des classifications utilisées. Si l'uniformisation des comptes publics a été presque atteinte au niveau cantonal, les pratiques comptables restent souvent tributaires des conditions administratives et politiques locales. Par conséquent, l'estimation peut se heurter à des différences importantes dans l'identification et la manière de traiter une dépense entre collectivités. De plus, les dépenses engagées en matière de drogue sont réparties entre plusieurs départements ou divisions étatiques, en principe en fonction des objectifs à atteindre (les dépenses de prévention seraient faites sous la responsabilité d'un "Département d'instruction publique", par exemple). Ce principe n'est cependant pas toujours appliqué pour des raisons historiques.

La répartition des tâches entre les trois niveaux de collectivités en matière de drogue est la suivante :

Confédération

Essentiellement, la Confédération supervise l'application de la Loi sur les stupéfiants. Cette tâche concerne un certain nombre de services, dont notamment l'Office fédéral de la santé publique avec sa division pharmacie et stupéfiants (contrôle des stupéfiants et autorisations) ou certains services du Département fédéral de justice et police, engagés dans la lutte (internationale) contre le commerce des drogues illégales (Qu'en est-il des coûts occasionnés par la lutte contre le blanchiment de l'argent ?).

Cantons

Ce sont les cantons qui sont vraiment en charge de l'exécution de la Loi fédérale sur les stupéfiants qui couvre un très large champ d'intervention. Les cantons sont typiquement organisés en départements ou divisions dont la définition est différente d'un canton à l'autre.

Ainsi, dans le canton de Vaud, parmi les sept départements, cinq sont touchés d'une manière ou d'une autre par la problématique des toxicomanes. Selon une estimation grossière effectuée par le Service de la santé publique pour 1989, le canton de Vaud a consacré environ 14,1 millions de francs à la prévention et la lutte contre la consommation de **drogues et la toxicomanie**, soit 0,4% des dépenses de l'Etat de Vaud. Si l'on s'en tient uniquement aux dépenses de l'Etat en matière de santé, les quelques 2,6 millions liés à la toxicomanie représentent 0,5% des dépenses de santé de l'Etat. La répartition fonctionnelle des dépenses liées à la toxicomanie se présente de la façon suivante, annexe A

Dépenses publiques liées à la toxicomanie, par fonction

Canton de Vaud, 1989

	<u>Dépenses(en francs)</u>	<u>En % du total</u>
Prévention	640 333	4,5%
Santé	2 584 567	18,3%
Assistance sociale	1 821 400	12,9%
Répression	9 110 600	64,3%
Total	14 156 900	100%

Communes

Les communes participent au financement d'institutions et d'associations privées ou publiques d'intérêt régional (hôpital régional, par exemple) et jouent un rôle important dans l'assistance sociale. Le canton de Vaud compte 385 communes. Avant de tenter une quelconque évaluation des dépenses communales, il conviendrait de sonder si **les** dépenses engagées sont relativement importantes. Dans l'affirmative, il serait possible de travailler sur échantillon en, extrapolant les dépenses (par habitant) pour l'ensemble des communes.

Conclusion

L'estimation des coûts sociaux liés à la consommation de drogues illégales présente des difficultés méthodologiques et conceptuelles importantes, sans parler des problèmes pratiques. Le volume et la composition des dépenses publiques en la matière peuvent constituer un indicateur intéressant de l'approche générale adoptée par les pouvoirs publics.

Néanmoins, l'estimation des dépenses exige un effort méthodologique et empirique soutenu, notamment en raison de l'absence fréquente de données directes et de délais importants dans la production des statistiques et des informations officielles. Elle demande aussi au préalable une

définition exacte du champ d'investigation (quelles dépenses ?) et de la classification des ces coûts (par fonctions, par exemple).

Les difficultés de documentation seront telles que l'on devra peut-être à maintes reprises s'écarter du chemin théorique tracé au préalable. Si la comparaison entre canton semble possible, dans la mesure où l'information récente sur une année peut être réunie, il sera impossible de retracer l'historique des dépenses (changement de systèmes comptables **et de** définitions, informations perdues ou non conservées).

** Consultant économique, Eco Diagnostic, Genève*

Bibliographie

Ammon-Schalch, A., *Allgemeine Aspekte and Kosten des Drogenkonsums in der Region Bern, 1990*, travail de licence, Université de Berne, octobre 1991.

Administration fédérale des finances, *Finances publiques en Suisse*, annuel (dernière édition 1990, statistique révisée).

Bohley, P. et Jans, A., *Ei~rführung in die Wirtschafts- and Sozialstatistik der Schweiz*, Haupt, Berne 1990.

Bôker, W. et Nelles, J. (éds), *Drogenpolitik wohin ?*, Haupt, Berne 1991.

Conseil d'État du canton de Vaud, *Rapport sur la motion Marianne Huguenin et consorts concernant la politique cantonale à l'égard des toxicomanes*, printemps 1991, 132 (R. 5/91).

Danthine, J.-P. et Balletto, R., *Oekonomische Kosten des Konsums illegaler Drogen, in: Soziale and priii entive Aspekte des Drogenproblems unter Berücksichtigung der Schweiz*, Lausanne 1990.

Etat de Vaud, Comptes, annuel.

Flückieer Y et Schoenenberger, A., *Le fédéralisme financier en Suisse*, Revue française de finances publiques, no 20, 1987.

OCDE, *Le secteur public en Suisse (chapitre 4)* dans : Etude économique de la Suisse 1987/88, OCDE, avril 1988.

Pommerehne, W. W et Hart A., *Drogue: le point de vue de l'économiste*, Futuribles, mars 1993.

Rossini, St., *Les institutions de sécurité sociale en Suisse, GFS, 1992*.

Schenker, L. (dir.), *Comptes de la santé, dépenses et cotisations des caisses maladie dans le canton de Vaud en 1989*, SCRIS, Lausanne, 1991.

Weber, L. et al., *Les finances publiques d'un état fédératif, La Suisse*, Economica, Paris 1992.

DEPARTEMENT DE LA JUSTICE, DE LA POLICE ET DES AFFAIRES MILITAIRES		DEPARTEMENT DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES CULTES		DÉPARTEMENT DE L'AGRICULTURE, DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE	
Le Levant + CAP, subvention	35.000.-	Médiateurs drogue :	3(X) (XX).--	Médiateurs drogue dans les écoles professionnelles	170.000.-
Brigade des ^{stupéfiants}	2.010.600.-	<u>Centre</u> documentation drogue, Colloques, symposium	4.(XXI).--		
Service pénitentiaire :	Le Levant : 1.400.000.- Prisons: <u>5.7(X).000.-</u>				
Total	9.145.600.-	Total	304.0W.--	Total	170.000.-
<p>NB: Les chiffres d-dessus constituent des estimation. Même si quelques chiffres plus précis pouvaient être définis sur certains postes, il est exclu d'éliminer une part d'arbitraire dan. cette évaluation</p> <p>Service de la santé publique et de la planification sanitaire <u>Lausanne, le 10 janvier 1490/EF</u></p>					