



La réponse publique en France

La réponse publique en France

Depuis la fin des années 1990, la réponse publique apportée aux problèmes liés à la toxicomanie est fondée sur une approche « globale » de l'usage, qui tient compte du comportement et non exclusivement du produit consommé. Cette orientation s'est traduite notamment par le choix d'une prévention généraliste (tous produits), essentiellement menée en milieu scolaire, qui consiste à rappeler l'interdit légal et à informer des risques sanitaires liés à l'usage de drogues, à côté d'une prévention plus ciblée développée dans les quartiers pointés comme défavorisés. Cette prévention des usages par la diffusion des connaissances a été initiée en France avec la publication, en 2000, de l'ouvrage *Drogues : savoir plus, risquer moins*, diffusé à près de cinq millions d'exemplaires. Elle s'est poursuivie sous une forme plus spécifique en 2005 avec une série de brochures d'information sur la consommation de cannabis et une campagne de sensibilisation aux effets de son usage (« le cannabis est une réalité »), relayée par un dispositif d'écoute sociale (ligne « Écoute cannabis ») et de consulta-

tions spécialisées visant les jeunes consommateurs et leur famille. En 2006, un Guide d'intervention en milieu scolaire (qui organise la prévention selon les niveaux de la scolarité et les produits) met l'accent sur le cannabis en classes de 3^e et 2^{de}.

Pendant de nombreuses années, l'usage de cannabis n'a pas fait l'objet d'une prise en charge identifiée. Face à l'augmentation des demandes de traitement, qui atteignaient 18 % des demandes adressées aux centres de soins spécialisés français en 2003 (vs 11 % en 1997), les pouvoirs publics ont développé depuis 2005 un programme d'interventions brèves, fondées sur le repérage précoce, le diagnostic de l'usage nocif et des pathologies éventuellement associées, la prise en charge en cas de dépendance avérée. Ces consultations destinées aux jeunes consommateurs ont attiré au cours de la première année 16 000 usagers (pour une ou plusieurs séances) qui se sont avérés être, pour plus d'un tiers, dépendants au cannabis. Ces consultations, adossées au dispositif de soins préexistant (associatif et hospitalier, en toxico-

manie comme en alcoologie et en tabacologie), semblent avoir accueilli un public nouveau qui n'aurait probablement pas eu recours aux structures traditionnelles de soins aux toxicomanes : mineurs accompagnés par un ou plusieurs parents, usagers adressés par l'environnement éducatif (médecin scolaire, assistante sociale), usagers interpellés orientés par les autorités judiciaires.

Au titre de la loi du 31 décembre 1970, la France interdit non seulement, à l'instar des autres pays de l'Union européenne, la détention et l'achat de stupéfiants mais également leur usage, passible d'une amende et d'une peine d'emprisonnement (cette dernière étant rarement appliquée dans la réalité). Chaque année, 90 000 personnes sont interpellées pour un usage de cannabis qui, vingt ans plus tôt, occasionnait près de 8 fois moins de procédures (12 000 par an environ). Cette montée en charge s'est accompagnée d'une diversification des réponses judiciaires, qui se sont majoritairement tournées vers des alternatives aux poursuites (rappel à la loi, injonction thérapeutique, etc.), confor-

mément aux directives de politique pénale en vigueur depuis 1978.

En prenant en compte l'ensemble des dépenses supportées par la collectivité, au titre de ces différents volets de la réponse publique (répression, soins, etc.) et des pertes de revenus et de production afférentes à l'usage, on peut estimer le coût social du cannabis à 919 millions d'euros, soit 0,06 % du PIB en 2003. Son poids relatif est donc 40 fois moins important que celui de l'alcool (2,37 % du PIB) et 50 fois inférieur à celui du tabac (3,05 % du PIB en 2003).

L'enjeu d'une réponse publique intersectorielle et coordonnée, articulant les volets pénal, sanitaire, social et international, reste donc entier : il a été rappelé dans le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008* et le *Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011* du ministère de la Santé adopté en novembre 2006.



La prévention et les dispositifs d'écoute et de soutien

Carine Mutatayi, Cristina Díaz Gómez

Faute d'un système d'information centralisé qui permettrait de dresser un tableau des actions locales de prévention, cette section est limitée aux orientations définies au plan national, aux actions et aux dispositifs mis en œuvre dans ce domaine, pour lesquels l'information est disponible. Elle pose en premier lieu les principes d'intervention en vigueur pour la prévention du cannabis, lesquels s'avèrent pour partie transversaux à la question générale des drogues, avant d'aborder les actions et les dispositifs publics spécifiques au cannabis.

PRINCIPES D'INTERVENTION ET ORIENTATIONS DE LA PRÉVENTION

La prévention des drogues n'est pas prise en compte par la loi de 1970 et, hormis de rares textes qui l'évoquent succinctement²⁴, seules quelques circulaires émanant de l'Éducation nationale traitent du sujet. Ce domaine a donc été

délimité par différents plans nationaux ponctuels, notamment lors des dernières années. À ce titre, le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008* [197] est le plus explicitement centré sur la question du cannabis, laquelle est au cœur de la mission gouvernementale de prévention et de plusieurs dispositifs nouveaux. Mais, avant d'évoquer les derniers développements dans ce champ, il convient d'en rappeler les constantes.

Les constantes de la prévention des usages de cannabis en France

Deux types de prévention coexistent en matière de drogues illicites – notamment en ce qui concerne le cannabis – selon le contexte d'intervention, scolaire ou non.

L'école demeure le cadre principal pour délivrer aux publics les plus jeunes les informations susceptibles d'induire chez eux des comportements favorables à leur

24. Code de la santé publique (L1411-5 et L1411-6), code de l'Éducation (L541-3), loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004.

santé. Jusqu'à la fin des années 1990, l'absence de parole institutionnelle claire sur les objectifs et les méthodes de prévention a fait de l'abstinence l'objectif implicite de la plupart des mesures préventives liées aux drogues illicites. Ce contexte est plutôt favorable à une prévention dite « universelle », visant à empêcher, ou à retarder, l'usage ou l'abus de drogues à travers des approches généralistes en population générale (l'hypothèse étant que les destinataires des actions partagent tous le même risque général face au problème, malgré des disparités individuelles). Parallèlement, les aspects les plus factuels, comme le rappel à la loi et l'information sur les risques sanitaires, compatibles avec l'approche magistrale propre au milieu scolaire français, sont des thèmes spontanément privilégiés.

Dans le même temps, une forme de prévention plus sélective est menée dans les « quartiers ». Ici, n'ayant plus à faire à des publics « captifs », les intervenants en prévention (principalement issus du secteur associatif) sont amenés à accueillir ou à aller au-devant des personnes concrètement confrontées au problème du cannabis. Face à des parcours individuels complexes, la prévention du cannabis requiert des approches plus personnalisées, plus ciblées, parfois à la frontière de la prise en charge. Elle renvoie également à des préoccupations pragmatiques, intermédiaires à l'objectif d'abstinence : la réduction des consommations et des risques, face aux comportements d'usages rencontrés sur le terrain.

Cette approche a trouvé un écho dans le discours institutionnel, au travers du plan gouvernemental, adopté en 1999.

Dernières évolutions de la prévention des usages de cannabis

Le *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de 1999-2001* [196] a marqué un tournant déterminant quant à la clarification des fondements et des buts de la prévention, à la lumière du rapport du Professeur Parquet de 1997 [235]. Il actait qu'un discours prônant exclusivement l'abstinence, sans faire cas des consommations qui subsistent malgré les interdits, passe sous silence les alternatives possibles à ces consommations ou aux risques associés, posture critique en matière de santé publique. Dès lors, il ne s'agissait plus seulement de contrer les usages, en retardant, si ce n'est en évitant, les premières consommations : la prévention devait désormais empêcher le passage à des usages plus dommageables et réduire les risques sanitaires ou sociaux encourus. En second lieu, ce plan a introduit une approche de prévention dite « globale », consistant à traiter la question des drogues à partir des comportements d'usages, des facteurs de risques et de protection, plutôt que de centrer le propos sur les produits eux-mêmes.

Le plan gouvernemental 2004-2008 réaffirme ces objectifs de prévention, mais révisé la méthode générale de leur application en tenant compte « des caractéristiques propres de chaque produit, des déterminants des conduites et des phénomènes culturels et générationnels » [197, p.9]. Ce plan institue un programme spécifique sur le cannabis visant à modifier la perception des risques en soulignant ses implications sur le plan social et psychosocial (possi-

bilité d'une influence néfaste sur les résultats scolaires, les relations affectives, mais aussi sur la santé). Ainsi, à partir de la mise en œuvre du plan, le discours institutionnel est-il plus appuyé sur les drogues plus communément consommées par les publics jeunes, au premier chef sur le cannabis.

Pour sa part, le *Plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions* [27], adopté en novembre 2006 par le ministère de la Santé, se présente comme une réponse globale au problème des addictions en général.

Grâce à diverses mesures pour professionnaliser le domaine et harmoniser l'offre de prévention, certains concepts (documentés par la littérature scientifique internationale) ont progressé y compris auprès des acteurs non spécialisés : par exemple, l'insuffisance d'une démarche informative si elle n'est pas couplée à un travail sur les représentations, la pertinence des méthodes interactives, l'inefficacité d'une intervention basée uniquement sur les risques, la pertinence du développement de compétences psychosociales. Mais si les idées ont avancé, les *modus operandi* demeurent encore flous pour de nombreux acteurs. Enfin, notons que la prévention des drogues a été caractérisée par un faible interventionnisme de l'État en ce qui concerne ses formes concrètes, jusqu'à la diffusion, en 2006, d'un guide d'intervention en milieu scolaire [103].

LES GRANDS PROGRAMMES DE PRÉVENTION LIÉS AU CANNABIS

Une programmation obligatoire en milieu scolaire

Le plan gouvernemental de 2004-2008 pose le principe d'une « école qui offre aux élèves à chaque niveau et dans tous les secteurs d'enseignement, avec un taux de couverture et une qualité satisfaisants, une éducation préventive adaptée contre l'alcool, le tabac, le cannabis et les drogues de synthèse » [197]. En cela, il fait écho à la circulaire promulguant la mise en place d'un programme quinquennal de prévention et d'éducation pour la période de 2004 à 2008²⁵. En conséquence, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et le ministère de l'Éducation nationale ont lancé un guide d'aide à la mise en œuvre de cette nouvelle programmation de prévention dans l'ensemble des classes du CM2 à la terminale.

Le guide d'intervention en milieu scolaire concerne les produits les plus consommés par les jeunes. Il rassemble les éléments factuels utiles au dialogue, au choix des approches ou à l'évaluation, puis propose quatre plans d'intervention. Chacun d'eux est dédié à des niveaux de classes précis et développe plus particulièrement le sujet du tabac, de l'alcool, du cannabis ou des polyconsommations. Celui dédié aux élèves de 3^e et de 2^{de} est

25. Circulaire n° 2003-210 du 11 décembre 2003, NOR : MENE0302706C.

plus particulièrement axé sur le cannabis et vise à prévenir son expérimentation ou celle d'autres substances psychoactives.

L'action ainsi définie doit faire émerger collectivement les représentations des élèves sur les effets, les risques et les raisons à l'origine des consommations, avant de les étayer par les informations scientifiquement validées. Puis la démarche de prévention doit faire comprendre aux élèves les fondements des interdits législatifs afin qu'ils y adhèrent au mieux. Enfin, il s'agit de stimuler des compétences psychosociales, telle que l'estime de soi, la capacité à s'affirmer, la responsabilisation afin de préserver les élèves des pressions extérieures et des facteurs de risques susceptibles de les porter vers la consommation de cannabis.

Le guide, expérimenté au début de l'année 2005 auprès de 80 établissements scolaires, a été diffusé à l'ensemble des écoles élémentaires, collèges et lycées français, à l'automne 2005. Son exploitation n'a pas été évaluée.

Les campagnes itinérantes

Il convient de citer deux dispositifs de sensibilisation mobiles et généralistes sur les drogues mais qui, de par leur cœur de cible, traitent systématiquement du cannabis.

La Mission de lutte antidrogue (MILAD²⁶), unité de coordination au ministère de l'Intérieur en matière de lutte antidrogue, gère une campagne itinérante d'information et de prévention des toxi-

comanies. Celle-ci, organisée avec le concours du Service de l'information et des relations publiques du ministère de l'Intérieur (SIRP), figure parmi les dispositifs pérennes de prévention. Elle s'appuie sur un camion podium qui se déplace sur de nombreux sites, notamment dans des établissements scolaires et, pendant la période estivale, sur les côtes françaises. Cette plate-forme peut recevoir jusqu'à 40 personnes dans un espace d'exposition sur les produits. Quatre policiers formateurs antidrogue (PFAD) sont chargés de l'accueil du public (adolescents, parents, enseignants, etc.).

La MILDT a initié une campagne équivalente, intitulée *Drogland*, portée par l'association Civisme et démocratie (CIDEM). Celle-ci est constituée de plusieurs containers créant divers espaces (médiathèque, cinéma, galerie, borne de témoignages). Elle a pour but d'informer des publics jeunes (13-24 ans) et adultes (parents, enseignants) sur les usages des drogues les plus courantes, sur les risques associés, sans occulter la dimension hédoniste de ces substances. Le dispositif permet d'organiser en parallèle des débats et des forums de discussion, le projet de prévention étant réalisé en lien avec les partenaires institutionnels locaux (collectivités territoriales, services de santé publique, de l'Éducation nationale, de la police, de la gendarmerie et de la justice, réseaux associatifs sociosanitaires ou socio-éducatifs). De novembre 2005 à la fin de l'année 2006, elle s'est déplacée dans une quinzaine de villes.

26. Sous l'autorité du directeur général de la police nationale, la MILAD est chargée de coordonner la politique des services du ministère de l'Intérieur en matière de lutte contre l'usage, le trafic de stupéfiants et le blanchiment de l'argent généré et en matière de prévention.

LES CAMPAGNES MÉDIATQUES NATIONALES

Lors des dix dernières années, la question du cannabis a fait l'objet de stratégies de communication variées. On peut ainsi distinguer des campagnes de nature généraliste (« tout produit ») ou spécifiques (consacrées exclusivement au cannabis), des actions adressées au « grand public » (jeunes, parents) ou destinées aux professionnels, des campagnes plus ou moins mobilisatrices (incitant à réfléchir sur les consommations à risques, à établir le dialogue ou à arrêter de consommer) ou enfin, des campagnes télévisées, radio, presse ou mixtes qui combinent les différents supports afin d'atteindre plus aisément leur cible.

D'une approche généraliste à une campagne sur le cannabis

Avant 1999, les campagnes généralistes sur les substances psychoactives étaient rares, la dernière remontant à 1994. Elles s'attachaient davantage à rappeler l'interdit de la loi qu'à dispenser des connaissances validées auprès du grand public ou des professionnels. Entre 1999 et 2002 (et surtout à partir de 2000 avec le livre *Drogues : savoir plus, risquer moins*), les données scientifiques relatives au cannabis (ses effets et ses risques potentiels) ont été largement et périodiquement diffusées, à travers des campagnes généralistes. Jusqu'à 2005, seuls le tabac et l'alcool ont fait l'objet d'actions de communication spécifiques. En adoptant

le plan quinquennal de 2004-2008, le gouvernement a fait de la prévention de l'usage de cannabis une de ses priorités. Menée par le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la MILDT et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la campagne « Le cannabis est une réalité » s'inscrit dans ce cadre. Celle-ci confronte l'image répandue d'un produit naturel et inoffensif à ses effets négatifs, sous forme de témoignages de jeunes consommateurs, en soulignant certains risques (difficultés scolaires, perturbation des relations affectives, dépendance au produit et intoxication aiguë). Lancée en février 2005 et reconduite partiellement en 2006²⁷, cette campagne a été destinée prioritairement aux jeunes (diffusion de 6 spots différents à la télévision du 8 au 27 février et de 8 spots à la radio du 8 février au 6 mars). Quatre annonces différentes dans la presse (principalement la presse quotidienne nationale) ont également été adressées aux parents, du 14 au 25 février. En parallèle, trois brochures informatives destinées aux jeunes, aux parents et aux personnes qui souhaitent arrêter de consommer du cannabis, ont été diffusées à près de 3,5 millions d'exemplaires au total.

Perception de la campagne de 2005

On ne dispose pas d'élément d'évaluation concernant l'impact de la campagne de communication sur l'évolution des représentations du grand public

27. En novembre 2006, la campagne est reprise exclusivement dans des radios « jeunes ». Parallèlement, une action a été menée auprès des professionnels de santé (et plus spécifiquement auprès des médecins généralistes) : distribution d'un « Repères pour votre pratique » spécial cannabis, accompagné d'une affichette sur la ligne « Écoute cannabis », afin de mieux faire connaître ce numéro auprès des médecins.

Figure 30 : Scores d'impact des post-tests des campagnes grand public entre 2000 et 2006

Mémorisation * ou reconnaissance	Agrément*	Implication*	Incitation*
1 - Avril-mai 2000 : « Drogues : savoir plus, risquer moins » (Grand public)			
66 % de reconnaissance (81 % chez les 15-24 ans)	77 % (86 % chez les 15-24 ans)	46 % (48 % chez les 15-24 ans)	37 % des personnes inci- tées à acheter le livre** (47 % des jeunes)
2 - Été 2001 : « Il n'y a pas meilleure influence que la vôtre » (Adultes référents)			
39 % de mémorisation spontanée	73 %	86 %	80 % des personnes inci- tées à établir le dialogue avec les jeunes
3 - Janvier-février 2002 : « Pour savoir où vous, VOUS en êtes » (Jeunes de 15-25 ans)			
34 % de mémorisation spontanée chez les 15-25 ans	85 % chez les 15-25 ans	40 % chez les 15-25 ans (54 % chez les usagers de canna- bis consommant dans un cadre festif)	17 % des jeunes de 15-25 ans incités à réfléchir sur leurs consommations (19% pour des usagers de cannabis consommant dans un cadre festif)
4 - Février-mars 2005 : « Le cannabis une réalité » (Jeunes de 15-24 ans en priorité et parents des 11-20 ans)			
74 % de mémorisation spontanée chez les parents et 83 % chez les jeunes de 15-24 ans ; 94 % de recon- naissance chez les parents et 97 % chez les 15-24 ans	89 % chez des parents et 82 % chez les jeunes de 15- 24 ans	37 % des parents et 33 % des jeunes (47 % des consom- mateurs actuels de 15-24 ans se sentent personnell- ement concernés par la campagne)	86 % des parents et 82 % des jeunes de 15-24 ans prennent conscience des risques du cannabis ; 3 % des parents et 67 % des jeunes de 15-24 ans contre 71 % des parents incités à parler du cannabis dans les familles et 60 % des jeunes incités à parler avec quel- qu'un de compétent
Service d'information du gouvernement pour les campagnes d'information et de prévention des ministères			
40 % et 45 % de mémorisa- tion spontanée. Non fourni pour la reconnaissance.	70 %	Non fourni	Non fourni

* Voir les définitions données p. 120.
Source : Enquête post-test, INPES.

** Drogues : savoir plus, risquer moins, diffusé au total à près de 5 millions d'exemplaires (dont 1 million vendus).

et moins encore sur le changement des comportements. On peut cependant trouver, grâce aux post-tests de l'INPES [153], des informations relatives à la perception momentanée de la campagne sur quatre aspects :

- notoriété : se souvenir d'avoir vu, lu ou entendu la campagne faisant l'objet de l'enquête et reconnaître au moins un élément de la campagne après avoir vu les spots radio, TV ou annonces presse ;
- agrément : avoir aimé au moins un élément de la campagne ;
- implication : se sentir personnellement concerné par la campagne parmi ceux qui ont reconnu au moins un élément de la campagne ;
- intentionnalité ou incitation : se sentir enclin à changer son comportement conformément aux objectifs de la campagne.

Globalement, les scores obtenus pour cette campagne sont largement au-dessus des scores moyens de référence identifiés par le Service d'information du gouvernement (SIG) pour l'ensemble des campagnes publiques d'information ou de prévention des pouvoirs publics. Ces scores n'ont pas été calculés pour les campagnes portant exclusivement sur les addictions. Le rapprochement avec les scores des campagnes généralistes dans ce domaine (campagnes menées entre 2000 et 2002) apporte des points de repères supplémentaires (voir Figure 30).

La mémorisation spontanée de la campagne « Le cannabis est une réalité » s'avère plutôt élevée (83 % en 2005 contre 34 % en 2002 et 81 % en 2000). En termes de reconnaissance, les scores observés sont également très importants puisque 97 % des jeunes déclarent reconnaître au moins un élément de la campagne après avoir vu

les spots TV, les annonces presse et écouté les spots radio. Les niveaux d'agrément sont assez élevés et peu éloignés d'une campagne à l'autre (86 % en 2005, 85 % en 2002 et 82 % en 2005). Concernant le potentiel incitatif de cette campagne par rapport à ses objectifs, il est à noter que 82 % des 15-24 ans disent avoir pris conscience des risques du cannabis ; 67 % d'entre eux se déclarent incités à parler du cannabis dans les familles et 60 % avec quelqu'un de compétent.

Concernant le degré d'implication de la campagne « cannabis », les réponses données sont plus nuancées. Si seul un tiers (33 %) des 15-24 ans se déclare concerné personnellement par la campagne (40 % en 2002 et 48 % en 2000), ce chiffre est de 48 % parmi les individus qui consomment actuellement du cannabis. Parmi ceux se sentant concernés, 50 % le sont parce que le cannabis est à leurs yeux un problème de société, 32 % des jeunes se sentent concernés pour quelqu'un de leur entourage et 7 % le sont pour eux-mêmes.

De la part des fumeurs actuels de cannabis, certaines opinions à l'égard de la campagne sont plus mitigées. Ainsi, parmi eux, un quart considère que la campagne n'est pas crédible et 43 % la jugent peu convaincante. Par ailleurs, 38 % d'entre eux estiment que la campagne inciterait à arrêter de fumer du cannabis.

Première campagne cannabis et Sécurité routière

La première campagne nationale de prévention de l'usage de cannabis au volant a été lancée en 2006 (du 24 mai au 10 juin) conjointement par la MILDT et la

Délégation interministérielle à la Sécurité routière (DISR). Cette campagne s'articulait autour d'un dispositif constitué de trois éléments : deux spots radio ainsi que des affiches et des dépliants ; un site internet (www.cannabisetconduite.fr) et enfin un forum de discussion (actif sur la période de la campagne). Destinée en priorité aux jeunes, la campagne rappelait les principales conséquences de la consommation du cannabis en voiture ou en deux-roues (perte de contrôle, altération des réflexes et baisse de la vigilance) et alertait sur le risque pris – pour soi-même et pour les autres – quand on conduit après avoir consommé du cannabis. La campagne s'est appuyée sur des résultats chiffrés de l'étude épidémiologique « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière » (SAM) : 230 décès dus au cannabis par an, un risque d'être responsable d'un accident multiplié par 2 pour le cannabis seul et par 15 pour le cannabis associé à l'alcool (voir chapitre 13). Le site internet reprenait également les éléments récents de législation.

LA TÉLÉPHONIE SOCIALE

Pour relayer les actions de communication relatives au cannabis, les pouvoirs publics s'appuient sur les dispositifs permanents d'accueil, d'écoute et de soutien mis à la disposition du grand public. Parmi eux, il existe des dispositifs axés sur le cannabis, récemment créés, dans le domaine de la téléphonie sociale (« Écoute cannabis ») ou de la prise en charge (« Consultations cannabis » – voir chapitre 15). Il existe également des structures généralistes, dont la plupart sont en place depuis des années, qui traitent l'ensemble des problématiques liées directe-

ment (telle la ligne DIS « Drogues info Service ») ou non aux substances psychoactives (par exemple, les lignes « Fil Santé Jeunes », « Ligne Azur », « Croix-Rouge Écoute », « Écoute famille » ou le dispositif de soutien « Points d'accueil et d'écoute jeunes »). Les données d'activité de ces dernières structures ne permettent pas d'isoler ce qui concerne spécifiquement le cannabis.

Appels relatifs au cannabis en téléphonie sociale (DATIS)

Avant 2005, il n'existait qu'un service national d'accueil téléphonique unique pour l'information et la prévention sur les drogues et les toxicomanies (ligne « Drogues Alcool Tabac Info Service »). Cette ligne a été remplacée par trois nouveaux numéros : « DIS », « Écoute alcool » et « Écoute cannabis ». La création de la ligne spécifique « Écoute cannabis » remonte à décembre 2004. Ce numéro est accessible 7 jours sur 7, de 8 h à 20 h, au prix d'une communication locale, pour toute personne souhaitant s'informer sur le cannabis ou bénéficier d'une écoute, d'un conseil et d'une orientation en la matière. Il s'agit de la seule ligne spécifique au cannabis. À la différence d'« Écoute cannabis », la ligne « DIS » fonctionne en permanence et est gratuite depuis un poste fixe.

Si l'on examine les données fournies par l'opérateur DATIS sur le recours du public aux lignes « Écoute cannabis », « DIS » et « Écoute alcool » sur toute l'année 2005, il ressort que le cannabis est cité dans presque la moitié des appels, ce qui ne signifie pas qu'il constitue forcément l'objet principal de l'appel. Plus précisément, ces appels ont représenté 43 %

de l'activité des écoutants de DATIS lors de cette première année de fonctionnement sur ces trois lignes. Ceci dit, lors du même appel, d'autres substances pouvaient être citées également. Par ailleurs, on observe que la ligne « Écoute cannabis » n'a pas concentré à elle seule la totalité des appels pour lesquels le cannabis est cité, ce type d'appels ayant concerné également plus d'un tiers des appels sur « DIS ». En moyenne par jour, la ligne « DIS » a cumulé le plus grand nombre d'appels au cours desquels le cannabis est cité (48 appels), la ligne spécifique au cannabis ne recevant qu'une dizaine d'appels. Ces chiffres contrastent avec le volume important d'appels enregistré du 8 février au 6 mars 2005, période pendant laquelle la campagne de communication « Le cannabis est une réalité » a été mise en œuvre [98]. Par exemple, sur la ligne « Écoute cannabis », DATIS a décompté jusqu'à 482 appels par jour en moyenne lors du mois de février 2005.

Le système d'information de DATIS permet également de décrire succinctement les caractéristiques des appelants et le type des demandes effectivement traitées par ces écoutants. Si l'on s'intéresse aux appels citant le cannabis sur ces

trois lignes et qu'on les compare aux données d'activité de la ligne « Écoute cannabis » au moment de la campagne, on peut noter les éléments suivants :

- les appels des usagers se sont maintenus globalement à un niveau légèrement plus bas que lors de la campagne (38 % vs 42 %), ceux issus de l'entourage ont été sensiblement plus élevés (57 % vs 53 %) ;
- en ce qui concerne l'âge des appelants usagers, les 20-30 ans n'ont pas été aussi nombreux que pendant la campagne (42 % vs 51 %) ;
- s'agissant des demandes des appelants tout au long de l'année 2005, beaucoup ont concerné des questions d'information (3 sur 5 appels, qu'il s'agisse des usagers ou de l'entourage), les demandes de soutien arrivant en deuxième lieu (46 % des appels parmi l'entourage, 37 % des demandes chez les appelants usagers). Au moment de la campagne, les appelants ont été plus intéressés par les demandes de conseil.

Repères méthodologiques

Post-test de la campagne 2005 « Le cannabis est une réalité »

Prise en charge sanitaire pour un problème lié au cannabis

Christophe Palle, Ivana Obradovic, Laure Vaissade

Des consommateurs de cannabis, jeunes ou moins jeunes, sont pris en charge depuis de nombreuses années, soit dans le cadre des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), soit par des professionnels et des institutions non spécialisés (médecins de ville, hôpital). En complément de cette offre de soins, un dispositif spécifique d'accueil des jeunes consommateurs de cannabis a été créé au cours du second semestre 2004. Avant la mise en place du dispositif des « consultations cannabis », on disposait donc déjà de données sur le nombre de personnes reçues dans le cadre du dispositif général d'addictologie et sur leur profil, sans précision toutefois sur les modalités de prise en charge.

PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES DE SOINS NON SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉES AU CANNABIS

Plusieurs enquêtes permettent de suivre l'évolution des recours aux structures spécialisées en toxicomanie, depuis la fin des années 1980 jusqu'à aujourd'hui. Les hospitalisations pour usage de

cannabis s'avèrent plus difficiles à dénombrer. Enfin, aucune information n'est disponible sur les prises en charge de consommateurs de cannabis en médecine de ville.

Des prises en charge dans les CSST en forte augmentation

Les CSST ont été créés dans les années 1970 pour accueillir de façon anonyme et gratuite les consommateurs de drogues illicites, dont ceux de cannabis. Les données issues d'une même enquête, menée régulièrement sur les personnes venues consulter dans ces structures, montrent que le nombre de personnes en difficulté avec le cannabis accueillies pendant le même mois de l'année est passé de 600 en 1989 à 3 700 en 2003 (Figure 31) [62, 63]. Cette tendance à l'augmentation du nombre des prises en charge est cependant générale : sur la même période, l'ensemble des recours, quel que soit le produit en cause, a été multiplié par trois. Jusqu'en 1997, l'augmentation des prises en charge liées au cannabis a suivi la tendance globale, la part relative du

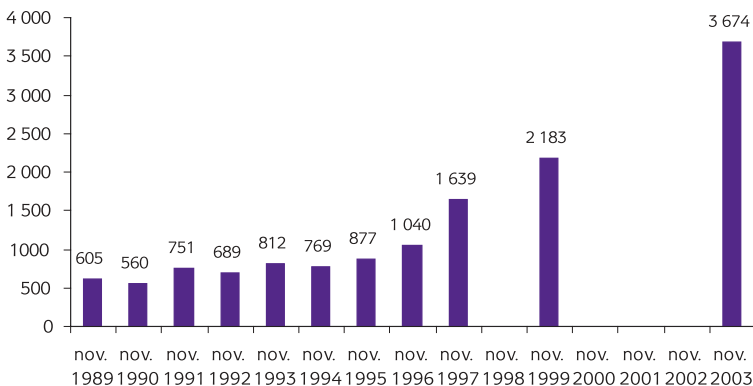
cannabis étant restée constante autour de 11 %. Depuis 1997, les prises en charge liées à l'usage de cannabis progressent beaucoup plus vite que les autres, la part relative de ce produit atteignant 18 % en novembre 2003.

Depuis 2001, les données issues des rapports d'activité annuels permettent d'estimer le nombre de personnes vues chaque année pour un usage de cannabis dans les CSST : environ 12 000 en 2001 et 23 000 en 2004, soit un quasi doublement en trois ans [234]. Cette tendance se poursuit en 2005 : à partir des données recueillies par les CSST ambulatoires dans le cadre de RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), le nombre de patients en difficulté avec leur consommation de cannabis rencontrés dans les CSST en 2005 serait de l'ordre de 25 000 à 26 000 personnes [288].

Des hospitalisations en nombre limité

L'enquête menée dans les CSST chaque année en novembre était conjointement réalisée dans les hôpitaux auprès de patients hospitalisés en raison de leur consommation de drogues illicites ou hospitalisés pour un autre motif, mais ayant une consommation régulière et prolongée de drogues illicites ou de médicaments détournés de leur usage [62, 63]. L'enquête de novembre 1989 recensait 340 consommateurs de cannabis hospitalisés ; on dénombrait trois fois plus dix ans plus tard (soit 1 100 patients en novembre 1999). Par ailleurs, en novembre 1997, près de 90 % des patients recensés comme connaissant des difficultés avec le cannabis étaient hospitalisés dans des services de psychiatrie. La limite de ces chiffres tient à l'impossibilité de déterminer si les patients ont été

Figure 31 : Nombre de personnes prises en charge pour usage de cannabis dans les CSST au cours du mois de novembre, 1989-2003



Note : enquête non réalisée en 1998, 2000, 2001 et 2002

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et sociale en novembre, 1989 à 2003, SESI/ DREES.

hospitalisés du fait de leur usage de substances ou pour un tout autre motif qui peut n'avoir aucun lien avec la consommation de cannabis.

Les données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) relative au nombre de séjours hospitaliers suivant un diagnostic principal de troubles du comportement liés à l'usage de cannabis permettent de compléter les informations précédentes : en augmentation depuis la fin des années 1990, ce chiffre est passé de 262 en 1998 à 613 en 2004 [234]. Il ne peut cependant être exclu que cette augmentation soit en partie liée à un meilleur enregistrement de ce type de diagnostic. Il peut être mentionné, à titre de comparaison, qu'en 2004, le PMSI recensait près de 100 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles du comportement lié à la consommation d'alcool (soit un séjour au titre du cannabis pour 163 au titre de l'alcool). Le nombre d'hospitalisations directement liées à la consommation de cannabis reste donc assez faible, quoiqu'en augmentation apparente.

Des consommateurs de cannabis sont également vus à l'hôpital dans un cadre ambulatoire (sans hospitalisation) au sein de consultations en addictologie. On ne dispose pas à l'heure actuelle de données permettant d'évaluer le nombre de ces patients.

Des usagers de cannabis plus jeunes et dans une meilleure situation socio-économique

D'après les données de RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), la drogue principale²⁸ mentionnée

le plus fréquemment est le cannabis, devant l'héroïne et les autres opiacés : 38 % des patients ayant recours aux CSST ambulatoires en 2005 ont des problèmes liés à l'usage de cannabis contre 35 % pour l'héroïne et les autres opiacés. L'écart s'accroît si l'on s'intéresse uniquement aux nouveaux patients : en 2005, le cannabis est la drogue principale pour 44 % des nouveaux patients, contre moins de 28 % pour l'héroïne et les autres opiacés.

Les usagers de cannabis rencontrés dans les CSST se distinguent depuis les années 1980 par une proportion plus élevée d'hommes et surtout par un âge moyen nettement inférieur à celui des autres consommateurs de drogues ; d'après les données de RECAP, on compte en 2005 85 % d'hommes chez les personnes prises en charge pour usage de cannabis (contre 77 % chez les autres usagers) et leur âge moyen s'établit à 24,5 ans contre 32,8 ans pour les autres. En outre, 61 % des consommateurs de cannabis ont moins de 25 ans contre 21 % chez les autres. Pour observer le profil spécifique des usagers de cannabis pris en charge, il est donc nécessaire de tenir compte de cette différence d'âge. Les comparaisons sont menées sur deux groupes de population, le premier comprenant des individus âgés de moins de 25 ans, le second des personnes âgées de 25 ans et plus.

Les consommateurs de cannabis âgés de moins de 25 ans accueillis dans les CSST vivent dans un environnement socio-économique plus stable que les jeunes de la même tranche d'âge pris en charge pour d'autres drogues : 72 % d'entre eux habitent chez leurs parents

28. Drogue principale : produit consommé récemment, au cours du mois passé, et causant le plus de dommages à l'usager.

(contre 53 % chez les autres consommateurs), dans un logement stable pour 86 % (contre 73 %) ; les ressources de plus de 40 % d'entre eux proviennent de tiers (contre 25 % chez les autres), 44 % d'entre eux sont étudiants ou lycéens (contre 25 %). Ils font moins souvent état de problèmes plus aigus (hospitalisation pour un problème psychiatrique ou tentative de suicide ou incarcération) : 16 % contre 31 % chez les autres consommateurs.

Différences moins marquées pour les consommateurs plus âgés

Chez les 25 ans et plus, la plupart de ces différences de profils demeurent mais sont beaucoup moins marquées qu'avant 25 ans, en particulier pour le sexe, le logement, les ressources et les antécédents de prise en charge, psychiatriques et judiciaires.

Dans le groupe des 25 ans et plus, les usagers de cannabis ont en moyenne

32,2 ans (contre 35,7 ans pour les autres drogues) et la part des plus de 40 ans est faible (14 % contre 27 %). Ils sont moins nombreux à avoir des enfants (36 % contre 46 %). Leur situation socio-économique générale est légèrement meilleure : ils sont 33 % à avoir au moins le niveau du baccalauréat (contre 28 % pour les usagers d'autres drogues illicites), 46 % ont des revenus issus d'activités rémunérées (contre 37 %) et 45 % sont au chômage ou inactifs (contre 55 % chez les usagers d'autres drogues illicites). La fréquence des antécédents de prises en charge sanitaire, psychiatrique et judiciaire, sensiblement inférieure chez les usagers de cannabis, est plus élevée chez les plus de 25 ans : 21 % ont déjà été pris en charge pour des problèmes liés à l'usage de drogues, 26 % ont été hospitalisés pour raisons psychiatriques, 19 % ont déjà fait une tentative de suicide et 30 % ont été incarcérés au moins une fois.

La prise en charge au titre du cannabis en milieu carcéral

Parmi les détenus reçus dans les CSST intervenant en milieu pénitentiaire, plus d'un sur cinq (21,7 %) cite le cannabis comme produit principal à l'origine de la demande de prise en charge sanitaire, au même niveau que les opiacés (21,2 %). Le cannabis arrive aussi en tête comme deuxième (25,8 %) et troisième (39,4 %) produit le plus cité, ce qui laisse penser qu'une majorité des détenus vus dans ces CSST estiment rencontrer des problèmes de santé liés au cannabis (à titre principal ou secondaire) [234].

En milieu carcéral, le cannabis est le premier produit illicite déclaré (usage dans les 12 mois précédant l'incarcération) et c'est le seul pour lequel la consommation récente est en hausse (entre 1997 et 2003) ; la proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de cannabis dans les 12 mois précédant l'incarcération est passée de 25,6 % des entrants à 29,8 % entre 1997 et 2003 [204].

PRISE EN CHARGE DANS LES CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES

Un dispositif dédié aux usagers de cannabis et à leur famille

Au cours du second semestre 2004, un dispositif de consultations spécialisées, anonymes et gratuites, destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et d'autres substances psychoactives et à leur famille a été mis en place [14], en application du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 [197]. Leur objectif est de proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic en cas de consommation nocive ; d'offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risques et une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques ; d'accompagner ou de proposer une orientation aux jeunes en situation d'abus ou de dépendance ; d'offrir, enfin, un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leurs enfants, avec la possibilité de séances conjointes parents-enfants.

Ces consultations jeunes consommateurs ont été adossées aux structures médicales ou médico-sociales spécialisées existantes : 75 % sont rattachées à un centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), 15 % à un service hospitalier, 8 % à un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et 2 % à une structure mixte CSST-CCAA. En 2005, les « consultations cannabis » ont été finan-

cées à hauteur de 3,8 millions d'euros. En mars 2005, 259 consultations de repérage et de diagnostic précoce étaient déclarées ouvertes (au moins une par département) ; elles étaient 280 en octobre 2006. Pendant les 12 premiers mois d'activité des consultations cannabis (de mars 2005 à février 2006), environ 16 000 consommateurs ont été vus (une fois ou plus) et quelque 13 000 personnes de l'entourage des consommateurs (parents, conjoints, amis) ont été accueillies²⁹.

Un public plus jeune que dans les CSST

Les personnes accueillies sur une période d'enquête d'un mois en 2005 (15 mars-15 avril) sont pour près des deux tiers des nouveaux consultants [215]. Les garçons sont majoritaires parmi eux (80 %). L'âge moyen des usagers est de 21 ans et 2 mois : il est similaire chez les garçons et chez les filles. La plupart des consommateurs (90 %) ont entre 14 et 25 ans.

Avant 20 ans, la grande majorité des consommateurs sont élèves ou étudiants. Leur profil scolaire diffère de celui des adolescents du même âge en population générale : à 18 ans, ils sont moins souvent scolarisés (78 % des consultants, vs 96 % des jeunes du même âge) ; à cet âge, ils sont aussi plus souvent inscrits dans des filières d'apprentissage ou de formation alternée (25 % des consultants, vs 12 % des jeunes interrogés dans ESCAPAD 2003 [48]). Les consommateurs âgés de plus de 25 ans sont en majorité des actifs occupés.

29. Ces informations proviennent du système d'information mensuel mis en place dans les consultations d'évaluation jeunes consommateurs (SIMCCA).

Une moyenne de six joints par jour pour 45 % des consultants

Près de la moitié des consultants consomment du cannabis tous les jours (45 %), un sur cinq en fait un usage régulier mais pas quotidien (10 à 29 usages dans le mois passé) et le tiers restant en use occasionnellement (10 % n'ont pas du tout consommé de cannabis au cours des 30 derniers jours). Les usagers quotidiens déclarent fumer en moyenne 6 joints par jour. La fréquence et l'intensité de l'usage apparaissent étroitement corrélées : 53 % des usagers quotidiens de cannabis disent fumer au moins 5 joints un jour de consommation, vs 28 % des usagers réguliers (voir chapitres 1 et 4).

Les outils de repérage utilisés pour élaborer le diagnostic sont hétérogènes d'une structure à l'autre : les consultations cannabis utilisent en général un ou plusieurs outils de dépistage des consommations problématiques, mais 13 % délivrent un diagnostic sans l'appui de tests. Dans ces conditions, plus du tiers des consultants est diagnostiqué dépendant au cannabis (51 % des consommateurs de plus de 25 ans contre 33 % des moins de 25 ans). Le diagnostic de dépendance est d'autant plus fréquent que le consultant est âgé (32 % entre 17 et 19 ans, 80 % entre 29 et 34 ans). La moitié des mineurs ou jeunes adultes sont repérés comme étant en situation d'usage à risques ou d'usage nocif (48 % contre 35 % chez les 25 ans et plus). Près de 20 % de ce jeune public fait cependant état d'une consommation qui ne présente pas de risque avéré.

Les instruments de repérage les plus couramment utilisés sont des grilles d'évaluation internes (environ 40 % des consultations cannabis), devant les tests validés

(le plus souvent cité est le CAST – voir chapitre 5). Quel que soit l'instrument utilisé, la durée de la prise en charge est cohérente avec le résultat du repérage : les usagers diagnostiqués en situation d'abus ou de dépendance font l'objet des suivis les plus longs.

Un consultant sur cinq déclare un usage régulier d'alcool

L'usage de substances psychoactives licites est courant parmi les consommateurs venus en consultation : le tabagisme est très fréquent (93 % des usagers quotidiens de cannabis) ; l'usage régulier d'alcool concerne près de 20 % des consultants. Ce dernier est corrélé à l'usage régulier de cannabis : parmi les usagers quotidiens de cannabis, 14 % sont aussi des buveurs quotidiens d'alcool (les garçons un peu plus souvent que les filles).

L'expérimentation d'ecstasy concerne 25 % des consultants âgés de 17-18 ans : ce taux est légèrement supérieur à celui relevé parmi les usagers réguliers de cannabis en population générale (21 % des usagers réguliers de 17-18 ans interrogés dans l'enquête ESCAPAD 2003). Cette proximité de profils se retrouve pour l'usage récent d'ecstasy (dans les 30 derniers jours).

Part importante d'orientations judiciaires chez les garçons

Les circonstances du recours aux consultations cannabis sont différentes selon le sexe : chez les garçons, 40 % des recours relèvent d'une injonction judiciaire (injonction thérapeutique ou classement avec orientation vers une structure sanitaire), contre 30 % de consultations solli-

citées sur suggestion d'un tiers (entourage familial ou éducatif) et 30 % de démarches spontanées. Chez les filles, les recours spontanés arrivent en tête (41 %), devant les démarches sur suggestion d'un tiers (40 %), loin devant les orientations judiciaires (19 %).

Les modalités de recours sont différemment structurées par âge : avant 20 ans, la consultation fait suite à la suggestion d'un tiers dans la moitié des cas ; entre 20 et 28 ans, elle est induite par une décision judiciaire (46 %), en particulier chez les garçons ; à partir de 29 ans, les demandes spontanées deviennent prépondérantes. Elles sont étroitement corrélées au type d'usage repéré par les cliniciens : la part des profils d'usage relevant d'une consommation abusive ou d'une dépendance au cannabis est particulièrement élevée parmi les demandeurs spontanés ; à l'inverse, elle est faible parmi les consultants adressés par la justice, qui bénéficient donc de suivis plus courts. Les consultants orientés par la justice ne

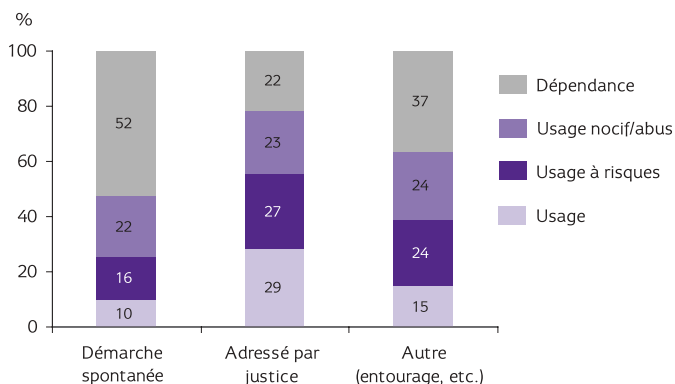
présentent donc pas nécessairement des consommations problématiques de cannabis, ce qui s'explique par le fait que les usagers interpellés par les services répressifs (et adressés en consultation par le biais du système pénal) le sont pour des raisons qui relèvent d'une logique policière et non sanitaire : il s'agit plus souvent, par exemple, d'usagers consommant dans l'espace public et en groupe [40, 239].

L'importance décisive d'un suivi par des professionnels de santé

La prise en charge se déroule sur deux séances en moyenne, mais ce nombre varie selon la gravité du diagnostic d'usage. Les usagers dépendants bénéficient de suivis en moyenne plus longs : plus de la moitié sont vus au moins 3 fois. Le délai d'attente pour un premier rendez-vous est d'une semaine environ.

Lors du premier contact, les consommateurs sont le plus souvent vus par un psychologue (35 %). Environ 25 % sont

Figure 32 : Diagnostic d'usage des consommateurs accueillis dans les « consultations cannabis », selon la modalité de recours, en 2005 (n=2457)



Source : Enquête un mois donné dans les « consultations cannabis », OFDT.

reçus par un éducateur, 21 % par un infirmier et 12 % par un médecin. Selon le diagnostic établi par le professionnel, les consultants sont invités à poursuivre l'évaluation ou non. La moitié des usagers « simples » ne sont pas revus après la première consultation ; à l'inverse, 80 % des usagers diagnostiqués en situation d'usage nocif ou de dépendance poursuivent l'évaluation. Les consommateurs peuvent également être orientés vers une autre structure : c'est le cas d'environ 10 % des usagers occasionnels (simples ou jugés à risques) qui sont adressés vers un groupe de parole ou un « point écoute ». Lorsque le diagnostic révèle un usage problématique, les structures qui prennent le relais sont le plus souvent des CSST.

La durée moyenne du suivi d'un consultant à partir de la première visite est d'un mois : elle dépend par définition du nombre de visites. Un tiers des consultants environ abandonne le suivi en cours : ce taux de décrochage s'explique en partie par l'allongement du délai d'attente à partir du deuxième rendez-vous et par la spécialité du clinicien rencontré lors du premier contact : ainsi, être vu par un professionnel de santé divise par deux les

risques d'un décrochage. Cet effet « professionnel » est particulièrement marqué au début de la prise en charge (lors des deux premières séances), et quand il s'agit d'un médecin (dont la présence divise par 4 le risque d'un abandon en cours de suivi).

Ainsi, les « consultations cannabis » accueillent un public qui n'aurait probablement pas fait appel à une structure de soins aux toxicomanes non spécialisée dans la prise en charge au titre du cannabis : mineurs accompagnés d'un ou plusieurs parents, usagers orientés vers une consultation cannabis par un tiers issu de l'environnement éducatif (médecin scolaire, assistante sociale), une partie des usagers de cannabis orientés par les autorités judiciaires – qui peuvent s'appuyer, depuis l'avènement des consultations, sur un relais de prise en charge sanitaire immédiatement disponible quand elles prononcent une mesure alternative aux poursuites à l'encontre d'usagers de cannabis interpellés.

Repères méthodologiques

Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et sociale en novembre ; Enquête sur la santé des entrants en prison ; Enquête un mois donnée dans les « consultations cannabis » ; ESCAPAD ; PMSI ; Rapport d'activité des CSST ; RECAP ; SIMCCA

Statut légal du cannabis et traitement pénal des usagers et des trafiquants

Ivana Obradovic, Hélène Martineau

CADRE LÉGISLATIF RÉGLEMENTANT L'USAGE ET LE TRAFIC DE CANNABIS

L'intégration du cannabis dans le régime juridique des stupéfiants

Le classement du cannabis parmi les stupéfiants date de la Convention de Genève de 1925. La Convention unique sur les stupéfiants de 1961 élargit sa définition, en ne visant plus seulement les plantes femelles séchées mais l'ensemble des plantes mâles et femelles après la floraison, séchées ou non, contenant de la résine. Depuis 1988 [7], la définition juridique française du cannabis va au-delà du droit international, en visant toute la plante, y compris pendant la période de culture, quelle que soit sa variété ou sa concentration en principe actif (art. R.5132-86 du Code de la santé publique).

Dès 1925 donc, le cannabis tombe sous le coup de la loi de 1916 en vigueur qui prohibe l'usage de stupéfiants « en société » [4]. Le texte ne fait aucune distinction entre trafic, incitation et usage, tous punis des mêmes peines, et il ne prévoit aucune mesure de traitement des usagers de drogues.

La loi du 24 décembre 1953 opère un premier virage en introduisant un volet sanitaire dans la législation antidrogue : elle prévoit que les personnes reconnues comme faisant usage de stupéfiants peuvent être astreintes à suivre une cure de désintoxication [3]. Elle préfigure la loi du 31 décembre 1970 relative aux « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants » [25] qui constitue le cadre de la législation sur les stupéfiants depuis lors.

La loi du 31 décembre 1970 et ses prolongements

La loi de 1970 réprime l'usage (public et privé) et le trafic de toute substance classée comme stupéfiant, sans différenciation selon le produit. Le cannabis est donc soumis en France à un régime juridique non spécifique, commun à l'ensemble des stupéfiants, contrairement à d'autres pays européens comme les Pays-Bas ou le Royaume-Uni (voir chapitre 17).

En cas de délit d'usage, la peine encourue peut aller jusqu'à un an d'em-

prisonnement et 3 750 € d'amende³⁰. Dans le même temps, la loi prévoit une alternative thérapeutique qui permet au contrevenant d'éviter les poursuites s'il accepte de se faire soigner, de façon anonyme et gratuite. Ce double statut de l'usager (considéré à la fois comme délinquant et comme malade) a été critiqué dès l'adoption de la loi. Ce cadre législatif a été modifié par les circulaires successives du ministère de la Justice qui se sont efforcées de résoudre l'aspect ambiguë de la loi en appelant les procureurs à privilégier les soins et à différencier les usagers selon le produit et le mode d'usage.

Dès 1978, en effet, une circulaire pénale recommandait de distinguer les produits du cannabis (à l'exception de l'huile de haschich) des « autres drogues » et de proposer une alternative aux poursuites judiciaires aux usagers de cannabis [24]. Plusieurs circulaires préconisant des réponses judiciaires graduées et diversifiées à l'égard des usagers se sont ainsi succédé [18, 19, 21] : celle du 17 juin 1999 [17] a, la première, explicitement appelé les procureurs de la République à éviter l'incarcération en cas d'usage simple (notamment de cannabis) et à recourir plus systématiquement au rappel à la loi (pour des consommateurs occasionnels) et à l'orientation vers une structure socio-sanitaire (pour tout autre type d'usage). Le recours à l'injonction thérapeutique

était strictement recommandé pour les usagers de drogues dépendants (héronomanes en particulier, mais aussi en cas d'usage intensif de cannabis).

La sanction pénale de l'usage de stupéfiants fait l'objet d'un débat public récurrent depuis les années 1970. À l'initiative du Premier ministre, une réflexion interministérielle coordonnée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) sur l'évolution de la sanction de l'usage a été ouverte à l'été 2003. Des propositions d'aménagement du cadre juridique ont été présentées : abandon du délit d'usage, sauf en cas d'usage répété ; mise en place de contraventions pour usage de stupéfiants, éventuellement assorties de peines complémentaires³¹. Le projet n'a pas débouché sur une réforme législative en tant que telle : une nouvelle circulaire a été lancée en revanche en 2005 [16], réaffirmant la nécessité de développer la réponse pénale à dominante sanitaire (classement avec orientation sanitaire ou classement sous condition) en s'appuyant sur les « consultations jeunes consommateurs » mises en place en 2005 (voir chapitre 15), et en excluant par principe les rappels à la loi pour les usagers majeurs ou ceux réitérant une infraction à la législation sur les stupéfiants.

Plus récemment enfin, la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars

30. Voir détail des textes législatifs en annexe.

31. La presse a fait état de cette réflexion sur la sanction de l'usage lorsque le gouvernement a annoncé que le projet de réforme de la loi de 1970 présenté par la MILDT resterait sans suite législative (voir Le Monde du 29 juillet 2004, Le Figaro du 30 juillet 2004, Libération des 29 et 31 juillet 2004). Un mois auparavant, cette réflexion interministérielle avait déjà été évoquée à l'occasion du dépôt, à l'Assemblée nationale, d'une proposition de loi émanant de 240 députés et sénateurs UMP et UDF, jugée moins attentive que le texte de la MILDT au volet sanitaire. Cette proposition de loi prônait par exemple la mise en œuvre d'une palette de sanctions dissuasives à l'égard des usagers de stupéfiants : restriction de l'usage de chèquiers, suspension du permis de conduire, immobilisation et confiscation de véhicules et de téléphones portables (Libération, 18 juin 2004).

2007 a réformé celle du 31 décembre 1970 (dans son chapitre VI) en étendant la procédure de l'ordonnance pénale³² au délit d'usage pour les majeurs (article 51) et en élargissant la palette des peines de substitution à des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants (article 48) et en développant les injonctions thérapeutiques à tous les stades de la procédure pénale (articles 49 et 50) [15].

La loi de 1970 pénalise également la provocation à l'usage (aggravée quand il s'agit d'incitation envers des mineurs) et la présentation sous un jour favorable du cannabis et des stupéfiants en général (voir détail en annexe). Elle offre aussi la possibilité de fermer des établissements où l'usage a été constaté³³. Elle interdit par ailleurs de nombreux actes liés au trafic (détention, acquisition, production, importation), dont certains sont souvent associés à un usage de cannabis.

En ce qui concerne la répression du trafic, les peines prévues sont particulièrement lourdes en France, par rapport aux autres pays de l'Union européenne. Comparée au texte de 1916, la loi du 31 décembre 1970 aggrave les sanctions du trafic pour les rendre exemplaires (voir annexe). Elle autorise également le recours à des procédures d'exception pour confondre les trafiquants présumés (prolongation de la garde à vue à quatre

jours, autorisation des perquisitions de nuit). De surcroît, depuis la fin des années 1990, une vingtaine de lois sont venues renforcer l'arsenal répressif, dans une perspective de lutte contre le trafic local ou international :

- les peines prévues ont été aggravées : pour les trafics de grande ampleur, elles peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros [1]. De nouvelles infractions ont été créées, telles que l'offre et la cession pour usage personnel, instituée pour apporter une réponse spécifique aux actes commis par les « usagers-revendeurs » [13], ou le blanchiment [10], susceptible d'être qualifié en infraction criminelle [6, 11, 12],

- l'éventail des instruments juridiques a été élargi. Tout d'abord, les outils d'investigation policière et judiciaire dérogoires au droit commun ont été multipliés : depuis la loi du 17 janvier 1986, les usagers-revendeurs interpellés peuvent être jugés avec leur consentement en comparution immédiate, c'est-à-dire sans délai. Les dispositions légales liées à la répression du blanchiment permettent désormais, par exemple, de poursuivre les trafiquants sur la base de leurs signes extérieurs de richesse : le fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un usager ou un trafiquant

32. L'ordonnance pénale est une procédure simplifiée et accélérée normalement applicable aux seules contraventions, visant à désengorger les tribunaux. Le tribunal de police peut désormais décider, par ordonnance pénale, de condamner ou non l'auteur d'un délit d'usage à une amende, sans que celui-ci ne comparaisse devant le tribunal. En cas de condamnation, l'intéressé a 30 jours pour s'acquitter du montant de l'amende ou faire opposition à la décision, afin de présenter ses moyens de défense devant le tribunal.

33. L'article L.3421-3 du Code de la santé publique prévoit que lorsque l'usage est poursuivi, le juge d'instruction peut ordonner la fermeture du lieu où l'infraction a été commise pour 6 mois maximum (article 706-33 du Code de procédure pénale) et la confiscation du produit de l'infraction (article 222-49 du code pénal). Cette mesure de fermeture peut aussi être administrative, soit ordonnée par le préfet pour une durée de 3 mois ou par le ministre de l'Intérieur pour une durée d'un an (article L.3422-1 du Code de la santé publique). Ces durées administrative et judiciaire ne sont pas cumulables.

de stupéfiants est incriminé dans la loi du 13 mai 1996 sur le « proxénétisme de la drogue »³⁴ [6]. Enfin, des innovations ont été introduites dans le code pénal pour faciliter la remontée des filières de trafiquants : la loi du 9 mars 2004 [23] prévoit une possibilité d'exemption de peine pour les « repentis » qui, ayant averti les autorités administratives ou judiciaires d'un trafic de stupéfiants, ont contribué à faire cesser l'infraction et éventuellement à identifier les autres coupables. Cette loi a également élargi les particularités procédurales liées à la lutte contre le trafic, en ajoutant à la possibilité de recourir à la garde à vue pendant 4 jours ou aux perquisitions de nuit celle de pratiquer les infiltrations (art. 706-82 du Code de procédure pénale).

Par ailleurs, en matière de trafic de stupéfiants, deux types de circonstances aggravantes sont envisagés, lorsque les faits sont commis dans les locaux de l'administration, ou encore auprès de mineurs ou à proximité des centres d'enseignement ou d'éducation. Ce durcissement des peines, lorsque le trafic prend pour cible des mineurs, se retrouve dans le récent projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, qui prévoit des peines pouvant aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende pour « les provocations directes à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigées vers un mineur ou commises dans les établissements d'enseignement ou d'éducation » [15].

Usage de cannabis et Sécurité routière

La répression de l'usage de stupéfiants dans certaines circonstances de la vie sociale a été accentuée, en milieu professionnel (voir encadré) mais surtout, dans une perspective d'amélioration de la Sécurité routière.

À la suite de débats parlementaires mettant l'accent sur le déficit de connaissances relatif à l'influence des stupéfiants (et en particulier du cannabis) sur la survenue d'accidents de la route, la loi du 18 juin 1999 [20] et son décret d'application [9] ont instauré un dépistage systématique de stupéfiants sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route, entre 2001 et 2003, avec l'objectif de réaliser une étude épidémiologique pour évaluer, dans ces accidents, la part attribuable au cannabis (voir chapitre 13). Avant la parution des résultats de cette étude, la loi du 3 février 2003 [8] et son décret d'application [2] ont créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Celui-ci encourt une peine de 2 ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende. Les sanctions peuvent être portées à 3 ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool.

Les dépistages sont obligatoires en cas d'accident immédiatement mortel. Ils le sont aussi en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné

34. Depuis la loi n° 2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme (publiée au JO du 24 janvier 2006, NOR: INTX0500242L) cette disposition a été étendue aux personnes en relation avec les auteurs ou les victimes de crimes ou délits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement et procurant à leurs auteurs un profit direct ou indirect (article 321-6 du code pénal). Les peines prévues de 3 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende sont portées à respectivement 7 ans et 200 000 € en cas de crimes ou délits de trafic ou d'usage de stupéfiants (Art. 321-6-1).

Réglementation des dépistages de cannabis en milieu professionnel

La consommation de cannabis, et plus largement de stupéfiants, d'un salarié peut avoir des conséquences sur la qualité de son travail, son rendement, son temps de présence et, ce qui importe en premier lieu au médecin du travail, peut accroître les risques d'accidents liés à son emploi³⁵.

À la demande ou non de l'employeur, le médecin du travail peut donc être amené à prescrire des examens biologiques toxicologiques pour établir un diagnostic de « toxicomanie » uniquement en cas de présomption d'usage (établie au cours de la consultation médicale préalable) et seulement pour les employés de postes dits « de sécurité ou de sûreté³⁶ ». Aucune définition légale de ces postes n'existe. Il est généralement admis que les postes de sécurité « présentent des caractéristiques qui peuvent les rendre dangereux pour le travailleur lui-même, pour son entourage professionnel, pour la collectivité ou pour l'environnement » [82] ; les postes de sûreté comportent des risques pour des tiers, pour l'environnement, la collectivité, la protection des biens, etc. [237].

Inscrite au règlement intérieur, une politique de dépistages obligatoires existe parfois, à l'embauche puis lors des visites médicales périodiques. C'est le cas notamment à la SNCF, la RATP et chez Air France pour les postes de conducteurs, aiguilleurs, contrôleurs, personnels navigants, etc. Les dépistages sont également fréquents dans le secteur de la chimie. Les préfectures en pratiquent aussi pour la délivrance du permis de conduire ou de son renouvellement en matière de transport routier et de personnes [237, 244]. Pour les personnels des transports (terrestres, maritimes ou aériens, de marchandises ou de voyageurs) exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport (liste fixée en Conseil d'État), la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance adopté le 6 décembre 2006 [15] prévoit un renforcement des contrôles et, en cas d'usage de stupéfiants dans l'exercice de leurs fonctions, une aggravation des sanctions (portées à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende). Ces dispositions s'appliquent également aux personnes chargées d'une mission de service public ou dépositaires de l'autorité publique dans l'exercice de leurs fonctions (art. 48).

En pratique, les examens (dépistages urinaires et confirmation sanguine) sont à la charge de l'employeur. Le salarié est informé au préalable du type d'examens qu'il va subir et des conséquences possibles des résultats (adaptation, changement de poste, voire licenciement). Les examens biologiques sont couverts par le secret médical et le médecin fournit à l'employeur uniquement un avis d'aptitude ou d'inaptitude [107, 118]. Rappelons que celui-ci ne peut être établi sur le seul diagnostic médical de « toxicomanie » (principe de non-discrimination et de non-sélection) et qu'il doit prendre en compte les exigences du poste et sa dangerosité pour le salarié et son entourage professionnel. Le diagnostic doit par ailleurs être nuancé en fonction de l'intensité des conduites addictives et du type de substance. Enfin, la limite des tests biologiques, pour évaluer les capacités fonctionnelles d'une personne, met souvent le médecin du travail dans l'obligation de prendre d'autres avis médicaux pour établir son diagnostic (médecin traitant du salarié, médecin inspecteur...).

Quoi qu'il en soit, la détection d'un usage de stupéfiants chez un employé place l'employeur et le médecin du travail dans une situation délicate, entre l'engagement de leur responsabilité (en cas d'accident dû à cet usager) et leur désir de maintenir l'employé au travail. Les actions de prévention sont à ce titre essentielles.

Pour un aperçu de la réglementation de ces dépistages en Europe, voir encadré dans chapitre 17.

35. En dehors de la circulation routière, ces risques ne sont pas évalués. Au mieux estime-t-on des prévalences de consommation chez des salariés, sur le lieu de travail ou à l'embauche, ces mesures portant plus souvent sur l'alcool, les médicaments que sur les stupéfiants [118, 237].

36. Avis du 16 octobre 1989 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ; circulaire n°90/13 du 9 juillet 1990 du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels ; arrêt du 22 mai 2002 de la cour de cassation (chambre sociale) pourvoi 99.45878.

d'avoir fait usage de stupéfiants. Les dépistages sont également autorisés pour un conducteur, soit impliqué dans un accident quelconque de la circulation, soit auteur de certaines infractions au code de la route, soit à l'encontre duquel il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants (art. L235-2 du code de la route).

APPLICATION DE LA LOI PÉNALE EN MATIÈRE D'USAGE DE CANNABIS

Le cannabis est le principal produit en cause dans les interpellations d'usagers de stupéfiants, mais le devenir judiciaire de ces usagers est difficile à évaluer car, conformément à la législation française, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans les catégories statistiques du ministère de la Justice.

Des interpellations en hausse

Les interpellations pour usage de stupéfiants sont en constante augmentation, essentiellement du fait de celles au titre du cannabis qui ont été multipliées par près de 8 en vingt ans. Le cannabis était déjà en cause dans 60 % des interpellations d'usagers en 1985 ; sa part a atteint 90 % au début des années 2000 [217].

En 2005, 90 905 usagers de cannabis ont été interpellés. C'est la première année que ce chiffre diminue (moins 1 % par rapport à 2004), si l'on excepte la baisse généralisée de l'activité policière en 2001, due à l'absence de directives ministérielles claires.

Les usagers de cannabis interpellés sont nettement plus jeunes que les

usagers d'autres produits illicites (à l'exception de l'ecstasy) : ils ont en moyenne 23 ans, contre 30 ans environ pour les usagers d'héroïne, de cocaïne ou de crack et 24 ans pour les usagers d'ecstasy interpellés (données 2005). Bien qu'elle soit importante, la part des mineurs parmi les usagers de cannabis interpellés est en légère baisse : 11 % en 2005 contre 15 % en 2000. Le jeune âge des usagers de cannabis interpellés explique la part relativement importante d'étudiants ou de lycéens : 24 % en 2005 contre 5 % environ chez les usagers d'héroïne et de cocaïne et 14 % chez les usagers d'ecstasy.

Les usagers de cannabis interpellés sont principalement des hommes (94 %) et de nationalité française (93 %). Notons toutefois que ce portrait de l'usager de cannabis établi à partir des statistiques policières diffère notablement de celui fourni par les enquêtes en population générale, notamment au niveau du sexe, de l'âge et en termes socio-économiques [239].

Baisse du taux de poursuite, hausse des alternatives aux poursuites

Les statistiques du ministère de la Justice, qui décrivent l'activité des parquets et des tribunaux, ne permettent pas d'identifier l'usager de cannabis à tous les stades de la chaîne pénale : en effet, les chiffres d'activité du parquet ne sont pas ventilés par contentieux ; en outre, le produit en cause dans la procédure judiciaire qui suit l'interpellation n'est pas spécifié. Pour avoir une idée du taux de poursuite judiciaire des usagers, le nombre d'interpellations peut être rapproché de celui des condamnations

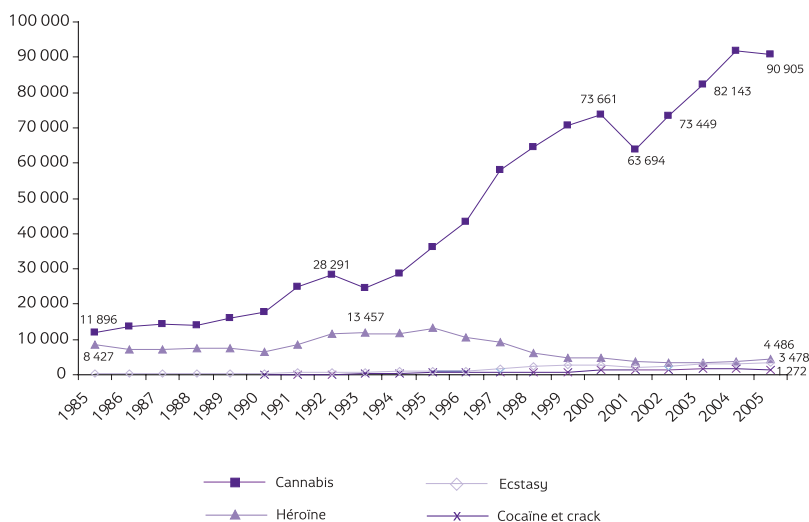
en infraction principale³⁷, mais tous produits confondus. Le rapprochement entre les deux donne une première estimation de la réponse pénale apportée à ce contentieux de masse.

En 2004, tous produits confondus, 101 278 usagers étaient interpellés et 8 439 condamnations étaient prononcées pour usage en infraction principale, soit 8 % des usagers interpellés. Cette proportion était de 30 % en 1990 mais elle a rapidement diminué ensuite [200, 217]. Bien que ce rapprochement soit approximatif, car les catégories d'incrimination de la police sont différentes de celles de la justice, il est intéressant parce qu'il met en évidence la déperdition des usagers au

fil de la procédure pénale, en particulier entre le stade de l'interpellation policière et celui de la présentation au parquet.

Les usagers sont donc relativement moins souvent condamnés par les tribunaux qu'il y a 15 ans, ce qui ne signifie pas que la réponse pénale donnée à ce type d'infraction est en recul : l'usage de stupéfiants fait au contraire l'objet d'un traitement pénal quasi systématique, à travers les mesures alternatives aux poursuites, comme le montrent les seules données disponibles, établies sur 7 des 13 tribunaux de grande instance des cours d'appel de Paris et Versailles, soit 20 % du contentieux pénal national. Dans ces juridictions, le taux de réponse pénale en matière

Figure 33 : Interpellations pour usage simple de cannabis, cocaïne, crack, héroïne et ecstasy, 1985-2005



Source : FNAILS, OCRTIS.

37. Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions. Celle classée en « infraction principale » est a priori la plus grave, voire celle classée en premier dans l'ordre des faits fourni par le procès-verbal.

d'usage de stupéfiants (tous produits confondus) est nettement supérieur à la moyenne générale (environ 90 %, contre 68 % pour l'ensemble des infractions pénales juridiquement constituées³⁸). Cela veut dire que ces affaires d'usage sont rarement classées sans suite, en particulier quand il s'agit de mineurs. Elles sont majoritairement (et de plus en plus fréquemment) traitées par une mesure alternative aux poursuites (80 % des procédures en 2005, contre 56 % en 2002).

Concrètement, il s'agit le plus souvent d'un rappel à la loi (71 % en 2005), d'une injonction thérapeutique (14 %) ou d'un classement avec orientation sanitaire (8 %). Une nouvelle procédure alternative a été introduite par la loi du 23 juin 1999 : la composition pénale, qui consiste en une ou plusieurs mesures (amende, remise du permis de conduire, stage dans un service sanitaire, etc.) acceptées par le contrevenant. Les parquets d'Île-de-France y recourent de plus en plus pour sanctionner l'usage (3,8 % des procédures alternatives en 2005, contre 0,2 % en 2002).

Les réponses judiciaires apportées à l'usage de stupéfiants se sont donc diversifiées, conformément aux préconisations des circulaires successives du ministère de la Justice.

Les incarcérations pour usage de cannabis impossibles à chiffrer

Le recours à l'emprisonnement ferme pour usage de stupéfiants a baissé au

cours des années, en faveur des peines alternatives (travail d'intérêt général, jour-amende³⁹) et des amendes. En 2004, 16 % des personnes condamnées pour usage de stupéfiants (en infraction principale) ont fait l'objet d'une peine d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel, d'une durée moyenne de 6,7 mois (contre 24 % en 1998). Il faut rappeler que l'infraction retenue lors de la condamnation n'est pas nécessairement l'infraction principale retenue lors de l'incarcération. La dernière mesure du nombre de personnes détenues dans les prisons de métropole pour usage de stupéfiants en infraction principale donnait 258 personnes (prévenus ou condamnés) au 1^{er} janvier 2003 [200]. Les statistiques pénales ne permettent pas de distinguer la part des usagers de cannabis parmi les personnes condamnées pour usage de stupéfiants ou celles incarcérées pour le même motif. Bien que l'incarcération pour usage de cannabis demeure théoriquement possible, on peut supposer que la plupart des usagers de cannabis sont traités en priorité par des alternatives aux poursuites dont certaines ont été développées explicitement à leur intention (cf. *supra*).

Les contrôles de l'usage de cannabis au volant

Depuis le 31 mars 2003, les conducteurs sont susceptibles, dans certaines circonstances, de subir un test de dépistage de stupéfiants (THC, amphétamines,

38. Données issues de l'Infocentre du ministère de la Justice, non publiées.

39. Un jour-amende est une peine alternative à l'incarcération (art. 131-5 du code pénal) consistant pour le condamné à verser au Trésor public une somme dont le montant global résulte de la fixation par le juge d'une contribution quotidienne pendant un certain nombre de jours. La somme par jour ne peut excéder 1 000 € et la peine ne peut excéder 360 jours (jusqu'à 360 000 €). Le défaut de paiement de ce jour-amende est sanctionné d'un emprisonnement dont la durée est égale à la moitié du nombre de jours impayés.

opiacés ou cocaïne) et de faire l'objet de sanctions s'ils ont effectivement fait usage d'un de ces produits (cf. *supra*). Les statistiques du ministère de l'Intérieur ne précisent pas le produit retrouvé en cas de contrôle positif, mais le cannabis est certainement majoritaire ; une étude menée par ailleurs entre septembre 2001 et 2003 dans le cadre d'accidents mortels a montré qu'un usage de cannabis était détecté chez près de 9 conducteurs positifs aux stupéfiants sur 10 (étude SAM, voir chapitre 13).

En 2005, 21 035 dépistages de stupéfiants ont été effectués, contre 15 905 en 2004. Plus de la moitié sont pratiqués en cas d'accident mortel ou corporel et un tiers en cas de soupçon d'usage de stupéfiants. Le taux de positivité est dépendant du mode de contrôle et des circonstances du contrôle : 12 % en 2005 en cas d'accident mortel (où le dépistage est censé être systématique), 19 % en cas d'accident corporel et 56 % sur des contrôles ciblés en cas de soupçon d'usage [198].

Le nombre d'infractions relevées est également en augmentation entre 2004 et 2005. Cette dernière année, on compte 4 246 cas de conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants, 922 cas où un état alcoolique est en plus relevé et 435 refus de se soumettre aux opérations de contrôle.

En 2004, ces infractions ont donné lieu à près de 850 condamnations (601 pour conduite après usage de stupéfiants, 151 avec de l'alcool en plus et 85 cas de blessures ou homicides involontaires par des conducteurs ayant consommé des stupéfiants) [200].

À titre de comparaison, l'alcoolémie excessive au volant a fait l'objet de près de 11 millions de dépistages en 2005, dont

9 millions à titre préventif. Pour ces derniers, le taux de positivité est de 2,5 % [198]. En 2004, les tribunaux ont prononcé près de 115 000 condamnations pour conduite en état d'ivresse [200].

APPLICATION DE LA LOI PÉNALE EN MATIÈRE DE TRAFIC

Un problème de définition

La qualification de « trafic » recouvre des réalités très différentes, qui vont de la simple détention à des opérations d'importation ou d'exportation de cannabis, ou à des affaires de blanchiment d'argent lié au trafic de stupéfiants.

La première ambiguïté tient à la distinction entre usage et détention : les usagers interpellés le sont souvent en possession d'une petite quantité de cannabis. La reconstitution par la police de leur activité (usage simple ou revente), de leur rôle éventuel dans un trafic plus large et les quantités de produit retrouvées sont autant d'éléments qui déterminent la qualification de l'infraction par les services de police, qui vont ensuite adresser la procédure aux services judiciaires sous un chef d'accusation précis [41].

Les procureurs décident alors, après examen des éléments de l'enquête policière, de la qualification pénale de l'affaire (usage/détention) et des suites judiciaires (classement sans suite, mesure alternative aux poursuites ou poursuites). Pour procéder à cet arbitrage, certains parquets appliquent en pratique des seuils d'usage, à l'image des seuils de transaction douanière qui fixent des barèmes « plancher » en deçà desquels la personne interpellée

se verra confisquer le produit sans faire l'objet d'une procédure pénale (sauf s'il s'agit de mineurs ou de majeurs réitérants). Ces seuils ont fait l'objet d'une harmonisation par la circulaire du 8 avril 2005 [16] qui proposait, à titre indicatif, des seuils de 20 à 50 g pour la résine de cannabis et 30 à 100 g pour l'herbe de cannabis.

Ces facteurs de flou aux différents stades de la procédure expliquent le fait que l'application de la loi soit différenciée selon les ressorts territoriaux.

Part prépondérante du cannabis dans les interpellations pour trafic

En 2005, les interpellations pour trafic de cannabis représentaient 67 % des cas de trafic de stupéfiants [217]. Sur les 12 929 personnes interpellées pour trafic de cannabis en 2005, 67 % l'ont été pour usage-revente, 31 % pour trafic local (et revente) et 2 % pour trafic international.

Ces trafiquants interpellés sont en majorité des hommes (93 % en 2005) et pour la plupart de nationalité française (88 %). La part des mineurs est relativement stable (8 % en 2005). L'âge moyen de ces trafiquants est d'environ 25 ans en 2005, les usagers-revendeurs étant plus jeunes que les trafiquants locaux ou internationaux (respectivement 23,9 et 26,6 ans).

Les interpellations pour usage-revente de cannabis ont quadruplé au cours des vingt dernières années : la hausse a été particulièrement rapide entre 1995 et 2005 (+ 60 %). La baisse de 2001 est commune à toutes les ILS et traduit une activité policière réduite cette année-là. Les cas de trafic local ou international augmentent également, quoique plus lentement (+ 44 % entre 1995 et 2005) et

l'écart entre les deux types d'interpellations se creuse.

Les suites judiciaires données aux interpellations pour trafic

Tous stupéfiants confondus, le traitement pénal de la simple détention semble proche de celui de l'usage (rappelons que les seules données disponibles sont celles de l'Infocentre sur les principaux parquets de la région parisienne) : une alternative aux poursuites est ordonnée dans la majorité des cas (75 % environ en région parisienne). Il n'est pas exclu que la « détention » corresponde parfois à une qualification de repli, lorsque le trafic n'a pu être prouvé. Une incrimination pour cession/offre de stupéfiants ou pour importation/exportation occasionne à l'inverse des poursuites pénales dans la quasi-totalité des cas (96 % et 85 % des affaires). Ce contentieux est marqué par un taux de classement sans suite particulièrement bas (toujours inférieur à 5 % dans les cinq dernières années).

Malgré l'importance des alternatives aux poursuites, les infractions de détention et d'acquisition de stupéfiants (sans distinction de produits) arrivent en tête des condamnations pour ILS (40 % en 2004), devant les condamnations pour usage simple, et devant celles au titre de la production, de l'emploi ou du transport de stupéfiants (19 %) puis celles d'offre/cession (6 %) et enfin, celles qui répriment l'importation ou l'exportation (6 %).

On observe une hiérarchie entre les sanctions judiciaires prononcées à l'encontre des trafiquants : les affaires d'importation ou d'exportation donnent lieu à des peines sévères (une peine d'emprisonnement dans la quasi-totalité des cas,

dont les trois quarts fermes ou avec un sursis partiel), ainsi que les cas d'offre/cession et ceux de production, transport ou emploi de stupéfiants (en moyenne 85 % de peines d'emprisonnement et 12 % de peines d'amende ou de peines de substitution). Les condamnations pour détention ou acquisition de stupéfiants font l'objet d'un traitement intermédiaire entre l'usage et les autres cas de trafic : 77 % de peines d'emprisonnement (dont la moitié ferme ou avec un sursis partiel), 20 % d'amendes ou de peines de substitution (jours amende, travail d'intérêt général). Le recours aux alternatives à l'incarcération se développe fortement : 2 168 peines de substitution en 2004 contre 371 en 1990 pour l'ensemble des ILS [200].

Au 1^{er} janvier 2003, 432 personnes étaient détenues pour cession de stupéfiants dans les établissements pénitentiaires de métropole (prévenus ou condamnés), sans que l'on puisse distinguer dans ce chiffre la part du cannabis. Cette même année, on comptait 5 509 détenus pour trafic de stupéfiants, tous produits confondus [200].

Ainsi, la tendance marquante est celle de la place croissante du cannabis dans les interpellations, elles-mêmes en hausse constante, et, du côté de la réponse pénale apportée aux affaires d'usage, la généralisation et la diversification des procédures alternatives aux poursuites.

Repères méthodologiques

CJN ; FNAILS ; FND ; Infocentre ; SAM ; Statistiques des contrôles et des infractions au code de la route

Les législations européennes relatives au cannabis et leurs évolutions récentes

Cécile Martel⁴⁰

Le statut légal de la détention de cannabis pour usage personnel est l'un des thèmes les plus controversés au sein des États membres de l'Union européenne. L'ensemble des pays européens ayant signé les Conventions des Nations unies sur les drogues il convient donc, avant d'examiner les législations européennes, de rappeler le cadre international fixé par celles-ci.

LE CADRE INTERNATIONAL FIXÉ PAR LES NATIONS UNIES

Dans la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 [210], les mesures de contrôle sont plus ou moins strictes selon les groupes de drogues ou les préparations de drogues, qui sont énumérés dans les quatre tableaux annexés à celle-ci. Ces tableaux sont définis selon le potentiel de

dépendance, le risque d'abus et l'utilité thérapeutique des drogues qui y figurent.

Le cannabis, sous la forme résine, herbe ou huile, est classé deux fois, dans le tableau I (qui inclut les substances qui provoquent une forte dépendance et se prêtent à des abus⁴¹) et dans le tableau IV (qui inclut certaines substances du tableau I censées être rarement employées dans la pratique médicale⁴²). Cette double classification invite donc les parties signataires à considérer dans leur système national le cannabis parmi les substances les plus dangereuses pour lesquelles les contrôles les plus stricts doivent être appliqués.

La Convention sur les substances psychotropes adoptée en 1971 [209] prévoit, quant à elle, le classement du principe actif du cannabis (le tétrahydrocannabinol THC, et ses variantes stéréo-

40. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

41. Ou qui peuvent être converties en drogues qui de même provoquent une forte dépendance et donnent lieu à des abus.

42. Le tableau IV inclut certaines drogues énumérées dans le tableau I qui sont considérées comme particulièrement nocives en raison de leurs propriétés génératrices de dépendance et de leur potentiel d'abus.

chimiques) et du dronabinol (THC synthétique⁴³).

Enfin, l'article 3.2 de la Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 [211] complète ce cadre. Il prévoit que chaque partie signataire adopte les mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale, conformément à son droit interne, à la détention, l'achat et la culture de stupéfiants destinés à la consommation personnelle. Les pays sont donc tenus de prévoir des sanctions pénales pour ces actes liés à l'usage personnel.

Cette disposition est cependant assortie d'une clause de sauvegarde⁴⁴ mentionnant les « principes constitutionnels » et les « concepts fondamentaux des systèmes juridiques » des parties. Cette clause de sauvegarde reflète les compromis intervenus sur cette question controversée [26] et peut être avancée comme une des explications de l'hétérogénéité des législations européennes [221].

UNE SITUATION CONTRASTÉE EN MATIÈRE DE CLASSIFICATION

La classification du cannabis au sein des États membres demeure très contrastée d'un pays à l'autre (voir tableau en annexe) [219, 223].

C'est ainsi par exemple qu'à Chypre, aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, la loi classe le cannabis dans une liste de produits pour lesquels le niveau de sévérité exigé en réponse aux délits n'est pas

aussi strict que celui réservé à d'autres substances stupéfiantes.

En Irlande, en Belgique ou au Luxembourg, alors que le cannabis est classé avec les autres substances, des lois nationales, des dispositions particulières du code pénal ou des circulaires introduisent des mesures spécifiques pour le cas de la détention de cannabis à des fins de consommation personnelle et prévoient, pour des infractions similaires, des sanctions moins sévères que pour les autres substances.

Dans un troisième groupe de pays, le cannabis est classé de la même manière que les autres stupéfiants, et la législation prévoit que les infractions à la loi sur les stupéfiants soient punies de la même façon, quelle que soit la substance impliquée (les sanctions encourues pouvant aller jusqu'à des peines d'emprisonnement). Cependant, dans la pratique, les autorités judiciaires prennent en considération la substance impliquée. En Allemagne, c'est une décision de la Cour constitutionnelle fédérale qui requiert que des mesures moins sévères soient requises lors d'un délit de détention de cannabis pour usage personnel, alors que le cannabis est légalement classé dans la liste la plus stricte. De même, en France, le cadre législatif de 1970 qui réprime l'usage de toute substance classée comme stupéfiant sans différenciation de produit, a été infléchi dès 1978 par une série de circulaires préconisant des réponses judiciaires graduées à l'égard des usagers de cannabis (voir chapitre 16).

43. Le THC est classé dans la liste I qui contient les substances soumises au contrôle le plus strict du fait de leur faible valeur thérapeutique et des risques de leur usage abusif. Le dronabinol est classé dans la liste II regroupant des substances dont le potentiel d'abus présente un risque sérieux pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est faible ou moyenne.

44. L'article 3.2 prévoit l'adoption des mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale « sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique ».

SANCTION DE LA DÉTENTION POUR CONSOMMATION PERSONNELLE

Le statut juridique de la détention de cannabis pour usage personnel reste l'un des aspects politiques les plus controversés dans l'Union européenne [218, 223]. Au Luxembourg par exemple, depuis une loi de 2001, l'infraction pour détention et usage personnel de cannabis, qui était passible d'une peine d'emprisonnement, expose maintenant les contrevenants à une amende⁴⁵. En Belgique, la loi de 2003⁴⁶ a, quant à elle, remplacé les peines correctionnelles prévues pour détention de cannabis pour consommation personnelle, par la rédaction d'un procès-verbal simplifié et une amende⁴⁷. Enfin, au Portugal, la loi du 30 novembre 2000 décriminalise l'usage, l'acquisition et la détention pour usage personnel de tous les stupéfiants, y compris le cannabis.

Inversement, il convient de noter quelques récentes modifications législatives justifiées nationalement par la prise de conscience croissante des dangers du cannabis. Au Danemark par exemple, une directive de 2004 conseille aux procureurs de remplacer le traditionnel avertissement administré depuis 1970 aux personnes prises en possession de cannabis pour

usage personnel, par une amende. En Italie, une nouvelle loi de février 2006 a réduit le nombre de listes de drogues contrôlées de six à deux. Toutes les substances n'ayant pas d'utilisation thérapeutique ont été regroupées, ce qui supprime toute notion de drogue « dure » et de drogue « douce », le cannabis se retrouve donc avec le même statut que l'héroïne. La nouvelle législation réintroduit également le concept des seuils⁴⁸ permettant de distinguer consommation personnelle et trafic, en fonction de la quantité de principe actif de la substance.

Parallèlement à ces évolutions législatives continues et contrastées, les États membres réunis au sein du Conseil de l'Union européenne ont adopté en juillet 2004 une résolution sur le cannabis [22]. Ce texte souligne les dangers liés à l'usage de la substance et exprime la volonté des États membres de maintenir une extrême vigilance sur le cannabis. Bien que la résolution ne possède pas de caractère légal contraignant, l'adoption de cet instrument juridique révèle l'engagement des États membres dans une volonté politique convergente, à faire face aux défis que pose la situation actuelle de la consommation de cannabis en Europe.

45. La loi du 27 avril 2001 établit entre autres une distinction des peines entre le type de substance impliquée [a : chanvre (cannabis), b : autres substances contrôlées], le type d'infraction (usage simple, usage devant mineur(s), vente, production, etc.), le statut de la personne en infraction (ex. médecin, enseignant) et le lieu de l'infraction (ex. enceintes scolaires, lieu de travail). Ne sont plus prévues des peines privatives de liberté pour l'usage simple et la détention pour usage personnel de cannabis (<http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.content&LanguageISO=EN&nNodeID=5173>).

46. Telle que complétée par une circulaire de février 2005.

47. Le point 8.3 de la directive ministérielle du 16 mai 2003 relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites prévoit que la première récidive dans l'année depuis la première condamnation est punie d'une peine plus forte et la seconde récidive dans l'année de la seconde condamnation est punie d'une peine correctionnelle.

48. Ce concept des seuils avait été supprimé en 1993.

Dépistage des drogues au travail - Aperçu européen

Le dépistage de drogue sur le lieu du travail est un sujet complexe qui n'est pas toujours réglementé au niveau national par des lois. À ce jour, deux États membres de l'Union européenne ainsi que la Norvège ont adopté une législation visant spécifiquement le dépistage de drogue sur le lieu du travail (la Finlande en 2004, l'Irlande en 2005⁴⁹). Pour les autres pays, ces pratiques sont en général réglementées par un ensemble législatif, comme par exemple les lois sur le travail, sur la protection de la vie privée ou encore celles sur la protection des données. Une étude approfondie de ces diverses dispositions permet de tracer quelques grandes tendances : tout d'abord le rôle accru des médecins du travail qui, dans la majorité des cas, effectuent les tests de dépistage, ensuite, les différentes modalités de dépistage (avant ou après l'embauche ou pendant les deux phases), et surtout l'encadrement des métiers dits « à risques », malgré l'absence de définition claire de cette notion. Parmi les points intéressants qui ont pu être relevés, certains pays prévoient que ces tests de dépistage fassent l'objet d'un accord préalable entre l'employé et l'employeur, voire les syndicats. La législation finlandaise va même un peu plus loin en prévoyant que les tests fassent partie d'un cadre plus général de prévention au sein de l'entreprise.

49. Les dispositions relatives au dépistage de drogue sur le lieu professionnel sont reprises dans la section 13 de « The Safety, Health and Welfare at Work Act 2005 ». Un règlement doit encore être adopté pour permettre la mise en œuvre de cette section.

Le coût social du cannabis

Christian Ben Lakhdar

Les économistes évaluent le coût social des drogues licites et illicites dans le but d'éclairer la décision publique et de guider son action en vue de rendre efficaces les fonds engagés dans les politiques publiques. Cet exercice d'évaluation économique largement répandu à l'international [94, 125, 157, 247] a été initié en France par deux économistes, Pierre Kopp et Philippe Fénoglio [165], en 2000 selon la méthodologie du *Cost of Illness*. Depuis, la mesure du coût social des drogues licites et illicites en France s'est enrichie d'une réactualisation de l'évaluation des dépenses publiques engagées dans la lutte contre les drogues [166] et d'un considérable travail visant l'estimation du coût des traitements des pathologies imputables aux substances psychoactives [167]. C'est à partir de ces travaux et des dernières connaissances scientifiques que le coût social du cannabis seul est estimé ici pour l'année 2003 [168].

Les études de coût social se fondent sur un scénario contrefactuel faisant l'hypothèse du plein emploi des facteurs de

production [274]. Selon ce scénario, les fonds engagés du fait de l'existence des substances psychoactives se décomposent en quatre principaux items : le coût des traitements des pathologies imputables à la drogue considérée, les pertes de revenu et de productivité, le coût de la mise en œuvre de la loi et enfin des coûts de prévention et de bien-être. Ce dernier item présente l'inconvénient d'être difficilement évaluable et, de ce fait, n'est généralement pas pris en compte ; certains coûts de prévention se retrouvant toutefois dans ceux de l'implémentation des politiques publiques.

Il doit être précisé que la mesure du coût social ne s'apparente pas à une analyse coût-bénéfice où l'utilité, au sens économique du terme (à savoir la satisfaction, le plaisir retiré de la consommation de cannabis) serait évaluée et mise en perspective face aux coûts engendrés par cette même consommation. Les mesures de coût social s'attachent uniquement à faire ressortir la charge économique que fait supporter à la collectivité l'existence de la substance considérée.

COÛT DES TRAITEMENTS

Les pathologies imputables au cannabis ne sont composées, d'après la classification internationale des maladies (CIM 10^e version, section F-12), que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis. Bien que des avancées soient faites dans la connaissance scientifique des effets somatiques de la consommation de cannabis (voir chapitre 10), le manque de fractions étiologiques identifiées pour des pathologies liées à la consommation de cannabis fait défaut pour étoffer le calcul du coût des traitements liés à l'usage de cannabis. Du fait de cette méconnaissance épidémiologique, seuls les coûts hospitaliers et notifiés dans la CIM 10 sont pris en compte, les coûts induits en médecine de ville et imputables à la consommation de cannabis étant inconnus. En 2003, sur la base des seules données disponibles au niveau national délivrées par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les coûts hospitaliers imputables à la consommation de cannabis ont été estimés à 8,1 millions d'euros [167].

PERTES DE REVENUS ET DE PRODUCTION

Le cannabis, d'une part à travers les décès qu'il cause et d'autre part du fait des périodes d'emprisonnement et d'hospitalisation qu'il entraîne, génère des pertes de revenus, de production et de prélèvements obligatoires car il soustrait des

forces productives à une économie en plein emploi par hypothèse. Ces pertes sont évaluées par le flux actualisé de richesses qui auraient été engendrées si le cannabis n'existait pas.

Une étude épidémiologique récente a démontré la relation causale entre consommation de cannabis et accidents mortels de la route : annuellement, 230 décès par accidents de la route sont imputables au cannabis [173]. Grâce aux données de l'INSEE⁵⁰ et par la technique des flux actualisés de richesses, les pertes de revenus des individus décédés sont estimées à un peu plus de 18,6 millions d'euros, les pertes de production à 99,6 millions d'euros et les pertes de prélèvements obligatoires à 8,2 millions d'euros. La perte totale imputable aux décès dus au cannabis est alors de 126,4 millions d'euros. Il pourrait aussi être imputé au cannabis le coût généré par les accidentés non mortels de la route ainsi que celui supporté par les compagnies d'assurance ; de nombreuses données manquent pour évaluer ces derniers coûts.

Les coûts en perte de production et de revenu ne sont toutefois pas uniquement dus à l'accidentologie routière. Le cannabis est aussi à l'origine soit de l'emprisonnement d'individus, soit de séjours hospitaliers. Il n'y a malheureusement aucune information relative à ce dernier point. Il est néanmoins possible d'estimer le temps passé en prison par des usagers et/ou des trafiquants de cannabis.

L'hypothèse est faite que les peines d'emprisonnement ne sont prononcées qu'à l'encontre des trafiquants et des

50. Valeurs ajoutées par branche en volume (prix chaînés, base 2000 ; http://www.insee.fr/fr/indicateur/cnat_annu/base_2000/principaux_resultats/htm/t_1201.htm) ; Compte des ménages simplifié et ratios d'épargne (http://www.insee.fr/fr/indicateur/cnat_annu/base_2000/principaux_resultats/htm/t_1605.htm).

usagers-revendeurs (voir chapitre 16). Il y avait 5 197 individus incarcérés pour infraction à la loi sur les stupéfiants (ILS) en 2003 [200] et les trafiquants interpellés entre 2000 et 2004 l'étaient en moyenne à 68,6 % pour cannabis [217]. Un simple calcul permet de conclure qu'il y avait 3 598 individus incarcérés en 2003 pour trafic de cannabis et la durée moyenne d'emprisonnement effective cette même année était de 8,4 mois [199]. Le temps passé en prison à cause du cannabis est donc estimé à 30 227 mois pour l'année 2003. Les pertes de revenus sont évaluées à 42,4 millions d'euros, les pertes de production à 162,6 millions d'euros et les pertes de prélèvements obligatoires à 19,5 millions d'euros. Le montant des pertes liées à l'emprisonnement de trafiquants de cannabis s'élève à 224,5 millions d'euros.

Au total, les pertes de production, de revenus et de prélèvements obligatoires imputables au cannabis sont alors de 350,9 millions d'euros.

DÉPENSES PUBLIQUES RELATIVES À LA LUTTE CONTRE LE CANNABIS

Les politiques publiques mises en œuvre dans la lutte contre le cannabis présentent, d'une part un versant répressif que l'on retrouve dans les missions du ministère de la Justice, celles de la direction générale des douanes, les actions de la gendarmerie nationale et de la police nationale et, d'autre part, un versant préventif et de prise en charge avec notamment les prérogatives du ministère de la Santé. Il convient de noter que la difficulté d'évaluation du présent exercice repose sur le fait que les actions menées par les différents acteurs publics ne sont

que rarement ciblées sur une substance psychoactive particulière (à l'exception des contrôles routiers relatifs à l'alcool). Des clés de ventilation des budgets publics recensés par Kopp et Fénoglio [166] ont alors dû être trouvées pour mettre en exergue les sommes spécifiquement attribuées à la lutte contre le cannabis.

Coût de la répression

Pour isoler le cannabis des autres drogues illicites sur lesquelles interviennent les services répressifs, la part du cannabis dans les interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (86,4 % sur la période 2000-2004 [217]) et le poids de cette substance dans les saisies douanières (94,5 % pour la même période [104]) ont servi de clés de répartition.

L'activité de gendarmerie attribuable à l'ensemble des drogues illicites a été estimée à 120,2 millions d'euros et celle de la police nationale à 277,1 millions d'euros en 2003 [166]. La part des budgets de la gendarmerie et de la police consacrée au cannabis est alors estimée à 343,3 millions d'euros en 2003. Cette même année, la dépense totale des douanes dans la lutte contre le trafic de drogue était évaluée à 58,3 millions d'euros [166]. Il ressort que 55,1 millions d'euros du budget des douanes peuvent être imputés au cannabis.

Concernant le versant judiciaire et pénitentiaire faisant suite aux actions de la police, de la gendarmerie et des services des douanes, il convient d'évaluer les coûts engagés à cause du cannabis en matière d'activité pénale des magistrats et les dépenses de fonctionnement du système pénitentiaire. Toutes drogues illicites confondues, le coût total des services

judiciaires imputables aux drogues illicites s'élevait à 92,3 millions d'euros pour 2003 [166]. De la même manière, les dépenses de l'administration pénitentiaire étaient estimées à 89,3 millions d'euros. En posant une hypothèse haute, à savoir que seules les personnes interpellées pour trafic ou usage-revente de cannabis (soit 68,9 % des trafiquants interpellés entre 2000 et 2004) font l'objet d'un suivi judiciaire long et éventuellement d'un emprisonnement (voir chapitre 16), on peut évaluer le coût de l'activité des services judiciaires et pénitentiaires imputable au cannabis à 125,1 millions d'euros. Au total, le coût de la répression imputable au cannabis est estimé à 523,5 millions d'euros.

Coût de la prévention et de la prise en charge

Les dépenses du ministère de la Santé consacrées à la lutte contre la toxicomanie sont réparties entre la Direction générale de la santé (DGS), les dépenses liées aux médicaments de substitution aux opiacés (hors de propos ici), et celles des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

L'analyse des rapports d'activité des CSST [233] fait état du fait qu'en moyenne, le cannabis est à l'origine de la prise en charge du patient pour 22 % sur la période 1998-2003. Ce taux de prise en charge est alors imputé aux budgets des CSST pour l'année 2003 ainsi qu'au budget de la DGS. La fraction de budget pour les prises en charge cannabique est alors estimée à

27,1 millions d'euros et les sommes de la DGS allouées à la prise en charge et à la prévention du cannabis à 5,6 millions d'euros. De plus, les consultations cannabis récemment mises en place [214] bénéficient d'un budget complémentaire de 3,8 millions d'euros.

L'Union européenne, le ministère des Affaires étrangères, le ministère de la Jeunesse et des sports ainsi que le ministère de l'Éducation nationale et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, mais aussi les agences répressives participent tous à des actions de prévention de la toxicomanie. L'analyse des fonds engagés par ces institutions ne permet pas de dégager les parts attribuées au cannabis et n'ont donc pas été prises en compte dans la présente évaluation.

Le coût de la prévention et de la prise en charge peut alors être évalué à 36,5 millions d'euros.

Les dépenses publiques mises en œuvre dans la lutte contre le cannabis s'élèvent donc au total à 560 millions d'euros.

Au final, et en considérant ce chiffre avec toute la prudence qui se doit du fait des hypothèses sur lesquelles il se fonde, le coût social du cannabis peut être estimé à 919 millions d'euros. Ce coût représentait 0,06 % du PIB de 2003 ou encore un peu plus de 15 € par habitant. Il est à mettre en parallèle avec le coût social de l'alcool et du tabac qui eux s'élevaient respectivement à 2,37 % et 3,05 % du PIB de 2003, soit toujours respectivement, 599 et 772 € par habitant.

Repères méthodologiques

CJN ; FNAILS ; FND ; PMSI ; Rapports d'activité des CSST ; SAM