



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75 010 Paris
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :
<http://www.drogues.gouv.fr>

CESDIP

Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales
Ministère de la Justice - CNRS UMR 2190
Immeuble Edison
43, bd Vauban 78 280 Guyancourt
Tél : 33 (0)1 34 52 17 00 - Fax : 33 (0)1 34 52 17 17
Site web : www.cesdip.msh-paris.fr

CSI

Centre de sociologie de l'innovation
École nationale supérieure des mines de Paris
60, bd St-Michel 75272 Paris Cedex 06
Tél : 33 (0)1 40 51 91 91 - Fax : 33 (0)1 43 54 56 28
Site web : www.ensmp.fr/Fr/Recherche/Domaine/ScEcoSoc/CSI

ISBN : 2-11-091920-5

Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas

Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas

Hélène MARTINEAU
Émilie GOMART

OFDT 2000

CESDIP
Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales

CSI
Centre de sociologie de l'innovation

Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas

Rapport de synthèse

**Hélène MARTINEAU
Émilie GOMART**

Décembre 2000

Remarques introductives

Cette étude, effectuée par E. Gomart et H. Martineau en 1999, fait suite à une commande de la MILDT et s'inscrit dans le cadre d'échanges franco-néerlandais sur le thème des drogues et des toxicomanies qui se sont notamment traduits par des missions administratives croisées.

L'objectif de l'étude était, sur la base d'une approche sociologique combinée à une approche épidémiologique, de rendre compte de l'état du débat sur la question des drogues aux Pays-Bas ainsi que de la réalité du fonctionnement des différents dispositifs d'intervention dans ce domaine.

Ce texte est un résumé du rapport d'étude initial, trop volumineux et trop expérimental pour être publié dans la présente collection. La synthèse a été rédigée principalement par H. Martineau, sur la base de l'évaluation faite par le collège scientifique de l'OFDT. Elle ne reprend pas l'ensemble des développements et des interrogations théoriques du rapport initial. Celui-ci est disponible, sous sa forme manuscrite, auprès des auteurs*.

Remerciements

Nous tenons vivement à remercier toutes les personnes qui, en France et aux Pays-Bas, ont accepté de répondre à nos questions et sans le concours desquelles ce travail n'aurait pu se réaliser. La liste de ces personnes figure à la fin du document.

Nous remercions également Tim Boekhout van Solinge et Claude Faugeron pour la lecture attentive qu'ils ont faite de la première version de cette étude et pour les nombreux conseils prodigués.

* E. Gomart (gomart@pscw.uva.nl), H. Martineau (hemar@ofdt.fr). Un exemplaire est consultable sur R.-V. à la bibliothèque du CSI ou du CESDIP. Contacter Mme Lucas au CSI (Tél : 33(0)1 40 51 91 91 - École nationale supérieure des mines de paris, 60 bd St-Michel, 75006 PARIS - e-mail : lucas@csi.ensmp.fr) et Mme Balmette au CESDIP (Tél : 33 (0)1 34 52 17 00 - Immeuble Edison, 43 bd Vauban, 78280 Guyancourt - e-mail : balmette@ext.jussieu.fr).

Sommaire

INTRODUCTION	9
SYNTHÈSE GÉNÉRALE DU RAPPORT	11
MÉTHODOLOGIE ET LIMITES DE CETTE ÉTUDE	12
Chapitre 1	
LES PROCÉDURES D'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE DES DROGUES AUX PAYS-BAS	15
<hr/>	
1 - LE RAPPORT BAAN (1972) OU LA POLITIQUE DU RISQUE ACCEPTABLE	17
2 - LE RAPPORT ENGELSMAN (1985) OU LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES	23
3 - LES NOTES GOUVERNEMENTALES (1993-1995), LE RAPPORT <i>CONTINUITÉ ET CHANGEMENT</i> (1995) OU LA POLITIQUE DES NUISANCES	28
CONCLUSION DU CHAPITRE 1	36
Chapitre 2	
L'USAGE DES STATISTIQUES DANS LE DÉBAT NÉERLANDAIS À VISÉE INTERNATIONALE	39
<hr/>	
1 - LES EFFETS DE LA POLITIQUE DE SÉPARATION DES MARCHÉS	40
<i>Le nombre d'usagers de drogues douces</i>	41
<i>L'évolution du nombre d'usagers de drogues douces et l'influence de la politique sur ce nombre</i>	45
2 - LES EFFETS DE LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES	48
<i>Le nombre d'usagers de drogues dures</i>	49
<i>Aspects sanitaires de l'usage de drogues dures</i>	51
<i>La prise en charge sanitaire des usagers de drogues dures</i>	55
3 - LES NUISANCES : QUESTIONS DE MESURE	58
CONCLUSION DU CHAPITRE 2	61
<hr/>	

Chapitre 3

RÉDUCTION ET CONTRÔLE DE L'OFFRE DE DROGUES DURES ET DE DROGUES DOUCES 63

1 - LE CADRE LÉGISLATIF NÉERLANDAIS : LOI SUR L'OPIMUM ET DIRECTIVES DU MINISTÈRE PUBLIC	63
<i>Rapide historique de la législation néerlandaise</i>	64
<i>Les dispositions de la loi sur l'opium (Opiumwet)</i>	65
<i>Les directives du ministère public</i>	67
2 - LES PRATIQUES JUDICIAIRES EN MATIÈRE DE DROGUES DURES : RECHERCHES ET POURSUITES	69
<i>Les acteurs de cette politique</i>	69
<i>Le processus pénal en quelques chiffres</i>	72
<i>Les dealers et le système judiciaire : les infractions liées au trafic</i>	74
<i>Les usagers et le système judiciaire : les infractions liées à la consommation</i>	78
<i>Le traitement du tourisme de la drogue : usagers étrangers et trafic transfrontalier</i>	79
3 - POLITIQUES LOCALES CONCERNANT LES COFFEE-SHOPS	81
<i>Les outils indirects des politiques de réduction du nombre de coffee-shops</i>	83
<i>La loi « Damoclès » : un outil direct</i>	87
CONCLUSION DU CHAPITRE 3	88

Chapitre 4

LES TRANSFORMATIONS DU SOIN PAR LA POLITIQUE DES NUISANCES : EXPÉRIMENTATIONS SUR DIFFÉRENTES FAÇONS DE COORDONNER RÉPRESSION ET PRISE EN CHARGE 91

1 - GÉNÉRALITÉS	93
2 - LES PROJETS DE SOIN SOUS CONTRAINTE JUDICIAIRE	96
<i>VIS : Système d'intervention précoce</i>	97
<i>VBA : Unité de suivi des toxicomanes</i>	99
<i>FVK : Clinique légale pour toxicomanes</i>	100
<i>SOV : Prise en charge des toxicomanes dans le secteur pénal</i>	100
<i>Autres projets de soin sous contrainte judiciaire</i>	106
3 - DES PROJETS DE QUARTIERS : PARTICIPATION DIRECTE DES NON-USAGERS	106
<i>Prise en charge d'orientation</i>	106

<i>Accueil de jour - accueil de nuit</i>	107
<i>Espaces d'usage</i>	108
<i>Zones de tolérance et aide aux prostituées de rue</i>	110
<i>Logements avec suivi</i>	111
<i>Les projets d'apprentissage et de travail</i>	111
<i>Centres d'enregistrement des plaintes</i>	112
<i>Participation « militante » des non-usagers</i>	113

4 - EXPÉRIMENTATION SUR LA DISTRIBUTION, SUR PRESCRIPTION MÉDICALE, D'HÉROÏNE 116

<i>L'expérimentation de la prescription d'héroïne : description officielle d'une controverse</i>	118
<i>Les conditions de l'expérimentation</i>	119
<i>Développements récents de l'expérimentation sur l'héroïne</i>	121

CONCLUSION DU CHAPITRE 4 122

CONCLUSION GÉNÉRALE 125

<i>Bibliographie</i>	129
<i>Liste des personnes rencontrées</i>	139

ANNEXES 143

<i>Annexe 1 : principales données du système d'information statistique néerlandais</i>	145
<i>Annexe 2 : les directives en matière d'infractions à la loi sur l'opium (recherches et poursuites)</i>	149
<i>Annexe 3 : Les programmes de soins et d'assistance aux toxicomanes aux Pays-Bas</i>	153

INTRODUCTION

Que connaît-on de la politique et de la situation néerlandaises en matière de drogue ? La liberté d'acheter et de consommer du cannabis dans les *coffee-shops* ? L'ampleur du réseau de prise en charge des usagers de drogues dures ? L'importance du tourisme de la drogue, plus particulièrement celui du cannabis à Amsterdam et celui de l'héroïne à Rotterdam ? Les *drug runners* qui accostent les touristes sur les autoroutes du Nord ? Ou encore l'attrait qu'exerce la « tolérance » néerlandaise sur les consommateurs des pays limitrophes ?

Ces clichés ne permettent évidemment pas de rendre compte de la richesse et de la complexité de la situation aux Pays-Bas. Mais ils montrent que la description du système néerlandais est souvent empreinte d'un certain alarmisme. Les différences et les audaces de ce système de gestion des drogues suscitent à la fois la fascination et l'agacement. Jusqu'à récemment, les autorités néerlandaises ne cherchaient pas à justifier leur choix de politique ou se contentaient d'évoquer le droit de souveraineté nationale qui laisse à chaque pays une certaine marge de manœuvre quant à l'application des dispositions internationales. Mais dans le cadre de la construction de l'Europe et de l'harmonisation des politiques, suite à des différends avec l'étranger et face à la montée d'une protestation intérieure, les Néerlandais ont été amenés à modifier leur attitude. Dans ce contexte paraît en 1995 le rapport gouvernemental *Continuité et changement*¹ qui, traduit en plusieurs langues, a été en partie conçu comme un document destiné au débat international, pour faire face aux critiques, notamment françaises. L'implication du ministère des Affaires étrangères dans la rédaction de ce rapport en est une illustration.

Ce rapport a servi de point de départ puis de fil conducteur à cette recherche, profitant du bilan effectué par ses auteurs de la politique néerlandaise, des instruments disponibles, des résultats, des évaluations réalisées, etc. Mais il convenait de compléter l'examen de cette politique par l'analyse de documents internes, d'articles de presse ou de chercheurs. Cet ensemble de documents permet de nuancer la présentation très positive de la politique néerlandaise faite par *Continuité et changement*, conformément à l'impact qu'il cherche à avoir.

1. *Continuïteit en verandering* (Nota, 2e kamer 1994-1995, 24077, nrs 2-3). Référence du texte en français : ministère des Affaires étrangères, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, ministère de la Justice, ministère de l'Intérieur, *La politique en matière de drogue aux Pays-Bas - Continuité et changement*, Rijswijk, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1995.

Nous refusant à dresser la liste des avantages et des inconvénients du système néerlandais, nous avons opté pour une description la plus fine possible d'un certain nombre d'éléments de la politique qu'il met en œuvre. Nous avons ainsi cherché à donner au lecteur des instruments afin qu'il fasse lui-même une critique constructive de la situation dans ce pays.

Outre la richesse du dispositif existant, nous avons été frappées par les procédures de mise en place des dispositifs et des politiques qui apparaissent, en fin de compte, encore plus originales et atypiques que leurs justifications ou leurs objectifs. L'évolution de ces procédures a conduit à des modifications substantielles des politiques ainsi mises en œuvre. Pour expliquer ces changements, certains insisteront sur la particularité de la culture hollandaise, sur l'histoire, l'organisation politique du pays et autres éléments explicatifs d'un système spécifique de prise en charge des usagers de drogues². Sans nier l'impact de ces facteurs, c'est la procédure d'élaboration et de mise en œuvre de la politique en général ou d'un projet en particulier qui nous a semblé être la plus « typiquement néerlandaise » et constituer la meilleure explication de la ligne suivie par les Pays-Bas dans ce domaine.

Cet angle d'analyse à partir des procédures d'élaboration garde néanmoins un caractère limitatif tant la politique en question est la résultante d'une vaste imbrication de textes, d'instruments, de programmes et d'expériences. Le choix de ne traiter en profondeur que certains sujets n'est pas neutre. Nous avons préféré insister sur les nouvelles orientations, moins connues, de la politique néerlandaise. Par ailleurs, la place accordée par notre étude à chaque thème n'est pas toujours représentative de celle qu'il occupe en réalité (nous pensons particulièrement à la question de la prévention, quasiment absente de ce rapport alors qu'elle est l'un des piliers de la politique néerlandaise).

2. Par exemple, pour Tim Boekhout van Solinge, la politique néerlandaise des drogues s'explique plutôt par une certaine tradition de politique (une politique participative orientée vers la recherche d'un consensus, héritage du modèle de « compartimentage » – en anglais : pillarization), la forte décentralisation des instances, une société et une mentalité pragmatiques, la forte tradition de libéralisme (individuel), un pays très urbanisé, etc.

SYNTHÈSE GÉNÉRALE DU RAPPORT³

La présente analyse du modèle néerlandais accorde une grande place à la « politique des nuisances », développée dans les années quatre-vingt-dix et à l'origine d'une transformation des instruments des systèmes répressif et sanitaire. Mais cette transformation et la mise en œuvre difficile de cette nouvelle politique ne peuvent se comprendre sans référence aux modèles précédents. C'est pourquoi le chapitre 1 débute par un historique de la politique néerlandaise depuis les années soixante-dix.

Ainsi, trois étapes clefs émergent-elles, que l'on date (un peu artificiellement) en fonction de rapports gouvernementaux : 1972, le rapport Baan ou la politique du risque acceptable (qui sera appliqué à l'usage de cannabis) ; 1985, le rapport Engelsman ou la politique de réduction des risques ; 1995, le rapport *Continuité et changement* ou la politique des nuisances. Pour chacune de ces étapes, nous nous sommes attachées aux processus d'élaboration et de mise en place de la politique correspondante et présentons un mécanisme original : chaque politique se démarque de la précédente par des procédures d'élaboration et de mise en œuvre différentes dans le sens, essentiellement, où elles mettent en jeu des « experts » différents. La variation d'éléments contextuels explique également ces adaptations.

Le chapitre 2 est l'occasion d'une présentation générale du système statistique néerlandais en matière de drogue et d'un état des lieux statistique de la question. Simultanément, ce chapitre vise, à travers une analyse critique du rapport *Continuité et changement*, une critique plus générale du discours souvent privilégié dans le débat international. Ce dernier fait un usage massif de chiffres, lesquels ne sont pas forcément accompagnés des précautions méthodologiques d'usage. Les arguments qui s'appuient (parfois entièrement) sur ces chiffres s'en trouvent fortement fragilisés.

Dans cette optique d'analyse, nous examinons les données présentées par *Continuité et changement* à propos de la politique de séparation des marchés (nombre d'usagers de drogues douces et son évolution sur les trente dernières années), de la politique de réduction des risques (nombre d'usagers de drogues dures, mortalité et morbidité) et enfin de la politique des nuisances, bien que les données sur ce point manquent. Dans *Continuité et changement*, ces chiffres sont utilisés pour démontrer les « effets de la politique passée » et justifier les adaptations aux « complications et tendances nouvelles ».

3. Ce rapport est une synthèse d'un important document de travail, résultat d'une mission de huit mois effectuée en 1999. Comparé au rapport initial, ce texte donne une place plus importante à l'aspect purement descriptif, renonçant en partie à une analyse plus théorique, qui relevait notamment de la sociologie des sciences. Ces considérations théoriques tournaient autour des questions suivantes : Qu'est-ce qu'une « bonne » politique ? Quelle serait une meilleure évaluation des programmes de soins ? Quel est le lien entre politique et science dans le domaine particulier de la politique des drogues et dans le contexte spécifique des Pays-Bas ? La structure du rapport initial est néanmoins conservée.

Dans les chapitres 3 et 4, nous étudions non plus les procédures d'élaboration des politiques mais leur mise en œuvre en nous intéressant plus particulièrement à la mise en pratique de la politique de réduction des nuisances et des transformations récentes qu'elle a entraînées dans les champs du judiciaire et du soin.

Le chapitre 3 est consacré à la présentation des textes, des acteurs et de la pratique du domaine judiciaire. À côté de l'aspect plus classique de la lutte contre le trafic à grande échelle, les Néerlandais se sont mobilisés sur d'autres fronts et ce, plus ou moins récemment : le tourisme de la drogue, la culture du *nederwriet*, la production nationale de drogues de synthèse et tous les facteurs de nuisances liées aux drogues. Ce chapitre est l'occasion de revenir sur l'aspect répressif de la loi sur l'opium de 1976 en soulignant, là encore, les adaptations récentes des textes législatifs et réglementaires aux nouvelles préoccupations des autorités.

Dans le chapitre 4, nous n'avons pu insister sur la description du système traditionnel de prise en charge sanitaire et sociale des usagers, qui pourrait à elle seule faire l'objet d'un rapport. Nous nous sommes donc essentiellement concentrés sur les transformations récentes du système de soins. À l'exception du programme expérimental de prescription d'héroïne, exposé en fin de chapitre, tous les projets présentés s'inscrivent dans la ligne de budget de la politique des nuisances. Cette situation a entraîné (de façon plus ou moins forcée) une redéfinition des actions jusque-là focalisées sur la réduction des risques. Les acteurs traditionnels du soin ont dû coopérer plus amplement avec des acteurs parfois novices dans ce domaine (justice, police, municipalités, usagers, voisins, etc.) pour définir ensemble de nouvelles formes de coordination entre soin et répression. C'est encore une des particularités des projets annoncés par la politique de lutte contre les nuisances.

MÉTHODOLOGIE ET LIMITES DE CETTE ÉTUDE

Les limites de ce rapport doivent être signalées. Elles concernent non seulement son aspect non exhaustif, que nous avons souligné précédemment, mais également les techniques de recherche employées.

Notre travail se fonde sur l'analyse d'une diversité de textes : rapports gouvernementaux, descriptions scientifiques de projets de soins, mémos et bilans de politiques municipales, manuels de juristes, articles de presse, enquêtes et données quantitatives et autres encore. Nous avons tenté de travailler sur une gamme la plus large possible de données. Cependant, cet effort a été limité par le fait que l'une d'entre nous seulement parlait suffisamment le néerlandais pour lire les textes

dans cette langue. Nous avons tenté de pallier ce handicap en menant un nombre important d'entretiens (en anglais et en français) avec les responsables politiques, les intervenants, les chercheurs néerlandais et en visitant nous-mêmes les projets de soins décrits par ces personnes. Le problème linguistique n'en a pas moins imposé certaines limites à notre travail.

Par ailleurs, il s'agit d'un texte écrit par deux auteurs de disciplines différentes (sociologie qualitative et sociologie quantitative) dont nous avons tenté de cumuler les instruments afin d'optimiser – pour utiliser le terme d'acteurs néerlandais – l'étude de la politique dans ce pays. Une part importante du travail d'écriture a dû être consacrée à la conciliation de ces différences disciplinaires. Il reste cependant dans notre argumentaire des variations qui témoignent d'incompatibilités non résolues. Il nous semble toutefois que ledit argumentaire, malgré ses variations, demeure suffisamment cohérent pour donner une perspective que nous espérons nouvelle sur la politique néerlandaise et pour ouvrir le débat entre intervenants, chercheurs et responsables français et néerlandais.

CHAPITRE I

LES PROCÉDURES D'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE DES DROGUES AUX PAYS-BAS

La politique néerlandaise actuelle, telle qu'elle sera décrite aux chapitres 3 et 4, est le résultat d'un long processus d'élaboration. À compter des années soixante-dix, on retient habituellement trois grandes étapes correspondant à autant de modèles de politique différents. Pour les deux premières, les rapports conclusifs des commissions d'experts permettent de suivre la ligne qui y est défendue : le principe du « risque acceptable » décrit dans le rapport Baan de 1972 et celui de la limitation des risques avec le rapport Engelsman de 1985. La politique de lutte contre les nuisances est plus récente. Un plus grand nombre d'écrits permettent donc d'en suivre le développement, tout particulièrement deux notes gouvernementales parues entre 1993 et 1995. Le rapport *Continuité et changement* de 1995, même s'il présente l'ensemble des orientations de la politique néerlandaise pour les quatre années suivantes et évoque peu le contexte dans lequel est née cette politique (nous y reviendrons), consacre une place importante à l'exposé du principe de lutte contre les nuisances liées à la drogue⁴.

Nous avons choisi de montrer comment ces différents principes ont émergé aux Pays-Bas et comment ils ont été traduits en une politique gouvernementale nationale. Pour cela, il faut remonter aux débats préliminaires, en s'intéressant particulièrement aux membres des commissions chargées à chaque époque de faire des propositions de modification ou d'adaptation de la politique jusque-là en vigueur.

4. Mettre le rapport *Continuité et changement* sur le même plan que les rapports des commissions Baan et Engelsman est un peu artificiel, car ils ne sont pas exactement de la même nature. *Continuité et changement* expose les principes de la politique actuelle du gouvernement dans le domaine des drogues, notamment par souci de la rendre publique et transparente. Les deux autres rapports sont plutôt des expertises de la part de spécialistes sur le problème de la drogue, leurs conclusions ayant abouti à la définition d'un aspect spécifique de la politique du pays. Mais ces textes ont en commun d'être des textes officiels, traduisant donc la position du gouvernement à une époque particulière. Par ailleurs, ils apparaissent très caractéristiques d'une phase particulière de la politique des drogues néerlandaise. C'est pourquoi nous nous permettons de les exposer conjointement.

L'analyse de ces textes officiels, et ainsi des trois versions de la politique qui en découlent, fait apparaître une idée récurrente : la composition de la commission (donc les personnes définissant le cercle d'experts) est assez représentative de la politique défendue et, plus largement, de la problématisation du phénomène de la drogue.

Lorsque l'on se penche sur les personnes et les travaux scientifiques auxquels font référence les trois rapports, il est frappant de constater que dès le rapport de la commission Baan, les références scientifiques concèdent à l'utilisateur – et donc à un « non-scientifique » – une expertise sur les drogues qui apparaît comme incontournable aux experts traditionnels (c'est-à-dire les scientifiques et les décideurs politiques). Par la suite, dans les années quatre-vingt-dix, les non-utilisateurs, mécontents des politiques antérieures, seront à leur tour admis dans ce cercle d'experts. Pour l'observateur néerlandais, la chose peut paraître banale puisque l'utilisateur est depuis longtemps considéré comme un « citoyen comme les autres ». Cette idée n'est donc pas mise en avant par les Néerlandais qui préfèrent expliquer leur choix de politique par des considérations de type organisationnel, historique ou autre⁵. Mais il est frappant de constater la récurrence de ce principe d'inclusion ou d'exclusion de certaines personnes – autres que les experts traditionnels – du cercle des décideurs et qui conduit à reconnaître ou non l'expertise sur les drogues de personnes qui ne sont pas formellement des scientifiques.

La procédure particulière d'élaboration de la politique (à travers la composition du cercle d'experts), les évolutions du phénomène de la drogue et le principe de prise en charge de la toxicomanie pourraient être les trois éléments les mieux à même de résumer chaque modèle de politique en même temps que la spécificité de la politique néerlandaise des drogues.

Éléments d'analyse de la politique néerlandaise des drogues

Rapport	Contexte du milieu de la drogue	Principes de la politique des drogues	Méthodes, procédure
Rapport Baan (1972)	Consommation de cannabis Jeunes usagers Contestation culturelle	Dépénalisation de l'usage de cannabis pour éviter l'exclusion de ces usagers de la société - principe du « risque acceptable »	Implication de l'utilisateur de drogues en tant qu'expert
Rapport Engelsman (1985)	Développement de la consommation d'héroïne Usage désocialisant Problème de santé publique	Réduction des risques Moindre intervention judiciaire	Inclusion des usagers et exclusion explicite des non-utilisateurs du cercle d'experts
Notes gouvernementales sur la sécurité et les nuisances (1993-1995) et rapport <i>Continuité et changement</i> (1995)	Délinquance / nuisances associées aux drogues Quelques usagers problématiques hors de toute prise en charge	Réduction des nuisances Coordonner le soin et la répression	Inclusion des usagers et des non-utilisateurs mécontents

1 - LE RAPPORT BAAN (1972) OU LA POLITIQUE DU RISQUE ACCEPTABLE

Avant les années soixante-dix, l'opium était l'opiacé le plus répandu aux Pays-Bas. L'arrivée de quantités relativement importantes d'héroïne coïncide, en 1972, avec une forte baisse des quantités d'opium disponibles. En 1977, le nombre d'héroïnomanes est estimé à 5 000⁶. Les usagers de cannabis, apparus de façon marginale dans les années cinquante, sont estimés entre 10 et 15 000 à la fin des années soixante⁷. Cette période est marquée par la dédramatisation de l'usage de cannabis alors que l'usage d'héroïne poursuit sa progression, comme nous aurons l'occasion de le souligner plus tard.

Dans ce contexte, en 1976, le gouvernement néerlandais décide de ne plus accorder qu'une faible priorité aux poursuites contre les usagers de cannabis. L'amendement de 1976 de la loi sur l'opium officialise la distinction entre les drogues

5. C'est aussi une question de théorie sociologique qui pointe *a priori* un élément ou un autre.

6. Van de Wijngaart, 1991, p. 21-23.

7. Estimation citée par Van de Wijngaart (1991, p. 24) en référence à : Geerlings P.J., 1970, p. 159.

présentant un risque inacceptable (« drogues dures ») et les autres substances parmi lesquelles figurent le cannabis et ses dérivés⁸. Le rapport de la commission Baan, datant de 1972⁹, est présenté comme le premier texte gouvernemental décrivant cette « tolérance » à l'égard des drogues douces.

Pour les membres de la commission, ce principe d'une tolérance du cannabis découle en partie de l'examen d'un rapport pharmacologique du Dr Olthuis¹⁰ : *Omgang met psychotrope stoffen* (littéralement : contact avec les psychotropes). Les membres de la commission le citent notamment pour définir ce qu'ils entendent par « drogue ». Ils retiennent que toute substance peut être « drogue » dans certaines conditions et substance anodine dans d'autres (le classement de certains produits de consommation courante, comme l'alcool, la nicotine et le café, parmi les drogues est sur ce point éloquent). Une substance n'est pas par nature une « drogue » mais peut le devenir du fait de son mode d'usage et plus précisément lorsque celui-ci la rend risquée pour l'individu et pour la société.

Cette définition des drogues est une étape essentielle de l'argumentation de Baan, car il ne parle pas de nocivité d'une substance mais de risque d'un mode d'usage, différenciant alors les substances – dont l'usage est – à risque inacceptable de celles à risque acceptable. Le travail de la commission va être de définir le seuil au-delà duquel l'usage d'un produit devient si risqué que ses aspects négatifs dépassent ses aspects bénéfiques ; le seuil où finalement la substance devient soudainement drogue à risque inacceptable pour l'individu et/ou la communauté. La référence à l'alcool dans le rapport illustre que la question du seuil au-delà duquel l'usage d'un produit est considéré comme inacceptable a déjà été posée. En matière d'alcool, la loi a ainsi fixé un seuil de l'« inacceptable » pour les conducteurs¹¹. Les membres de la commission regrettent qu'un tel chiffre ne puisse être défini pour les autres substances psychotropes, notamment parce que les techniques d'analyse urinaire ou sanguine ne permettaient pas à l'époque de mesurer la quantité absorbée de la plupart de ces drogues.

8. Voir chapitre 3, p. 63 sq.

9. Werkgroep Verdovende Middelen, *Achtergronden en risico's van druggebruik (Baan rapport)*, Den Haag, Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van de Minister van Justitie, 1972 (en anglais : Working party, 1972). Le rapport Baan a paru un an après un autre rapport très influent sur la question des drogues, celui de la Commission Hulsman. Ce rapport n'étant pas « gouvernemental », il semble avoir eu moins d'impact. Voir le résumé de ce rapport dans : Leuw *et al.*, 1994.

10. Olthuis, 1970.

11. Le rapport Baan exprime l'acceptabilité de l'alcool sous une forme très concrète : c'est un chiffre (0,5 mg), un taux d'alcoolémie qui définit le moment exact où le risque présenté par ce produit devient inacceptable. Ce chiffre marque de façon formelle (il est inscrit dans la loi) et concrète (en désignant un test particulier capable de mesurer ce taux) le moment du passage du produit d'un statut de substance à utilisation courante à un statut de « drogue ». De plus, dans ce calcul du risque de l'alcool, les normes implicites de l'usage acceptable apparaissent : ce taux d'alcoolémie n'exclut pas tout usage d'alcool et ce test est pratiqué uniquement sur les conducteurs ou, de façon ponctuelle, sur certaines personnes dans le contexte du travail. L'alcool peut donc être un produit acceptable s'il est utilisé dans certaines conditions d'usage privé.

Toutefois, l'expression du risque acceptable, d'un seuil défini par un chiffre exact, reste un idéal. À défaut, la commission s'efforce de décrire une « formule » qui permettrait d'approcher ce seuil :

« Le risque est déterminé par les facteurs suivants :

« 1 - les propriétés pharmacologiques de la substance (par exemple la tolérance) ;

Cet effet est lui-même dépendant de :

a. la méthode d'administration (ingérée, injectée, fumée),

b. la fréquence d'usage,

c. la personnalité de l'usager (susceptibilité à la substance, structure de la personnalité, état d'esprit, attentes) ;

« 2 - la possibilité de faire des doses (qui dépend de la possibilité de normaliser le produit) ;

« 3 - le groupe d'utilisateurs (âge, occupation) ;

« 4 - les circonstances où l'usage est admissible par rapport au danger pour autrui (travail, circulation) ;

« 5 - la possibilité de réguler et de canaliser la production et l'offre et de réguler et normaliser l'usage ;

« 6 - la possibilité d'évaluer l'usage établi dans (4) au moment de l'acte ou après »¹².

Cette liste de critères doit permettre de faire la somme (la balance) des effets positifs et négatifs de l'usage du produit pour l'usager et pour la société. Mais la diversité des paramètres et les limites de la technique ne permettent pas d'appliquer cette formule. Cependant, il est essentiel de la mentionner. D'abord parce qu'elle constitue une innovation cruciale pour l'élaboration d'une politique des drogues ; puis, parce que derrière le raisonnement relatif à un usage de substance à « risque acceptable » se profile l'hypothèse selon laquelle ce serait justement le cas des drogues douces. L'usage de celles-ci ne devrait donc pas être poursuivi pénalement avec la même sévérité que pour les drogues dures à « risque inacceptable ».

Inclure les usagers dans l'élaboration de la politique

Le processus de calcul de risque cité plus haut, de par la nature des paramètres, désigne implicitement les personnes qui pourraient effectuer les calculs et, du fait de la multiplicité des facteurs à prendre en compte, suppose d'y associer de multiples acteurs.

12. Working party, 1972, p. 65.

Ainsi, la participation des usagers est-elle nécessaire, d'une part pour décrire l'action pharmacologique des drogues – car seul l'utilisateur peut témoigner de l'effet contextuel et subjectif particulièrement important dans la définition des drogues (selon Olthuis)¹³ – et d'autre part pour calculer le risque d'une substance donnée (selon Baan). Cette participation est d'autant plus capitale que la description du scientifique tendra à percevoir plutôt les effets négatifs du produit, les dysfonctionnements biologiques et comportementaux qu'il occasionne. Ainsi, le témoignage de l'utilisateur sera-t-il l'égal et le « complémentaire » des observations des scientifiques¹⁴. Olthuis fait donc de l'utilisateur un « consultant », un « expert ». Ce statut sera repris dans le rapport Baan.

Concrètement, lors des débats sur la définition pharmacologique des « drogues », la commission élargit en premier lieu le cercle des scientifiques aux professionnels des sciences humaines et de la pharmacologie alors qu'auparavant, les médecins et les juristes étaient majoritaires dans ces groupes de travail. L'approche dominante privilégiait alors une représentation « médicale » de l'utilisateur et des drogues. Au fil des débats, les membres influents sont donc devenus ceux qui étaient capables de ne plus désigner systématiquement les usagers comme malades et de les considérer aussi comme aptes à participer de façon pertinente à un débat sur l'action des drogues. Les usagers sont donc inclus, indirectement, parce qu'ils sont représentés par ces professionnels des sciences humaines et de la pharmacologie.

Ils sont aussi représentés plus directement lorsque la commission traite, dans un chapitre entier, des motivations qu'eux-mêmes donnent de leur usage. N'ayant pu réaliser leurs propres consultations, les membres de la commission citent de longs extraits d'entretiens réalisés par la commission canadienne de 1970 (commission Le Dain). Lors de certains forums, les usagers avaient en effet été invités – de façon très informelle – à s'exprimer. Ces extraits d'entretiens fonderont ensuite les avis scientifiques du rapport Baan.

Soulignons que l'inclusion des usagers en tant qu'experts – dans une procédure d'élaboration de la politique des drogues et dans des controverses scientifiques sur la définition des « drogues » et du « risque acceptable » – a pour objectif final

leur intégration dans la société (à l'époque, cela concernait essentiellement des usagers de cannabis). Il ne s'agit pas, pour la commission Baan, d'une vague tentative de faire ponctuellement participer l'utilisateur à certaines décisions, mais, comme nous le verrons plus bas, d'un effort explicite pour préserver une place aux usagers de cannabis dans la société néerlandaise.

Notons que la référence au travail d'Olthuis n'est pas la seule qui appuie l'inclusion des usagers. Les membres de la commission considèrent également l'utilisateur de drogues comme « l'un des nôtres », un citoyen à part entière. Les usagers sont « nos enfants » et non une menace pour la famille ou la collectivité. Par ailleurs, Baan se trouve être une figure éminente de l'École minimaliste d'Utrecht qui défend la thèse selon laquelle la pénalisation – pas uniquement des drogues – rend encore plus difficile l'approche du crime et de la déviance, et prône donc une réduction du rôle de la justice. Ce scepticisme envers l'efficacité et la légitimité des instruments du pénal fait référence à une tradition juridique hollandaise qui date d'avant la seconde guerre mondiale et qui fut régénérée après la guerre par l'École de droit d'Utrecht notamment¹⁵. Le débat sur la criminalisation de l'usage commence donc, pour les Néerlandais, avec l'héritage d'une autre controverse plus ancienne sur les avantages et les désavantages de la pénalisation.

Contre une pénalisation de l'usage (de cannabis)

Dans le domaine des drogues, les membres de la commission s'inquiètent également de l'effet qu'aurait sur les usagers de drogues, en particulier les jeunes usagers de cannabis dont ils veulent éviter l'exclusion, une condamnation officielle (exprimée par une pénalisation de l'usage) de leur comportement.

Ils préconisent donc une réduction du degré de pénalisation de l'usage et s'interrogent sur la forme exacte que prendrait cet « allègement ». Deux scénarios sont élaborés :

1 - Dans le premier scénario, la commission propose de faire en sorte que la possession pour usage personnel et la vente à petite échelle deviennent des délits alors que le trafic de plus de 250 g resterait un crime, les peines étant par conséquent nettement différenciées.

Les avantages de cette mesure seraient d'abord de limiter l'effet de stigmatisation de l'intervention judiciaire (le délit n'étant pas systématiquement porté au casier judiciaire). Et ensuite, d'éviter une réduction de l'offre du produit finalement le moins nocif, entravant ainsi le passage à une autre drogue lorsque la première manque

13. Cette inclusion de l'utilisateur dans la définition de produits psychotropes a été commentée par des historiens des sciences. Voir par exemple : Gomart, 1999.

14. Olthuis, 1970, p. 94. Ce statut scientifique de l'utilisateur est frappant par son contraste avec les efforts habituels dans les essais médicaux ou pharmacologiques d'exclure ce que dira le patient de la substance testée. Dans la méthode du double aveugle, l'utilisateur et le médecin ne savent pas quel produit est testé et, implicitement, ce que le patient – et le médecin qui est en contact avec lui – dira est considéré non-valable et même nocif à la bonne marche de l'expérience. La participation du patient est dans le cas du double aveugle justement ce qu'il faut exclure de la description de l'action de la substance.

Sur les efforts d'exclure le patient par différentes méthodes dont le double aveugle et sur le placebo (l'effet subjectif à exclure à tout prix), voir le numéro spécial de *La Recherche*, n° 310, juin 1998.

15. Alors que Baan s'inscrit dans la tradition de l'École d'Utrecht, Hulsman, le président d'une commission sur les drogues réunie un an auparavant, défendait les thèses « abolitionnistes » de l'École de Rotterdam. Sur leur rôle respectif dans ces Écoles de droit, voir : Kelk, 1995.

sur le marché. Enfin, évoquer la quantité tolérée pour usage personnel a l'avantage de faire référence aux témoignages des usagers et des ethnographes et d'éviter une pénalisation excessive des personnes dont l'usage resterait « acceptable ».

Mais le scénario pourrait mal tourner et les membres de la commission Baan craignent que ces mesures ne permettent pas un contrôle suffisant du marché du cannabis.

2 - Dans le second scénario, la commission préconise l'établissement d'un réseau légal d'offre de cannabis à l'aide d'un système de permis. La vente sans permis constituerait alors une infraction à la législation.

Cela nécessite de réfléchir à certains arrangements puisqu'il conviendrait de fixer la quantité qu'il serait possible de stocker et de vendre à un client ; de fixer des prix minimum et maximum ; de standardiser la qualité du produit vendu : qu'il contienne entre 1 et 5 % de THC (tétrahydrocannabinol) ; éventuellement, d'instaurer des impôts indirects sur ces produits, etc.

« *L'intérêt de cette solution est qu'elle relâcherait les liens tissés dans la subculture. Il ne serait plus nécessaire d'entrer en contact avec d'autres personnes simplement pour consommer du cannabis* »¹⁶. Il s'agit d'une réponse particulière à la « *théorie de l'escalade* »¹⁷.

Ce système obligerait cependant à amender la Convention unique sur les stupéfiants de 1961¹⁸ pour permettre aux pays membres de réguler un commerce limité de cannabis – chose impensable à l'époque.

Ces modifications contribueraient à une meilleure intégration des usagers dans la société. Mais, selon Baan, une évaluation efficace des effets de ces amendements de la loi est impossible. À telle enseigne que la commission ne se prononce en faveur d'aucune de ces solutions, mais demande plutôt en conclusion une période d'expérimentation où les conséquences de ces modifications de la pratique judiciaire pourraient être étudiées.

À ce stade, une question subsiste : pourquoi la commission Baan va-t-elle limiter ses conclusions au cannabis alors que la formule de calcul de risque qu'elle pense et élabore devait s'appliquer à toutes les substances ? Pourquoi s'en tenir pour toutes les autres drogues à une définition classique ? Les membres ne sont d'ailleurs pas d'accord sur ce point.

16. Working party, 1972, p. 72.

17. « *S'il est vrai que la subculture joue le rôle de variable explicative [intervening variable], cela veut dire que les personnes qui ont un usage progressivement plus fréquent de cannabis deviennent plus engagées dans cette subculture de la drogue. Elles acquièrent plus d'amis qui consomment du cannabis et en convainquent d'autres de consommer cette substance. Il s'ensuit qu'elles participent à un [petit] trafic de cannabis. Puisque l'usage et le trafic de cannabis sont illégaux, ces personnes en viennent à entrer en contact avec d'autres, qui opèrent aussi sur le marché illégal mais vendent aussi d'autres drogues. Ces drogues plus dures sont obtenues lors de ces contacts* » (Working party, 1972, p. 56).

18. La Convention unique sur les stupéfiants, qui s'est tenue à New York en mars 1961, a repris et harmonisé à peu près tous les textes internationaux préexistants.

Les analystes néerlandais actuels avancent que la « tolérance » de la commission à l'égard du cannabis s'explique par le fait que ce produit était le seul utilisé à l'époque. Certains passages du rapport suggèrent plutôt que seul le cannabis était alors un sujet de controverse scientifique (sur la définition de la nature même du produit) alors que toutes les autres substances illégales faisaient l'objet d'un consensus scientifique international ; une autre justification avancée est que sa « nature » a un poids plus faible dans le calcul des effets du cannabis que les paramètres liés à l'usager ou au contexte d'usage, ce qui n'est pas le cas pour les autres substances ; le cannabis serait en quelque sorte « moins actif ».

Répondre à ces questions exigerait un travail d'historien des controverses qui dépasse le cadre de cette étude. Nous verrons toutefois dans l'analyse du rapport de 1985 que certains aspects de cette tolérance ont pu être étendus aux drogues dures.

2 - LE RAPPORT ENGELSMAN (1985) OU LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES

Dans cette partie, deux textes emblématiques de la version néerlandaise de la « réduction des risques » (*harm reduction*) sont analysés¹⁹ : le rapport de 1985 du Groupe de travail interdépartemental sur l'alcool et les drogues, présidé par E. Engelsman et un article de 1989 écrit par E. Engelsman seul²⁰.

Le contexte d'écriture de ce rapport est très différent de celui de Baan au début des années soixante-dix²¹ : le cannabis n'est (presque) plus la seule drogue consommée par les usagers, l'héroïne et, plus tard, la cocaïne ayant fait leur apparition. Le phénomène de l'usage n'est plus l'expression d'une contestation subculturelle de jeunes (usagers de cannabis) bien intégrés ; les usagers (d'héroïne en particulier) ont des modes d'usage bien plus problématiques, souvent désocialisants. D'après les analystes néerlandais, cette désocialisation a constitué un aspect nouveau du phénomène de la drogue. De plus, les hépatites B et le Sida ont fait leur apparition.

Ainsi, la politique des drogues doit-elle se transformer et ne plus être seulement une « politique de la jeunesse » mais de plus en plus une « politique de santé publique ».

19. La version de la politique des drogues que présente le rapport de 1985 est développée en contraste avec d'autres mouvements contemporains, souvent critiques des usagers de drogues et de leurs défenseurs. Cette analyse ne prétend donc pas résumer la politique néerlandaise en général en 1985, mais l'un de ses courants qui est devenu, pour la France notamment, « le modèle néerlandais ». D'autres autorités (ministères, municipalités, procureurs) tentent à la même époque de mettre en place des politiques plus ou moins explicites qui tranchent avec cette version de la limitation des risques.

20. Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drug beleid, 1985 ; Engelsman, 1989.

21. Ce contexte a été décrit par de nombreux analystes néerlandais. Voir notamment : Janssen, 1994 ; Kaplan et al., 1992 ; Van de Wijngaart, 1991.

Le rapport de la commission Engelsman de 1985 va tenter d'expliquer la dégradation des modes d'usage observés dans les années quatre-vingt. Dans son article de 1989, E. Engelsman déclare vouloir étendre l'approche « tolérante » de la commission Baan (réservée au cannabis) aux drogues dures et mettre ainsi en place des procédures capables d'intégrer ces usagers dans la société. Mais il serait trompeur de qualifier la « réduction des risques » de simple prolongement du travail de la commission Baan. En effet, l'argumentation qui justifie cette « extension » aux drogues dures déploie des références scientifiques différentes de celles de la commission Baan de 1972 et les procédures concrètes d'inclusion des usagers sont changées.

Redéfinition du cercle d'experts et élaboration de la nouvelle politique des drogues

La différence principale entre Baan et Engelsman est que ce dernier s'oppose à des procédures interdisciplinaires incluant des non-usagers, qui véhiculent des préjugés et des réclamations jugées illégitimes. On pourrait dire que la politique de 1985 se démarque par un effort d'« assainissement » : il s'agit d'opérer une sélection sévère des « experts » capables de participer à l'élaboration de la politique des drogues et d'exclure de ce cercle ceux qui pourraient être en contradiction avec les intérêts des usagers. Selon Baan, des processus à la fois scientifiques et politiques construisent une égalité entre les personnes forcées de coopérer. D'après Engelsman, les processus capables d'inclure les usagers de drogues sont des processus « sociaux » et informels excluant les autorités officielles scientifiques ou politiques.

C'est en cherchant à traiter le phénomène récent de l'augmentation soudaine de l'usage problématique de l'héroïne que les membres de la commission vont tenter de mettre en place ces nouvelles procédures.

En réponse à cette énigme, la commission Engelsman se réfère principalement à une étude ethnographique de O. Janssen et K. Swierstra datant de 1982²². Ces chercheurs avaient pris le parti d'être les porte-parole fidèles des usagers de drogues dures, leurs témoignages étant considérés comme une description scientifiquement pertinente de la motivation des usagers en général.

À partir de ces témoignages, les deux chercheurs ont établi une typologie des usagers de drogues dures qui laisse apparaître des différences de mode d'usage (usage occasionnel versus abusif ou marginalisé), mais qui coïncident avec des différences ethniques et surtout de condition sociale.

22. Le rapport Engelsman (Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drug beleid, 1985) est littéralement un commentaire par le ministère de la Santé publique d'une recherche ethnographique de O. Janssen et K. Swierstra que ce ministère avait commanditée : Janssen et al, 1982. Voir aussi : Janssen, 1994.

Les chercheurs observent également des réactions très diverses des usagers face aux soignants, aux juges, aux policiers, etc., qui tentent de les approcher pour réduire leur dépendance. Ils notent donc que les buts déclarés des interventions de ces instances – « soigner » l'usager en l'accompagnant vers l'abstinence par exemple – risquent d'être détournés et utilisés par certains usagers pour leurs propres fins, fortement dépendantes de leur condition sociale, leur mode d'usage ou leur origine ethnique. Par exemple, pour certains, la méthadone, prévue en principe comme une aide à l'arrêt des drogues illégales, leur permet de « garder la forme » (sans souffrir du manque) pour la quête de leur dose quotidienne.

L'argument de ces chercheurs est alors le suivant. Leur recherche a mis en avant le fait que les techniques d'interventions – quel que soit leur but initial – doivent être évaluées en fonction de leur usage effectif dans ces contextes sociaux spécifiques. Elle a montré que les interventions visant à réduire la toxicomanie deviennent dans certains contextes sociaux et pour certaines personnes le moyen de prolonger, d'intensifier et même de rendre plus problématique encore leur mode d'usage de la drogue²³. Ils vont jusqu'à dire qu'on ne peut pas parler d'un simple « usage détourné » des interventions par les groupes d'usagers qui utilisent des dispositifs à des fins non prévues. Et déclarent que le rôle du soin et du judiciaire est bien plus pervers – le mot n'est pas trop fort, comme le montre le passage suivant, cité il est vrai avec une certaine prudence dans le rapport Engelsman :

« [Il existe] certains groupes qui ont un intérêt dans le maintien du problème de l'héroïne. Ces groupes ne sont pas seulement illégaux, comme des dealers ou des patrons d'hôtels louches [...]. Ce peut être aussi [...] des groupes "légaux" comme la police, les administrateurs gérant la circulation des drogues, les soignants, ceux-ci peuvent ne pas participer à l'amointrissement de problèmes liés à l'usage d'héroïne »²⁴.

Cet impact nocif des interventions « répressives » (soin et police) expliquerait jusqu'à l'extension rapide récente de l'abus d'héroïne²⁵. Ce phénomène n'a pu être encouragé par les groupes sociaux plus ou moins marginaux parce que ceux-ci n'ont pas « intérêt » à ce que ce mode d'usage se répande dans leur communauté. Il ne peut donc être qu'un effet pervers de la répression.

23. Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drug beleid, 1985, p. 7.

24. *Ibid.*, p. 3.

25. Les chercheurs Janssen et Swierstra, dans un second travail commandé par le ministère, montrent que l'usage des jeunes dans les années 1980 est moins lié à une subculture qu'auparavant et que les personnes concernées sont plus nombreuses et plus dispersées géographiquement. Cette extension à des villes où il n'y avait pas auparavant de drogues peut s'expliquer par les efforts répressifs des villes voisines (Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drug beleid, 1985, p. 8).

Ainsi, reprenant la distinction effets primaires / secondaires des drogues des sociologues Janssen et Swierstra, Engelsman considère que certaines des conséquences néfastes de l'usage des drogues (douces et dures) peuvent être attribuées à des propriétés du produit (effets objectifs, pharmacologiques) tandis que d'autres sont engendrées par la politique « répressive » de réduction de l'offre (effets liés au contexte politique). Ces dernières sont les effets « secondaires », liés au marché illicite dans lequel le produit circule et non au produit lui-même. Le « contexte » prend un sens différent de celui qu'il avait dans le rapport Baan (qui inclut mode d'usage et subculture dans le « contexte ») : ici, c'est la politique répressive des drogues.

Redéfinition des acteurs de la politique de réduction des risques

Cette distinction entre effets primaires et secondaires des drogues est l'occasion pour Engelsman de demander aux différentes parties concernées de reconnaître leurs responsabilités respectives puisque les usagers et les produits ne sont plus les seuls responsables de l'extension du phénomène. Une pression est exercée en particulier sur l'État et la société civile. Leur responsabilité et leur mission (idéale) sont alors clarifiées :

« Le phénomène de la drogue doit être désinvesti de ses aspects émotionnels et sensationnels et rendu plus à même d'être discuté ouvertement. Être un "junkie" doit être dé-glorifié et dé-mythologisé. En menant une politique [répressive] des drogues comme le font la plupart des pays aujourd'hui, un sens spécifique est attaché à l'usage de drogues. Le moins les autorités attacheront d'importance à l'usage de drogues, le moins cela générera de sens pour les usagers. Les usagers ne doivent être ni des criminels, ni des patients dépendants mais des citoyens normaux vis-à-vis desquels nous avons des attentes "normales" et auxquels nous offrons des "opportunités" normales. Les usagers ne doivent pas être traités comme une catégorie particulière »²⁶.

La politique des drogues doit condamner les « réactions collectives de panique » qui contribuent à la marginalisation de l'usager, initiée peut-être par la police et le judiciaire mais maintenue et amplifiée par les citoyens ordinaires, pleins de préjugés contre les usagers. Il est de la responsabilité de l'État d'« informer » le grand public pour l'« éduquer » et de défaire ses stéréotypes du « junkie »²⁷. La tâche des autorités responsables de la politique des drogues réside donc, selon la commission Engelsman, dans la protection des intérêts de l'usager contre ceux, illégitimes, des autres citoyens. Ce rapport de 1985 définit une politique des drogues visant

à les intégrer dans la société (à protéger leur santé, éviter leur marginalisation, « normaliser » leur usage) en excluant du débat les citoyens non-usagers. Les autorités doivent protéger l'usager du « public » dont l'ostracisme tend à aggraver le syndrome de dépendance à la drogue.

La distribution des rôles est donc la suivante : l'État responsable de la politique des drogues est un arbitre entre l'usager, dont il est aussi le protecteur, et le non-usager. Il aura donc tendance à soutenir les premiers contre les seconds. Ces derniers sont exclus des processus d'élaboration de la politique pour enrayer les mécanismes de stigmatisation et tenter alors de réintégrer les usagers dans la société.

D'un côté, l'État doit s'abstenir de toute intervention répressive ; d'un autre, il doit accentuer fortement son rôle de protecteur des intérêts des usagers. Cette protection sera maximale si elle vise la « normalisation » de l'usage de drogues qui peut être atteinte si celui-ci devient intégré et contrôlé par les mécanismes sociaux habituels²⁸.

Cette normalisation désigne deux missions de l'État : réparer le mal « supplémentaire » engendré par ses actions et celles de la société civile et, dans un deuxième temps, chercher les moyens de transformer son approche du problème de la drogue non seulement pour améliorer la vie de l'usager dans la société, mais aussi pour lui permettre de gérer plus facilement son usage de drogue. Pour cela, il doit se garder de toute stigmatisation et donc mettre en place des mesures (criminelles, préventives, sanitaires, etc.) participant à une politique qui, par exemple, vise les jeunes dans leur ensemble.

Le soin est également transformé et investi d'une responsabilité supplémentaire par cette redéfinition de la politique : le soignant ne doit plus se focaliser sur la réduction de l'usage (abstinence) mais chercher à résoudre des problèmes « secondaires » : trouver un logement, une formation, un revenu minimum, etc.

Un budget exceptionnel de l'État encourage alors le développement des offres de soins à bas seuil, c'est-à-dire d'accès facile pour les usagers. C'est par exemple le travail de « terrain » dans la rue, dans les hôpitaux, dans les prisons ; des centres d'accueil (*open door*) pour les prostituées ; des programmes de substitution ; des programmes d'aide matérielle et de réhabilitation sociale. Les services municipaux de santé (en particulier celui d'Amsterdam) interviennent dans ce sens pour proposer un type de soins différent de celui jusqu'alors proposé par le système (*care* et non pas *cure*)²⁹.

Toutefois, il faut le souligner, ce ne sont pas les soignants qui peuvent infléchir l'usage dans un sens positif. L'accent est mis, dans l'approche d'Engelsman, sur d'autres acteurs présents dans la vie de l'usager, ces acteurs « informels » qui

26. Engelsman, 1989, p. 215.

27. *Ibid.*

28. Engelsman, 1989, p. 212.

29. Que l'on pourrait traduire par *soin* et non pas *guérison* bien que la distinction soit plus claire en anglais.

participent à la gestion de la dépendance. Par exemple le *junkiebond* – le « syndicat des junkies » – tient ce rôle de contact social donnant à l’usager l’occasion de s’engager, de militer, au lieu de se borner à la recherche de sa dose. Une organisation comme celle-ci peut l’aider à voir et à vivre au-delà de la drogue et des dealers³⁰.

Les promoteurs de la politique des nuisances reprocheront vivement à ce rapport, alors qu’il préconise une politique définissant le rôle de l’État, de la société civile, des soignants et du système judiciaire, de passer quasiment sous silence le rôle et la responsabilité de l’usager. Finalement, la politique répressive de l’État a eu un impact si négatif sur sa condition sociale et son comportement criminel qu’il n’en est plus considéré comme responsable.

3 - LES NOTES GOUVERNEMENTALES (1993-1995), LE RAPPORT CONTINUITÉ ET CHANGEMENT (1995) OU LA POLITIQUE DES NUISANCES

Nous avons vu que, dans les modèles de politique présentés précédemment, un des critères clefs des décideurs est l’inclusion des usagers dans les débats scientifiques et par conséquent dans les processus d’élaboration des politiques des drogues. L’objectif est de leur donner l’occasion de faire valoir directement leurs intérêts. À la fin des années quatre-vingt, une approche du problème de la drogue visant la réduction des « nuisances » émerge (nous verrons par la suite ce que la notion de « nuisances » recouvre). Dans sa forme initiale, cette approche pose un objectif contradictoire avec les politiques précédentes : la représentation des citoyens non-usagers qui se plaignent des usagers de drogues et des « lacunes » de la politique des drogues des années quatre-vingt. La personne protégée par cette nouvelle approche est non plus uniquement l’usager mais le « citoyen moyen ».

Cette approche fut elle-même initialement très critiquée par le système sanitaire et les fonctionnaires des ministères concernés. Ils se sont aussi défendus, comme l’a fait Engelsman en 1989, en déclarant que les non-usagers manifestaient à l’égard des usagers une « intolérance » susceptible de compromettre une « bonne » politique des drogues.

Mais la concomitance de trois événements survenus en 1993-1994 (un débat parlementaire sur l’efficacité des interventions du système sanitaire, la réduction de son budget et la création d’un nouveau budget « nuisances » ainsi que les mouvements de protestation de citoyens) a forcé le système de soins et les responsables de la politique des drogues à prendre au sérieux cette approche des « nuisances », et donc à considérer légitime et pertinent pour l’élaboration de la politique des

drogues ce que les non-usagers pouvaient dire sur la question. D’une approche contestée, les « nuisances » sont devenues un concept important de la politique officielle des drogues au milieu des années quatre-vingt-dix.

Ainsi, si la forme du processus d’élaboration de la politique des drogues ne se modifie pas réellement – y faire participer des personnes spécifiques – le cercle des « experts » s’est agrandi encore une fois. Il ne comprend plus exclusivement les usagers et les scientifiques ; il inclut aussi les citoyens non-usagers, les maires et des représentants du système judiciaire, tous très critiques à l’égard des usagers jugés responsables de troubles de l’ordre public ou de nuisances. L’efficacité de cette nouvelle politique dépendra tout particulièrement de sa capacité à réconcilier les intérêts contradictoires des usagers et de leurs détracteurs (notamment les non-usagers).

Tout au long de ce rapport, nous allons étudier cette période clef, en commençant par analyser dans ce chapitre plusieurs notes gouvernementales sur la drogue ou sur la sécurité. Nous nous focaliserons surtout sur le rapport *Continuité et changement* de 1995³¹ puisque ce texte est la référence la plus fréquemment citée par les Néerlandais, en particulier aux étrangers, pour expliquer la politique des drogues des années quatre-vingt-dix aux Pays-Bas. Soulignons encore qu’en comparaison des deux rapports analysés précédemment, celui de Baan et d’Engelsman, *Continuité et changement* est moins une restitution des réflexions et des débats ayant lieu en amont d’une politique spécifique qu’un état des lieux d’une politique déjà engagée. Cette particularité de *Continuité et changement* par rapport aux documents présentés jusque-là nous a poussée, avant de présenter l’origine et les principes qui fondent la politique de lutte contre les nuisances des années quatre-vingt-dix, à fournir dans un premier temps quelques éclaircissements.

Le rapport *Continuité et changement* est-il représentatif de la politique néerlandaise des drogues ?

Ce texte nous a semblé insuffisant pour décrire cette troisième version de la politique des drogues. Nous allons le commenter brièvement pour comprendre pourquoi et donner un aperçu de son contenu.

Il paraît en 1995 au milieu des débats sur l’efficacité de la politique des drogues néerlandaise, imposés par l’étranger³² et par les promoteurs de la politique des nuisances. Le rapport propose de poursuivre les orientations précédentes – en arguant

30. Engelsman, 1989, p. 216-217.

31. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995.

32. Un signe très fort de l’importance donnée aux critiques étrangères est l’implication inédite du ministère des Affaires étrangères dans la rédaction de *Continuité et changement*.

de leur efficacité « évidente »³³ – et d’ajouter des instruments et des objectifs destinés à les adapter aux changements survenus et à satisfaire leurs détracteurs. L’approche que proposent les auteurs se veut « intégrale »³⁴ dans le sens où elle propose de cumuler les approches de santé publique existantes avec celles de maintien de l’ordre et de la sécurité publics. Autorités locales, soignants, système judiciaire et gouvernement central sont appelés à prendre leurs responsabilités dans cette lutte « intégrale » contre les problèmes posés par la drogue. Ils sont encouragés à « profiter » des multiples opportunités existantes, en particulier dans le champ judiciaire et le droit administratif, pour améliorer l’efficacité de leur propre intervention.

Continuité et changement présente donc un inventaire des projets susceptibles d’être financés pendant les quatre années à venir et le budget correspondant. Il révèle ainsi aux acteurs nationaux (et internationaux) les objectifs du gouvernement.

L’impressionnant inventaire d’instruments réalisé par les auteurs de ce rapport suggère que cette politique est « pragmatique » mais dans un sens nouveau. Pragmatique parce que critique des moyens utilisés sur les personnes concernées et leurs relations, comme le suggéraient Baan et Engelsman. Pragmatique aussi parce qu’elle emploie tous les moyens possibles – et cumulables – pour atteindre son but. C’est ce qu’un acteur néerlandais a décrit comme l’« activisme néerlandais », opposé au « laxisme néerlandais » si souvent décrié.

L’objectif est aussi de démontrer l’efficacité de la politique néerlandaise et donc d’en présenter une version plus efficace que les précédentes et que celles des autres pays européens. Cette efficacité est définie par des critères uniquement scientifiques – statistiques –, eux-mêmes présentés comme incontestables. Nous étudierons dans le chapitre 2 comment ce rapport réserve les débats à un groupe restreint d’« experts » et occulte les problèmes et les limites des statistiques servant de preuves scientifiques « incontestables » au bien-fondé de la politique néerlandaise. L’argumentation de *Continuité et changement* s’en trouve affaiblie.

On peut ensuite formuler une critique essentielle : ce rapport escamote toute trace de contradiction entre les objectifs de réduction des risques et ceux de lutte contre les nuisances. Les auteurs affirment qu’un « cumul » des instruments de ces deux politiques optimisera la politique hollandaise des drogues. Ils esquivent

alors la question centrale : comment protéger le citoyen « moyen » sans exercer une discrimination contre l’usager ? Comment protéger ce dernier et rester des décideurs crédibles et attentifs aux demandes de leurs électeurs, les citoyens « moyens » ? Cette présentation des nuisances, qui fait l’économie du problème posé par cette opposition, a été critiquée par les analystes néerlandais³⁵.

La controverse absente de *Continuité et changement* a été décrite toutefois par la note gouvernementale sur les nuisances et celle sur la politique de sécurité³⁶. Elles offrent une définition de la politique des nuisances qui contraste avec celle du rapport. Elles soulignent les conflits et les crises produits par l’émergence de cette politique, ce dont le rapport ne parle pas car il a été conçu pour le débat international.

De plus, les notes gouvernementales proposent une politique différente de *Continuité et changement*. Elles décrivent – et avec la même attention que Baan et Engelsman – l’inclusion dans les processus d’élaboration de la politique d’un nouveau type d’acteurs jusqu’ici exclu : les citoyens insatisfaits, les voisins excédés par les usagers de drogues, les non-usagers jusque-là accusés d’« intolérance ».

Ne peut-on pas voir dans le retard constaté pour la mise en place de plusieurs projets une preuve de la difficulté de cumuler les techniques de limitation des risques à celles des nuisances, difficulté que le rapport occulte ? S’agit-il également d’une conséquence de l’exclusion initiale des non-usagers ? En effet, le texte énumère de nombreux projets annoncés en 1995 et qui ne sont devenus opérationnels qu’en 1997 ou 1998. Pendant ce laps de temps, les responsables de ces projets ont dû mettre en place de nouveaux processus de décision, incluant usagers et non-usagers. Nous décrirons ces activités dans le dernier chapitre.

Nous n’avons pas choisi de donner une place centrale dans notre analyse à *Continuité et changement* pour caractériser cette période transitoire de la politique des drogues parce qu’il est « représentatif » de cette politique, mais justement parce qu’il en ignore certains aspects. Il devient intéressant par contraste avec d’autres notes gouvernementales. Mais du fait de ces limites, il a été crucial d’employer dans ce chapitre et les suivants des textes néerlandais qui ne visaient pas le débat international et pouvaient donc prendre le risque de suggérer les éventuelles carences de la politique nationale des drogues.

33. Nous verrons dans le chapitre 2 que l’évidence des arguments développés dans *Continuité et changement* peut être nuancée.

34. *Integrale aanpak* en néerlandais est, dans les textes, traduit en français soit par *approche intégrale*, soit par *approche intégrée*.

35. Comme le note Peter Cohen dans un article intitulé « *Het Paarse drugbeleid : van normalisering tot task force* » (La politique des drogues « pourpre » : de normalisation à task force) sur le site internet du centre CEDRO. Cet article a d’abord été publié dans le journal *Vrij Nederland*, le 21 octobre 1995, sous le titre « *Paars ontdoekt de knoet, het nieuwe wondermiddel* » (Les « pourpres » [nouveau cabinet gouvernemental plus à gauche que le précédent] découvrent le bâton, le nouveau médicament miracle).

36. Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken, 1995 ; Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1993-1994.

Émergence de la politique des nuisances : manifestation du citoyen non-usager, critique du système de soin et transformation du budget

Quelle définition donner des « nuisances » ? Les acteurs néerlandais l'ont souvent répété : les définitions sont toutes très insatisfaisantes³⁷. Peut-être cette difficulté est-elle justement ce qui caractérise les « nuisances » ? Au lieu de tenter de fixer, malgré les variations des définitions disponibles, ce à quoi le terme fait référence (un contenu fixe de la définition), nous considérons que cette variabilité – qui a certes des limites – est un élément crucial de la définition des nuisances. Les « nuisances » concernent tout comportement considéré par les non-usagers comme trouble de l'ordre public ou de la sécurité publique. L'expression fait référence à une gamme très large de conduites déviantes en relation avec soit des normes formalisées dans le code pénal, soit des normes sociales plus ou moins explicites. Ce sont, par exemple, les « irritations », les perturbations que les usagers font subir à leur entourage par leur simple présence et ce sont aussi les infractions qu'ils commettent contre les biens pour trouver l'argent nécessaire à l'achat de drogues. La nature exacte de cette gamme de comportements ne peut, par contre, être éclaircie.

Comme en témoignent les débats parlementaires de cette période, les soignants et leurs représentants tentent de prendre au sérieux les critiques des citoyens contre les usagers. Celles-ci se concrétisent par des plaintes : contre un groupe particulier d'usagers (violents, irritants, gênants, etc.) et/ou des lieux spécifiques (*coffee-shops*, immeubles de deal, etc.). Ainsi ces plaintes permettront aux auteurs de la *Note sur les nuisances* de 1993 de définir celles-ci comme une gamme très diverse de comportements violents, petite délinquance, violence, agressivité, intimidation, bruit et attroupements dans les espaces publics, abandon de seringues et de détritiques, simple présence « irritante » d'un usager³⁸, etc.

Ces difficultés de définition traduisent à notre sens le fait que la notion de « nuisance » est une catégorie ouverte qui se caractérise non par un contenu précis, mais par les moyens et les personnes (en particulier les citoyens non-usagers) qui peuvent légitimement participer à l'élaboration d'une définition³⁹.

37. La difficulté de définir les nuisances a été décrite par plusieurs analystes hollandais (voir par exemple : CHATAB (J.), « *Definitie drugsoverlast : een inleiding* », *Overlastpost*, 1997). Une étude des définitions utilisées par les intervenants divers n'a pas non plus abouti à une définition précise. Elle suggère seulement et implicitement l'importance de bien choisir les personnes capables de définir les nuisances (Garretsen et al., 1996).

38. Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1993-1994. Notons-le au passage, les « nuisances » font référence à des comportements mais aussi à une hypothèse très contestée sur le lien (causal ou non) entre drogue et tout comportement « asocial » (pouvant faire l'objet de plaintes). Ce lien est le sujet d'un débat très vaste que nous évoquons (mais sans entrer dans le détail) dans le chapitre 2.

39. La commission chargée d'enregistrer et de suivre l'évolution des nuisances au niveau national (WORMS) semble confirmer notre définition : ils ne réussissent pas à donner une définition non ambiguë de « nuisance ». Au cours de séances de *brainstorming* réunissant des chercheurs, des représentants de la police, du système juridique, des comités de quartiers, des travailleurs sociaux (spécialisés dans le soin des toxicomanes), des associations de logement ou encore des propriétaires de magasins, ils ont abouti à une liste tellement vaste de formes de « nuisances » qu'elle n'était pas exploitable.

Place des non-usagers dans la définition et l'officialisation du problème

La *Note sur la politique de sécurité*⁴⁰ de 1995 suggère qu'au début des années quatre-vingt-dix, les nuisances causées par les usagers de drogues sont devenues un sujet de conflit entre citoyens non-usagers et autorités locales parce que les premiers percevaient un sentiment d'insécurité que les secondes (police, municipalité) ne semblaient pas prendre au sérieux. Entre 1990 et 1995, les habitants de quartiers sensibles de grandes villes comme Rotterdam, Arnhem, Heerlen ont milité contre les toxicomanes, se sont physiquement interposés entre les *drug runners* (touristes de la drogue et rabatteurs motorisés sur les routes internationales), les dealers et leurs clients, ou ont agressé des touristes étrangers de la drogue pour attirer l'attention des politiques sur une situation qui leur semblait insupportable et qui ne faisait pas l'objet d'interventions suffisantes⁴¹. La note gouvernementale sur la sécurité parle d'une « crise démocratique », la violence des citoyens étant une remise en cause de l'État, de son « rôle de garant de l'ordre » et de sa « capacité à trouver les moyens de résoudre les problèmes des citoyens qui l'ont démocratiquement élu »⁴².

Le débat sur les nuisances a ainsi donné lieu à une réflexion sur la citoyenneté. Le concept d'« auto-prise en charge sociale » (*sociale zelfredzaamheid*) est mobilisé : les personnes sont encouragées selon leurs moyens à prendre en charge elles-mêmes leurs problèmes. L'État n'est plus l'acteur « omnipotent » qui apportera les solutions. Il stimule – notamment par un financement indirect – l'action autonome des citoyens « coresponsables ».

Cette note critique également le fait que le gouvernement « a divisé la société en instituant des secteurs de politique différents » (par exemple : santé publique/répressif/thérapie, etc.) alors que la société devrait plutôt être « encouragée à constituer de nouveaux liens transversaux » (entre judiciaire, administratif, soin, etc.) pour devenir capable de « gérer des problèmes complexes comme celui de l'insécurité ». L'approche transversale proposée ici est l'« approche intégrale » développée entre autres pour traiter le problème de la drogue. Il s'agit d'encourager au niveau local des coopérations entre différents secteurs. Les municipalités sont les agents de cette politique.

La question de l'efficacité du système « traditionnel » de soins

En 1993, un débat parlementaire a forcé les responsables à prendre au sérieux l'approche des nuisances. Il se focalisait sur l'efficacité du système thérapeutique et de la politique des drogues en général : les parlementaires ont demandé aux acteurs concernés de faire la preuve de l'efficacité de leurs actions.

40. Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1993-1994.

41. Nous décrivons en détail les actions militantes de groupes de citoyens de Rotterdam et d'Eindhoven à la fin du chapitre 4.

42. Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken, 1995 / voir aussi : Brøer et al., 1999.

Une deuxième note gouvernementale, centrée sur les nuisances⁴³, permet de tracer ce second aspect du débat. Elle a été écrite après les séances parlementaires sur l'efficacité du système de soins. Elle montre que les nuisances ont forcé les autorités locales ainsi que les soignants à redéfinir leurs critères et leurs pratiques.

Le système de soins admet être « inefficace » dans la mesure où il n'a jamais été en contact avec le groupe de toxicomanes responsables de nuisances multiples. Selon cette *Note sur les nuisances*, ces usagers requièrent une prise en charge spécifique que le système n'a pas été capable d'effectuer parce qu'il ciblait l'usager « ordinaire », notamment hollandais de souche. Les centres intraculturels de motivation (IMC) sont un projet emblématique du nouvel effort de transformer l'offre de soins afin de l'adapter mieux encore à la population des toxicomanes (voir p. 98 sq.).

Ce groupe « spécifique » n'est pas en contact avec le système de soins mais avec le système judiciaire. La note suggère donc de développer des offres de soins initiées par des acteurs du judiciaire. C'est une deuxième façon de prendre au sérieux les exigences des non-usagers et de leurs représentants. Il s'agit de jeter par de multiples moyens des ponts entre le judiciaire et le thérapeutique. Un exemple de ces projets est le « Système d'intervention précoce » où un soignant rend visite au poste de police aux personnes arrêtées et leur propose de substituer (sous certaines conditions) un soin aux poursuites⁴⁴. L'usager causant des nuisances ferait alors un choix sous contrainte entre prison et traitement.

L'offre de soins formulée à l'occasion du débat sur les nuisances se caractérise donc à la fois par la coopération entre les champs thérapeutique et judiciaire et par l'exercice d'une « pression » pour inciter l'usager à se soigner. Comme nous le verrons dans le chapitre 4, le judiciaire acquiert un rôle dans le domaine sanitaire parce qu'il permet d'initier des soins avec des personnes qui ne l'auraient pas fait sans cette contrainte. Dans ce sens, le soin est « optimisé » par le judiciaire.

Un dernier élément permet de comprendre comment la politique des nuisances s'est imposée : la question de la réduction des financements du système de soins.

Les modifications budgétaires

Le débat sur les lacunes du système de soins a eu des conséquences tangibles lorsqu'il a conduit, en 1993, à une réduction du budget de ce secteur. Elle a été justifiée par ses protagonistes à la fois par l'incapacité du système à faire la preuve de son efficacité, mais également par les efforts prolongés du gouvernement pour décentraliser le mode de financement de ce système. Celui-ci devra désormais

demander des financements non plus au gouvernement central mais aux municipalités. Le secteur thérapeutique a rapidement été forcé de transformer la conception et les objectifs du soin. Pour obtenir des budgets supplémentaires afin de maintenir leur fonctionnement, les organismes doivent dès lors intégrer à leurs activités une mission de maintien de l'ordre public.

Concrètement, le budget de 1994 a été réduit de près de 14 millions de florins par rapport à celui de 1993, qui était de l'ordre de 130 millions⁴⁵. Les dirigeants du secteur sanitaire auraient donc dû licencier du personnel et arrêter des projets.

La même semaine, le Parlement a créé un budget pour la lutte contre les nuisances. Celui-ci s'est accompagné de la constitution d'un organe exécutif, le SVO, le Groupe interministériel pour la réduction des nuisances (*Stuurgroep Vermindering Overlast*). Il a pour rôle la répartition des budgets et la surveillance de leur bonne utilisation (veiller à l'évaluation des résultats des programmes financés fait partie de ses tâches). Le SVO reçoit ses fonds du ministère de la Santé publique, du Bien-être et des Sports et du ministère de la Justice. Suite aux demandes de financement de projets en 1994-1995, le SVO a donné son accord à 26 villes. Sur le budget total de 1996, 14 millions ont financé ces projets locaux et 23 millions des projets « SVO » nationaux. Le budget total s'est accru au fil des années pour atteindre 60 millions de florins en 1997 et 1998 (soit approximativement, 180 millions de francs).

Les responsables du système de soins ont vu dans ce budget considérable la solution aux problèmes créés par la réduction de leur propre budget et ont décidé, par le biais des villes, de répondre à l'appel d'offres du SVO pour financer leurs projets. « *Nous avons été assez opportunistes pour nous saisir de cette occasion des 60 millions (en 1997). Ils étaient la solution aux 14 millions perdus* »⁴⁶.

Mais pour ce faire, il n'était pas suffisant de demander au SVO un financement pour des projets existants (de réduction des risques). Il fallait le convaincre que ces projets pouvaient être des instruments efficaces d'une politique de lutte contre les nuisances. Il fallait aussi, comme le montre la pratique depuis 1995, élaborer de nouveaux projets, reposant sur une coopération entre soin et répression qui n'existait pas auparavant⁴⁷. Nous verrons dans le chapitre 4 des exemples de projets cherchant à réconcilier des objectifs – initialement contradictoires – de limitation des risques et de lutte contre les nuisances, de santé publique et d'ordre public, de prise en charge et de répression.

45. Un florin équivaut approximativement à trois francs français.

46. Entretien avec M. Leenders, (GGZ- NL), en mai 1999.

47. De nombreux articles décrivent comment les dirigeants du système de soin ont tenté de convaincre leurs employés que la politique des nuisances permettrait de réparer les excès de leurs techniques d'intervention basées sur la limitation des risques. Un argument avancé était que lorsqu'un soignant « tolérant » ne confronte pas l'usager de drogues aux conséquences négatives de son usage pour lui et pour la société, il commet lui-même le crime de non-assistance. Cet argument, pour réconcilier limitation des risques et nuisances, diverge de certaines approches de limitation des risques qui évitaient la confrontation de peur de perdre le contact avec le patient.

43. Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1993-1994.

44. Plus de détails à ce sujet dans le chapitre 4 (p. 97 sq.).

Cette série de notes gouvernementales montre donc comment la politique des nuisances a pu et dû s'implanter aux Pays-Bas. Traiter le problème de la délinquance ou des nuisances associées à l'usage de drogue ne s'est pas fait sans effort. Une lecture comparative du rapport *Continuité et changement* et des notes gouvernementales fait finalement ressortir les contradictions apparentes entre les politiques des nuisances et de réduction des risques. On voit en effet que la mise en place de la première a mobilisé de nouveaux acteurs (non-usagers, acteurs du judiciaire, municipalités) souvent contre les représentants de la seconde (usagers, soignants). De cette opposition sont nés de nouveaux projets et de nouveaux concepts. Encore une fois, il semble que ce processus – souvent conflictuel – est très représentatif des principes de cette nouvelle politique des drogues. Les conflits, tout comme les hésitations, traduisent bien les enjeux. Ils obligent les acteurs à s'expliquer et à se défendre. Ces débats définissent également les experts dont l'intervention va être ainsi légitimée. Sur ce point, c'est l'intervention et la mobilisation des non-usagers exposés aux nuisances causées par les usagers de drogues qui semblent différencier la politique des nuisances des versions précédentes.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Dans ce chapitre, nous avons résumé trois séries de textes gouvernementaux sur les drogues, le rapport Baan, le rapport Engelsman et une série de notes gouvernementales sur les nuisances. Ces textes sont à la base de trois aspects différents, encore présents dans la politique actuelle : la notion de risque acceptable appliquée à l'usage de cannabis, la réduction des risques et, plus récemment, la lutte contre les nuisances. L'intégration des usagers de drogues (d'abord douces puis dures) dans la société a toujours été un enjeu de ces politiques. Pour y parvenir, on a cherché à les inclure en amont du processus d'élaboration de ces politiques. Ce souci de faire participer les usagers aux débats et de légitimer autant que possible leur point de vue a néanmoins abouti, à l'époque d'Engelsman, à exclure les non-usagers et leur point de vue. En découle au début des années quatre-vingt-dix, l'effondrement du soutien public à la politique gouvernementale des drogues. Les non-usagers ont organisé des manifestations parfois violentes pour faire entendre leur indignation devant une politique gouvernementale développée sans leur soutien. Dans leurs revendications, ils n'ont pas visé directement les usagers de drogues mais les nuisances dont ils sont parfois les auteurs.

En réponse à ces protestations, la politique gouvernementale va se donner des outils pour lutter contre les nuisances liées à la drogue. Ceux-ci pourront être utilisés par des représentants plus directs des citoyens mécontents, entre autres par les maires.

La politique de lutte contre les nuisances s'accompagne donc d'une prolifération d'instruments répressifs, déployés tant dans le domaine de la justice que du soin. Mais il serait hâtif d'en conclure que cette politique est plus « répressive », ou moins tolérante que les précédentes. Cela ne rendrait pas justice à l'innovation qu'elle tente d'introduire : donner la parole à de nouveaux acteurs et prendre en compte les intérêts de davantage de personnes, notamment ceux des usagers et des non-usagers.

La politique des nuisances ne peut en fin de compte être qualifiée ni de plus « répressive », ni même de plus « tolérante ». Mais plutôt de plus « nuancée ». C'est effectivement la nuance entre répression, soin et tolérance néerlandaise que nous allons décrire dans les chapitres 3 et 4 à travers des projets et des programmes précis. Et cette nuance est possible car elle est le fruit d'un compromis entre les différents acteurs concernés : ceux du judiciaire, ceux du thérapeutique et ceux qui régulent la tolérance, à savoir les usagers et les citoyens non-usagers.

Dans ces chapitres, nous nous servirons à plusieurs reprises de *Continuité et changement* comme d'un inventaire des mesures prises par la nouvelle politique néerlandaise. Mais auparavant, nous allons l'examiner sous un angle essentiellement statistique puisque les auteurs en ont abondamment fait usage. Cette analyse critique est également l'occasion de donner un aperçu des tendances récentes de l'usage de drogue et de ses aspects aux Pays-Bas. Cet exposé s'accompagne d'une analyse méthodologique du système d'information statistique néerlandais.

CHAPITRE II

L'USAGE DES STATISTIQUES DANS LE DÉBAT NÉERLANDAIS À VISÉE INTERNATIONALE

Comme nous l'avons suggéré dans le chapitre précédent, les auteurs de *Continuité et changement* ont gommé toute trace de la controverse intérieure liée à la mise en place de la politique de lutte contre les nuisances. Il semble que ce silence ait été jugé nécessaire pour répondre aux exigences de la controverse internationale. À cette fin, les auteurs du rapport ont abondamment recouru à des arguments statistiques pour justifier leurs choix politiques. Ces arguments statistiques sont censés mieux résister à l'épreuve du débat international (un peu comme si les chiffres parlaient d'eux-mêmes et étaient automatiquement comparables d'un pays à l'autre).

Par ailleurs, le rapport a été conçu en partie pour mettre fin aux critiques dont la politique hollandaise des drogues a fait l'objet, notamment dans la première moitié des années quatre-vingt-dix. Les auteurs cherchent donc à la fois à justifier les changements préconisés et à mettre en valeur les effets des mesures antérieures. Ainsi, s'efforcent-ils continuellement de prouver le bien-fondé de la politique nationale. Dans cette « démonstration », les statistiques occupent une place prédominante. Elles sont utilisées à l'appui de la quasi-totalité des arguments.

La nature du discours international et la recherche de preuves de l'efficacité de la politique néerlandaise justifient donc un recours massif aux chiffres. Ce rôle central nous a amenés à les soumettre à une analyse critique. Nous montrons alors que, fréquemment, l'absence de certaines précisions méthodologiques fragilise fortement l'argumentation que les chiffres sont censés défendre. Les arguments des auteurs n'apparaissent donc pas aussi évidents qu'ils veulent le laisser paraître.

Au-delà de *Continuité et changement*, les citations toujours plus abondantes de chiffres au cours des débats nationaux ou internationaux conduisent à s'interroger sur les sources, les méthodes utilisées et le degré de comparabilité de ces données. Cette réflexion pourrait notamment s'appliquer chaque fois que les

statistiques valides sous certaines conditions et avec certaines limites dans les débats intérieurs sont exportées dans un débat international qui supporte mal ces conditions et ces limites.

En ce qui concerne *Continuité et changement*, nous avons pointé de façon quasi systématique les problèmes méthodologiques posés par les données citées dans le rapport. Cet examen un peu méthodique n'a pas pour but de remettre en cause l'argumentation du rapport (quelques exemples suffisent à démontrer la fragilité d'un argument lorsque la méthodologie du chiffre n'est pas présentée). Mais notre critique se veut constructive puisque nous cherchons à placer (ou replacer) les chiffres utilisés dans un autre débat où leur contestation devient possible et même opportune. Enfin, le côté systématique de l'examen permet de balayer le système statistique néerlandais dans son ensemble⁴⁸.

Nous suivrons le plan proposé par *Continuité et changement* en nous intéressant aux chiffres censés justifier les « effets de la politique passée » : le principe de la séparation des marchés (nombre d'usagers de drogues douces et son évolution sur les trente dernières années) et le principe de la réduction des risques (nombre d'usagers de drogues dures, mortalité et morbidité). Puis, nous aborderons succinctement le débat sur un des aspects des « complications et tendances nouvelles » (selon l'expression du rapport) : la question des nuisances.

1 - LES EFFETS DE LA POLITIQUE DE SÉPARATION DES MARCHÉS

Tout en soulignant certains effets négatifs, les auteurs de *Continuité et changement* avancent différents « faits scientifiques » pour prouver l'efficacité de cette politique : le nombre jugé peu élevé d'usagers de cannabis et surtout sa faible augmentation ; les caractéristiques de ces usagers qui diffèrent peu de celles observées à l'étranger ; le mode essentiellement récréatif de cet usage ; l'absence de conséquences graves pour la santé, notamment comparée aux autres drogues illicites ou à l'alcool ainsi que le bien-fondé de la position néerlandaise sur la question de la théorie de l'escalade. L'aspect négatif de ce bilan est la hausse (que certains jugent inquiétante) du nombre de *coffee-shops* constatée ces dernières années et de la gêne occasionnée par ces établissements aux habitants du quartier. Nous ne développons ici que le premier de ces arguments⁴⁹.

48. Nous avons repris en annexe 1 une série de chiffres provenant des principales sources existantes aux Pays-Bas pour mesurer le phénomène de la toxicomanie et de sa prise en charge.

49. Dans le rapport initial, l'analyse de *Continuité et changement* et de ses références à des données statistiques était plus systématique. Les aspects état des lieux et présentation du système statistique sont davantage mis en avant ici.

Le nombre d'usagers de drogues douces

La première estimation du nombre de consommateurs de cannabis – pour laquelle nous disposons de peu d'information – date de la fin des années soixante. À cette époque, on estimait qu'il y avait entre 10 et 15 000 consommateurs de cannabis aux Pays-Bas⁵⁰.

Au moment de la rédaction de *Continuité et changement*, l'estimation la plus récente fait état de 675 000 personnes prenant régulièrement du cannabis aux Pays-Bas en 1994⁵¹. Calculée à partir des résultats d'enquêtes réalisées auprès des ménages à Amsterdam en 1994 et en population scolaire en 1992⁵², ce chiffre a fait figure d'estimation officielle pendant longtemps. La représentativité des populations étudiées (les adultes à Amsterdam d'une part et les jeunes scolarisés dans le secondaire d'autre part) a fait l'objet de plusieurs critiques. Les nouvelles enquêtes ont amené à revoir à la baisse cette estimation.

Ainsi, une nouvelle estimation de 300 000 usagers de cannabis a été déduite d'une enquête menée auprès de la population de Tilburg en 1996⁵³. La question de la représentativité a été contournée par le fait qu'au regard de l'habitat, de la structure par âge et de la situation de l'emploi, la population de Tilburg est toujours présentée comme très caractéristique de la population nationale néerlandaise.

Cette estimation a été en quelque sorte confirmée par les résultats de la première enquête en population générale menée au niveau national. Dirigée également par le centre CEDRO à la demande du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, cette enquête, menée en 1997, a révélé que 2,5 % des personnes de 12 ans et plus ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois⁵⁴. Rapportant ces chiffres à la population néerlandaise, les auteurs de l'enquête évaluent alors,

50. Rigter *et al.*, 1997, en référence à : Geerlings, 1970, p. 159.

51. Cette estimation fait référence à une enquête menée en 1994 par l'Institut néerlandais de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie (*Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs – NIAD*), et publiée pour la première fois dans : Spruit, 1995.

52. L'enquête auprès des ménages à Amsterdam est réalisée depuis 1987 par le Centre de recherche sur la drogue (CEDRO) de l'Université d'Amsterdam, à une périodicité de 3-4 ans. Pour 1994, un échantillon de 10 000 résidents légaux à Amsterdam et âgés de 12 ans et plus avait été sélectionné. Au final, 5 000 d'entre eux ont été interrogés par questionnaire sur leur usage d'une large variété de drogues licites et illicites (Sandwijk *et al.*, 1995).

L'enquête nationale sur la santé des jeunes est réalisée par le NIAD, tous les 4 ans depuis 1984. Elle porte sur un échantillon représentatif de la population scolaire néerlandaise de la fin du primaire et de l'ensemble du secondaire (soit des élèves âgés de 10 à 18 ans). En 1992, environ 10 000 élèves ont été interrogés sur leur consommation de drogues, de tabac, d'alcool et de médicaments (Kuipers *et al.*, 1993).

53. Suivant un modèle calqué sur l'enquête réalisée à Amsterdam, celle-ci a porté sur plus de 2 000 personnes résidentes à Tilburg. Les questionnaires, passés en face-à-face au domicile du répondant, portaient également sur la consommation de tabac, alcool, médicaments, cannabis et autres drogues illicites (Langemeijer *et al.*, 1998).

54. Toujours suivant un questionnaire et des modalités d'enquête et d'échantillonnage similaires à ceux d'Amsterdam, 22 000 personnes ont répondu au questionnaire (sur près de 42 000 sélectionnées). L'échantillon est représentatif de la population néerlandaise légale (c'est-à-dire inscrite dans les registres municipaux) et âgée de 12 ans et plus. Référence : Abraham *et al.*, 1999.

pour l'ensemble du pays, le nombre de consommateurs actuels ou récents (c'est-à-dire ayant consommé au cours du dernier mois) de cannabis à près de 320 000 personnes⁵⁵.

À propos du nombre d'usagers de cannabis, quels sont les principaux arguments développés ?

Tout d'abord, un argument assez général, qui est d'ailleurs repris pour l'usage de drogues dures : du fait que « *les autorités et les scientifiques ont une image plus précise de l'usage de certaines drogues à mesure que l'usage est moins illicite* » et qu'aux Pays-Bas, « *la détention de drogues douces n'est plus poursuivie depuis les années soixante-dix (...), les autorités néerlandaises ont une bonne vue d'ensemble de l'ampleur et de la nature de l'usage de drogues* »⁵⁶.

Concernant plus spécifiquement l'usage de drogues douces, la comparaison avec l'étranger est abondamment utilisée. Par exemple, « *la consommation de drogues douces aux Pays-Bas ne s'écarte pas, sur le plan du volume et du type de drogue, de ce qu'elle est dans le reste du monde occidental* »⁵⁷.

Ce commentaire, faisant référence à des comparaisons internationales, appelle un travail rigoureux de rapprochement des données néerlandaises avec celles des autres pays. Il s'agit là d'une analyse longue et compliquée dans la mesure où les études à comparer s'appuient sur des méthodes d'enquête et des échantillons qui ne sont pas forcément comparables. Les auteurs de *Continuité et changement* se fondent sur différentes sources portant sur la consommation de cannabis aux États-Unis, en Angleterre, en Espagne et, plus largement, en Europe de l'Ouest⁵⁸.

Examinons à présent l'argument précédent de *Continuité et changement* au regard de chiffres différents, ceux issus des travaux d'harmonisation de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Le tableau ci-contre, extrait du rapport annuel 1999 de l'OEDT⁵⁹, présente les données de prévalence de l'usage du cannabis pour les principaux pays européens dont les Pays-Bas.

La lecture du tableau montre que le niveau observé de l'usage de cannabis, que ce soit au cours de toute une vie ou au cours de l'année, est très disparate en Europe. Les écarts sont pratiquement de 30 % pour les données de prévalence au cours de la vie. De quoi inciter à la prudence et confirmer que les différences dans

55. Abraham et al., 1999, p. 39.

56. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995, p. 8.

57. Ibid.

58. Voir notamment : Reuband, 1995.

59. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2000, p. 52.

Prévalence au cours de la vie et au cours de l'année de l'usage de cannabis dans différents pays européens

Pays	Année d'enquête	Méthode d'enquête	Taille de l'échantillon	Intervalle d'âge	Prévalence au cours de la vie	Prévalence au cours des 12 derniers mois
Belgique (flamande)	1994	téléphone	2 259	18-65	5,8 %	1,5 %
Danemark	1994	mail	1 390	18-69	31,3 %	3,3 %
Allemagne (Est)	1997	mail	1 682	18-59	4,2 %	2,3 %
Allemagne (Ouest)	1997	mail	6 338	18-59	13,4 %	4,5 %
Grèce	1998	entretiens	3 752	15-64	13,1 %	4,4 %
Espagne	1997	entretiens	12 445	15-64	22,2 %	7,6 %
France	1995	téléphone	1 993	18-69	16,0 %	4,7 %
Pays-Bas *	1997-98	entretiens	22 000	15-69	18,1 %	5,2 %
Finlande	1998	mail	2 568	15-69	9,7 %	2,5 %
Suède	1998	entretiens	1 500	15-69	13,0 %	1,0 %
Royaume-Uni	1996	entretiens	10 940	16-59	22,0 %	9,0 %
Moyenne					15,3 %	4,2 %

* (Abraham, 1999)

Source : (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2000)

les échantillons et les méthodes rendent très hasardeuses les comparaisons, même celles portant sur des données relatives. Ce premier constat montre que la position des Pays-Bas dans ce « classement » n'est pas évidente à établir.

Par ailleurs, avec des prévalences en 1997 de 18,1 % au cours de la vie et de 5,2 % au cours de l'année, les Pays-Bas se situent dans les deux cas légèrement au-dessus de la moyenne européenne, donc dans une fourchette moyenne ou plutôt haute (seuls l'Espagne, le Royaume-Uni et le Danemark – pour la prévalence au cours de l'année – enregistreraient un niveau de consommation supérieur). En même temps, ces chiffres suggèrent que la consommation de cannabis des adultes néerlandais n'est pas atypique : ni plus forte, ni plus faible que celle observée en Europe occidentale. En revanche, toujours d'après les données de l'Observatoire européen, le niveau de la consommation de cannabis parmi les jeunes scolarisés semble plutôt élevé aux Pays-Bas par rapport aux autres pays.

Prévalence au cours de la vie de l'usage de cannabis chez les élèves de 15-16 ans dans différents pays européens

Pays	Année d'enquête	Taille de l'échantillon	Prévalence du cannabis au cours de la vie
Belgique (flamande)	1998	9 211	23,7
Danemark	1995	2 571	18,0
Grèce	1998	8 557	10,2
Espagne	1996	19 191	24,3
France	1997	9 919	23,0
Irlande	1995	18 49	37,0
Italie	1995	1 641	19,0
Luxembourg	1998	660	18,5
Pays-Bas	1996	10 455	31,1
Autriche	1994	2 250	9,5
Portugal	1995	4 767	3,8
Finlande	1995	2 300	5,2
Suède	1998	5 455	7,2
Royaume-Uni	1997	28 756	37,5
Moyenne			19,1

Source : (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 1999, p. 53).

Pour harmoniser les enquêtes en milieu scolaire l'OEDT présente des données de prévalence sur une tranche d'âge réduite (15-16 ans). Ces résultats laissent apparaître un écart à la moyenne particulièrement important pour les Pays-Bas au regard des données de consommation des adultes : le niveau d'usage de cannabis des jeunes scolarisés de 15-16 ans aux Pays-Bas est de 31,1 %, soit 12 points au-dessus de la moyenne. Ces chiffres suggèrent donc que les jeunes Néerlandais sont plus nombreux à avoir fait l'expérience du cannabis que les jeunes de la plupart des autres pays européens (Irlande et Royaume-Uni exceptés).

Il serait possible d'approfondir la comparaison des données mais cette rapide démonstration tend à confirmer – car cela a déjà été montré – que, contrairement à ce que laisse entendre *Continuité et changement*, la relation entre les chiffres mesurant le niveau de consommation du cannabis et le modèle législatif en vigueur dans un pays n'est pas évidente ni systématique⁶⁰. Là aussi, les commentaires doivent être prudents et nuancés.

60. Sur ce thème, voir notamment : Van Dijk, 1998 ; Reuband, 1998.

L'évolution du nombre d'usagers de drogues douces et l'influence de la politique sur ce nombre

Un autre inconvénient des arguments classiques est la difficulté d'obtenir, au sein d'un même pays, des séries statistiques longues et, finalement, d'être en mesure d'apporter une preuve quantitative à une affirmation comme celle-ci : « *Il est apparu que la vente plus ou moins libre de drogues douces pour l'usage personnel n'a pas entraîné d'augmentation notable de la consommation par rapport aux pays appliquant une politique très répressive*⁶¹ ».

L'aspect de la comparaison entre pays ayant été traité précédemment, nous n'y reviendrons pas. Mais l'argument reste très fort car la difficulté d'évaluer les effets – sur le court et le long terme – d'une dépénalisation de l'usage et/ou de détention de drogues douces est invoquée à la fois par les partisans et les opposants à cette dépénalisation.

L'absence d'augmentation de la consommation de cannabis suite à une telle mesure a été avancée à plusieurs reprises par les auteurs à l'appui de leurs thèses. Quels éléments de réponse est-il possible de réunir ?

Nous nous heurtons à plusieurs questions : les données néerlandaises permettent-elles d'affirmer que l'usage de cannabis n'a pas augmenté significativement depuis la dépénalisation *de facto* ? Les données disponibles sur le long terme vont-elles dans ce sens ? L'évolution constatée est-elle effectivement la conséquence de la modification législative ?

Seule une enquête répétée suivant un protocole méthodologique similaire ou une enquête de cohorte peut servir de base statistique à l'argument précédent. Les estimations du nombre d'usagers de cannabis citées plus haut sont ici inutiles puisqu'elles ont été révisées essentiellement pour des raisons techniques et ne traduisent donc pas une évolution réelle du nombre d'usagers.

À notre connaissance, il n'existe pas de dispositif d'observation permanent ou périodique suffisamment ancien pour mesurer les évolutions de la consommation depuis 1976⁶². L'enquête auprès d'adultes la plus ancienne est celle effectuée depuis 1987 par le centre CEDRO auprès des ménages d'Amsterdam⁶³. Elle a été reconduite quatre fois depuis, tous les 3-4 ans. Les résultats indiquent que la proportion de personnes ayant consommé du cannabis au cours du mois précédant l'enquête a légèrement augmenté sur les dix années couvertes, de 5,6 % en 1987 à 8,1 % en 1997, mais ils

61. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995, p. 16.

62. Pour la période la plus proche du changement de politique et pour illustrer la « stabilisation de la consommation [constatée] dans les premières années suivant la modification de la loi sur l'opium » (p. 41), les auteurs de *Continuité et changement* font référence à deux études relativement anciennes : Driessen et al., 1989 Korf, 1988.

63. Voir note n° 52. Résultats publiés dans : Abraham et al. 1998.

montrent également que l'incidence⁶⁴ est relativement stable, voire même en légère baisse (4,7 % en 1987 à 3,0 % en 1997). Enfin, la proportion d'usagers « expérimentés », c'est-à-dire ayant consommé du cannabis au moins 25 fois au cours de leur vie, enregistre aussi une légère baisse (en 1990, 47 % des personnes ayant consommé au cours de l'année contre 44 % en 1997). Sur les dix dernières années et à Amsterdam – particulièrement concernée par la dépénalisation et les *coffee-shops* – les nouveaux consommateurs de cannabis ne semblent pas plus nombreux et leur consommation n'est *a priori* ni plus importante, ni plus précoce qu'auparavant. Soulignons toutefois que la population de cette ville n'est pas représentative de la population néerlandaise (les résultats de l'enquête nationale menée par le centre CEDRO indiquent par exemple qu'entre Amsterdam et Rotterdam, alors que le nombre de *coffee-shops* est similaire, la prévalence de l'usage de cannabis est deux fois plus élevée dans la première).

Cette tendance est en partie démentie par les résultats observés auprès des jeunes scolarisés puisque l'enquête réalisée par l'Institut Trimbos depuis 1984 indique une hausse sensible de l'usage de cannabis parmi les élèves de l'enseignement secondaire de 12 ans et plus. La prévalence « au cours du dernier mois » passe de 2,3 % en 1984 à 10,7 % en 1996⁶⁵.

Sur les dix dernières années, les deux enquêtes citées indiquent une stabilisation de la consommation chez les adultes mais une augmentation chez les jeunes. Faut-il y voir l'effet – positif pour les adultes et négatif pour les jeunes – de la dépénalisation *de facto* intervenue à la fin des années soixante-dix ? Différents auteurs se sont penchés sur la question.

Ainsi, si certains ont constaté une baisse du nombre de consommateurs parmi les jeunes après 1976, ils remarquent que cette évolution a été commune à d'autres pays. Karl-Heinz Reuband suggère alors que la prévalence d'une certaine culture chez les jeunes a eu plus d'impact sur cette décline de l'usage que le contexte législatif⁶⁶. Après cette baisse, suivie d'une période de stabilisation, différentes enquêtes laissent apparaître une remontée de l'usage du cannabis aux Pays-Bas. Cette hausse récente est parfois interprétée comme un contrecoup de la politique adoptée aux Pays-Bas en 1976⁶⁷. Mais là encore la situation hollandaise n'est pas un phénomène isolé. La hausse observée ailleurs en Europe empêche d'y voir une conséquence du seul contexte législatif.

Reuband montre donc que la réelle influence du modèle législatif sur la disponibilité de la drogue n'entraîne pas une relation directe de celle-ci avec le niveau de consommation. La forte disponibilité du cannabis aux Pays-Bas est en effet compensée par des facteurs de type socioculturel.

64. C'est-à-dire la part des nouveaux usagers de cannabis sur l'ensemble des usagers ayant déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie

65. Voir note n° 52. Résultats publiés dans : De Zwart et al., 1997.

66. Reuband, 1998, p. 329.

67. Korf, 1995, p. 91

De même, Van Dijk, dans son analyse des avantages et des inconvénients de la politique néerlandaise, ne note aucune incidence de ses composantes sur la prévalence de la consommation de cannabis⁶⁸. La relation entre les chiffres mesurant le niveau de consommation de ce produit et le modèle législatif en vigueur dans un pays n'est donc pas évidente.

Sur ce même thème d'une éventuelle corrélation entre le degré de disponibilité (et donc le contexte législatif) et l'usage du cannabis, il est une dernière étude à laquelle nous souhaitons nous référer. Dirk Korf a effectué une comparaison des données relatives au niveau et au mode d'usage du cannabis à Amsterdam et à Hambourg, donc dans des contextes différents⁶⁹. La disponibilité du cannabis semble avoir peu d'incidence sur la toute première consommation des jeunes puisque, dans ce cas, ils se procurent le produit auprès d'amis ou de connaissances. En revanche, les consommateurs plus âgés ont moins d'occasions d'accès au cannabis en dehors des *coffee-shops*. La présence de ces établissements serait déterminante non seulement pour un premier contact de ces personnes avec le produit, mais également pour la poursuite de l'usage, liée – selon l'argument de Howard Parker – à l'existence d'une source stable d'approvisionnement. Les *coffee-shops* augmenteraient donc les risques d'un usage régulier.

Ces conclusions vont dans le sens des autorités néerlandaises. Celles-ci constatent en effet que si les *coffee-shops* n'ont apparemment pas causé d'augmentation de l'usage, ils pourraient être responsables d'une pérennisation de celui-ci chez certaines personnes. L'étude de Dirk Korf précise que l'augmentation de l'usage est peut-être effective pour les 25-39 ans mais pas pour les jeunes.

Si nous avons tenu à retranscrire de façon assez détaillée notre démonstration concernant le nombre d'usagers de cannabis, c'est que celui-ci est avancé comme un argument majeur en faveur des effets positifs de la politique de séparation des marchés. Nous avons voulu montrer que les arguments statistiques peuvent s'accumuler et s'infirmes indéfiniment les uns les autres sans qu'aucun d'eux ne puisse clore le débat de façon définitive. Toutes les preuves sont finalement contestables et, au bout du compte, l'argument initial n'a plus le caractère d'évidence que les auteurs de *Continuité et changement* ont cherché à lui conférer.

D'autres thèmes traités en détail dans notre rapport initial peuvent être ainsi résumés :

- L'influence, parfois négative, de la politique de séparation des marchés sur les modes d'usage du cannabis avec l'apparition d'un usage « problématique » de ce produit qui inquiète les dirigeants. Celui-ci se reconnaît à : une persévérance dans la consommation du cannabis, une demande de prise en charge sans cesse crois-

68. Van Dijk, 1998, p. 383.

69. Korf, 1995, p. 65-92. À cette époque, Hambourg ne compte pas de *coffee-shops* et les interpellations pour infractions liées au cannabis sont nombreuses.

sante, une consommation intensive chez un petit groupe d'usagers même si, pour la plupart d'entre eux, elle garde un caractère essentiellement récréatif.

■ La question de la théorie de l'escalade : où en est le débat néerlandais sur la question et comment se positionne *Continuité et changement* dans ce débat ?

En se fondant sur une étude dirigée par Peter Cohen⁷⁰, les auteurs de *Continuité et changement* adoptent une position très tranchée ; ils relèvent par exemple qu'« une très petite part seulement des jeunes qui ont pris des drogues douces passent aux drogues dures », ainsi, « la théorie dite du marchepied (stepping stone theory) est démentie par la réalité aux Pays-Bas »⁷¹.

Les enquêtes examinées n'apportent finalement pas de réponses aussi catégoriques : le passage des drogues douces aux drogues dures se produit parfois, mais pour des raisons très différentes d'une personne à l'autre, ce qui n'autorise aucune généralisation. De plus, la séparation des marchés n'a pas forcément d'incidence sur cette décision (de passer aux drogues dures) très personnelle. Aucune étude ne prouve en effet que cette séparation des marchés ait jamais retenu des usagers – même quelques-uns – tentés de passer aux drogues dures mais qui, confrontés à cette nouvelle situation, s'y seraient refusés !

■ Enfin, la question des *coffee-shops*, avec d'un côté des arguments à l'appui du « bien-fondé » de ces établissements (l'ensemble des arguments précédents vont dans ce sens⁷²) et de l'autre, l'augmentation inquiétante de leur nombre aux Pays-Bas. Un point difficilement contestable car il s'impose d'évidence à tout observateur et fait en outre l'objet de plaintes (voir chapitre 3). Mais il n'y a tout simplement pas de preuves : avant 1997, aucun recensement national des *coffee-shops* n'avait en effet été réalisé. Les données produites alors permettent d'évaluer à un peu plus de 1 000 le nombre de *coffee-shops*, répartis essentiellement dans les grandes villes⁷³.

2 - LES EFFETS DE LA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES

Le principe de réduction des risques est – avec la séparation des marchés et la lutte contre les nuisances – un des piliers de la politique néerlandaise en matière de drogue. D'après *Continuité et changement*, la hausse – incontestable – de l'usage

de drogues dures constatée aux Pays-Bas (comme dans pratiquement tous les pays) ne permet pas à elle seule de prononcer l'échec de ce volet de la politique hollandaise. En effet, un des principes de base de celle-ci est de « maîtriser le problème sanitaire et social que constitue l'usage de drogues dangereuses »⁷⁴. Pour arriver à démontrer l'efficacité de la politique sur ce point, il faudrait prouver que le « mode de vie » des usagers de drogues dures s'est amélioré, ce critère englobant en fait une multitude de facteurs touchant au logement, au travail, aux rapports sociaux, à la santé et autres.

En fait, il est remarquable de voir la plupart des pays avancer continuellement à l'appui de leur politique de santé publique la même immuable poignée de critères : le nombre d'usagers de drogues dures, leur mortalité, leur morbidité et leur prise en charge. Le nombre relativement faible de ces critères résulte peut-être du manque de données disponibles et, encore plus, comparables. En tout cas, ceci conduit, au niveau du débat international et donc national, à accroître l'importance de l'enjeu dont ces chiffres sont porteurs. Cela devrait encourager les acteurs à faire preuve d'une grande prudence dans leur interprétation, d'abord parce que les chiffres en question sont utilisés pour résumer à eux seuls la question des usagers de drogues dures ; ensuite, parce que l'importance de l'enjeu qui s'y attache fait que la tentation est forte d'en donner une interprétation abusive.

Les données que nous avons retenues nous amènent à commenter la citation ci-dessous, extraite d'une intervention de M.L. Bot, directeur du Centre Maliebaan à Utrecht, lors d'un congrès en 1998 :

« Aux Pays-Bas, nous sommes fiers de ces faits :

- la santé de nos usagers de drogues est relativement bonne ;
- le taux de mortalité par overdose est limité ;
- la diffusion du virus VIH est limitée ;
- le nombre de toxicomanes est peu important, si on le compare à celui d'autres pays d'Europe »⁷⁵.

Nous insisterons surtout ici sur l'estimation du nombre d'usagers et les indicateurs de mortalité et de prise en charge, passant très synthétiquement en revue les autres données.

Le nombre d'usagers de drogues dures

Sur ce point, les arguments avancés sont les mêmes que pour les consommateurs de drogues douces. Ils s'appuient sur le nombre d'usagers (adultes et jeunes), son évolution dans le temps et une comparaison avec les données de prévalence dans les autres pays européens.

74. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995, p. 5.

75. Bot, 1998, p. 28.

70. Cannabis use, a stepping stone to other drugs ? The case of Amsterdam (Cohen et al., 1996). Nous avons complété l'examen de la question notamment par l'analyse détaillée d'une autre étude : *Keeping off, stepping on and stepping off : the steppingstone theory reevaluated in the context of the Dutch cannabis experience* (Sifaneck et al., 1995).

71. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995, p. 9.

72. Nous y avons ajouté les résultats des enquêtes en population générale lorsqu'il est demandé aux personnes où elles se procurent leur produit. Ils montrent non seulement que les *coffee-shops* sont des lieux où les usagers ont l'habitude d'acheter leur cannabis sans que les autres circuits de distribution soient délaissés mais également que l'interdiction de vente de drogues dures dans ces endroits semble respectée alors que celle de vente à des mineurs l'est moins. Source : enquête CEDRO sur l'usage de produits licites et illicites au niveau national (Abraham et al., 1999, p. 81-93).

73. Bieleman et al., 1997.

En 1995, *Continuité et changement* parle d'environ 25 000 « toxicomanes ». Ce chiffre est encore repris actuellement. Cette estimation est fondée sur une étude menée par Bieleman *et al.*⁷⁶ pour le centre Intraval et à la demande du Département central de la recherche et du développement (WODC) du ministère de la Justice. Celle-ci constitue aussi une contribution à la note gouvernementale *Continuité et changement*. Par « toxicomanes », les auteurs désignent les usagers d'opiacés uniquement.

Cette étude sera abondamment utilisée par les auteurs de *Continuité et changement*. Soulignons qu'elle a été réalisée dans un délai très court (3 mois) et donc sur la base des données les plus immédiatement disponibles et exploitables. Ces limites sont souvent passées sous silence.

Publiée en 1995, la recherche porte sur des données datant de 1993. Ayant procédé par extrapolation de différents registres (usagers connus des services de traitement, usagers d'opiacés enregistrés par la police et estimations locales du nombre d'usagers réguliers) et en appliquant différentes hypothèses (sur la part des usagers non atteints par les institutions sanitaires ou répressives), les auteurs avancent trois estimations différentes qui, combinées, aboutissent à un minimum de 28 000 usagers réguliers d'opiacés aux Pays-Bas en 1993.

L'estimation de Bieleman *et al.* a été révisée en soustrayant les doubles-comptes, c'est-à-dire les personnes ayant eu plusieurs contacts avec le système de soins au cours de la période étudiée⁷⁷ et en ajoutant les usagers ne fréquentant aucune structure ou n'ayant aucun contact avec la justice⁷⁸. Une fois cette correction apportée, *Continuité et changement* retient une estimation de 27 000 héroïnomanes aux Pays-Bas.

Dans son dernier rapport, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies donne une fourchette de 25 à 29 000 usagers problématiques aux Pays-Bas⁷⁹. Si cette approximation fait encore figure d'estimation officielle aux Pays-Bas, une nouvelle fourchette est avancée dans le rapport de l'Institut Trimbos :

76. Parue en néerlandais sous le nom de « *Drugs binnen de grenzen, harddrugs en criminaliteit in Nederlandsschattingen van de omvang* », un résumé en anglais a été publié par les mêmes auteurs : Bieleman *et al.*, 1995b. Voir aussi : Snippe *et al.*, 1997.

77. Le rapport de l'Institut Trimbos signale que les résultats de l'enquête d'Intraval ont été revus à la baisse lorsqu'en 1994 on a pu repérer les doubles-comptes dans le système LADIS, le système d'enregistrement des clients des centres de soins. Environ 16 % des personnes enregistrées cette année-là avaient eu plusieurs inscriptions ou avaient pris contact avec plusieurs centres de soins (Netherlands Focal Point *et al.*, 1998, p. 16). Ce facteur correctif peut être aussi discuté.

78. « *Le nombre d'héroïnomanes aux Pays-Bas est estimé à quelque vingt-cinq mille. Si l'on ajoute le nombre de toxicomanes qui n'ont aucun contact avec les structures d'aide ou la justice, ce nombre atteint les vingt-sept mille* » (Ministère des Affaires étrangères *et al.*, 1995, p. 19). C'est toujours sur la base de l'enquête d'Intraval que cette nouvelle estimation est déduite, mais les explications du nombre d'usagers invisibles pour les institutions sont rares.

79. EMCDDA, 2000, p. 53.

« *Près de 51 000 et 82 000 personnes répondent respectivement aux critères d'abus de drogue ou de dépendance à la drogue* »⁸⁰. Ces données proviennent d'une enquête sur la santé mentale des Néerlandais menée en 1996⁸¹.

Ce résultat, on le voit, ne peut être directement comparé au précédent : la méthodologie diffère (il s'agit là d'une enquête en population générale, technique mal adaptée à la mesure d'un comportement – statistiquement – rare), de même que les définitions retenues (les diagnostics mesurés sont ceux d'abus et de dépendance à la drogue⁸²). L'estimation antérieure correspond en fait à la prévalence au cours du mois précédant l'enquête : 0,3 % des personnes interrogées ont déclaré un abus récent de drogue et 0,7 % une dépendance⁸³. Nous ne concluons pas de cette autre estimation que le nombre de 25 000 est sous-estimé mais que ce type de mesure reste étroitement dépendant de la définition de « l'usager de drogues ».

Aspects sanitaires de l'usage de drogues dures

Outre la réduction ou la stabilisation du nombre d'usagers, on fait fréquemment valoir, pour évaluer l'efficacité de la politique néerlandaise de réduction des risques, le fait qu'elle contribue à l'amélioration, ou en tout cas à la non-aggravation de l'état de santé des toxicomanes.

Les principaux chiffres avancés sont le nombre de décès liés à la drogue et le nombre d'usagers séropositifs. Ils sont souvent annoncés comme étant bas aux Pays-Bas, en comparaison avec les autres pays européens. La faiblesse relative de la progression de l'épidémie de Sida est également présentée comme une évolution positive.

Avant d'examiner ces chiffres, notons que l'état de santé des toxicomanes ne se mesure pas uniquement par ces indicateurs et que certains signes, bien que non encore mesurables, ne confortent pas forcément l'optimisme affiché dans le rapport *Continuité et changement*. Nous pensons notamment à la propagation d'autres maladies infectieuses telles que la tuberculose ou les hépatites B et C ou encore à l'association apparemment de plus en plus fréquente de la toxicomanie à des troubles psychiatriques.

80. Netherlands Focal Point *et al.*, 1998, p. 10.

81. Il s'agit d'une enquête longitudinale (3 phases sont prévues) auprès des ménages, portant sur les troubles en santé mentale (dont l'usage de certaines drogues illicites). La première vague a été menée auprès de 11 000 ménages représentatifs de la population âgée de 18 à 64 ans. L'enquête est réalisée par l'Institut Trimbos (Bijl *et al.*, 1997).

82. En effet, l'enquête cherche à mesurer la prévalence d'une série de troubles mentaux au sein de la population adulte. L'usage de drogue est alors repéré en fonction du diagnostic de l'abus de drogue ou de la dépendance à la drogue, correspondant respectivement aux codes 305 et 304 de la classification internationale des maladies (9^e édition).

83. À titre de comparaison, lorsque dans l'enquête nationale en population générale on pose la question suivante : « *Avez-vous consommé telle substance au cours du dernier mois ?* », les résultats font état d'une prévalence au cours du mois de 0,5 % pour les *difficult drugs*, c'est-à-dire la cocaïne, les amphétamines, l'ecstasy, les hallucinogènes et l'héroïne.

Signalons que les chiffres de propagation de l'épidémie de Sida parmi les populations toxicomanes sont en effet inférieurs à ceux annoncés par exemple en France : 13 % des personnes contaminées en 1997 aux Pays-Bas sont des usagers de drogues contre 19 % en France ; mais surtout, il y a environ 2 000 nouveaux cas de Sida diagnostiqués en 1997 en France contre 300 aux Pays-Bas⁸⁴. Rapporté à la population du pays, le nombre de nouveaux cas en France est pratiquement deux fois plus important qu'aux Pays-Bas (respectivement, 3,4 et 1,9 pour 100 000 habitants). L'incidence du Sida parmi les usagers de drogues injecteurs annoncée par l'OEDT pour les Pays-Bas est de 10,9 % sur la période 1985-1998, nettement inférieure à celle de la plupart des pays européens⁸⁵.

La relative modicité du niveau de prévalence observé aux Pays-Bas est habituellement justifiée par le faible recours à l'injection des usagers néerlandais (13 % des consommateurs d'opiacés accueillis dans le système de soins ambulatoire en 1998 s'injectent leur drogue alors que 75 % la fument⁸⁶ et, par rapport aux données présentées par l'OEDT, ces chiffres font figure d'exception). Les écarts constatés entre les pays européens peuvent également s'expliquer – comme le rappelle l'OEDT – par des facteurs comme la prévalence des comportements à risque, la date à laquelle le virus s'est répandu au sein des différentes populations d'usagers ou l'ampleur et la précocité des mesures préventives⁸⁷. Ajoutons que, comme dans d'autres pays européens, la couverture des données néerlandaises relatives aux cas de Sida n'est pas exhaustive, notamment parce qu'il n'y a dans ce pays aucune obligation pour les praticiens de les déclarer à l'Inspection générale de la santé publique. Ce sous-enregistrement (estimé à 5-6 % à Amsterdam mais inconnu au niveau national) ne peut cependant expliquer les écarts observés avec les autres pays européens dont les données ne sont certainement pas non plus exhaustives.

Quant à la prévalence de l'infection par le VIH, il faut savoir qu'il n'y a pas non plus d'obligation de déclaration des cas de séropositivité par les praticiens aux Pays-Bas. Mais contrairement aux statistiques sur le Sida qui font l'objet d'un enregistrement au niveau national, celles sur le seul VIH proviennent d'enquêtes ponctuelles. Elles permettent d'estimer la prévalence de ce virus parmi les usagers de drogues dans environ six villes néerlandaises⁸⁸.

84. Sources : l'Inspection générale de la santé publique (IGZ) pour les Pays-Bas (*Aids in Nederland per 31 maart 1998*, Rijswijk, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998) ; la Direction générale de la santé (DGS) pour la France (Ministère du Travail et des Affaires sociales, Direction générale de la santé, « Surveillance du Sida en France. Situation au 30 juin 1998 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 37, 1998).

85. EMCDDA, 2000, p. 56.

86. Données extraites de LADIS (voir p. 55 sq.).

87. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne 1997*, Luxembourg, Office des publications officielles des communautés européennes, 1998, p. 32.

88. Il s'agit d'une série d'enquêtes menées par l'Institut national de la santé publique et de l'environnement (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne – RIVM). Ces enquêtes suivent une méthodologie volontairement similaire, afin de pouvoir effectuer des comparaisons entre les villes. Dans toutes, les usagers de drogues dures sont recrutés dans des centres méthadone ou dans la rue. Pour vérifier la présence ou non des anticorps VIH, un test de salive est effectué.

En fin de compte, les résultats varient fortement d'une ville à l'autre, ce qui rend difficile toute conclusion au niveau national. Amsterdam mise à part, la prévalence du VIH parmi les injecteurs de drogue passe d'un maximum de 12 % en 1996 à Heerlen/Maastricht et en 1994 à Rotterdam à un minimum de 2 % à Arnhem en 1991 et en 1995 et 0 % à Deventer en 1991/1992.

Par ailleurs, une enquête menée par Van Haastrecht⁸⁹ en 1994 conclut à un nombre d'environ 8 000 personnes contaminées par le virus VIH aux Pays-Bas, parmi lesquelles 1 400 injecteurs de drogue. Selon ce même auteur, il semble qu'Amsterdam soit « *le centre de l'épidémie VIH parmi les injecteurs de drogue aux Pays-Bas* »⁹⁰. Les enquêtes précédentes indiquent en effet pour cette ville des données de prévalence largement supérieures, de l'ordre de 25-30 %.

Cette rapide présentation des chiffres en matière de prévalence du Sida et du VIH suffit néanmoins à nuancer, sans pour autant les contredire, les arguments de *Continuité et changement* : « *Aux Pays-Bas, les toxicomanes séropositifs sont, proportionnellement, peu nombreux* » ou encore « *la politique de réduction des risques, qui englobe entre autres les vastes programmes de distribution de méthadone et d'échange de seringues, commencée dès les années soixante-dix, a donc donné des résultats relativement bons. Elle a aussi contribué à freiner l'épidémie de Sida* »⁹¹.

Quant aux décès liés à la toxicomanie, tout comme en France, la validité des statistiques néerlandaises est entachée d'importantes limitations, ce qui les rend quasiment impropres à toute comparaison. On n'en continue pas moins à les mettre en avant, comme un argument puissant en faveur de l'efficacité de la politique de réduction des risques. Avant de présenter les sources, nous tenons à souligner l'initiative du Bureau central des statistiques (équivalent de l'INSEE) et du ministère de la Santé publique néerlandais qui indiquent que « *suite à l'importance accordée aux comparaisons internationales sur les chiffres des décès dus à l'alcool et aux drogues, une étude européenne a été mise en place, afin d'avancer des recommandations à ce sujet. En attendant que ces recommandations soient formulées et appliquées, les chiffres relatifs aux décès liés aux drogues et à l'alcool ne seront pas publiés* »⁹².

Les auteurs de *Continuité et changement* n'ont pas fait preuve d'autant de prudence. Pour pouvoir annoncer que la « *mortalité par surdose est faible aux Pays-Bas* » (p. 10), ils mentionnent le nombre de décès dus à la drogue enregistrés dans divers pays, d'après un rapport des Nations unies⁹³ : 42 aux Pays-Bas en 1991, 411 en France, 2 125 en Allemagne, etc. Ils en déduisent que « *le nombre de décès*

89. Van Haastrecht, 1995.

90. Rigtter et al., 1997, p. 66.

91. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995, p. 10-11.

92. Centraal Bureau voor de Statistiek et al., 1998, p. 47.

93. United Nations Economic and Social Council, *Economic and social consequences of drug abuse and illicit trafficking : an interim report*, Vienna, ECOSOC, 1994.

par surdose pour 100 000 habitants est au moins deux fois plus élevé à l'étranger. Contrairement à d'autres pays, ce nombre n'augmente pas aux Pays-Bas »⁹⁴. Nous ne présenterons que les limites des sources néerlandaises ; il suffit cependant de voir qu'elles affectent aussi les autres pays (sans que cette similarité des limites permette la comparaison des données) pour saisir toute la difficulté d'une comparaison à l'échelle européenne (en tout cas, sans le préalable d'une réflexion méthodologique forte).

Comme ailleurs, il existe aux Pays-Bas plusieurs sources d'enregistrement des décès liés à l'usage de drogue. La statistique nationale, établie à partir des certificats de décès des généralistes et des médecins légistes, fait état de 33 « décès liés à la drogue » en 1995 (50 en 1994), essentiellement des décès par intoxication accidentelle en cause primaire (code CIM 850.0), c'est-à-dire, dans une acceptation restreinte, les « surdoses ». La même année, 26 décès par « overdose » sont portés à la connaissance du service municipal de santé d'Amsterdam et autant à Rotterdam, soit un total pour ces deux villes de 52, contre 33 la même année au niveau national (ou 22 si on considère que le code 850 correspond au sens restreint d'« overdose »). Même si les chiffres locaux et nationaux ne sont pas directement comparables (le regroupement des décès diffère), la supériorité des premiers sur les seconds pose problème.

Les explications tiennent en partie à des différences de couverture des sources : à l'inverse du CBS, pour le niveau national, les services municipaux de santé d'Amsterdam et de Rotterdam enregistrent les décès de non-résidents, y compris les usagers de drogues étrangers (les médecins légistes examinent toutes les morts non-naturelles). Or, nombreux sont les usagers étrangers qui s'injectent habituellement la drogue et présentent ainsi un risque de décès plus important. En 1994, on estime que près de la moitié des usagers morts aux Pays-Bas étaient français, suivis par les néerlandais et les allemands⁹⁵.

Mais cette explication n'exclut pas un problème d'enregistrement. En effet, pour l'année 1994 par exemple, l'Institut Trimbos signale que « même si on considère uniquement les cas d'overdose de Néerlandais (environ 34 à Rotterdam et à Amsterdam pris ensemble contre 37 au niveau national), on ne peut exclure le fait qu'il y ait un sous-enregistrement dans les statistiques nationales »⁹⁶. Il est donc très délicat de considérer que le nombre de décès se limite à une cinquantaine aux Pays-Bas, même s'il est probable que le nombre réel soit plus faible qu'à l'étranger où de telles limites méthodologiques existent également.

94. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995, p. 10.

95. Rigter et al., 1997, p. 64.

96. Ibid.

La prise en charge sanitaire des usagers de drogues dures

Comme nous l'avons souligné, on argue souvent de l'importance de la prise en charge des usagers aux Pays-Bas. Le système d'enregistrement y est incontestablement développé et performant, mais il reste très difficile de déterminer le nombre d'usagers exclus du système de soins. Ce chiffre est pourtant important dans la mesure où il permet, entre autres, d'évaluer l'efficacité du système sanitaire : la demande potentielle est-elle couverte par les institutions en place ? La mesure s'en approchant le plus est le taux de couverture du système de prise en charge.

L'ampleur de la prise en charge

Les sources de données disponibles couvrent à peu près l'ensemble du dispositif de prise en charge. Pour les soins ambulatoires, c'est le système LADIS (Système national d'information sur l'alcool et les drogues) qui les centralise. Exploité par la Fondation pour les systèmes d'information sur la prise en charge des toxicomanes (IVV), il a une couverture nationale et recueille l'information en provenance de tous les services de prise en charge et de consultation ambulatoire⁹⁷. Ces derniers renseignent un questionnaire informatique qui leur permet de gérer leur clientèle et d'alimenter LADIS par la même occasion. Un autre avantage de cette source est la mise en place, depuis 1994, d'un code unique par « client » qui permet de dénombrer non plus uniquement les inscriptions mais également les « personnes uniques » (une inscription corrigée des doubles-comptes en cas de contacts multiples dans l'année). Ce système d'enregistrement, jugé très performant, fait l'objet de nombreuses demandes d'information de la part de l'étranger.

En 1998, LADIS comptabilisait 65 622 inscriptions dans le système de soins ambulatoire néerlandais, dont 34 226 pour lesquelles le problème primaire est lié aux drogues illicites (soit un peu plus de la moitié de l'ensemble des inscriptions). Ces 34 226 inscriptions concernent en fait 25 261 « personnes uniques » puisque certains clients ont eu plusieurs périodes d'inscription au cours de l'année 1998 ou ont été inscrits dans plusieurs établissements pris en compte par LADIS. Ils comptent en moyenne 9,1 contacts. La plupart des demandes concernent les opiacés (61 % des inscriptions), principalement l'héroïne, suivis par la cocaïne (18 % avec le crack) et le cannabis (11 %)⁹⁸. Les inscriptions ont doublé depuis 1988, en partie en raison de l'élargissement de l'offre de soins. Celles relatives à un problème

97. Au moment de notre enquête, le taux de couverture des établissements était de 90-95 % mais il devait être de 100 % fin 1999. Ainsi, outre les CADs (les services de consultation pour la prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie), qui sont légalement tenus de transmettre l'information à LADIS, d'autres institutions pour la prise en charge ambulatoire des toxicomanes transmettent leurs données au système LADIS : les établissements à caractère social pour la prise en charge des toxicomanes, les services sanitaires municipaux ayant un programme méthadone, etc.

98. Source : Ouwehand et al., 1999.

de cannabis, de cocaïne et d'amphétamines ont particulièrement augmenté. Enfin, parmi les usagers de drogues dures inscrits dans le système de soins ambulatoire, 9 754 ont suivi un programme méthadone, le plus souvent dans une optique de stabilisation de la consommation. Ce chiffre permet d'évaluer à environ 11 000 à 12 000 le nombre d'usagers sous méthadone aux Pays-Bas (voir ci-dessous).

Concernant l'importance et les caractéristiques de la prise en charge dans le secteur intra-muros, les informations sont enregistrées dans le registre des patients hospitalisés en services de santé mentale (Patiëntenregistratie Intramuraal Geestelijke Gezondheidszorg – PIGGz). Depuis 1997, c'est l'Institut national des hôpitaux (Nationaal Ziekenhuis Instituut – NZI) qui est chargé de son exploitation⁹⁹. Sont comptabilisés dans PIGGz les soins fournis aux clients hospitalisés dans les établissements de santé mentale, notamment les admissions d'usagers dans les cliniques spécialisées en toxicomanie et les hôpitaux psychiatriques. Contrairement à LADIS, les doubles-comptes ne sont pas repérables et les usagers sont identifiés par leur diagnostic¹⁰⁰.

Ainsi, au 31 décembre 1996, les personnes hospitalisées pour un problème de drogue représentent moins de 4 % de l'ensemble des patients du secteur psychiatrique; 680 présentent une pharmacodépendance ou une psychose due aux drogues et 224 un problème d'abus sans dépendance. Ces derniers sont accueillis essentiellement dans les hôpitaux psychiatriques généraux¹⁰¹. Sur l'ensemble de l'année 1996, on dénombre 1 861 admissions pour pharmacodépendance en hôpitaux psychiatriques (soit 48,1 % du total des admissions) et 2 883 en cliniques de désintoxication (soit 43,5 %)¹⁰². Les abus de drogue sans dépendance sont en nombre bien inférieur dans les deux types d'établissements (de l'ordre de 100-150 en 1996) alors que les cas de psychoses dues aux drogues ne sont enregistrés que dans les hôpitaux psychiatriques (268 en 1996). Sur le long terme, la croissance du nombre d'admissions est nettement plus forte dans les cliniques spécialisées que dans les hôpitaux psychiatriques.

Que ce soit dans le secteur ambulatoire ou dans le secteur intra-muros, la croissance enregistrée des admissions pour un problème de drogue a été bien plus forte que celles impliquant l'alcool. Ces dernières sont devenues minoritaires à partir de 1993 dans le premier et de 1996 dans le second.

Le taux de couverture du système de soins

On dispose de différentes données sur le taux de couverture du système de soins. *Continuité et changement* indique que « environ 65 % des toxicomanes sont en contact avec un organisme d'aide »¹⁰³. Ou encore que ces structures « sont en contact régulier avec au moins deux tiers des toxicomanes »¹⁰⁴.

L'Institut Trimbos annonce 70 à 80 % d'usagers d'opiacés bénéficiant d'une prise en charge¹⁰⁵. Cette fourchette est également retenue par les propriétaires de LADIS. Le nombre de clients – donc corrigé des doubles-comptes – inscrits entre 1994 et 1995 dans le système ambulatoire pour un problème d'usage de drogue (usage de cannabis exclu) était en effet, observent-ils, de 20 261, chiffre rapporté à l'estimation « officielle » de 25 à 27 000 usagers de drogues dures. Ils en déduisent que « si l'estimation du mémorandum gouvernemental est exacte, le système LADIS couvre 75 à 81 % des usagers de drogues dures »¹⁰⁶.

Nous ne doutons pas du caractère satisfaisant du taux de couverture du système sanitaire néerlandais, sans doute bien meilleur que dans d'autres pays. Mais l'ordre de grandeur (« au moins deux tiers ») est finalement rarement contesté. Il est d'ailleurs difficile de retracer l'origine de ce chiffre. Toute l'ambiguïté de cette valeur provient certainement du fait qu'elle repose sur les estimations du nombre de toxicomanes dans le pays. Or, celles-ci reposent en partie sur des hypothèses relatives au taux de couverture du système de prise en charge.

En 1995, lors de la rédaction de *Continuité et changement*, la seule information disponible provient de l'enquête de Bieleman *et al.* Celle-ci évalue le taux de couverture du système sanitaire à 62 % en se fondant sur les données fournies par les institutions sanitaires et à partir des estimations locales du nombre d'usagers (jugées fiables dans 3 villes uniquement)¹⁰⁷. Les auteurs de *Continuité et changement* ont peut-être ajusté cette valeur comme ils l'avaient fait pour l'estimation du nombre d'usagers d'opiacés. C'est, semble-t-il, la seule explication possible.

Nous avons procédé de même pour justifier le taux de couverture des programmes de distribution de méthadone. On passe de 40-45 % selon une étude de J. Derks *et al.*¹⁰⁸, à 60-70 % suivant l'Institut Trimbos¹⁰⁹, et à 75 % selon *Continuité et changement*. Mais derrière cette apparente disparité, les auteurs s'accordent plus sur le nombre absolu d'usagers sous méthadone : de l'ordre de 11 000 ces dernières années. Un rapide calcul à partir des données de LADIS présentées

99. L'ancien propriétaire de PIGGz était l'Association néerlandaise pour la santé mentale (NVGGz).

100. Les codes de la classification internationale des maladies retenus sont : psychose due aux drogues (CIM-292) ; pharmacodépendance (CIM-304) et abus de drogues sans dépendance, alcool et tabac exclus (CIM-305.2-9).

101. Ces données regroupent les informations de 59 établissements dont 48 hôpitaux généraux et 9 des 12 cliniques pour toxicomanes existantes. Source : Centraal Bureau voor de Statistiek *et al.*, 1998, tableau 9.3.3, p. 214.

102. De Zwart *et al.*, 1998, p. 40.

103. Ministère des Affaires étrangères *et al.*, 1995, p. 19.

104. *Ibid.*, p. 8.

105. Institut Trimbos, 1998c, p. 1.

106. Cruts *et al.*, 1997, p. 10.

107. Snippe *et al.*, 1997, p. 203.

108. Derks *et al.*, 1998, p. 87.

109. Netherlands Focal Point *et al.*, 1998, p. 22.

précédemment permet de retrouver cette valeur. Notons enfin que d'autres systèmes d'enregistrement des clients sous méthadone existent à Rotterdam et à Amsterdam¹¹⁰. Ils indiquent que 1 973 clients (uniques) ont été recensés à Rotterdam en 1997 et 4 006 à Amsterdam la même année. Ils offrent aussi des informations très détaillées sur les caractéristiques de ces clients et leur mode de consommation. Ils signalent enfin une baisse de la demande (notamment de moins en moins de nouveaux clients) s'accompagnant d'une modification du profil de la clientèle : plus vieille et faisant un usage plus intensif du dispositif.

Nous verrons dans la dernière partie de ce rapport que l'efficacité du système de soins et le nombre d'usagers non pris en charge vont être au cœur des débats fondateurs de la politique des nuisances. Voyons d'abord quelle réalité ce terme de « nuisances » recouvre.

3 - LES NUISANCES : QUESTIONS DE MESURE

Avant de décrire dans les chapitres suivants la façon dont les Néerlandais ont décidé de lutter contre le problème des nuisances, nous nous sommes penchées – malgré le peu de données et de recherches existantes – sur la question de la mesure des nuisances.

Nous l'avons souligné précédemment, le concept des nuisances est volontairement flou. Pour les acteurs politiques, il désigne un ensemble d'actes identifiés par des plaintes et les auteurs de ces plaintes (les citoyens non-usagers). Mais pour mesurer ces actes, il importe d'en préciser la définition, même si elle ne recouvre pas exactement celle adoptée par les décideurs. Les recherches quantitatives sur ce thème sont peu nombreuses. Nous avons donc accordé une place importante à une étude européenne ne portant pas spécifiquement sur cette question.

Dans notre rapport initial, nous avons examiné l'état de la recherche sur la délinquance associée à la toxicomanie. En effet, la première définition des nuisances, à la fin des années quatre-vingt, faisait référence en partie à la petite délinquance associée à l'usage de stupéfiants. Comme en France, la recherche néerlandaise a révélé qu'un petit nombre d'usagers commettent des infractions et qu'une petite partie seulement de l'ensemble des délits enregistrés peut être attribuable aux toxicomanes. S'appuyant sur l'enquête de Bieleman *et al.*, les auteurs de *Continuité et changement* vont dans ce sens. Notons cependant que *Continuité et changement* ne reflète pas la diversité et la richesse de la littérature néerlandaise sur la nature du lien entre toxicomanie et délinquance.

110. RODIS (Rotterdams Drugs Informatie Systeem) à Rotterdam et CMR (Centrale Methadon Registratie) à Amsterdam. Ces deux bases sont exploitées par le Service municipal de santé (GGD) de ces villes.

Cette note n'approfondit pas la question de la mesure des nuisances, pas plus que les auteurs n'éclairent le concept lui-même. Leur recours quasi systématique aux chiffres pour étayer leur argumentation les force à réduire la définition à ce qui est mesurable et disponible : c'est-à-dire les petits délits commis par des usagers. Certains passages suggèrent pourtant qu'ils font la distinction entre délinquance et nuisances, notamment lorsqu'ils parlent du « *comportement asocial des toxicomanes, comme l'abandon de seringues sur la voie publique* » (p. 11).

Au total, *Continuité et changement* semble s'en tenir à une conception restrictive des nuisances, sauf lorsqu'ils les définissent par leurs limites : un acte objectif devient nuisance lorsque les citoyens estiment que ces limites sont dépassées.

À défaut d'une analyse des plaintes¹¹¹, l'enquête par questionnaire auprès de leurs auteurs – qui finalement sont les plus à même de définir les nuisances – nous semble une méthode pertinente pour mieux les cerner. Ainsi, pour donner une image – ou une autre image – du phénomène des nuisances, nous avons fait référence à une enquête européenne conduite en 1994 dans les scènes ouvertes de la drogue de six villes européennes dont le centre-ville d'Amsterdam et le quartier de la gare de Rotterdam¹¹². L'objectif de cette recherche est d'enregistrer la façon dont la scène de la drogue est perçue dans chaque ville : est-elle ou non vécue comme une nuisance par la population qui a été interrogée¹¹³ ?

Dans chaque lieu, environ 200 habitants ont été interrogés sur leur perception de différents actes généralement observés dans ces scènes de la drogue : présence de seringues usagées, consommation en public, trafic ouvert, toxicomanes faisant la manche, etc.

Cette enquête montre – et nous laissons de côté l'aspect comparatif des lieux – que les habitants sont plus gênés par les toxicomanes que par les prostituées de rue ou les vagabonds. Les premiers font plus souvent l'objet de plaintes. L'abandon de seringues usagées, qui fait craindre la contagion par des maladies infectieuses, est un des actes les plus ressentis comme une nuisance. Viennent ensuite les intrusions des toxicomanes dans la sphère privée des gens, dans les halls d'immeubles, les cages d'escalier, etc. En troisième lieu, vient le spectacle des usagers se droguant en public, notamment les héroïnomanes en train de se shooter.

111. Nous verrons dans le chapitre 4 que des centres d'enregistrement des plaintes (*medpunten*) vont être mis en place dans le cadre de la politique des nuisances. Mais nous analyserons plutôt ce dispositif sous l'angle des mesures prises par les autorités pour répondre à ces plaintes. En ce qui concerne leur nombre, la seule information dont nous disposons est qu'elles sont peu nombreuses, notamment là où on en attendait beaucoup (ce qui interroge les évaluateurs de ce projet), sans doute parce que les dealers se sont adaptés et évitent de causer des nuisances (ou de faire l'objet de plaintes) afin de ne pas être inquiétés par la police.

112. Renn *et al.*, 1996.

113. Différentes catégories de personnes ont été interrogées : les habitants des quartiers (environ 200 dans chaque ville) sélectionnés dans l'annuaire et interviewés par téléphone ; les commerçants (50 dans chaque ville) sélectionnés et interviewés sur place ; les officiers de police des commissariats locaux (environ 50) ; et les toxicomanes (de 50 à 100 suivant les villes) approchés dans la rue, dans les endroits d'échange de seringues ou de distribution de nourriture, etc. Les variables telles que l'âge, le sexe et l'origine ethnique ont été prises en compte pour établir ce dernier échantillon.

Un trafic ouvert et manifeste, des toxicomanes faisant la manche ou traînant sur une place et la présence de dealers constituent une gêne moindre, essentiellement parce qu'il est relativement aisé d'éviter les lieux de concentration où se produisent habituellement ces événements.

Que retient-on de cette enquête ? Les chiffres montrent que la présence de toxicomanes, même très visible (les lieux sélectionnés sont réputés pour cela), n'est pas synonyme de nuisances pour tous les habitants du quartier. L'existence d'actes spécifiques, réels, ne constitue pas pour tout le monde une nuisance. Surtout, les caractéristiques sociodémographiques ou d'opinions des habitants leur donnent une perception différente des mêmes actes. Ces données confirment la définition à géométrie variable de la notion de nuisance et, par conséquent, la difficulté d'en effectuer une mesure.

En conclusion de la question de la mesure des nuisances, nous nous sommes intéressées à l'efficacité des programmes de distribution de méthadone en termes de réduction des nuisances.

Certains pensent que la maintenance à la méthadone suffit à entraîner une baisse de la délinquance ou des nuisances associées à l'usage de drogue. C'est parier sur la même hypothèse causale qui sous-tend l'idée que la légalisation des drogues va immédiatement réduire cette délinquance ou ces nuisances¹¹⁴. À nouveau, nous rejoignons ici la problématique de la liaison entre toxicomanie et délinquance mais dans sa version la plus ancienne : celle d'une liaison causale entre toxicomanie et délinquance, c'est-à-dire qu'une baisse, voire un arrêt de la prise de drogue illégale, doit entraîner une baisse du niveau de la délinquance associée à la toxicomanie.

Plusieurs recherches¹¹⁵ révèlent que l'inscription à un programme méthadone n'implique pas automatiquement un niveau de criminalité moins élevé. Le type de programme suivi (plus ou moins à bas seuil) et ses exigences sont des variables plus pertinentes. Plus encore, le mode de vie des usagers semble mieux pouvoir expliquer les différences de comportements délinquants que le fait de recevoir ou non de la méthadone. Selon leur mode de vie spécifique, activités délinquantes et méthadone vont y avoir ou non une fonction particulière. Par exemple, les programmes à haut seuil d'exigence concernent des usagers de longue date et qui veulent modérer ou mettre un terme à leur mode de vie déviant. Ils tiennent au moins à couper court à la consommation de drogue chère. Ils ne commettent que peu de délits et pour des gains faibles. Ils arrivent à acheter leurs drogues en réduisant au minimum leurs dépenses « normales » (nourriture, vêtements, transports en commun).

Pour eux, la prescription de méthadone joue un rôle important, non seulement pour prévenir les symptômes du manque, mais également en structurant leur quotidien.

Ainsi, la relation entre distribution de méthadone et niveau de nuisances ou de délinquance existe mais elle n'est pas directe. L'une n'explique pas l'autre variable. D'autres éléments, tenant plus à la personnalité et au parcours de l'utilisateur, interviennent sur le niveau de nuisances.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

L'abondance de chiffres cités dans l'argumentation de *Continuité et changement* est souvent troublante, notamment parce que les références ne sont pas toujours explicitées, ni les limites méthodologiques suffisamment soulignées. Mais ce rapport gouvernemental se veut convaincant, en particulier pour faire face aux critiques étrangères. Il utilise à cet effet un langage émaillé de nombreuses preuves statistiques, comme souvent dans les débats internationaux. Mais en dehors de l'utilisation critiquable de certaines données, cette profusion de chiffres donne une idée de la richesse du dispositif statistique néerlandais en matière de drogues et de toxicomanies.

En effet, différentes bases de données permettent de quadriller le système de prise en charge sanitaire et sociale. La couverture des établissements est importante et il est prévu qu'elle soit bientôt exhaustive (notamment grâce au fusionnement de PIGGz et de LADIS). L'introduction d'un code unique dans plusieurs systèmes a permis un suivi individuel et longitudinal des patients (essentiellement en ambulatoire pour l'instant). Une des forces de LADIS nous semble également être que ce système, prévu à des fins statistiques, ait été assez rapidement combiné à ADDICTIS, un système de gestion interne des établissements de soins mis en place par le même organisme¹¹⁶.

Les données de morbidité et de mortalité semblent quant à elles moins bien renseignées et, comme à l'étranger, les systèmes souffrent d'une couverture médiocre.

La tradition des enquêtes en population générale est relativement ancienne (certaines ont des données sur plus de dix ans). Là aussi, les techniques ont été centralisées par quelques organismes comme le centre CEDRO de l'Université d'Amsterdam ou l'Institut Trimboos à Utrecht. Le souci de maintenir au cours du temps l'uniformité des questionnaires et des méthodes d'échantillonnage utilisées

114. Grapendaal et al., 1994, p. 249.

115. Voir notamment : Grapendaal et al., 1994 ; Korf, 1995 ; Leenders, 1996.

116. IVV, la Fondation pour les systèmes d'information sur la prise en charge des toxicomanes, a mis en place un système qui comprend une grille fixe à la base de LADIS et une grille extensible permettant aux services d'ajouter leurs propres informations.

par ces deux organismes semble avoir prévalu. Il a ainsi permis un suivi des évolutions des données de prévalence. La prochaine étape programmée est l'harmonisation des grandes enquêtes qu'ils ont tous deux effectuées : celles sur les élèves et celles sur les ménages. Enfin, comme pour toutes les enquêtes en population générale, une partie des usagers potentiels échappe toujours à ce dispositif. Des enquêtes de moindre envergure, comme à Amsterdam, visent alors ces populations plus marginales.

En revanche, pour la « prise en charge » répressive des usagers – ou plutôt l'activité des instances répressives –, le système statistique est moins développé : les informations sont parcellaires et la couverture est souvent mauvaise. Il serait intéressant de déterminer si cette situation tient plus particulièrement au caractère très décentralisé du système répressif ou si elle est la conséquence d'un moindre intérêt de la part des autorités. Un désintérêt qui témoignerait en fin de compte de la focalisation prioritaire de la politique néerlandaise sur la prise en charge sanitaire et sociale.

CHAPITRE III

RÉDUCTION ET CONTRÔLE DE L'OFFRE DE DROGUES DURES ET DE DROGUES DOUCES

Comme pour tous les pays signataires des conventions internationales, il existe aux Pays-Bas des textes permettant de réprimer les différents aspects du trafic de stupéfiants. Mais au-delà de l'arsenal juridique, c'est à travers l'application concrète des dispositifs légaux que s'expriment les politiques publiques nationales.

En pratique, l'activité répressive des autorités néerlandaises se concentre traditionnellement sur le trafic de stupéfiants à grande échelle, le tourisme de la drogue et le cas des usagers et des trafiquants étrangers. Le problème des nuisances et le mécontentement manifesté par la population ont élargi ce champ à celui des personnes (usagers ou trafiquants) et des établissements, auteurs de nuisances. Des instruments spécifiques ont été élaborés et il est clair que la politique des nuisances compte « profiter » de ce nouvel arsenal répressif. Cependant, la forme même de la répression a été transformée. Elle se caractérise par un panachage d'instruments permettant par exemple de traiter en même temps des problèmes de sécurité et de santé publiques. On parle alors de politique « équilibrée » ou « intégrale ». Voyons comment une telle politique s'applique concrètement dans le cas des *coffee-shops*. Nous aurons également l'occasion d'y revenir à propos de la prise en charge sanitaire et sociale des usagers (cf. chapitre 4).

Nous allons d'abord rappeler les principes généraux actuels de la politique pénale en matière de drogue et de sa mise en œuvre, à travers une étude des textes juridiques. Nous examinerons ensuite la pratique des acteurs du champ pénal, en ce qui concerne les drogues dures puis les drogues douces.

1 - LE CADRE LÉGISLATIF NÉERLANDAIS : LOI SUR L'OPIUM ET DIRECTIVES DU MINISTÈRE PUBLIC

Le cadre législatif néerlandais en matière de drogues a été élaboré par touches successives à partir des années soixante-dix, comme nous l'avons vu dans le

chapitre 1. Des événements marquants ont souvent été à l'origine de changements plus ou moins radicaux dans ce processus de construction législatif et, pour en saisir la portée, il faut remonter plus loin encore. Le passé colonial des Pays-Bas, les conventions internationales et l'histoire elle-même des drogues sont trois des facteurs retenus ici pour retracer l'historique de la législation. Mais d'autres peuvent néanmoins être invoqués tels que l'évolution de la médecine, la situation géographique des Pays-Bas et notamment l'importance de ses ports, l'histoire générale de ce pays¹¹⁷, etc.

Rapide historique de la législation néerlandaise

Avant que la consommation ou l'offre de drogue ne deviennent aux Pays-Bas un « problème » nécessitant une réaction du législateur, l'enjeu était situé en dehors des frontières. Dans un premier temps, c'est dans le sillage du passé colonial du pays et de son rôle actif dans le commerce de l'opium que se sont dessinées les premières décisions d'ordre législatif. Celles-ci étaient essentiellement destinées à maintenir une position de monopole dans les colonies néerlandaises¹¹⁸. En partie du fait de leur implication dans le commerce de l'opium, les Pays-Bas se sont engagés précocement dans le processus de construction d'une réponse internationale au problème des drogues.

Sous l'influence des conventions internationales, et plus directement de la Convention de La Haye, la loi néerlandaise sur l'opium est promulguée en 1919. La fabrication, la vente, le traitement, le transport, la fourniture, l'importation, l'exportation et la détention avec intention de vente de la cocaïne, de l'opium et de ses dérivés sont interdits. Suite à la Convention de Genève de 1925, la loi néerlandaise sur l'opium est révisée en 1928 pour inclure dans la liste des substances concernées, les dérivés de la cocaïne et de la marijuana. Pour ces derniers toutefois, seuls les faits d'importation, d'exportation et de transfert sont mentionnés (jusqu'en 1953, la possession et la fabrication du cannabis ne seront pas punissables). Par ailleurs, en 1928, les peines ont été augmentées et portées à un maximum de 2 ans d'emprisonnement contre un maximum de 3 mois dans le texte de 1919 (les amendes restent les mêmes).

Avant les années trente, les principaux consommateurs sont les fumeurs d'opium originaires de Chine. Ce sont eux qui font le plus souvent l'objet de poursuites,

d'après les rares données existantes¹¹⁹. Après cette date, seule la possession d'opium dans des quantités destinées à la vente est poursuivie (loi de 1928).

Lorsqu'en 1953, la possession de chanvre et de ses dérivés tombe sous le coup de la loi, il semblerait que cette mesure vise principalement les soldats américains qui venaient se fournir en cannabis auprès des marins d'Amsterdam.

Les années soixante marquent un tournant. Le mouvement est européen : l'usage de drogue est perçu peu à peu comme un problème de société et la pénalisation du trafic s'amplifie (la Convention unique de 1961 en est une illustration). Aux Pays-Bas, la répression s'accroît alors que la consommation de nouvelles substances apparaît : cannabis et LSD (ce dernier sera inclus dans la loi sur l'opium en 1966).

Au début des années soixante-dix, deux phénomènes (la dédramatisation de l'usage de cannabis et l'apparition de la consommation d'héroïne, notamment chez les jeunes) font évoluer l'action répressive. La question du cannabis est au cœur des débats¹²⁰. Comme la Convention internationale unique de 1961 ne permet pas sa légalisation, un compromis est adopté : entre l'interdiction et la légalisation, les peines sanctionnant les faits liés au cannabis sont allégées par rapport à celles frappant les drogues dures. L'amendement de 1976 à la loi sur l'opium introduit donc une distinction entre les marchés des drogues dures et celui des drogues douces.

Les dispositions de la loi sur l'opium (*Opiumwet*)

La loi sur l'opium se caractérise à l'heure actuelle au moins par trois aspects :

- des incriminations en concordance avec les critères des conventions internationales puisque la loi sur l'opium incrimine la possession, le commerce, la culture, le transport, la fabrication, l'importation et l'exportation de stupéfiants. Ces actes sont passibles de sanctions pénales pour toutes les drogues (y compris le cannabis et ses dérivés), sauf si elles sont utilisées à des fins médicales, scientifiques ou éducatives, et à condition d'en avoir reçu l'autorisation préalable. Le dernier amendement important à la loi sur l'opium, qui date de 1985, définit également comme punissable tout acte préparatoire à une infraction grave à la législation sur les stupéfiants (importation / exportation). La législation a également été renforcée pour lutter contre les opérations de blanchiment d'argent de la drogue ;
- une nette distinction entre les fournisseurs et les consommateurs : la loi sur l'opium ne punit pas l'usage proprement dit mais sanctionne la possession à des fins d'usage. Cependant, cette dernière infraction fait l'objet de peines moins sévères que la possession aux fins de trafic ou de revente (la distinction est introduite dans la loi) ;

117. Pour une description plus approfondie du contexte historique de la législation néerlandaise, voir notamment : De Kort, 1994 ; De Kort et al., 1992 ; Korf, 1992 ; Van de Wijngaart, 1991.

118. Sur le rôle des Pays-Bas dans le commerce de l'opium durant la période coloniale, voir : De Kort, 1994 ; De Kort et al., 1992 ; Van de Wijngaart, 1991.

119. Sur une analyse de l'évolution du phénomène des drogues aux Pays-Bas en relation avec la législation et les pratiques répressives, voir : Korf, 1992 ; De Kort, 1994.

120. Voir également les débats de la commission Baan (chapitre 1) ou de la commission Hulsman.

■ des sanctions différentes suivant les produits en cause : en 1976, la distinction est introduite entre les produits de la liste I dans laquelle sont classés les produits induisant un risque « inacceptable » (opiacés, dérivés de la coca, huile de cannabis, codéine, ecstasy, amphétamines, LSD, etc.) et ceux de la liste II dans laquelle figurent le cannabis et ses dérivés. Les sanctions sont bien évidemment plus lourdes pour les infractions impliquant des produits de la liste I¹²¹.

Qu'en est-il de la mise en œuvre de cette loi ?

Nous avons vu que les conventions internationales imposent que certaines incriminations soient inscrites dans la législation des pays signataires. Mais en même temps, elles reconnaissent explicitement que pour chaque pays l'application de la loi peut être limitée par des principes de souveraineté nationale¹²². Aux Pays-Bas, le principe juridique d'opportunité des poursuites peut être considéré comme relevant de cette souveraineté nationale. Il accorde au ministère public le pouvoir d'éviter les poursuites qui ne sont pas de l'intérêt général. Lorsque, à partir de la fin des années soixante, les procureurs ont commencé à utiliser plus largement ce pouvoir discrétionnaire, la Cour suprême néerlandaise a exigé une certaine homogénéisation de la pratique. À cette fin, des directives ont été élaborées. Elles sont destinées à la fois à harmoniser les pratiques – dans un pays fortement décentralisé – et à préciser les conditions d'application des mesures judiciaires.

En matière de stupéfiants, les directives du ministère public visent en outre à fixer les priorités d'investigation et de poursuites judiciaires. Contrairement aux circulaires françaises, qui n'ont qu'une valeur indicative pour les parquets, les directives ont force de loi aux Pays-Bas¹²³.

Émanant du ministère public, elles s'appliquent également à la police car celui-ci jouit d'une position hiérarchique plus élevée que celle-là.

Les directives les plus récentes datent de 1996¹²⁴. Le Collège des procureurs généraux y reprend les principes de base de celles de 1976 et préconise certains changements, à la fois dus aux évolutions du phénomène drogue lui-même et nécessaires pour harmoniser les pratiques pénales et y incorporer les modifications législatives survenues depuis 1976. Finalement, ces nouvelles directives entérinent sur de nombreux points la politique annoncée en 1995 dans *Continuité et changement*.

121. Par exemple, l'acte d'importation ou d'exportation de drogues dures est sanctionné d'une peine de prison maximale de 12 ans (et/ou 100 000 florins d'amende au maximum) contre 4 ans (et/ou 100 000 florins) pour les drogues douces.

122. Silvis, 1996, p. 183.

123. Joubert et al., 1997, p. 980.

124. Openbaar Ministerie, *Richtlijnen voor het opsporings- en strafvorderingsbeleid inzake strafbare feiten van de Opiumwet* (Directives en matière de recherche et de poursuites des infractions à la loi sur l'opium), 1996. Pour une traduction française de ces directives, voir : About, 1997, p. 23-41.

Les directives du ministère public : priorités en matière de recherche et de poursuites

Le Collège des procureurs généraux souhaite maintenir la distinction du marché des drogues à risque inacceptable (drogues dures) de celui des drogues qui présentent un risque moindre; de même pour la distinction entre usagers et revendeurs.

Par rapport à la loi sur l'opium, les directives prévoient une politique de non-poursuite en matière de *coffee-shops* et d'espaces d'usage (*users' shelters*) alors que d'autres infractions ne jouissent que d'une faible priorité, c'est-à-dire qu'elles ne feront l'objet ni de recherches ciblées, ni de poursuites (sous certaines conditions explicites).

« La politique de tolérance vis-à-vis de certaines infractions permet d'établir un équilibre entre les intérêts divergents car l'intérêt de l'application stricte de la loi est subordonné à un intérêt général supérieur. Dans le contexte de la politique en matière de drogue, cet intérêt supérieur est celui de la santé publique (séparation des marchés) et de l'ordre public. Il s'agit donc d'une décision réfléchie de ne pas rechercher et poursuivre certaines infractions, quelles que soient les ressources disponibles. La décision d'accorder une priorité basse à certaines catégories d'infractions est généralement fondée sur l'appréciation de la gravité relative des infractions et, souvent, sur des considérations de ressources [effectifs policiers principalement] disponibles »¹²⁵.

Les premières différences entre la loi sur l'opium et les directives se dessinent. Une fois les infractions incriminées et leurs sanctions déterminées par la loi, les directives introduisent une première distinction supplémentaire en hiérarchisant ces infractions en fonction des priorités qu'accordent la police à leur recherche, et le ministère public à leur poursuite. Par ailleurs, alors que la législation différencie les infractions suivant le produit en cause (liste I et II) et, pour l'incrimination de possession, en fonction du motif, les directives marquent plus clairement la distinction sur la base des quantités détenues (voir tableau en annexe 2).

Ainsi, la priorité est-elle donnée à la recherche de drogues dures et, plus particulièrement, des activités de trafic international de ces drogues dures ; le plus bas niveau de priorité est attribué à la détention d'une petite quantité de drogues, c'est-à-dire la quantité normalement vendue pour un usage personnel plus ou moins immédiat (l'unité pour les drogues dures correspondant à une boulette, une pilule, une dose, 1 g ou ½ g ; et à 5 g pour les dérivés du chanvre). On peut dire que les faits de détention en petites quantités sont tolérés puisqu'ils ne font pas l'objet d'investigations actives (« on ne demande pas à la police de prendre des initiatives en vue de détecter » ces infractions¹²⁶).

125. Public Prosecution Service, 1996, p. 5.

126. Silvis, 1996, p. 190.

On suit ainsi au moins deux logiques : une logique de moyens (pour véritablement pouvoir agir contre le trafic de stupéfiants et la grande criminalité, il faut concentrer les moyens vers la recherche et la poursuite de ces infractions et, par conséquent, établir des priorités) et une logique juridique (la dépénalisation *de facto* de la détention pour usage personnel se situe dans la logique de la dépénalisation – légale – de l'usage de stupéfiants).

Les principales modifications introduites par les directives de 1996 dans les activités répressives prennent en compte le problème des éventuelles répercussions transfrontalières de la politique néerlandaise et préconisent donc une coopération accrue avec les autorités étrangères. Les cibles sont les *coffee-shops* qui vendent des drogues douces pour l'exportation, les clients étrangers de ces établissements qui achètent en grosse quantité et, plus généralement, concernant le tourisme de la drogue, les personnes non domiciliées aux Pays-Bas et qui y achètent des quantités de drogues à des fins de revente ou de trafic. Ces personnes ou ces établissements devront dorénavant faire l'objet de recherches actives.

Autre domaine transformé par les directives de 1996 : la culture du *nederwiet* (cannabis de fabrication locale à fort titrage de principe actif-THC), qui a connu un « formidable essor » ces dernières années. Les recherches et les poursuites s'exercent en priorité à l'encontre des cas de culture « professionnelle » et de production à visée commerciale. Pour apprécier le caractère « professionnel » de cette culture, une liste de critères est fournie en annexe des directives. De même, des poursuites devront être engagées en cas de culture de cannabis par des mineurs.

Enfin, parmi les nouvelles priorités du ministère public figure le contrôle des *coffee-shops*, puisque la quantité de cannabis destinée à la vente est dorénavant limitée à 5 g au lieu de 30 auparavant. Le Collège des procureurs généraux souligne aussi la place de la consultation tripartite dans la régulation des *coffee-shops* et la mise en place d'une politique « intégrale » dans ce domaine. Nous y reviendrons plus en détail.

En ce qui concerne les nuisances, c'est la loi administrative qui doit être invoquée en premier lieu, mais la mise en œuvre d'instruments relevant de la loi pénale peut venir la renforcer si nécessaire. En effet, des mesures administratives ont été prévues afin de lutter de manière indirecte (c'est-à-dire sans évoquer la loi sur l'opium) contre le trafic de stupéfiants. Il s'agit des arrêtés municipaux qui permettent déjà de contrôler les attroupements sur la voie publique. Et ce qui est plus original, le maire a désormais la possibilité, sous certaines conditions, de fermer des appartements de deal (loi relative aux communes) ou des *coffee-shops* (loi dite « Damoclès »).

2 - LES PRATIQUES JUDICIAIRES EN MATIÈRE DE DROGUES DURES : RECHERCHES ET POURSUITES

Avant de décrire certaines de ces pratiques judiciaires dirigées contre les dealers puis les usagers, présentons rapidement l'organisation et les relations des principaux acteurs concernés : les forces de police et le ministère public.

Les acteurs de cette politique

La politique en matière de *coffee-shops* doit être définie au sein des consultations tripartites. Il s'agit d'une part d'un relais du niveau national et d'autre part d'un cadre de concertation pour le maire, le procureur de la République et le chef de la police régionale. Des réunions régulières regroupent ces trois parties sur des thèmes d'action communs. En matière de lutte contre la drogue, l'objectif de ce mode d'organisation est notamment d'« obtenir la souplesse nécessaire pour intégrer les politiques relevant des responsabilités distinctes des trois parties concernées, ainsi que des intérêts partiellement contradictoires de l'application de la loi, de l'ordre public et de la santé publique »¹²⁷.

La police néerlandaise

Depuis 1994, la police néerlandaise est divisée géographiquement en vingt-cinq corps de police régionaux et un national (chargé notamment de la coordination des autres corps¹²⁸). Toutes ces forces de police sont susceptibles d'intervenir, à leur niveau, dans le cadre de la lutte contre la drogue. Mais certaines d'entre elles ont une fonction plus spécialisée. C'est le cas de la CRI, la Division centrale d'information et de recherche judiciaire (*Centrale Recherche Informatiedienst*), qui n'est pas une force opérationnelle mais est chargée de collecter tous les renseignements sur la criminalité. La CRI établit notamment les statistiques des saisies. En 1997, une unité à vocation nationale est créée pour faire face à l'accroissement de la consommation et de la fabrication de drogues de synthèse : l'Unité de drogues synthétiques (*Unit Synthetische Drugs - USD*). Établie au sud des Pays-Bas, elle réunit des officiers des douanes, du Service de la sûreté nationale, du Service central d'information et de la recherche juridique, du Service de contrôle économique, du Service central de contrôle des importations/exportations, du ministère public et des corps de police régionaux¹²⁹. Sa mission est à la fois informative –

127. Silvis, 1996, p. 189.

128. Au plan national, ses tâches correspondent à : la mobilité (surveillance des autoroutes, des voies fluviales et des aéroports), la sécurité diplomatique et royale (protection des membres de la Maison royale et des VIP), la logistique (achat des uniformes, des armes, des véhicules et autres équipements de police) et l'appui (police montée et canine, centre d'information et communication aérienne). Source : Institut néerlandais de police, *La police aux Pays-Bas*, La Haye, 1999.

129. Institut Trimbos, 1998b.

centralisation des informations existantes au niveau régional – et opérationnelle puisqu'elle est habilitée à mener des enquêtes et à exécuter des commissions rogatoires internationales (relatives à la production et au trafic de drogues synthétiques). Du fait de ses faibles effectifs (une soixantaine de personnes en 1999), l'USD ne peut en revanche prendre en charge toutes les enquêtes nationales, mais uniquement en assurer la coordination.

S'il fallait résumer la spécificité de la police néerlandaise en quelques mots, nous soulignerions :

- sa forte décentralisation, dont la conséquence est notamment la grande autonomie des corps régionaux, une marge d'action difficile à mettre en œuvre pour la force nationale et, plus généralement, une difficulté à mettre en place des actions à envergure nationale ;
- le rôle relativement effacé du ministère de l'Intérieur dans la définition de la politique et de la stratégie de la police (bien que ce soit de moins en moins le cas) ;
- la double tutelle de la police néerlandaise. Elle opère sous l'autorité du maire lorsqu'il s'agit de faire respecter l'ordre public et sous l'autorité du ministère public lorsqu'il s'agit de faire respecter la loi pénale et d'exécuter les actes judiciaires. Mais cette distinction sur le papier entre respect de l'ordre public et application de la loi pénale n'est pas toujours aussi nette dans la pratique. C'est pourquoi il a été décidé à la fin des années soixante-dix de mettre en place les fameuses concertations tripartites. C'est lors de ces réunions que sont fixées la ligne de conduite et les priorités de la police.

Le ministère public néerlandais

Formellement, le ministère public est placé sous l'autorité du ministère de la Justice, mais nous avons vu que ce dernier délègue son autorité en matière de directives au Collège des procureurs généraux, la plus haute instance du ministère public. Celui-ci est organisé en tribunaux de grande instance et en cours d'appel, entre lesquels il n'y a aucune relation hiérarchique¹³⁰.

La tâche principale du ministère public est de contrôler pénalement le maintien de l'ordre légal. De par son pouvoir discrétionnaire, il occupe une place centrale et un rôle de pivot dans le processus pénal. En matière d'infractions à la loi sur l'opium, il peut décider :

- soit d'un abandon des poursuites (on parle de classement technique si l'affaire est déclarée irrecevable pour des raisons techniques, et de classement discrétionnaire dans le cas d'une affaire jugée mineure ou dans laquelle, par exemple, l'auteur de l'infraction a réparé le préjudice causé à la victime) ;

130. Pour une description générale de la justice pénale néerlandaise, voir : Chorus et al., 1999; Tak, 1999.

- soit de régler l'affaire par une transaction, procédure étendue depuis 1983 aux crimes punissables d'une peine de prison de 6 ans maximum. Actuellement, et malgré de nombreuses critiques, plus de 30 % des affaires examinées par le ministère public sont l'objet d'une transaction et cette proportion est conforme à la ligne de conduite définie dans le plan de politique pénale de 1995 *Loi pénale et politique pénale*;
- soit enfin de lancer une assignation à comparaître devant le juge.

D'une manière générale et de l'avis des personnes que nous avons rencontrées, le ministère public est plus indépendant aux Pays-Bas qu'en France. Il aurait également plus d'influence d'abord du fait de sa prééminence, mais également parce qu'il est présent tout au long de la chaîne pénale : lors de la phase policière en tant que chef de la région de police, au moment de la décision des poursuites ; lors du jugement puisque le procureur agit en tant qu'accusateur public et en bout de course puisqu'il est responsable de l'application de la décision du juge.

Habituellement, les affaires de stupéfiants se règlent ensuite au niveau des tribunaux ordinaires (bien que, comme nous allons le voir, la loi administrative soit de plus en plus fréquemment invoquée). Les « crimes » sont traités par les tribunaux de district et les « délits » par les tribunaux de canton¹³¹. Comme en France, les peines principales sont l'emprisonnement (*imprisonnement* pour les crimes et *detention* pour les délits, c'est-à-dire les infractions sanctionnées par une peine maximale d'un an), les travaux d'intérêt général et l'amende (uniquement pour les délits et les crimes mineurs). En plus ou à la place de ces peines, le procureur peut demander au juge d'ordonner une mesure à caractère civil ou thérapeutique. Il existe donc certaines possibilités de mise sous traitement ou sous tutelle : une personne jugée non responsable de son crime, pour cause de désordre mental ou de folie, peut ainsi être internée dans un hôpital psychiatrique si elle constitue un danger pour elle-même ou pour les autres. Le juge renonce alors à lui infliger une peine (il y a absence de faute pénale) ; si, malgré des désordres mentaux, la personne est jugée responsable, il peut lui être imposé, en plus de la peine, un internement dans un hôpital spécial où elle est prise en charge par le gouvernement¹³² ; enfin, si une hospitalisation ne semble pas nécessaire, l'accusé peut être traité dans le secteur ambulatoire¹³³. Ces mesures ne sont pas spécifiques aux usagers de drogues.

Nous reviendrons plus en détail dans le chapitre 4 sur le traitement pénal des usagers de drogues à travers la description des programmes spéciaux de traitement ou de prise en charge prévus tout au long de la phase judiciaire.

131. Le code pénal néerlandais ne donne pas de définition du concept d'infraction pénale (Tak, 1999, p. 29) mais ces infractions sont classées, d'après la loi pénale néerlandaise, soit en *misdriften* (il s'agit des infractions les plus sérieuses, comparables aux infractions majeures ou aux crimes ou aux délits les plus sérieux) soit en *overtredingen* (les infractions moindres) (Nijboer, 1999, p. 384). Par abus de langage, nous parlons de crimes et de délits.

132. Cette mesure est appelée TBS, *terbeschikkingstelling*, littéralement « mise à disposition » et concerne les personnes condamnées à une peine d'au moins 4 ans et nécessitant une hospitalisation.

133. Tak, 1999, p. 66-67.

Le processus pénal en quelques chiffres

Nous avons regroupé dans le tableau suivant toutes les données disponibles sur le traitement judiciaire des infractions à la loi sur l'opium. Comme en France, le lien ne peut être fait entre les différentes phases de la procédure pénale et de nombreuses étapes sont impossibles à quantifier. Mais les données pénales néerlandaises restent peu détaillées. Il est par exemple impossible de distinguer le type d'incrimination en cause, il est seulement possible de faire la différence entre les affaires impliquant des drogues douces et celles impliquant des drogues dures.

Les données ci-dessous proviennent du Bureau central des statistiques (CBS). Mais aux Pays-Bas, une autre instance publie aussi des données sur l'activité des services judiciaires : la section « information statistique et analyse politique » (*Statistische Informatievoorziening en Beleidsanalyse – SIBa*) du Centre de recherche et de documentation du ministère de la Justice (*Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum – WODC*). Nous avons conservé les premières car, lors de notre enquête, elles étaient les plus récentes. Les deux sources sont difficilement comparables car elles se fondent sur des unités de compte distinctes (les faits pour le CBS et les suspects pour le SIBa) et sur un circuit de production partiellement différent.

Traitement judiciaire des infractions à la loi sur l'opium pour l'année 1996

Stade de la procédure pénale		drogues dures		drogues douces	
Procès-verbaux de police 6 593 procès-verbaux		5 330	80,8 %	1 263	19,2 %
Fin de procédure au niveau du ministère public 4 613 affaires		3 048	66,1 %	1 565	33,9 %
dont :	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
1 127 transactions	24,4 %	423	13,9 %	704	45,0 %
2 390 classements	51,8 %	1 827	59,9 %	562	35,9 %
Affaires poursuivies - Jugements au tribunal 5 010 coupables		4 171	83,3 %	839	16,7 %
162 non coupables		131	80,9 %	23	14,2 %
Peines et mesures 828 amendes		380	45,9 %	448	54,1 %
3 065 peines de prison (fermes ou sursis partiel)		2 890	94,3 %	175	5,7 %
Nombre de détenus en 1996 : environ 1 800 soit 15 % du total des détenus					

Source des chiffres : Statistics Netherlands (CBS), 1998.

Les données sur la population carcérale proviennent d'un système d'enregistrement spécifique, TULP (*Ten Uitvoer Legging Penitentiair*), la base de données sur l'exécution des peines gérée par l'administration pénitentiaire.

Signalons que les 6 600 procès-verbaux enregistrés par la police et la maréchaussée royale en 1996 représentent moins de 1 % de l'ensemble des infractions recensées. La déperdition statistique entre la police et le ministère public est certainement importante mais plus faible que pour l'ensemble des affaires, car elle s'explique en partie par la non-transmission au parquet des procès-verbaux ne mentionnant pas de suspect.

Dans la plupart des procès-verbaux, les substances mises en cause sont des drogues dures. Une tendance qui se confirme généralement lors du jugement au tribunal : à cette phase du processus, les affaires de drogues dures sont 5 fois plus nombreuses que celles concernant les drogues douces. En revanche, pour les affaires conclues au niveau du ministère public, le rapport n'est plus que de 1 sur 2.

En tentant de reconstituer le cheminement des affaires pénales à partir des seules données publiées par le CBS, on s'aperçoit – très logiquement – que celles qui impliquent des drogues douces ont plus de chance de se conclure au niveau du ministère public que celles concernant des drogues dures. Ces données apportent donc la preuve de ce que les instances répressives ont, en matière de recherche (mesurée en termes d'interpellations) comme de poursuites (mesurées par les orientations du ministère public), une attitude beaucoup plus sévère à l'égard des drogues dures. Mais on ne peut guère en dire plus.

Pour les affaires qui se concluent au niveau du ministère public, celui-ci aura plus souvent recours à la transaction en matière de drogues douces que de drogues dures (respectivement 45 et 14 % des mesures). Parallèlement donc, ce sont plus fréquemment les affaires de drogues dures qui se trouveront classées sans suite pour des raisons techniques ou discrétionnaires.

Dans les affaires pour lesquelles le ministère public a décidé qu'un jugement s'imposait, les cas d'acquiescement sont rares. De plus, lorsque des drogues dures sont en cause, la sanction prononcée est sept fois plus souvent une peine d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel qu'une amende (également ferme ou avec sursis partiel). Pour les drogues douces, la tendance est inversée : 448 peines d'amende contre 175 peines d'emprisonnement.

On voit bien que la sévérité des juges et du ministère public est moindre pour les drogues douces. Nous ne savons pas exactement combien d'affaires de stupéfiants sont entrées dans les tribunaux mais, par rapport au stade policier, où les affaires de drogues dures sont quatre fois plus nombreuses que celles de drogues douces, la proportion est de 1 à 17 au stade final, celui du prononcé des peines d'emprisonnement.

Toutefois, nous devons signaler quelques problèmes d'enregistrement. Les affaires de drogues douces sont probablement sous-estimées car « écrasées » par celles relatives aux drogues dures puisque le CBS ne retient qu'une infraction, celle qui est la plus sévèrement punie par le code pénal. Un sous-enregistrement peut également apparaître en matière de trafic, notamment de drogues dures, lorsque les infractions ont révélé l'existence d'une organisation criminelle. Elles ne seront alors peut-être pas classées dans la catégorie des infractions à la loi sur l'opium.

Ces données nous fournissent un premier aperçu du traitement judiciaire des affaires de stupéfiants aux Pays-Bas. Mais l'image qu'elles nous offrent est plutôt celle du résultat final de leur traitement par la police, le ministère public ou les juges. Examinons donc comment et pourquoi ces instances arrivent à détecter puis à traiter ces affaires de stupéfiants.

Les dealers et le système judiciaire : les infractions liées au trafic

Dans ce domaine, nous insisterons sur trois points : le problème de la culture du *nederwiet*, celui de la production et du trafic de drogues de synthèse, puis la question de la criminalité organisée. Ces trois thèmes sont mentionnés dans *Continuité et changement* sous la rubrique « Complications et tendances actuelles ». La priorité accordée à la détection et à la répression de ces types d'infractions a été donc récemment réaffirmée. Nous verrons quels sont les traitements envisagés ou déjà expérimentés.

Production de *nederwiet*

L'herbe, comme toutes les variantes du chanvre à l'exception de l'huile de cannabis, est inscrite dans la liste II (drogues douces) de la loi sur l'opium. La vente comme la production de ces types de substances ont toutes deux connu une très forte expansion au cours des dernières années, suscitant de virulentes critiques à l'étranger. Dès 1995, dans le mémorandum *Continuité et changement*, le gouvernement néerlandais se dit prêt à intervenir à ce sujet.

À propos de l'herbe néerlandaise, les critiques portent non seulement sur l'ampleur de la production mais aussi sur sa qualité, le taux de principe actif, c'est-à-dire de D-9-THC, étant réputé particulièrement élevé.

Les études consacrées à l'analyse chimique des diverses variétés de chanvre originaires des Pays-Bas sont rares. Les tests effectués par le laboratoire de médecine légale révèlent que la plupart des échantillons analysés présentent des taux de THC équivalents à ceux observés à l'étranger. En 1996 et 1997, on a ainsi relevé pour l'herbe et le haschich des teneurs moyennes respectives de 8,9 et 8,6 %,

sur des échantillons saisis sur le marché clandestin, ne provenant donc pas de *coffee-shops*¹³⁴. La présence de quelques échantillons à forte teneur en THC doit-elle être interprétée comme un signe encourageant (ces échantillons sont apparemment rares) ou au contraire inquiétant (ces échantillons prouveraient que certaines personnes sont arrivées à produire des espèces d'herbe particulièrement dangereuses) ?

Il est également délicat de mesurer le volume de la production nationale d'herbe. La difficulté tient notamment au fait qu'elle se fait souvent à petite échelle (il y aurait entre 35 et 50 000 producteurs à domicile). Les saisies de cannabis sont tout aussi difficiles à évaluer mais leur hausse reflète peut-être l'extension du marché : à partir de 1993, le nombre de saisies de cannabis continue d'augmenter mais non plus du fait du haschich (produit à partir du pollen, de la résine et des sommités fleuries du cannabis et qui occupait jusque-là une place prioritaire parmi les saisies) mais de la marijuana, c'est-à-dire l'« herbe » obtenue à partir des feuilles et des sommités fleuries de la plante. C'est également alors qu'on assiste à une augmentation des saisies de plants de *nederwiet*.

Les autorités néerlandaises sont dès lors confrontées à un dilemme dont l'existence même peut expliquer les critiques des pays étrangers à l'égard de la « frilosité » de l'intervention hollandaise. La production intérieure de *nederwiet* est « positive » dans la mesure où de plus en plus de *coffee-shops* ont tendance à s'approvisionner chez des petits producteurs à domicile et évitent ainsi le circuit criminel (la production nationale pourrait à elle seule satisfaire la demande nationale). Mais le développement de ces cultures à petite échelle pourrait déboucher sur une prise de contrôle de celles-ci par les organisations criminelles, comme c'est déjà parfois le cas. C'est donc ce dernier aspect que les autorités néerlandaises vont s'efforcer de combattre : comme le souligne *Continuité et changement*, la priorité est accordée à la lutte contre la culture du cannabis comme activité contrôlée par le crime organisé et contre la culture destinée à l'exportation. Les directives du ministère public de 1996 vont s'aligner sur cette nouvelle orientation puisque les peines sont alourdies en cas d'activités d'importation ou d'exportation.

Mais en 1996, aucune disposition légale n'avait encore été prise en ce qui concerne la culture de *nederwiet* en elle-même : une certaine forme de culture reste autorisée, celle destinée à la production de graines, à la protection des jardins contre le vent et à des applications industrielles comme la fabrication de cordes.

134. Récemment, le ministère de la Santé et celui de la Justice ont décidé de suivre de près la teneur en THC du cannabis vendu dans les *coffee-shops*. Une étude menée par l'Institut Trimbos en décembre 1999 et janvier 2000 a révélé que dans ces établissements, le cannabis néerlandais contenait en moyenne 8,6 % de THC contre respectivement 5 et 11 % pour la marijuana et le haschisch provenant de l'étranger. Par ailleurs, la teneur en THC du cannabis vendu dans les *coffee-shops* ne semble pas avoir augmenté depuis 1997 (*Étude sur la teneur en THC du cannabis néerlandais*, site internet de l'ambassade du royaume des Pays-Bas en France : <http://www.amb-pays-bas.fr/detail/drogue.htm>).

Mais la destination de cette production et les intentions poursuivies sont toujours difficiles à établir. Les directives du ministère public révèlent que celui-ci a donc opté pour un renforcement de la détection et de la répression de la production « commerciale » de cannabis. Elles donnent des indications destinées à permettre à la police de déterminer les buts poursuivis par les particuliers en fonction de l'installation et du degré de sophistication de la culture. Cette mesure se concrétise en 1999 par l'amendement du 18 mars qui officialise une pénalisation plus élevée en matière de production « professionnelle » et « commerciale » de cannabis.

Production de drogues de synthèse

Comme précédemment pour le *nederwiet*, on accuse souvent les Pays-Bas d'être devenus un important producteur de drogues de synthèse (notamment d'amphétamines et d'ecstasy), voire même le principal fournisseur de certains pays comme la France¹³⁵. Une accusation que les autorités néerlandaises n'ont pas vraiment réfutée.

Depuis 1988, différentes variantes du MDMA ont été inscrites sur la liste I (drogues dures) « en raison d'indications de production et de trafic à grande échelle ». Les données des saisies suggèrent à la fois l'importance du marché et le développement des activités de dépistage. D'après l'OEDT, les Pays-Bas font partie des cinq pays responsables de la plupart des saisies réalisées en Europe (avec au moins 100 000 doses par an contre moins de 1 000 dans les autres pays).

La création de l'Unité des drogues synthétiques, que nous avons évoquée précédemment, exprime également la volonté de lutter contre ce marché. Au moment de notre enquête, nous n'avons pas trouvé mention des résultats de l'activité de cette unité. Selon certains, sa mise en place n'a pas été facile dans le schéma très décentralisé de la police néerlandaise.

Les autres mesures prises concernent le contrôle des établissements de nuit (leur fermeture en cas de découverte d'un trafic de drogue est facilitée), le contrôle des *raves* et *house parties*. Sur ce point, un groupe de travail a abouti à une réglementation spécifique des grandes manifestations de ce genre : l'organisateur doit prévoir des conditions minimales de sécurité (eau potable, ventilation, etc.) alors que les communes conservent le droit d'en interdire l'organisation. La gestion de ce problème est assez particulière car la consommation de drogues de synthèse a souvent lieu dans des endroits publics et non en privé. Il s'ensuit que le problème se pose aussi en termes d'ordre et de sécurité publics.

La consommation de drogues de synthèse pose également la question de la qualité des produits. On parle, et pas uniquement aux Pays-Bas, de pollution du marché par la vente de produits sous le nom d'« ecstasy » mais ne comportant pas uniquement du MDMA. La réponse néerlandaise est la mise en place d'un vaste

135. About, 1997, p. 9.

réseau de services procédant à des tests dont les résultats sont centralisés dans le système d'information et de surveillance des drogues (DIMS). Outre sa fonction de système de surveillance du marché, DIMS est aussi un outil de prévention et de réduction des risques dans la mesure où il indique aux usagers la composition du produit qu'ils s'approprient à consommer et qu'il peut permettre de déclencher une vaste campagne d'information en cas de découverte de produits dangereux¹³⁶.

Le crime organisé

Notre examen de la question du crime organisé est très parcellaire comparé à la richesse des travaux effectués sur ce thème aux Pays-Bas¹³⁷. Nous nous bornons à une estimation de l'ampleur du phénomène et à une présentation des réponses élaborées par les autorités néerlandaises.

Selon le mémorandum *Continuité et changement*, il y aurait aux Pays-Bas une centaine d'organisations criminelles actives dont 80 % agiraient dans le trafic de stupéfiants (partiellement ou exclusivement). Celles portant sur des drogues douces semblent plutôt être composées de Néerlandais alors que le trafic de drogues dures et la production de drogues de synthèse seraient plutôt aux mains d'étrangers. Les données du Bureau de signalement des transactions inhabituelles viennent compléter celles du Bureau des renseignements criminels : 2 600 infractions à la loi sur le blanchiment en 1994, la moitié au moins étant certainement liée au trafic de drogues.

Comment peut-on expliquer l'implantation d'organisations criminelles aux Pays-Bas ? Pour les auteurs de *Continuité et changement*, « le rôle des Pays-Bas dans le trafic des stupéfiants s'explique en partie par leur situation géographique » ainsi que par la présence de nombreux centres stratégiques pour le commerce international comme le port de Rotterdam et d'Amsterdam et l'aéroport de Schiphol¹³⁸. Dans un rapport de l'Assemblée nationale, le député Michel Ghysel signale en plus une « certaine réticence à adopter des mesures qui pourraient entraver le bon fonctionnement du secteur des transports, essentiel à l'économie du pays et symbolisé par les véritables plaques tournantes commerciales que constituent le port de Rotterdam et l'aéroport d'Amsterdam Schiphol »¹³⁹. Enfin, le caractère libéral des Pays-Bas est souvent mentionné.

136. Les résultats des analyses de comprimés effectuées depuis 1993 sont disponibles dans le rapport annuel ou sur le site internet de l'Institut Trimbos (Netherlands Focal point et al., 1998 & <http://www.trimbos.nl>).

137. Comme nous le rappelle Tim Boekhout van Solinge, la tradition néerlandaise en matière de criminologie est ancienne et le phénomène du crime organisé a été largement investi.

138. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995, p. 13.

139. Ghysel, 1996, p. 23.

Les mesures prises par le gouvernement néerlandais touchent notamment les forces de police et les magistrats : mise en place d'unités ou de magistrats spécialisés, renforcement de la coopération internationale ainsi qu'avec des syndicats, des banques et autres organismes pour une meilleure détection des activités de blanchiment d'argent.

Toutes ces activités (crime organisé, production de drogues de synthèse et culture du *nederwiet*) ont en commun de faire l'objet d'une priorité élevée, notamment depuis les directives de 1996. Les activités de recherche et de poursuite des infractions à l'encontre des usagers se situent donc, d'après les textes, à l'opposé. La pratique s'éloigne-t-elle sur ce plan du contenu des textes juridiques ?

Les usagers et le système judiciaire : les infractions liées à la consommation

La législation néerlandaise n'autorise pas les interpellations d'usagers au seul motif de leur consommation. C'est à travers la possession de produit pour usage personnel que l'action peut être entreprise bien que les directives recommandent de l'éviter. Les statistiques pénales ne faisant aucune distinction en fonction de l'incrimination, il ne nous est pas possible de savoir combien d'usagers sont interpellés ou poursuivis chaque année aux Pays-Bas. Il semble toutefois que ce type d'interpellation existe. Elles sont rapportées dans certaines études néerlandaises sur lesquelles nous appuyons ici notre analyse.

En fait, les interpellations d'usagers aux Pays-Bas ne sont pas en contradiction avec la législation, ni même avec la politique néerlandaise car elles se justifient non par la répression de l'usage mais par celle de délits annexes. Finalement, la situation est assez proche de ce qu'ont révélé certaines études en France puisque l'on distingue également aux Pays-Bas les interpellations d'usagers qui permettent de remonter au dealer de celles pour lesquelles l'utilisateur est auteur de délits ou de nuisances. Le cas de l'utilisateur étranger est également spécifique et sera traité plus loin, dans la partie consacrée au tourisme de la drogue.

En ce qui concerne la nécessité de l'interpellation d'un usager afin d'incriminer le dealer, les avis sont partagés. Pour certains des policiers rencontrés, cette interpellation ne sert à rien car l'utilisateur n'est en contact qu'avec le petit dealer qui lui-même n'intéresse pas les autorités. L'utilisateur ne peut donc fournir aucun renseignement intéressant sur le niveau de deal visé. Cependant, certains écrits mentionnent la possibilité de ce type d'interpellations dans des lieux où la fouille est autorisée parce qu'ils sont généralement réputés pour l'usage et la vente de stupéfiants, comme c'est le cas pour les gares¹⁴⁰. Pour la police, ces interpellations seraient jugées utiles

140. Silvis, 1996, p. 198-199.

car dès lors qu'elle « obtient des déclarations d'usagers impliquant certaines personnes comme dealers, la police n'a pas besoin de trouver ces personnes en possession de stupéfiants pour obtenir une condamnation »¹⁴¹.

Encore une fois, nous ne savons pas si ce type d'interpellation est ou non marginal.

La question des nuisances, qui occupe une place centrale dans la nouvelle politique en matière de drogues, marque à notre avis la limite de la « tolérance » néerlandaise : à l'égard des *coffee-shops* – comme nous le verrons juste après – mais également des usagers.

Cette problématique n'est pas si récente. Avant de parler de « nuisances », on parlait simplement de réprimer les « scènes de rue », les « attroupements de toxicomanes ». Ce fut notamment le cas des opérations comme les fameuses fermetures du *Perron Nul* à Rotterdam en 1994, et *De Kleine Griend* à Maastricht en 1994. Actuellement, et peut-être de façon plus marquée, la tolérance de la police vis-à-vis des usagers est réelle tant qu'ils ne sont les auteurs ni de nuisances, ni de délits¹⁴². Un autre principe semble faire consensus : du fait de l'accessibilité des programmes de substitution à la méthadone, la délinquance de ces derniers est moins bien acceptée et « la toxicomanie ne constitue plus un alibi dans le cas d'un vol, d'un cambriolage ou d'autres crimes "liés à la drogue" »¹⁴³. On dit également que « l'usage de stupéfiants ne doit pas être considéré comme une excuse ou comme une circonstance atténuante dans le cas de délits associés »¹⁴⁴.

Le traitement du tourisme de la drogue : usagers étrangers et trafic transfrontalier

La question des effets transfrontaliers de la politique néerlandaise est également au cœur de la nouvelle politique en matière de drogue. Ces effets transfrontaliers – supposés ou réels, comme le rappelle *Continuité et changement* – peuvent prendre des formes très diverses. On les évoque à propos du trafic (notamment de cannabis) mais aussi des usagers étrangers qui viennent consommer aux Pays-Bas. Dans les deux cas, on parle pareillement de « tourisme de la drogue », évoquant à la fois la nationalité des acheteurs ou des usagers et souvent leurs déplacements à travers les frontières. Le trafic peut être de grande ampleur (narcotourisme) ou de moindre ampleur (trafic de fourmis).

141. *Ibid.*

142. Forum européen pour la sécurité urbaine, 1998, p. 70.

143. Korf, 1992, p. 346.

144. Silvis, 1996, p. 193.

Par « tourisme de la drogue », nous entendons d'une part les achats de cannabis dans les *coffee-shops* aux fins de revente dans le pays d'origine et, d'autre part, le déplacement d'usagers de drogues dures, attirés par des prix bas, une qualité supérieure et une plus grande disponibilité des produits. La réalité du marché néerlandais des drogues dures n'est peut-être pas à la hauteur des espérances de ces touristes, mais la réputation des Pays-Bas sur ce plan suffit à entretenir le phénomène. Il y a un côté amateur ou petits profits dans le « tourisme de la drogue » tel que nous le définissons ici. C'est pourquoi, contrairement au narcotourisme, ce n'est pas l'aspect financier qui pose le plus problème mais l'aspect nuisances pour le pays destinataire (les Pays-Bas) et l'aspect pôle d'attraction pour le pays d'origine (la France, la Belgique, l'Allemagne, etc.).

Le traitement des deux aspects (trafic et consommation) est souvent lié dans le cadre de vastes opérations menées sur les axes de liaison (autoroute, train, etc.) comme sur les lieux de destination (les scènes de la drogue connues depuis l'étranger). Depuis 1995 à Rotterdam, une opération portant le nom de plan Victor a été montée pour s'attaquer à ces deux fronts : d'une part celui des nuisances causées par les usagers étrangers qui séjournent plus ou moins longuement à Rotterdam et d'autre part, les *drug runners*, souvent des Néerlandais, qui racolent les touristes étrangers sur les autoroutes et les rabattent vers des dealers attirés. Auparavant, la fermeture de la célèbre scène de la drogue – le *Perron Nul* – avait également été décidée et opérée dans un but de lutte contre le tourisme de la drogue. Conçu à l'origine pour les toxicomanes de Rotterdam, ce lieu avait très rapidement attiré de nombreux usagers (et par conséquent des revendeurs) venant des autres villes néerlandaises ou de l'étranger. Sa fermeture a donc été décidée fin 1994.

Le plan Victor vise le tourisme de la drogue mais, plus largement, il tente de ramener la somme des nuisances causées par la drogue à un niveau socialement acceptable¹⁴⁵. Concrètement, les opérations visent à entraver l'accès aux lieux de deal, à augmenter le risque d'être interpellé et poursuivi et à engager des procédures d'expulsion. La police et le parquet ont adapté leur ligne d'action à ces objectifs. Des accords passés avec les pays d'origine visent à faciliter les expulsions. Signalons aussi que la police a eu recours (à Rotterdam mais également à Maastricht où ont eu lieu des opérations similaires) aux outils administratifs pour éloigner des usagers auteurs de nuisances ou fermer des immeubles occupés par des dealers également auteurs de nuisances. Pour le volet essentiellement répressif, les nuisances ont justifié la mobilisation de ces outils administratifs. À Rotterdam, les opérations ont également eu pour objectif de séparer le marché exclusivement local (qui est toléré et encadré) du marché des touristes de drogues dures. L'idée qui se dessine actuellement consisterait aussi à intercepter ces touristes sur l'autoroute, avant qu'ils ne parviennent à destination (éviter une procédure d'expulsion longue

et coûteuse) et à les démunir de l'argent qu'ils destinaient à l'achat de drogues (en leur infligeant par exemple une lourde amende pour infraction au code de la route).

Les résultats de ces interventions semblent assez positifs. À ce titre, les responsables évoquent la diminution des interpellations d'étrangers enregistrée depuis la mise en œuvre de ces mesures (évolution que l'on peut également interpréter comme un essoufflement de l'action répressive), la baisse du nombre d'usagers étrangers ou en tout cas des nouveaux venus (seuls les habitués reviendraient ponctuellement), et une satisfaction de la population mesurée à travers des enquêtes d'opinion. En revanche, ces opérations ont également entraîné une modification du marché local de la drogue, qui s'est adapté au climat répressif : les immeubles où se pratique la vente de drogue ont des horaires d'ouverture, des portiers qui sélectionnent la clientèle ; les ventes par téléphone portable augmentent, etc. Le marché a tendance à se cacher et les touristes à se faire plus discrets. Tout est fait pour éviter les nuisances.

D'une manière générale, il apparaît que tous les individus impliqués dans le phénomène du tourisme de la drogue, qu'ils soient étrangers ou néerlandais, consommateurs, dealers ou trafiquants, ne vont plus bénéficier de la fameuse « tolérance néerlandaise ». Le paysage des villes frontalières a été profondément modifié suite aux actions de grande envergure dans lesquelles usagers/revendeurs étrangers et/ou auteurs de nuisances étaient principalement visés. Aujourd'hui, il semble que les usagers étrangers (et non les revendeurs) soient à nouveau mieux tolérés à condition qu'ils ne commettent pas de nuisances ou de délits. La limite est finalement la même que pour les usagers néerlandais. En ce qui concerne les revendeurs étrangers, la tolérance n'est pas de mise et des mesures sévères ont été adoptées, notamment à l'encontre des *coffee-shops*, au cœur de la polémique concernant la vente de drogues douces destinées à l'exportation.

3 - POLITIQUES LOCALES CONCERNANT LES COFFEE-SHOPS

Rappelons que les *coffee-shops* sont des établissements qui répondent aux mêmes exigences de gestion et d'hygiène que les *horeca*¹⁴⁶, mais dans lesquels la vente de boissons alcoolisées est interdite. Les *coffee-shops* ont été officiellement tolérés dès 1976 car jugés utiles pour prévenir le passage des drogues douces aux drogues dures.

Nous l'avons déjà relevé, lors de l'examen de *Continuité et changement* ou des directives du ministère public : la politique néerlandaise des années quatre-vingt-dix

145. Ottevanger, 1997, p. 175.

146. Les *horeca* désignent les snack-bars, friteries, hôtels, établissements de restauration rapide ou de restauration de table, etc. ; aucune traduction exacte n'existe en français. Nous employons parfois le terme de « débits de boissons non alcoolisées » en traduction de l'anglais : *unlicensed catering establishments*. Pour une description ethnographique des *coffee-shops*, voir : Castro, 1995.

tente d'« assainir » la situation des *coffee-shops* tout en préservant leur fonction de séparation des marchés des drogues douces et dures. Cette action fait écho aux critiques étrangères mais également internes, la population de certaines communes se plaignant des nuisances liées aux *coffee-shops* (gênes souvent comparables à celles occasionnées par des cafés ou restaurants traditionnels).

La politique officielle prône une réduction du nombre de *coffee-shops* mais non leur disparition (pour des raisons de santé publique). Certaines communes, avec un système de permis octroyé par les maires, vont finalement appliquer une ligne plus sévère que la politique nationale qui « tolère » les *coffee-shops*. Mais le maire n'a pas tout pouvoir et le tribunal administratif aura dans certains cas à se prononcer sur la cohérence de la politique locale avec le cadre légal et devra vérifier qu'elle repose sur des données objectives. Ce droit de regard du tribunal administratif va se traduire dans certaines villes par une politique plus ou moins répressive, plus ou moins équilibrée en fonction des oppositions que les collectivités vont rencontrer lors de la mise en place de la politique en matière de *coffee-shops*.

Que cherche à éviter le gouvernement en voulant contrôler le nombre et la gestion des *coffee-shops* ? L'objectif – et c'est à un certain degré un revirement – est de réduire la consommation de cannabis chez les jeunes, de les décourager, les informer, les protéger autant que possible¹⁴⁷. Mais c'est aussi de conforter la séparation des marchés et donc de maintenir les *coffee-shops* à l'écart des circuits criminels et d'y interdire la vente des drogues dures. En fait, l'idée s'est peu à peu imposée que la simple présence de ces établissements ne suffisait pas à garantir la division des marchés. Il faut donc prévoir des mesures pour qu'ils deviennent des instruments encore plus efficaces de cette séparation des marchés.

Ainsi, la politique officielle veut-elle fournir aux villes, responsables de la politique locale des *coffee-shops*, des instruments pour transformer la « pousse sauvage » observée dans les années quatre-vingt par l'« assainissement et la régulation des *coffee-shops* » dans les années quatre-vingt-dix¹⁴⁸. La réduction de leur nombre doit être à court terme un but prioritaire.

Jusqu'en 1999 et la promulgation de la loi « Damoclès » (voir ci-après), seul le ministère public était compétent pour intervenir en matière d'infraction à la loi sur l'opium. C'est pourquoi les maires, notamment pour lutter contre les nuisances liées aux *coffee-shops*, ont dû mobiliser des outils « indirects » c'est-à-dire des mesures et des arrêtés municipaux non spécifiques aux stupéfiants, qui parfois ne mentionnaient même pas explicitement les drogues illicites. Les nuisances sont le détour nécessaire pour permettre aux maires de réguler les *coffee-shops* sans sembler poursuivre des infractions à la loi sur l'opium. Mais le maire doit tout de même

147. Il s'agit d'un revirement car auparavant il était considéré que si l'État ou un organe officiel cherchait à réduire l'usage ou décrivait le cannabis comme dangereux, cela risquait d'aggraver la situation. Ce n'était donc pas une stratégie considérée comme valable.

148. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995, p. 46.

justifier son intervention et notamment prouver au tribunal administratif le lien supposé entre l'activité du *coffee-shop* qui a justifié sa fermeture, par exemple, et les nuisances, c'est-à-dire une question d'ordre public, seul champ dans lequel le maire est officiellement autorisé à intervenir.

Nous nous attacherons donc à décrire la politique néerlandaise en matière de *coffee-shops*, et surtout son application locale, en deux temps :

- le recours à des outils indirects tant que les villes n'avaient aucune compétence légale en matière de stupéfiants et devaient justifier leur action à l'encontre des *coffee-shops* par la lutte contre les nuisances,
- les objectifs et la mise en place de la loi « Damoclès » qui, depuis avril 1999, autorise le maire à fermer des *coffee-shops* et autres lieux de vente non plus uniquement en cas de nuisances, mais également au motif de certaines infractions à la loi sur l'opium.

Les outils indirects des politiques de réduction du nombre de *coffee-shops*

On parle d'outils indirects car les actions des communes à l'encontre des *coffee-shops* mentionnent les nuisances causées par ces établissements. Le détour est obligatoire. Quels sont les objectifs visés et comment ces mesures se mettent-elles en place?¹⁴⁹

Tout d'abord, notons qu'il est difficile de définir une politique nationale en matière de *coffee-shops* car les variantes locales sont nombreuses du fait de la diversité des arrêtés municipaux. Néanmoins, elles sont en même temps limitées par le cadre législatif et les orientations de la politique générale nationale. L'existence même des *coffee-shops* n'est pas remise en cause (comme le rappelle *Continuité et changement*), l'attention devant être portée sur leur nombre et sur les nuisances causées par ce type d'établissement.

Un autre point de consensus national est que, comme le rappellent les directives de 1996, les *coffee-shops* sont tolérés à condition qu'ils respectent les critères AHOJ-G, c'est-à-dire :

- pas de publicité (*Affichering*) ;
- pas de vente de drogues dures (*Harddrugs*) ;
- pas de nuisance (*Overlast*) ;
- pas de vente aux jeunes (*Jeugdigen*) ;

149. À moins qu'un autre ouvrage ne soit cité, notre description de l'élaboration de la politique locale et des débats entre juristes concernant les *coffee-shops* suit de près celles, très précises, de W. Hillenaar (Hillenaar et al., 1997; Hillenaar, 1999).

■ pas de vente en grosses quantités (*Grote hoeveelheden*) – le seuil des « grosses quantités » a été baissé de 30 à 5 g par transaction¹⁵⁰.

Suivant la définition légale actuelle des *coffee-shops*, la vente d'alcool n'est pas autorisée¹⁵¹.

Bien qu'ils soient ceux du ministère public, le maire peut faire de ces critères le fondement minimal de sa politique en les incluant dans un arrêté municipal. Dans ce cas, les *coffee-shops* (du moment qu'ils ne vendent pas de drogues dures, infraction qui exige l'intervention du procureur) deviennent un problème relevant de la municipalité et des juges administratifs. Ce partage des tâches entre le judiciaire et l'administratif est également caractéristique d'une politique « intégrale »¹⁵².

Mais les conseils municipaux peuvent aussi être plus stricts et ajouter des conditions au maintien d'un *coffee-shop* : limiter les heures d'ouverture, fixer la quantité vendue ou stockée à un seuil inférieur à celui préconisé dans les directives ou autres restrictions. Signalons que dans la pratique, peu de villes ont cherché à réguler l'approvisionnement des *coffee-shops* (la fameuse « entrée de service »).

Sur la base de ces critères, la politique d'une ville en matière de *coffee-shops* est définie dans le cadre de la consultation tripartite (entre le maire, le procureur et la police). La politique locale arrêtée dans ce forum devra ensuite passer l'épreuve du juge administratif qui n'est pas tenu d'en accepter le fondement légal (les villes ont d'ailleurs à leur disposition des manuels les aidant à définir une politique « efficace »). L'aspect régional doit aussi être pris en compte pour éviter des effets non désirés d'une politique locale sur celle des villes voisines.

Ainsi, trois sortes de politiques ont-elles été développées :

- tolérance sans condition quant au nombre de *coffee-shops* à fixer ; celui-ci sera déterminé par les mécanismes du marché. Certains reprochent à ce modèle d'être incapable de contrôler les nuisances et donc ne de pas s'inscrire dans la politique nationale de lutte contre celles-ci ;
- tolérance conditionnelle : c'est-à-dire qu'un nombre maximum de *coffee-shops* est fixé. Ce nombre peut être soit supérieur, soit inférieur au nombre actuel d'établissements dans la ville. Tout dépassement de ce nombre constitue donc une atteinte concrète à la qualité de vie ;
- « tolérance zéro », aucun *coffee-shops* n'est toléré dans la ville (50 % des villes, les plus petites, ont choisi cette option). Chaque *coffee-shop* peut être poursuivi pour vente de drogues douces, même en cas de respect des critères AHOJ-G. Le principal risque d'une telle politique est que l'on assiste à un déplacement du commerce de drogues douces vers des points de vente illégaux. Pour faire passer un tel modèle, le maire doit démontrer qu'il est nécessaire pour préserver l'ordre public et la qualité de vie locale.

150. Institut Trimbos, 1997b.

151. Dans certaines villes cependant, la vente d'alcool y est autorisée et reste tolérée.

152. Hillenaar et al., 1997, p. 15

Quels sont les éléments que doivent prendre en compte les villes pour opter pour l'une ou l'autre de ces politiques ?

Si l'un des modèles de tolérance est retenu, la première difficulté est de définir le nombre idéal de *coffee-shops* dans la ville, c'est-à-dire celui nécessaire pour satisfaire la demande locale. Ce sont les termes d'une politique équilibrée.

L'association des municipalités néerlandaises (VNG) recommande pour cela de retenir des éléments démographiques (le nombre d'habitants, la proportion de jeunes, etc.), des éléments d'urbanisation (nombre de centres dans la ville, rôle attractif de la ville pour la région, etc.) et aussi le degré des nuisances causées dans la ville par l'usage des drogues douces (établi à partir des plaintes, des procès-verbaux). Par ailleurs, la demande locale de drogues douces doit être appréhendée et elle aussi prise en compte.

Ainsi, dans la plupart des municipalités, les *coffee-shops* ne sont-ils acceptés que dans le centre-ville, à un nombre fixe maximum et suivant des critères de distance – distance des établissements entre eux et distance entre les *coffee-shops* et certaines institutions comme les écoles ou les hôpitaux psychiatriques.

La démarche est intéressante, car durant cette phase de recueil d'éléments objectifs destinés à l'épreuve du tribunal administratif, les villes se doivent parfois de revoir leurs objectifs initiaux et de tendre au maximum vers une politique « équilibrée », réconciliant objectifs d'ordre public et objectifs de santé publique. Cette procédure a fait l'objet de nombreuses critiques aux Pays-Bas : certains acteurs souhaitaient en effet réduire le risque des politiques locales face au juge administratif alors que d'autres jugeaient que dans ce cas de figure, l'autonomie du maire serait trop grande, contrebalancée par aucune autre autorité.

Les difficultés rencontrées par certains maires face au juge administratif sont provenues de l'absence de plaintes ou de procès-verbaux, considérée par certains juges comme une absence de preuves de « nuisances concrètes », ces magistrats ne voyaient en effet pas toujours une preuve de nuisances dans l'infraction aux critères AHOJ-G.

La jurisprudence récente montre néanmoins que les décisions des juges administratifs tendent de plus en plus à se fonder sur les seules infractions aux critères AHOJ-G si la politique locale est bien motivée. Une politique « bien motivée » est finalement une politique qui s'appuie sur une procédure de consultation des experts en toxicomanie et en santé publique, de la police et, dans certains cas, de la population elle-même (usagers inclus). C'est aussi une politique « équilibrée » dans le sens où elle prend en compte les intérêts non seulement des citoyens « moyens » irrités par les nuisances, mais ceux des consommateurs de drogues douces. Grâce à cette procédure, une telle politique permet aux *coffee-shops* d'être à la fois des instruments plus efficaces au service de la limitation des risques (en maintenant distincts les marchés des drogues douces et dures) et les outils d'une politique des

nuisances (en se conformant à des critères d'ordre public). Notons que cette réconciliation entre la limitation des risques et celle des nuisances ne se réalise que dans les cas où le passage devant le juge administratif met réellement cette politique à l'épreuve. C'est-à-dire lorsque les juges ne se montrent pas trop « coopératifs » avec le maire et le contraignent vraiment à prendre en compte des intérêts et des buts multiples. Toutes les villes ne mèneront pas une telle politique.

Pour appliquer cette limitation du nombre des *coffee-shops* et ces critères de tolérance, la municipalité peut instaurer un système de permis. La consultation tripartite définit une liste de critères qui sera ensuite portée sur les permis. Il est important de noter qu'il s'agit de permis de nuisances et non de permis de vente de drogues douces. Il ne s'agit pas pour les villes d'autoriser la vente de drogues douces (ce qui s'apparenterait à une légalisation du commerce de ces drogues qui reste illégal). C'est pourquoi, souvent, aucune mention de drogues douces n'apparaît sur les permis, qui doivent ressembler aux permis de nuisances, applicables à tout *horeca*¹⁵³.

Les conditions qui justifient le refus d'un permis sont, suivant les villes : la dégradation de la qualité de vie (nuisances), la vente d'alcool, de *smart drugs* ou de jeux d'argent, la proximité d'une école, d'une maison de jeunes ou d'un hôpital psychiatrique, parfois même la vente de drogues douces à des personnes non domiciliées dans la ville. En principe, tous les *coffee-shops* doivent également satisfaire aux critères des *horeca* (lumière, toilettes, parking disponible, accès direct sur la voie publique, etc.).

Les établissements non conformes à ces critères ont un certain délai pour se plier au règlement local. Tout *coffee-shop* demandant un tel permis devra renoncer par exemple à son activité de café-débit de boisson. Si le nombre de *coffee-shops* conformes est encore trop élevé, la ville peut mettre en pratique une politique dite « d'extinction » dans laquelle les exploitants ne peuvent ni changer d'emplacement, ni vendre leur établissement. Le *coffee-shop* ne doit pas être remplacé.

La mise en place d'un système de permis est délicate, tant le risque d'une légalisation officielle de la vente de drogues douces est proche ainsi que celui d'étendre les pouvoirs des maires au-delà du contrôle des nuisances. Certaines villes ont donc préféré d'autres instruments tels que le refus d'ouverture de nouveaux *coffee-shops* pour remplacer ceux qui ferment, ou les ordonnances de tolérance qui spécifient les conditions sous lesquelles ils échapperont à la fermeture. Jusqu'à la loi « Damoclès » de 1999, les permis et les mesures de fermeture seront donc les instruments les plus fréquemment utilisés par les maires pour mettre en œuvre leur politique locale. Seules les nuisances (liées à la vente de drogues douces) peuvent être explicitement visées. Il s'agit bien d'instruments indirects (ne visant pas la vente de drogue).

153. Voir note n° 146.

La loi « Damoclès » : un outil direct

L'amendement 13b de la loi sur l'opium, dite loi « Damoclès », donne une nouvelle compétence au maire et lui permet de fermer un *coffee-shop* non plus uniquement en cas de nuisances, mais aussi en cas de commission d'une infraction à la loi sur l'opium : le maire peut désormais veiller activement au contrôle de la bonne exécution de la loi sur l'opium dans les lieux où des drogues douces ou dures sont vendues, livrées, présentées, etc. Il ne s'agit donc pas uniquement des *coffee-shops* mais également des maisons de deal.

La loi « Damoclès » ne donne au maire que le pouvoir d'ordonner la fermeture de l'établissement en question ou d'exercer une astreinte financière. Son action n'est pas d'ordre pénal mais reste un acte administratif.

L'apport de cette loi réside dans le fait qu'auparavant les maires, pour pouvoir fermer un lieu de vente, devaient prouver que le commerce de drogue causait des nuisances. La charge de la preuve revenait aux municipalités (plaintes, procès-verbaux, etc.). Depuis 1997, il suffisait, il est vrai, dans la majorité des villes, de fournir la preuve d'une infraction aux critères AHOJ-G¹⁵⁴ pour prouver la nuisance (les infractions aux conditions de tolérance AHOJ-G étaient automatiquement considérées comme des infractions à l'ordre public et une atteinte à la qualité de vie). Cependant, dans certaines villes, les maires se heurtaient encore à des juges peu coopératifs. Il leur fallait donc un outil direct concernant non pas les nuisances mais le commerce de drogues.

Certains affirment cependant qu'en dehors de ces quelques villes, la valeur ajoutée de la loi « Damoclès » reste faible, le concept de « nuisances abstraites » (c'est-à-dire définies par les critères AHOJ-G et sans autres preuves) ayant finalement été accepté par la plupart des juges administratifs ; les outils indirects suffisaient donc le plus souvent à faire appliquer la politique locale en la matière.

Néanmoins, le Parlement estime n'avoir fait avec cette loi que formaliser une pratique qui existe déjà : les villes ont depuis quelque temps acquis un rôle important dans la gestion de la politique des *coffee-shops*.

Par ailleurs, le maire ne peut intervenir qu'en cas de constat de certaines infractions à la loi sur l'opium. Par exemple, les infractions de transport restent de la compétence du ministère public. Il peut s'agir finalement d'une répartition des tâches entre ces deux instances.

Enfin, il a été reproché à cette loi de donner au maire le pouvoir d'intervenir en cas d'infractions à la loi sur l'opium alors qu'il ne peut mettre en pratique le principe d'opportunité des poursuites. Formellement, il est donc tenu d'intervenir

154. Voir p. 83.

dans tous les cas où un *coffee-shop* enfreint la loi sur l'opium. Il ne peut tolérer certaines infractions. Cette objection a été rejetée par le gouvernement qui estime que le maire peut décider de l'opportunité de son intervention.

Cette loi est très récente, elle date du 21 avril 1999 et elle n'a donc pas encore passé l'épreuve des tribunaux. La description que nous en donnons reste donc très théorique. La jurisprudence continuera à mettre à jour les obstacles éventuels et précisera notamment les limites de la compétence du maire.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

La politique hollandaise des drogues est surtout connue pour sa « tolérance » à l'égard des drogues douces, voire des drogues dures. Ce chapitre veut montrer qu'elle ne dénie pas l'aspect répressif de la lutte contre la drogue et que même la tolérance à l'égard du marché de détail des drogues douces a ses limites. La législation offre de nombreuses possibilités de répression, que les directives viennent soit renforcer, soit atténuer.

La pratique de l'ensemble des acteurs du judiciaire montre que ces outils répressifs sont largement mobilisés contre le trafic de drogue, pour la lutte contre la criminalité organisée et la production de stupéfiants comme le cannabis ou les drogues de synthèse, et même contre les usagers, si ceux-ci sont auteurs de nuisances ou participent au tourisme de la drogue.

Nous pourrions encore forcer le trait en présentant les coûts de la réglementation et des services d'application de la loi. Les auteurs de *Continuité et changement* utilisent cet argument financier comme une preuve de l'aspect répressif de la politique néerlandaise. C'est dans l'introduction du rapport qu'ils affirment que « *en termes financiers, la répression du trafic de drogue coûte chaque année 270 millions de florins. Il faut ajouter à ce montant un minimum de 370 millions pour la lutte contre la délinquance des toxicomanes (vols)* »¹⁵⁵. Quelques lignes plus haut, ils indiquaient également le coût « sanitaire » de la drogue (160 millions de florins environ consacrés aux soins aux toxicomanes). La comparaison avec le coût « répressif » n'est pas faite car le budget « soins » est présenté comme élevé par rapport à ce qu'il représente à l'étranger, soulignant ainsi l'aspect éminemment socio-sanitaire de la politique néerlandaise.

Comme les responsables néerlandais aiment à le souligner dans leurs discours internationaux, ce n'est pas un manque de répression qui caractérise, du moins aujourd'hui, l'approche judiciaire des drogues. Mais peut-on néanmoins décrire la politique actuelle comme plus « répressive » ?

Nous avons voulu montrer qu'il ne suffit pas de posséder un arsenal d'instruments répressifs pour que la politique qu'ils servent soit elle-même qualifiée de « répressive ». Des exemples pratiques empêchent de définir trop vite la politique des nuisances comme « plus répressive » que les politiques précédentes. Que ce soit dans le cadre de la réglementation des *coffee-shops* ou dans celui de la lutte contre le tourisme de la drogue, nous avons décrit l'élaboration par certaines villes d'une politique dite « équilibrée » ou « intégrale ». Elle se caractérise par des procédures mêlant des objectifs répressifs à d'autres objectifs. Ces villes, qui ne peuvent se limiter à l'emploi des outils répressifs, poursuivent une politique qui cherche un « équilibre » entre un objectif de maintien de l'ordre public (réduction des nuisances) et d'autres considérations comme celle de la santé des usagers. Mais la politique « équilibrée » ne se résume pas à son degré de répression ou de tolérance. Elle doit être décrite par les techniques concrètes qui, dans l'exercice du droit pénal et administratif, fournissent à certains acteurs l'occasion de s'opposer à l'utilisation des instruments purement répressifs et leur permettent d'exiger la confrontation de cet objectif d'ordre public avec d'autres finalités dont celle de l'intérêt de l'utilisateur.

Voyons à présent comment ce débat entre ordre public et intérêt de l'utilisateur a également investi le domaine jusque-là purement sanitaire et social et comment, là aussi, des mesures spécifiques ont dû être prises par les acteurs traditionnels.

155. Ministère des Affaires étrangères et al., 1995, p. 7.

CHAPITRE IV

LES TRANSFORMATIONS DU SOIN PAR LA POLITIQUE DES NUISANCES : EXPÉRIMENTATIONS SUR DIFFÉRENTES FAÇONS DE COORDONNER RÉPRESSION ET PRISE EN CHARGE

Dans ce chapitre, nous avons choisi de décrire uniquement les transformations récentes du système de soins, qui ont été impulsées par l'émergence de la politique des nuisances depuis la fin des années quatre-vingt. Nous décrirons donc pas en détail les traitements résidentiels cliniques ou le rôle des services de santé municipaux (les GGD), la pratique de prescription des médecins généralistes, ni les programmes de substitution¹⁵⁶. Mais nous nous pencherons, dans la dernière partie de ce chapitre, sur le programme de substitution à l'héroïne, comme exemple d'une série d'autres projets que ceux s'inscrivant plus directement dans la politique de lutte contre les nuisances¹⁵⁷.

Commençons néanmoins ce chapitre par une présentation rapide du système « traditionnel » de soins.

Ce système inclut 70 organisations sur environ 200 emplacements dispersés dans le pays. Mais un nombre important de fusions ont récemment eu lieu : à Amsterdam (où les services sont regroupés sous l'appellation Jellinek center), à Rotterdam (regroupement en deux systèmes, Boumanhuis et Symbion, qui devraient fusionner dans un avenir proche), à La Haye et à Haarlem.

Le soin ambulatoire est offert par 17 CAD (Bureaux de consultation pour l'alcool et les drogues), plus spécifiquement dans 133 unités. Il existe également 30 établissements de prise en charge sociale pour la toxicomanie (soins à bas seuil). Vingt cliniques, dont la moitié dépendent d'hôpitaux psychiatriques généraux,

156. Il existe déjà de nombreux ouvrages sur ces sujets. Voir notamment (en anglais ou en français) : Buning *et al.*, 1994 ; Derks, 1997 ; Derks *et al.*, 1998 ; Derksen *et al.*, 1996 ; Driessen, 1990 et 1994 ; Van Brussel, 1991, 1995 et 1998.

157. Nous avons reproduit en annexe 3 un tableau récapitulatif des programmes de soins et d'assistance aux toxicomanes existant aux Pays-Bas, parmi lesquels figurent les projets plus récents liés aux nuisances, décrits en détail dans ce chapitre.

offrent un soin résidentiel (intra-muros). À titre d'exemple, en 1994, le coût du système de soins (271 millions de florins) se répartissait en 51 % pour le soin ambulatoire et 49 % pour le soin résidentiel¹⁵⁸.

Les CAD sont des organisations financées par les conseils régionaux. Ils reçoivent aussi un financement contractuel de la Fondation pour l'assistance postpénale (*Stichting Reclassering Nederland*). Les tâches des CAD sont la « prévention, la consultation et l'assistance »¹⁵⁹. En d'autres termes, leur mission est très large et peut varier d'une ville à l'autre : par exemple, le CAD de Maastricht est l'organisation qui chapeaute tous les projets de soins dispersés dans la ville (un programme de substitution à la méthadone, un abri de nuit pour toxicomanes, des consultations psychothérapeutiques, des actions de prévention dans différentes institutions [écoles], des projets de coopération avec la police et une assistance spécialisée dans une prison [Delta], etc.). En revanche, à Amsterdam, le Jellinek et le GG&GD (le service municipal de santé) tentent d'effectuer une division des tâches : le GG&GD serait responsable d'une mission de soins de base (*care*) (par exemple, la méthadone) alors que le Jellinek se concentrerait sur une mission de guérison (*cure*). Dans certaines villes, le service de soins « social » (par exemple, le soin primaire ciblant les prostituées, les minorités ethniques, les « logements avec suivi », le travail d'intervention de rue [*street corner work*], etc.) rassemble des fonctions qui ont été exercées par des fondations indépendantes mais qui ont aujourd'hui souvent fusionné avec les CAD¹⁶⁰.

La diversité des acteurs intervenant dans le soin peut prêter à confusion. C'est justement le travail du GGZ-Nederland (Fondation néerlandaise pour la médecine mentale) qui, depuis juillet 1997, cherche à réconcilier les intérêts des multiples acteurs du champ de la toxicomanie, à créer entre eux un consensus et aussi à rendre possible la coopération, jusque-là hésitante, entre le secteur spécialisé (toxicomanie) et le secteur général (psychiatrie).

En 1997, le financement du système de soins repose sur deux sources : l'une nationale, l'autre locale¹⁶¹. Parmi les financements nationaux, on trouve :

- la loi générale pour la gestion de coûts spéciaux de maladies (*AWBZ - Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*), qui établit le cadre de financement des établissements de soins résidentiels et psychiatriques (non ambulatoires ou sociaux). En 1997, le budget des cliniques spécialisées était de 147 millions de florins. Celui des unités spécialisées en toxicomanie des hôpitaux psychiatriques ne peut être distingué du budget général de fonctionnement de ces hôpitaux ;

- le budget total pour la toxicomanie du ministère de la Santé publique, du Bien-être et des Sports qui était de 66,5 millions de florins en 1997. Il est difficile de déterminer avec précision la part de cette somme attribuée à la toxicomanie parce qu'elle concerne aussi le soin des alcooliques ou des *addicts* du jeu ;

- la part du budget du ministère de la Justice concernant la toxicomanie, elle aussi difficile à déterminer puisque ce budget concerne des questions complexes (sécurité, nuisances) impliquant d'autres problématiques que celle de la toxicomanie. Nous verrons comment certains projets « nuisances » s'articulent à la prise en charge de toxicomanes et à des programmes plus larges de sécurité publique. Signalons tout de même qu'en 1997, 32 millions de florins ont été attribués au dispositif ambulatoire à travers les services de probation.

L'autre pan du financement est local puisque depuis 1992, pour la majorité des villes, le financement des projets de soins ambulatoires (incluant les CAD) est de la responsabilité des municipalités. Ces projets doivent donc répondre aux attentes et aux priorités fixées par ces dernières. Pour faciliter cette tâche, le pays a été divisé en 23 régions administratives. Chaque région reçoit un budget du ministère de la Santé publique et du ministère de l'Intérieur qui est redistribué aux infrastructures de la région, après accord entre les municipalités. Le budget total de 1997 était de 117 millions de florins pour le soin, la prévention et la réduction des risques liés à la toxicomanie.

Enfin, le budget des programmes de maintenance à la méthadone et des structures à bas seuil était de 71,5 millions de florins toujours en 1997¹⁶².

Cette présentation du financement du système de soins est importante, car nous allons voir comment la politique des nuisances a bouleversé cette organisation.

1 - GÉNÉRALITÉS

Nous avons vu dans le premier chapitre que les plaintes des non-usagers, la réduction du budget du soin, les débats sur la sécurité ont, ensemble, impulsé un changement dans la politique et la pratique même du soin de la toxicomanie. Le système de soins néerlandais s'est trouvé forcé de chercher des façons de coordonner les objectifs de la politique de réduction des risques (qui fondaient déjà une partie de ses interventions) et ceux, nouveaux, de la politique des nuisances.

Ces nouveaux projets sont en partie financés par le budget « nuisances » du gouvernement, budget alloué et suivi par le SVO, le Groupe interministériel pour la réduction des nuisances, dont nous avons présenté plus haut le financement. La volonté était également de décentraliser les sources de fonds puisque la politique

158. Institut Trimbos, 1996c, p. 1.

159. *Ibid.*

160. *Ibid.*, p. 2.

161. Notre description du financement actuel reprend celle de Rigter *et al.*, 1997.

162. Rigter *et al.*, 1997, p. 12.

des nuisances est désormais locale. Vingt-six villes ont ainsi reçu un financement SVO (soit 212 millions de florins entre 1994 et 1998) et un peu plus de 200 projets ont été programmés suivant une gamme de 16 prévus initialement par la *Note sur les nuisances* de 1993-1994. Nous allons présenter les plus courants ou les plus « typiques » d'entre eux.

À l'origine de ces projets, en 1993-1994, l'idée qui prévalait était que les nuisances sont dues à un petit groupe d'usagers (défavorisés socialement ou présentant des problèmes psychiatriques) qui ne sont pas habituellement en contact avec le système de soins. Initier et maintenir par la suite ce contact serait donc un moyen de réduire les nuisances. Ces usagers sont plus couramment en contact avec le système judiciaire. C'est donc sur le passage entre les systèmes judiciaires et sanitaires qu'il faut se concentrer.

Contrairement au modèle des programmes à bas seuil, typiques de la réduction des risques, ces mesures se donnent des moyens différents de favoriser l'entrée de l'usager dans le circuit (l'y maintenir est une problématique plus commune) : les autorités ne doivent plus s'effacer pour laisser passer l'usager vers le système de prise en charge ; elles doivent au contraire coopérer. À présent, le judiciaire est un instrument qui optimise les efforts des soignants pour donner accès aux soins aux usagers « problématiques ».

Cette coopération entre soignants et instances répressives peut prendre plusieurs formes. À la base, les auteurs des notes gouvernementales sur les nuisances avaient prévu des projets qui se serviraient de la contrainte (*drang*) judiciaire pour entreprendre le soin. Une fois ce contact établi, l'usager évolue d'un programme de soins à l'autre, progressivement vers l'abstinence. Il ne doit plus réintégrer la chaîne pénale. L'efficacité de ce type de projet dépend de la crédibilité (pour l'usager) de la contrainte exercée (il doit par exemple y avoir une cellule qui l'attend s'il refuse le soin).

Dès 1993, ce modèle de soin sous contrainte a fait l'objet de débats. Comme les intervenants français le font également remarquer, la coordination soin-répression n'est pas évidente et n'est pas sans problème. Une gamme très large d'interventions a été mise en place, « testant » toutes les formes possibles de cette coordination. Ces interventions feront l'objet de notre première partie.

Parallèlement, mais de façon moins visible¹⁶³, une deuxième série de projets a vu le jour et a d'ailleurs connu un développement plus important depuis 1993. Il s'agit de dispositifs à bas seuil qui proposent une autre forme de coopération soin-répression que les soins sous contrainte. La contrainte s'exerce moins sur l'usager pour initier son soin que sur l'ensemble du dispositif de soins, comme condition

exigée par les non-usagers pour l'établissement et le maintien de celui-ci dans leur quartier. C'est au cours de négociations impliquant les autorités locales, les soignants et les non-usagers qu'est décidée la forme spécifique que prendra la coopération soin-répression. Pour les non-usagers, il s'agit de réduire les nuisances susceptibles d'être causées par le nouveau dispositif. Plus généralement, c'est leur origine qui est remise en cause : ce qui est jugé le plus nuisible n'est pas le côté « problématique » d'un petit groupe d'usagers mais leur visibilité. Le moyen d'améliorer la situation n'est pas forcément de « soigner » ces usagers, mais plutôt de les intégrer afin de les rendre moins visibles et qu'ils aient un mode de vie supportable pour eux-mêmes et pour leurs voisins. Ces projets visent également une réduction des nuisances et non plus forcément leur élimination. Il faut gérer l'excès de nuisances afin qu'elles deviennent supportables par tous (en évitant leur concentration, en les déplaçant dans une zone non résidentielle, etc.).

Tout ce processus et le passage d'une série de projets à l'autre font fortement penser à l'époque de l'émergence de la réduction des risques et son décalage par rapport aux objectifs précédents d'abstinence. Mais l'objet n'est plus seulement l'usager et sa toxicomanie, c'est l'usager, sa toxicomanie et les nuisances qu'il risque d'occasionner.

Rappelons que tous ces projets sont financés par le budget SVO et qu'ils seront donc évalués sur leur capacité à entrer en contact avec des usagers causant des nuisances et à réduire ces dernières. L'évaluation officielle de Bröer et Noyon – sur laquelle notre description s'appuie tout au long du texte – va s'attacher surtout à compter le nombre d'usagers auteurs de nuisances effectivement atteints par les différents projets et voir s'ils y sont restés durablement ou non (ont-ils quitté prématurément le projet ?). Ce mode d'évaluation suit donc les premiers objectifs de la politique des nuisances : réduire celles-ci en facilitant l'accès au système de soins des usagers problématiques. Nous serions tentées d'ajouter que si ces projets n'ont pas toujours été très efficaces par rapport aux critères retenus pour mesurer la réduction des nuisances (et le bilan de Bröer et Noyon est plutôt négatif), ils restent particulièrement audacieux du point de vue de la coordination soin-répression expérimentée. Nous retenons également les modèles concrets d'inclusion des usagers et des non-usagers dans l'élaboration d'un programme et l'importance des négociations pour l'implantation même de ce programme (processus de négociation entre les usagers, les non-usagers, les soignants, les instances répressives, les autres autorités locales, etc.).

Après l'annonce du budget SVO, 26 villes ont proposé quelque 200 projets. Pourtant, la plupart d'entre eux n'ont pas commencé à fonctionner avant 1996-1997, soit 3 à 4 ans après l'obtention du financement. Ce retard est un élément fondamental pour comprendre l'importance (ignorée par *Continuité et changement*) des enjeux et des conditions d'une bonne réalisation d'une politique des nuisances.

163. Moins visible notamment car ils ne sont que très rapidement mentionnés dans la *Note sur les nuisances* de 1993-1994 ou dans *Continuité et changement*.

Pendant ce laps de temps, les promoteurs des projets ont dû se livrer à tout un travail pour concrétiser des coopérations jusque-là inédites entre soin et répression. Il a par exemple souvent fallu faire face à l'opposition de la population. Certains ont dû être révisés entièrement avant de pouvoir fonctionner. Il semble qu'aucun d'entre eux n'ait pu se mettre en place en étant imposé à un quartier et à tous ses habitants ou commerçants.

2 - LES PROJETS DE SOIN SOUS CONTRAINTE JUDICIAIRE

La première série de projets soin-répression que nous décrivons est la suivante :

Les projets de « soins sous pression » s'inscrivent dans le cadre légal d'un ensemble de textes qui fondent la possibilité d'exercer une pression judiciaire sur l'utilisateur pour le forcer à choisir un soin. Dès 1987¹⁶⁴, la note *Pression et contrainte (Drang en dwang)* fait l'inventaire des possibilités de prise en charge des toxicomanes (et des alcooliques) contre leur volonté¹⁶⁵. Toutes ces mesures nécessitent une forme minimale d'accord de la part de l'utilisateur car, aux yeux de la loi, le traitement n'est ni une peine, ni une obligation et il reste de la responsabilité du toxicomane. Les auteurs de la note de 1987 regrettent la faiblesse des moyens fournis par le cadre légal pour interner de force un toxicomane dans un hôpital psychiatrique, que ce soit du côté des lois sur la santé mentale (qui sont plutôt destinées aux personnes alcooliques et utilisées pour celles-ci) ou du côté des instruments de droit pénal (qui étaient dans les années quatre-vingt peu utilisés).

Nous allons voir que dans les notes gouvernementales suivantes¹⁶⁶, d'autres instruments vont être créés dont le plus controversé est certainement le projet de loi SOV. Celui-ci tente d'établir le cadre légal justifiant l'enfermement contre le gré de personnes pour des durées non proportionnelles à l'infraction commise. Nous allons donc passer en revue la gamme des nouveaux dispositifs mis en place grâce au budget SVO. Leur but est notamment de faciliter l'entrée dans le système sanitaire du groupe des usagers « problématiques », c'est-à-dire auteurs de nuisances et de délinquance et, souvent, déjà connus du judiciaire mais pas du sanitaire. La mesure initiale visée est l'entrée de ces usagers dans une chaîne de traitement qui

devra les mener à terme aux programmes les plus exigeants (visant l'abstinence et l'autonomie durable). Il faut créer des portes de sortie du système judiciaire connectées à des portes d'entrée dans le système de soins, le passage initial de l'un à l'autre étant plus facile si les premiers dispositifs rencontrés sont des programmes à bas seuil d'exigence.

Pour faire cet état des lieux (non exhaustif) des projets récents que nous avons regroupés dans la série « soins sous contrainte judiciaire », nous nous appuyons fréquemment (mais pas toujours exclusivement) sur l'évaluation officielle des projets qui a été faite par Christian Bröer et Rogier Noyon¹⁶⁷.

VIS : Système d'intervention précoce (*Vroeghulp Interventie Systemem*)

Un employé de la Fondation pour l'assistance postpénale (*Stichting Reclassering Nederland, SRN*) rend visite dans les commissariats à des personnes interpellées s'étant déclarées toxicomanes. Pour celles n'ayant pas commis de délit très grave, l'agent de probation leur propose de « choisir » entre un traitement ou les poursuites, c'est-à-dire entre entreprendre une trajectoire de soin ou poursuivre la procédure pénale.

À l'origine, ce projet s'adressait à un groupe ciblé d'utilisateurs : ceux ayant été interpellés au moins quatre fois dans l'année. Dans certaines villes, comme à Maastricht, ces usagers étaient parfaitement identifiés et effectivement amenés au poste de police. Mais le plus souvent, la condition de la récidive multiple était ignorée. La situation a donc été officialisée et le projet élargi (à tous les usagers) s'appelle VIA, approche d'intervention précoce (*Vroeghulp Interventie Aanpak*) : les poursuites sont interrompues en cas de choix de l'option traitement. L'utilisateur est placé en maison de détention s'il refuse cette option ou s'il interrompt son traitement.

On le voit, le VIS n'est pas un soin en soi mais une offre de soins (c'est la porte d'entrée). L'agent de probation a néanmoins une obligation de suivi de la trajectoire dans le système sanitaire de l'utilisateur sous main de justice. La demande de traitement étant rarement volontaire, le projet de soins élaboré (et partiellement négocié) entre l'utilisateur et l'agent de probation est essentiel.

164. Dans la pratique, l'utilisation d'une contrainte pour encourager l'utilisateur à entamer un traitement remonte à 1984-1985, quand la motion de Van der Vlies du ministère de la Justice a encouragé les procureurs à utiliser une pression sur les usagers pour qu'ils acceptent le traitement.

165. Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en van de Minister van Justitie, 1987-1988.

166. Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1993-1994. Voir également le rapport *Drang op Maat* (littéralement, « Contrainte sur mesure ») de l'organisation NeVIV qui reprend les possibilités du système judiciaire pour inciter un utilisateur à initier un soin. Toutes ces mesures correspondent à des situations dans lesquelles, à tous les stades d'une procédure judiciaire, un soin adéquat peut être proposé à des adultes sous main de justice. Cette « offre » de soin peut prendre la forme du « bâton » pour l'utilisateur si celui-ci venait à abandonner le traitement avant sa fin (NeVIV, 1994, p. 1).

167. Bröer et al., 1999. Cette évaluation nous est très précieuse car pour chaque type de dispositifs financés par le budget SVO, Bröer et al. donnent des exemples de la pratique et évaluent leurs résultats en les comparant autant que possible à d'autres dispositifs, essentiellement de réduction des risques. Voir également les deux revues de la littérature, la première faite par le ministère de la Justice en réponse à une demande de la Haute cour (Baas, 1998) et la seconde faite par les représentants du système de soin, le Trimbos et GGZ-Nederland (Rigter, 1998).

L'évolution du VIS au fil des ans concerne essentiellement le type de soins vers lequel l'usager est orienté : d'une orientation vers des cliniques spécialisées visant l'abstinence à une prise en charge plus sociale dans des dispositifs de réinsertion, de formation professionnelle ou autres (dispositifs que nous verrons ultérieurement).

D'abord expérimental, le projet VIS a été progressivement étendu à toutes les villes SVO. Le système de soins se félicite de l'accroissement du nombre de traitements initiés de cette manière, mais les résultats annoncés dans l'évaluation de Bröer et Noyon sont moins encourageants : sur 7 163 visites en commissariat durant les quatre dernières années, l'option sanitaire a été choisie dans 1 579 cas (22 %). Seuls 306 traitements ont été menés à terme dans les conditions établies au préalable (soit 19 % d'entre eux).¹⁶⁸

Pourquoi si peu de personnes acceptent-elles l'option du traitement ?

Selon le GGZ-NL (Fondation néerlandaise pour la médecine mentale), le projet est problématique car le manque de cellules rend la contrainte non effective et le manque de lits de traitement place l'usager en attente. Selon Bröer et Noyon, l'« échec » du VIS serait en effet dû à la faiblesse de la contrainte : elle s'expliquerait par l'absence de la perspective d'une peine suffisamment longue pour « motiver » l'usager à suivre un traitement. D'autres hypothèses mentionnent la mauvaise coordination entre les instances répressives et le système de soins (par exemple, l'initiation d'un soin est parfois peu compatible avec les procédures rapides recherchées par les instances répressives) ; ou encore le fait que les usagers ont une expérience du soin souvent négative et lui « préfèrent la prison ».

IMC: Centre Intramural de motivation (Intramurale Motivatie Centra)

Le centre intramural de motivation est l'un des dispositifs les plus souvent proposés aux usagers des VIS. Il est financé, comme pour les cliniques résidentielles, par le budget de la loi AWBZ, la loi générale sur les frais exceptionnels de maladie. Dans un IMC, contrairement aux cliniques, l'usager n'est pas obligé de s'abstenir de toute prise de drogues durant son séjour¹⁶⁹. Il peut continuer à utiliser la méthadone même si les doses sont souvent réduites au fur et à mesure¹⁷⁰. Les IMC veulent être le chaînon manquant entre, d'un côté, les dispositifs à bas seuil, la prescription de méthadone, les abris de jour et, de l'autre, les dispositifs à haut seuil, les programmes de soins dans les cliniques. Ils s'adressent aux usagers qui n'avaient auparavant pas voulu ou pu participer à ces programmes de soins.

168. Données issues de : GGZ Nederland, 1998, p. 12.

169. Séjour d'un maximum de 3 mois.

170. Mais des analyses urinaires sont régulièrement faites pour prévenir l'usage d'autres drogues qui peut entraîner l'exclusion du programme (et donc le retour au système carcéral pour l'usager sous main de justice).

La *Note sur les nuisances* de 1993-1994 avait parlé de « centre interculturel de motivation » ciblant ainsi le groupe d'usagers « problématiques » d'origine étrangère. L'hypothèse était que, pour des raisons culturelles, ces usagers étaient exclus des programmes traditionnels. Cette spécificité a parfois totalement disparu dans les IMC. On compte aujourd'hui 11 IMC régionaux totalisant 140 lits, tous occupés.

Selon Bröer et Noyon, d'après le profil des participants, l'IMC n'est pas le « chaînon manquant » mais représente plutôt un lieu de pause pour certains usagers, de transition dans l'attente d'un logement accompagné pour des héroïnomanes ou d'un programme de soins ordinaire pour les usagers délinquants¹⁷¹.

VBA : Unité de suivi des toxicomanes (Verslavings Begeleidings Afdelingen)

Les unités d'accompagnement de la toxicomanie correspondent aux anciennes « Unités sans drogue », bien que ce changement de nom se soit accompagné d'une révision des objectifs et du contenu des programmes. Au sein d'établissements pénitentiaires, ces unités de soins ont toujours pour objectif d'offrir aux détenus une période de détention sans aucun accès à des drogues¹⁷². Cependant, elles ne proposent plus seulement un traitement de la toxicomanie au cours de cette période mais tentent beaucoup plus de préparer les détenus à une prise en charge qui aura lieu après leur sortie. Les unités sans drogue avaient en effet donné des résultats assez décevants en termes de récidive judiciaire et de rechute dans la toxicomanie. Certains ont alors montré l'importance du soin postpénal¹⁷³.

Actuellement, environ 450 VBA existent au sein des établissements néerlandais. Deux questions subsistent : pourquoi les VBA ne sont-ils pas pleins et comment expliquer le fort taux de rechute à la sortie ?

À la première, certains répondent que les conditions de vie du VBA sont difficiles (enfermement dans une aile distincte, attention constante des soignants et des gardiens, etc.) et, en tout cas, pas plus agréables que celles du reste de la prison. Il faut être très motivé pour s'y inscrire et totalement abstenir pour y rester. Les soignants estiment parfois que le temps de détention est trop court pour initier ce type de soin. Enfin, la participation à un VBA ne semble pas être pour de nombreux détenus d'une réelle utilité stratégique auprès du juge (pour prouver sa bonne volonté par exemple).

171. Bröer et al., 1999, p. 57.

172. Ainsi, le VBA du centre de détention de Noordsingel (Rotterdam) est séparé du reste de l'établissement et les détenus du VBA n'ont aucun contact avec les autres détenus. Des analyses urinaires sont également fréquemment programmées.

173. Voir notamment : Van den Hurk, 1998; Van den Hurk et al., 1994.

Considérant les rechutes multiples des sortants, certains dénoncent la situation trop protégée et artificielle du VBA. L'efficacité du programme dépend de sa capacité à organiser le retour du détenu dans la société. Le VBA cherche à lui garantir qu'il aura un logement, des ressources ou une place dans une clinique résidentielle à sa sortie alors que les unités sans drogue misaient sur la période de détention pour soigner le toxicomane. Le but du VBA s'est déplacé au fil du temps. Ce n'est plus une occasion de forcer l'usager à l'abstinence, mais un « sas » où préparer un traitement ou, du moins, un retour pas trop difficile dans la société.

FVK : Clinique légale pour toxicomanes (Forensische Verslavings Kliniek)

Les cliniques légales visent les usagers sous main de justice dont le délit est trop lourd pour bénéficier d'un VIS et donc d'une suspension des poursuites en cas d'acceptation d'un soin. Le traitement est effectué en milieu fermé car l'hypothèse est que si les usagers visés ont échoué ailleurs, c'était justement parce que ces programmes étaient trop ouverts. L'objectif est tout de même à terme que l'usager en FVK devienne autonome. La toxicomanie est ici vraiment traitée comme un problème d'intégration sociale.

Sur certains points, le FVK ressemble au SOV que nous allons décrire plus bas. Le public visé n'est pas tout à fait le même cependant (il s'agit notamment d'auteurs d'infractions plus graves).

La première clinique FVK a ouvert ses portes en mars 1998, avec six patients. L'évaluation du projet n'est donc pas encore possible et nous n'avons que très peu de détails sur les raisons du retard de sa mise en place. Le FVK dépend du financement de la loi AWBZ, la loi générale sur les frais exceptionnels de maladie et relève des autorités supra-régionales et non des villes.

SOV : Prise en charge des toxicomanes dans le secteur pénal (Strafrechtelijke Opvang Verslaafden)

L'abréviation SOV¹⁷⁴ fait référence à deux projets : un projet expérimental de soins aux toxicomanes (*Stichting Opvang Verslaafden*) et un projet de loi sur le soin (*Strafrechtelijke Opvang Verslaafden*). Le premier doit en fait fonder la légitimité du second.

Nous l'avons déjà signalé, le projet de loi SOV est important car il ouvrirait la possibilité légale d'imposer un soin à l'usager sans qu'à aucun moment de la procédure d'admission ou de traitement son accord ne soit nécessaire (*dwang* plutôt que

drang). Pour démontrer l'intérêt de cette loi, une expérimentation a été mise en place à Rotterdam. Mais, paradoxalement, elle ne peut pas appliquer exactement le modèle de soin forcé proposé par la loi en projet. Elle doit en effet s'en tenir aux possibilités offertes par la loi actuelle.

Le projet de loi SOV

Le projet de loi propose une prise en charge longue (deux ans au maximum) à des personnes qui n'encourraient qu'une peine maximale de neuf mois (les auteurs d'infractions plus graves peuvent bénéficier des autres programmes en milieu pénitentiaire, FVK ou VBA). L'hypothèse est que pour ces délits, les peines sont trop courtes (voire suspendues) pour permettre à l'usager de « profiter » des opportunités de changer son comportement en prison. Finalement, l'usager retourne très vite dans la rue où il cause à nouveau des nuisances. De plus, la pression n'est pas crédible lorsque les peines sont faibles.

Le projet de loi SOV est donc pour certains en contradiction avec un principe fondamental du code pénal qui est celui de la proportionnalité entre le délit commis et la peine imposée. Pour répondre à cette critique, les promoteurs du projet opèrent une distinction et présentent le SOV non pas comme une « loi », ni comme une « peine » mais comme une « mesure » (une « sentence non punitive ») qui fournirait un cadre légal à la prise en charge longue et obligatoire qui conditionne l'efficacité du traitement. Ce serait une extension des possibilités offertes par la loi BOPZ qui autorise l'hospitalisation forcée des malades psychiatriques posant un danger pour eux-mêmes et/ou pour la société¹⁷⁵. Cette mesure permettrait de placer l'usager qui a échoué dans les autres types de programme en « institution thérapeutique » (le SOV, bien que cofinancé par le ministère de la Justice, n'est pas une prison). Adopté le 11 avril 2000 par la Seconde Chambre des états généraux, ce projet de loi est actuellement à l'étude à la Première Chambre.

Ce projet SOV prévoit donc l'octroi d'un soin sous contrainte judiciaire à des usagers finalement sélectionnés par le ministère de la Justice. Le fait que ce soin puisse être prodigué par le judiciaire et sans l'accord du futur patient a fait l'objet de nombreuses critiques.

175. La loi BOPZ (*Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*) permet au juge d'interner et de garder de force une personne dans un établissement psychiatrique lorsque le trouble mental de cette personne constitue une menace et si ce danger ne peut être prévenu par une prise en charge en dehors d'une institution psychiatrique. Cette loi a été utilisée essentiellement dans le domaine de la psychiatrie, du soin aux handicapés mentaux et de la psychiatrie gériatrique, mais peu pour le soin des usagers de drogues. Elle peut l'être mais sous certaines conditions, notamment : l'internement ne peut avoir lieu sans l'accord de l'usager et sa prolongation ne peut être ordonnée que si le trouble est impossible à traiter en dehors de l'hôpital psychiatrique et/ou par un traitement volontaire. L'usager peut demander à se faire hospitaliser de force mais il ne pourra ensuite quitter l'établissement de son propre chef. La note de 1998 sur la politique des nuisances 1998-2002 (Stuurgroep Vermindering Overlast et al., 1998) rappelle l'existence de cette loi aux soignants et les encourage à l'appliquer dans le domaine des soins aux toxicomanes.

174. À ne pas confondre avec SVO, le Groupe interministériel pour la réduction des nuisances.

L'expérimentation SOV

Le projet expérimental mis en place en coopération entre le maire de Rotterdam et le ministère de la Justice ne peut pas recruter des usagers sous la contrainte. Il ne peut donc concerner que des personnes sous main de justice ayant accepté d'être soignées, par exemple lors d'une intervention VIS. Il lui manque donc précisément ce qui est le plus critiqué dans la loi à l'étude.

Qu'est-ce qui le distingue des autres projets existants ?

Comme le FVK, le projet SOV se déroule en trois phases (close, semi-ouverte et ouverte) se situant dans des lieux différents. Mais la « peine » du SOV est d'une durée de deux ans alors que la détention prévue du fait de la gravité de l'infraction commise aurait été plus courte.

Comme le service de probation lors d'un VIS, l'équipe du SOV se charge de suivre le patient tout au long de la durée du traitement, depuis son admission jusqu'à sa sortie dans la société. Mais elle ne se contente pas de centraliser ses démarches, ses progrès et son évolution dans un même dossier. L'équipe effectue couramment les démarches elle-même, depuis le lieu où se déroule le SOV (procédures juridique, financière, professionnelle, etc.).

Comme l'IMC, le SOV n'est pas centré sur la psychothérapie. Il part en effet de l'hypothèse que le soin médico-psychologique, pris isolément, reste problématique. Son but est donc d'« intégrer socialement » l'usager. Le SOV offre en plus l'assurance aux participants qu'ils trouveront à la sortie un logement (dans un programme accompagné ou non), une activité (professionnelle ou bénévole), une situation financière saine, un casier judiciaire vierge. La ville de Rotterdam garantit ces perspectives de logement, de travail et de ressources ; elle coopère avec l'équipe du SOV pour concrétiser ces promesses faites aux sortants du programme. Si la loi est acceptée, cette garantie de coopération entre la municipalité et l'équipe du projet SOV sera une condition incontournable de l'élection d'une ville (soucieuse de réduire les nuisances) comme lieu de SOV – le projet de loi reprend cette condition.

Voyons concrètement (à partir des observations que nous avons pu faire) en quoi le SOV se distingue du VBA dont la nature carcérale nous a été décrite comme incompatible avec le traitement. C'est en effet la nécessité de créer un lieu de détention propice au soin qui a présidé à la création du SOV de Rotterdam.

Une idée dès le départ prônée notamment par Adèle Hoekstra, codirectrice du SOV expérimental ayant travaillé antérieurement dans des unités sans drogue de prisons (ex-VBA). Pour elle, le SOV ne sera propice au soin que s'il ne ressemble pas à une prison. Cette différence se traduit dans le programme expérimental par une architecture spécifique, un certain programme de soin et surtout, une relation particulière entre soignants et participants.

Les trois phases du SOV expérimental ont été localisées dans des bâtiments dont l'architecture ne fait plus penser à des prisons. La phase 2, par exemple, se déroule dans une villa ayant appartenu à des cultivateurs de tabac dans les colonies néerlandaises, puis abrité des marins et des militaires soviétiques durant la guerre froide. Le cadre, au lieu d'être marqué par l'anonymat comme la prison, porte encore les traces de ce passé. Aucun des bâtiments n'est totalement fermé (il n'est jamais impossible d'en sortir), mais ils sont plus ou moins isolés suivant le degré d'avancement du traitement : la phase 1 – dite « fermée » – a ainsi lieu dans des locaux situés à plus d'une heure de train de Rotterdam, donc *a priori* loin des zones de deal.

Le programme de soin établi ne ressemble pas non plus à celui d'une prison (ni à celui des VBA). L'accueil des nouveaux participants est un moment jugé crucial. Mais le premier diagnostic psychiatrique n'a lieu que plus tard : il risquerait d'amplifier le problème en évaluant dès les premiers jours un patient forcément déboussolé à son arrivée. La majeure partie de la journée est consacrée à un « travail ». Mais afin que le programme quotidien s'appuie non pas sur ce que le patient « doit » faire mais autant que possible sur ce qu'il « veut et peut » faire, les tâches qui lui sont confiées évoluent, et se font peu à peu plus délicates et spécialisées, lui permettant de s'intégrer progressivement au groupe. Il devra consacrer le reste du temps à apprendre à « gérer son temps libre », à coopérer avec d'autres, à gérer ses finances, etc.

Le patient est libre de choisir les tâches auxquelles il se consacrera sur une liste de 71 activités possibles (différentes selon la phase de traitement). Cette liste peut également lui servir à se fixer un projet personnel à plus ou moins long terme. C'est autour de celui-ci que les interventions des soignants vont se coordonner. Ils veilleront à ce que le projet soit réaliste afin que le patient puisse reprendre confiance dans le système de soins. C'est pourquoi une partie des activités proposées par la liste consiste en des tâches modestes, à faible niveau d'exigence, et faciles à accomplir.

Enfin, quant à la relation patient-soignant, sa spécificité semble résider dans la volonté d'éviter le « *ton thérapeutique où on attendrait une "obéissance" du patient* »¹⁷⁶. Les personnes exerçant la contrainte (l'équipe soignante) sont donc tenues de répondre à certaines exigences – de respect, de modèle, etc. La forme d'apprentissage privilégiée est en effet celle du modèle : le soignant doit se comporter de façon digne et respectueuse avec le participant afin que celui-ci puisse apprendre en l'observant et en prenant exemple sur lui.

Signalons encore la possibilité d'individualiser le programme si nécessaire, en créant des phases intermédiaires, en revoyant parfois l'objectif final d'intégration sociale totale, etc. Il existe de nombreux exemples de modification du dispositif

176. Adèle Hoekstra, entretien juillet 1999.

prévu initialement. Une caravane a ainsi été installée dans le parc du SOV phase 2 pour une personne qui refusait d'habiter à l'intérieur du bâtiment et risquait alors de quitter prématurément le programme. On a également aménagé dans ce parc une maison destinée à servir de phase intermédiaire avant la phase 3 qui implique une plus grande autonomie. Par ailleurs, un SOV phase 4 a été créé pour quelques personnes.

À terme, ce projet pilote devrait être étendu à trois grandes villes (Amsterdam, La Haye et Utrecht) qui comprendront chacune un centre alors qu'un cinquième sera créé pour six autres villes de taille moyenne. Il devrait donc y avoir en tout cinq centres totalisant 350 places¹⁷⁷.

Conclusion sur le SOV

Cette rapide description, à partir de données assez limitées, révèle une tentative originale de coordonner soin et répression. Le projet étant au stade expérimental, le dispositif a été optimisé (notamment par des moyens humains et financiers) afin de suivre et de conserver les patients jusqu'à la fin du programme. Quels sont les premiers résultats obtenus ?

Deux évaluations ont été réalisées¹⁷⁸. La première se focalise sur les entrées et les sorties du programme : entre 1996 et 1998, le SOV a enregistré 141 participants (phase 1). Le bilan calculé en décembre 1998 révèle que 70 d'entre eux ont prématurément interrompu le programme et que 65 y sont restés en moyenne 18 mois. Le principal problème est celui du nombre d'entrées, jugé trop faible et qui (surtout ?) a baissé entre 1997 et 1998.

Selon De Koning, le manque de participants serait dû à une mauvaise définition (et à une définition fluctuante) de la procédure de sélection et d'orientation vers le SOV¹⁷⁹. Pour Bröer et Noyon, le problème est plutôt lié au « manque de contrainte » (*drang*) et « aux expériences négatives [passées] des usagers avec le système de soin ». De plus, le groupe ciblé par le SOV n'a pas été défini selon des « critères scientifiques mais a été au fil de la pratique étendu pour inclure l'ensemble hétérogène des personnes passant effectivement par le dispositif », notamment des usagers moins « criminels » que prévus. Initialement, le critère d'entrée était de trois mandats de dépôt en 12 mois ; en 1998, il ne fallait plus que deux mandats de dépôt en 24 mois¹⁸⁰.

177. Projet de loi sur l'accueil pénal des toxicomanes, site internet de l'ambassade du royaume des Pays-Bas : <http://www.amb-pays-bas.fr/detail/drogue.htm>.

178. Bröer et al., 1999 ; de Koning, 1998.

179. Le groupe cible du programme SOV de Rotterdam est défini de la façon suivante : la plupart des patients ont fait l'objet d'arrestations répétées au cours des 10-15 dernières années. Durant ces 5 dernières années (1992-1996), ils ont commis en moyenne 9 délits par an. Étant donné que ces personnes ne sont arrêtées que pour une partie des délits commis, on peut considérer qu'ils sont responsables de « dommages énormes pour la société ». Ces dommages incluent des problèmes de santé publique : « Ils souffrent de mauvaise santé, sont vulnérables à des infections et représentent un danger de contagion pour les autres » (de Vrijer, 1997).

180. Bröer et al., 1999, p. 64 sq.

Nous regrettons que ces évaluations se soient focalisées sur les seules entrées et sorties. Rien n'y est dit sur ce qui se passe effectivement au cours du programme. D'autre part, cette focalisation exclusive sur les entrées suggère que la coordination soin-répression développée dans le cadre du SOV se borne à faire passer l'utilisateur d'un système à l'autre, comme si le contenu du soin n'importait pas ou peu. Il semble que les auteurs se soient refusés à évaluer une pratique de soin et arguent du manque de critères et de données scientifiques. Les seules « données scientifiques » (c'est-à-dire quantifiables) restent le nombre d'entrées et de sorties. Les processus qui mobilisent et réconcilient les différents acteurs sont par exemple ignorés. Comment « mesurer » la qualité de la relation entre le soignant et le patient, l'intégration de l'utilisateur ou sa capacité à participer à la définition du soin le plus adapté à son cas ? Ou encore, si le soignant a opéré des ajustements suite à des critiques de patients ? Cette volonté du soignant de se remettre en cause (lui et son programme de soin) pourrait être un autre critère d'évaluation.

Les critiques les plus virulentes s'adressent non pas à l'expérimentation mais au projet de loi SOV. La Haute cour a ainsi demandé au ministère de la Justice de préciser la population cible du SOV, à partir des expériences étrangères sur l'efficacité des traitements forcés. Le projet s'adresse aux usagers délinquants et récidivistes, dont le nombre annoncé varie d'un auteur à l'autre. Pour certains, le SOV ne doit concerner qu'un petit nombre de personnes pour lesquelles toutes les autres formes de traitement ont échoué. Ce qui ne résout pas le problème moral : est-il acceptable d'utiliser la contrainte pour soigner une personne dont le « mal » est (du moins partiellement) socialement construit ? Il semble finalement que l'efficacité d'un tel programme dépende moins du degré de contrainte que de la nature de la coordination entre soignants et instances répressives et de la participation des usagers au soin.

Les critiques de la loi SOV portent non pas sur l'existence même d'un tel traitement « sous contrainte » (la contrainte n'est pas jugée trop forte par exemple) mais exigent plutôt des garanties explicites afin d'éviter que la population cible du SOV ne soit élargie à des personnes « moins criminelles » et n'ayant pas épuisé les possibilités *drang* du système de soins¹⁸¹. Le GGZ-NL, représentant des soignants, exige ainsi l'établissement d'un protocole de sélection des personnes « candidates ». Ce protocole, qui sera cité par la loi, est important aussi parce qu'il établira, selon ces soignants, un partage des rôles entre soin et répression ainsi que l'obligation de ne pas outrepasser les limites des missions respectives des différents acteurs.

181. Voir par exemple : Leenders, 1999 ; Polak, 1999.

Autres projets de soin sous contrainte judiciaire

Suivant le projet *Drang op Maat*, la formation des policiers doit faciliter la coopération soin-police. Mais en fin de compte, de telles formations n'ont été mises en place qu'à l'école de police d'Amsterdam (450 élèves policiers entre 1996 et 1998). Notons également la création récente à Maastricht d'une unité spéciale de police destinée au contact avec les usagers de drogues (*Blow op straat*), au sein de laquelle une attention particulière est portée à la représentation qu'ont les policiers de cette « population ».

Par ailleurs, la *Note sur les nuisances* de 1993-1994 prévoyait la création d'un dispositif d'une centaine de « cellules pour toxicomanes de rue », mais seules 24 places ont été créées à Amsterdam. Le programme a été rapidement arrêté en raison de son coût et du départ prématuré de la plupart des détenus, sans que des soins n'aient pu être administrés.

3 - DES PROJETS DE QUARTIERS : PARTICIPATION DIRECTE DES NON-USAGERS

Si la première série de projets avait pour cible les usagers sous main de justice, celle-ci vise plus largement tous les usagers et surtout les nuisances causées par ces derniers (c'est parfois ce qui les distingue des projets à bas seuil classiques). Ces nuisances ne sont plus définies par le ministère de la Justice ou les soignants mais principalement par les citoyens qui habitent le quartier où le toxicomane consomme, achète et/ou squatte. Dès qu'il y a nuisances, leur « tolérance » semble remise en cause. Des procédures de négociation sont alors instaurées entre tous les acteurs afin de définir les projets de soin. Nous verrons que c'est souvent grâce à des échanges de garanties entre les habitants du quartier et les autorités qu'un dispositif va pouvoir s'implanter et même bénéficier du soutien des habitants au départ opposés à son implantation. Nous terminerons ce chapitre par la description de deux exemples précis de mobilisation des non-usagers.

Prise en charge d'orientation (*Outreachend werk*)

Ces projets de travail de terrain visent à entrer en contact avec les usagers, notamment de drogues dures, et à les orienter vers des structures de prise en charge. C'est également une façon de suivre les développements internes aux scènes de la drogue. Dans l'approche « intégrale », ce travail est capital pour contacter les auteurs de nuisances.

L'objectif est de faire en sorte que les usagers passent d'eux-mêmes la porte du centre de soins. Pour cela, les travailleurs de terrain vont les chercher dans leur

propre milieu afin de les inviter à contacter un organisme de soin. Ces travailleurs de terrain font parfois plus de prévention que d'orientations effectives vers un centre.

Par exemple, dans un quartier d'Amsterdam, le travail de terrain prend la forme d'une collaboration étroite entre un policier et un soignant : le soignant dispose d'un bureau au poste de police, il accompagne le policier dans sa ronde. La coopération entre ces deux professionnels n'est pas facile – chacun l'admet –, mais elle semble avoir porté ses fruits puisqu'un nombre non négligeable d'usagers (391 d'après le centre Jellinek) se sont ainsi présentés au bureau de police. Parmi ceux-ci, beaucoup n'étaient pas à ce moment-là ou n'avaient jamais été en contact avec le système de soins. À partir de 1997, le service municipal de santé d'Amsterdam (GG&GD) distribue également de la méthadone dans le bureau de police de Warmoestraat.

Dans la plupart des villes où des projets de ce type ont été montés, l'absence de données ne permet pas de savoir si les rencontres ont effectivement donné lieu à une prise de contact avec le système de soins. En revanche, cette méthode se révèle efficace pour une meilleure connaissance des scènes de la drogue, pour l'information des usagers et pour des actions d'aide de base comme la distribution de préservatifs.

Accueil de jour – accueil de nuit (*Dagopvang – nachtopvang*)

Dans dix villes, des infrastructures d'accueil de nuit contribuent à réduire les nuisances, en plus des dispositifs ordinaires d'aide sociale. Près de 650 personnes s'y présentent. La plupart doivent quitter les abris de nuit au matin.

L'accueil de jour a connu un développement nettement plus important et inattendu, même en dehors d'un financement SVO. En 1999, on compte une vingtaine d'abris de jour répartis sur quinze villes SVO. Dans six d'entre elles, l'abri de jour comprend également un espace d'usage (voir ci-dessous).

Initialement, cet accueil de jour visait un double objectif :

- un objectif de soin : contacter les usagers les plus démunis en créant un dispositif d'accueil capable de proposer une assistance primaire et d'orienter vers des programmes de traitement,
- un objectif de répression : retirer les usagers de la rue où leur usage, le deal et parfois leur simple présence « irritent » les non-usagers.

Le soin se limite ici à un accueil et à une assistance élémentaire (café, sandwich, habits de rechange, douche, etc.). Cet objectif « bas seuil » est dans la ligne d'une politique de limitation des risques qui tente d'établir le contact avec les usagers de drogues au prix d'une réduction des exigences de traitement (l'utilisateur n'est pas tenu de transformer son comportement, d'être abstinent). Il relève en même temps

d'une version modifiée de la politique des nuisances : il tente de réduire les nuisances visibles. Il « retire les usagers de la rue » mais ne leur demande pas, comme les premières notes sur les nuisances l'auraient voulu, de cesser d'être toxicomanes. Le problème des nuisances est traité comme un problème de visibilité des usagers.

Selon l'évaluation de Bröer et Noyon, entre 2 000 et 2 500 usagers de drogues dures utilisent chaque année ce dispositif. La moitié passerait effectivement vers d'autres infrastructures comme les abris de nuit, les logements accompagnés, les projets de travail, les cliniques spécialisées, etc. La fréquentation est particulièrement élevée pour les abris qui incluent un espace d'usage, situés à proximité de la scène de la drogue de la ville et lorsque la police oriente les usagers contactés dans la rue vers ces dispositifs¹⁸².

Ces abris à bas seuil affichent cependant certaines restrictions d'accueil. L'entrée peut ainsi être interdite aux personnes présentant des troubles psychiatriques graves, ayant enfreint une règle institutionnelle ou agressé d'autres clients ou des membres du personnel et aux mineurs (moins de 18 ans). À l'origine, comme tous les projets « nuisances », les abris devaient exclure les usagers étrangers. Selon *Continuité et changement*, les toxicomanes étrangers ne devaient pas bénéficier de la même tolérance que les néerlandais. Dans la pratique, certains abris ont inclus de façon informelle des usagers étrangers en situation irrégulière aux Pays-Bas.

L'évaluation des projets met encore l'accent sur l'importance de l'implication des habitants du quartier (les non-usagers) dans la mise en place de ces lieux d'accueil. Sans cette implication, c'est-à-dire sans débats ou actions d'information, les voisins voient dans le projet une nouvelle source de nuisances plutôt qu'une solution au problème. De plus, ces dispositifs ne sont acceptés par les habitants d'un quartier que sous certaines conditions : ils demandent aux autorités locales des garanties pour que ce dispositif contribue à une amélioration générale de la qualité de vie (*leefbaarheid*) de leur quartier et non à sa détérioration (à Maastricht, le deal a été toléré à l'intérieur même de l'infrastructure pour éviter qu'il ne se déroule à l'extérieur).

Espaces d'usage (*Gebruikruimten*)

Les espaces d'usage sont mentionnés indirectement dans la *Note sur les nuisances* de 1993-1994, lorsque celle-ci fait référence aux expérimentations du quartier de Spangen à Rotterdam. Aucun budget spécifique n'avait été prévu pour ces dispositifs. Il en existe actuellement une dizaine.

Ce sont des lieux (faisant souvent partie d'un dispositif de prise en charge comme un abri) où l'usage de drogues est toléré pour mieux en réduire l'occurrence dans la rue. Dans la plupart de ces « espaces », le personnel offre aussi aux usagers, en

plus d'une pièce où ils peuvent consommer leur drogue, une pause, de la nourriture, une douche et la possibilité de prendre contact avec le système de soins.

Bröer et Noyon ont décrit le manque de consensus entre les acteurs sur l'objectif de ces dispositifs (espaces d'usage et abri de jour). Pour certains, ce sont des solutions temporaires : les usagers contactés finiront par accepter un soin et changer leur mode de vie. Pour d'autres, le but est moins ambitieux : l'usage est toléré même à long terme. Le but est de le réguler, d'en réduire les risques et de diminuer les nuisances « visibles » (parfois, seuls les usagers sans domicile – les plus visibles – sont acceptés, les autres ayant la possibilité de consommer chez eux).

La fréquentation exacte des espaces d'usage n'est pas connue. Certains estiment que 200 personnes par jour et 1 000 par an utilisent ces espaces. Selon Bröer et Noyon, ces chiffres ne constituent pas l'indice d'une approche plus efficace de la population toxicomane par le système de soins. En effet, ils avancent (sans chiffres à l'appui) que la majorité des visiteurs de ces espaces d'usage sont déjà connus des services de soins et de la police. Ils suggèrent ainsi que ces dispositifs ne servent pas réellement l'objectif de la politique des nuisances – mettre en contact des usagers isolés avec le système de soins.

Par exemple, l'espace d'usage de Maastricht succède à diverses initiatives destinées à contenir les usagers et les dealers après la fermeture en 1994 du « parc aux aiguilles », une scène ouverte de la drogue particulièrement fréquentée. En 1997, un « espace d'usage » est créé dans une grande villa proche du poste de police. L'usage y est officiellement toléré. Soixante visiteurs sont enregistrés et 25 d'entre eux viennent quotidiennement.

L'entrée du bâtiment est très surveillée, comme l'ont exigé les habitants du quartier, et la police y effectue des « rondes » plusieurs fois dans la journée. Une fois à l'intérieur, l'usager peut consommer son produit (à fumer ou injecter) dans des salles réservées à cet usage. Ils disposent également de services d'accueil plus classiques (douche, vente de café et sandwiches, repas chauds, linge propre, lieux de rencontre, etc.). Des sorties sont également organisées par l'équipe du centre. Un projet de travail a été initié en coopération avec la police : les usagers ramassent les seringues et les détritres dans les parcs de la ville une fois par semaine. En échange, ils reçoivent un repas gratuit et 10 florins payés par l'espace d'usage.

Il est prévu d'ouvrir un deuxième espace car le premier est jugé trop petit par les soignants et les usagers. Cela permettrait également de séparer les fumeurs des injecteurs (à l'heure actuelle, la moitié des usagers sont injecteurs et certains fumeurs semblent passer à l'injection après quelques semaines de visites à l'abri).

Les habitants du quartier se sont d'abord opposés à la création de ce centre et ont considérablement retardé son installation à l'endroit prévu. Ils ont imposé certaines conditions : entre autres, la localisation près du poste de police et au bord d'un terrain

182. Bröer et al., 1999, p. 36.

militaire (en marge d'un quartier résidentiel). Il a été également exigé que les usagers n'utilisent pas le jardin derrière le centre, évitant ainsi d'être vus et entendus par les voisins¹⁸³.

À Rotterdam, le Pauluskerk, l'église protestante du révérend Visser, constitue également un espace d'usage. Sa situation est différente de celle de Maastricht notamment du fait de la spécificité du lieu et de son propriétaire (cette église accueille des usagers de drogues et des personnes étrangères en situation irrégulière). Autre particularité : un dealer « *bona fide* » se tient à l'entrée de l'espace d'usage. Il garantit la qualité des produits qu'il vend aux visiteurs et pratique normalement les mêmes prix qu'à l'extérieur. Ce cas ne semble pas unique et beaucoup de soignants se posent la question de leur implication dans la régulation de l'offre¹⁸⁴. Mais tout espace d'usage (comme toute scène de la drogue) attire forcément les dealers et donc les plaintes des habitants. Comme on le voit, l'objectif de moindre visibilité du phénomène n'est pas si facilement atteint grâce à ces espaces d'usage.

Zones de tolérance et aide aux prostituées de rue (*Gedoozones en hulp aan straatprostituees*)

Huit villes SVO ont mis en place des zones de tolérance de la prostitution (activité souvent liée à l'usage de drogues) avec une assistance aux prostituées toxicomanes. L'emplacement de la zone résulte d'une négociation avec le ministère public et les habitants. À cet endroit, les prostituées vont alors bénéficier de services à bas seuil, d'aide sociale, etc. Elles disposent parfois d'espaces pour se prostituer (chambres ou boxes). Ces dispositifs recevraient environ 1 500 femmes par an. Sans savoir si toutes les prostituées toxicomanes sont contactées par ce moyen, le personnel se dit satisfait car, du fait de la gratuité du service, elles sont nombreuses à venir et c'est la seule forme d'aide qu'elles rencontrent¹⁸⁵.

Tout comme les abris de jour, ces zones de tolérance ont parfois rencontré l'opposition des habitants. Il a souvent été difficile de trouver un lieu qui ne soit pas trop éloigné de la scène de la drogue ou de la prostitution (intérêts des usagers) ni trop proche des quartiers résidentiels et commerçants (intérêts des non-usagers).

À Amsterdam, cela a conduit à la création d'une zone si distante du centre – où se situe notamment le marché des drogues – que les prostituées toxicomanes ne l'utilisent pas parce que trop éloignée des dealers. Les intervenants ont alors

183. Entretien avec une soignante à Maastricht, 1999.

184. Cette interrogation rappelle le problème posé par les *coffee-shops* aux villes : les autorités locales qui ont fait le choix de tolérer la consommation et la vente au détail de cannabis se trouvent alors dans une situation paradoxale où le client qui rentre par la grande porte dans le *coffee-shop* et le barman qui lui vend son produit ne seront pas poursuivis ; par contre, le dealer qui vient vendre et le même barman qui achète son stock du même produit sont tous deux en infraction et susceptibles d'être poursuivis.

185. Bröer et al., 1999, p. 42.

ouvert leurs programmes à des femmes prostituées non toxicomanes. À Heerlen, la zone de prostitution prévue est séparée du reste de la rue par un mur, mais les prostituées ne peuvent toujours pas l'utiliser du fait de l'opposition des habitants.

Finalement, plus la zone est proche du marché des drogues, plus elle marque l'achèvement d'un consensus entre les personnes concernées, usagers et non-usagers.

Logements avec suivi (*Begeleid Wonen*)

En 1999, Bröer et Noyon dénombrent 26 projets de logements avec suivi, pratiquement un par ville, financés par le budget SVO. De 250 à 450 usagers utilisent chaque année ces lieux.

Initialement, ces projets tentaient de préparer les usagers à une vie autonome, ce qui signifiait entre autres l'arrêt de la toxicomanie. Leur ambition a été révisée à la baisse. Ils visent dorénavant une semi-autonomie, l'usage de drogues pouvant être maintenu sans que cela soit considéré comme une infraction aux règles élémentaires de vie collective dans ces dispositifs. Ils ne fonctionnent donc pas comme des programmes de fin de circuit de soin pour usagers abstinentes, mais comme des lieux où des personnes qui ne sont pas encore prêtes à entamer un traitement pour leur toxicomanie peuvent tout de même apprendre à vivre en collectivité. Des animateurs vivent sur place ou visitent régulièrement ces lieux.

Ce type de dispositif s'est toujours heurté à un problème : les usagers restent plus longtemps que prévu et ces longs séjours font qu'il y a actuellement des listes d'attente.

Ces dispositifs sont longs à mettre en place : ils rencontrent l'opposition des voisins et des organismes qui gèrent les logements sociaux. La coopération des premiers est obtenue en échange de garanties d'une surveillance de la part de la police et des soignants. Pour obtenir celle des seconds, il a fallu les convaincre de l'intérêt pour eux de consacrer quelques appartements à un projet de « logement avec suivi » parce qu'ils pourront ainsi expulser des locataires difficiles tout en les orientant vers ce dispositif¹⁸⁶.

Projets d'apprentissage et de travail (*leer-werkprojecten*)

Les projets d'apprentissage et de travail existent dans quinze villes.

Initialement, le but était de préparer les participants à la vie professionnelle par une formation ou une expérience de travail. Mais très peu trouvaient une activité ou un travail bénévole (10 sur 700 selon Bröer et Noyon). La plupart d'entre eux

186. Bröer et al., 1999, p. 58-60.

restaient longtemps dans le programme ou passaient vers d'autres dispositifs¹⁸⁷.

Selon la *Note sur les nuisances*, ces projets étaient conçus comme la dernière étape (de même que le logement accompagné) d'une trajectoire de soins. Ils visaient les ex-usagers qui s'engageaient à être abstinentes au travail comme dans le reste de leur vie. Le programme leur assurait une (ré)intégration plus facile et plus rapide sur le marché du travail.

Dans la pratique récente, des projets ont été mis en place pour des usagers de drogues qui n'avaient aucune intention de devenir abstinentes. Le travail y est ponctuel et sert parfois à financer l'usage (réduit ?). On s'attend alors à ce que l'intégration sociale facilite la gestion et la réduction de l'usage de drogues. Ces projets initialement à haute exigence, sont devenus à bas seuil.

Le cas du programme de travail à bas seuil Top Score établi par Nora Storm à Rotterdam est assez typique. Le travail demandé aux (ex-)usagers consiste le plus souvent en un nettoyage des rues du quartier. Les employés sont payés 50 florins par jour (environ 150 francs) mais, pour satisfaire la demande de travail, ils ne peuvent travailler tous les jours (un roulement est instauré).

C'est moins l'intégration sociale des usagers qui est visée que la volonté de réconcilier les non-usagers et les usagers d'un quartier en amendant les représentations collectives (en montrant des usagers au travail) ou, plus directement, en réduisant les nuisances que ces personnes causeraient si elles n'étaient pas occupées à travailler. Le fait de les employer sur la voie publique (forte visibilité ; ils sont habillés en orange) et à des tâches d'utilité publique pour le quartier (nettoyage des espaces publics) y est également pour beaucoup.

Centres d'enregistrement des plaintes (*Meldpunten*)

Les points d'enregistrement des plaintes ont été créés après la publication de la *Note sur les nuisances* de 1993-1994, en partie à l'aide d'un financement du SVO. Parmi les 26 villes SVO, 6 ont développé 20 centres d'enregistrement (Amsterdam en a 11 – un dans chaque arrondissement de la ville – et Groningen 5). Le but de ces dispositifs est d'enregistrer les plaintes des citoyens concernant les nuisances et de définir des mesures destinées à limiter ces nuisances.

La plupart des centres d'enregistrement sont dirigés par un réseau d'acteurs différents : police, ville, soignants, coopératives de logement social, GGD mais aussi usagers et non-usagers¹⁸⁸.

Concrètement, c'est en mettant en contact les différentes personnes concer-

nées que les centres amorcent l'intervention destinée à supprimer les nuisances. Auteurs et victimes de celles-ci font l'objet d'une visite, souvent de la part d'un soignant accompagné d'un policier. Une pression est donc exercée dès le départ. Si l'auteur des nuisances est un toxicomane, une offre de soins lui est faite. Il peut même être menacé d'expulsion ou de poursuite pénale. Comme le remarquent Bröer et Noyon, les institutions et les pouvoirs publics interviennent de façon non pas successive et complémentaire (*keten*) mais plutôt cumulative (*bundel van krachten* : accumulation de forces) pour inciter la personne responsable des nuisances à modifier son comportement et à initier un soin (s'il est toxicomane ou souffre de troubles psychiatriques).

Du côté des non-usagers, les centres ne se contentent pas d'enregistrer leurs plaintes (alors que les *meldpunten* sont le plus souvent utilisés par les citoyens pour sommer les autorités et les professionnels à agir). Ils encouragent également les citoyens mécontents à participer à l'élaboration d'une solution au problème. Il en résulte souvent une forte incompréhension de la part des plaignants qui s'attendaient à ce que le problème soit tout simplement éliminé.

Les *meldpunten* font partie de la gamme des outils de communication entre autorités locales et citoyens. Selon Bröer et Noyon, les politiques et les fonctionnaires qui déterminent les lignes d'action sont attentifs au fait que lorsque les autorités ne prennent pas au sérieux une nuisance ressentie par les citoyens, ceux-ci sont capables de tenter de résoudre eux-mêmes leur problème. C'est pourquoi les villes ont considéré qu'il était important de savoir exactement de quoi se plaignaient les citoyens et de leur montrer que les autorités « faisaient quelque chose » pour améliorer la situation. Les citoyens sont parfois impliqués dans l'élaboration de la solution.

On a cependant noté une certaine dérive de ces centres. Alors qu'à l'origine ils étaient destinés à l'enregistrement des nuisances causées par l'usage de drogues, on a constaté que la plupart des plaintes concernaient en fait un phénomène qui n'était qu'indirectement ou pas du tout lié aux drogues : le bruit. Les auteurs des nuisances n'étaient pas des toxicomanes mais des personnes manifestant un trouble psychiatrique. Les centres furent donc rebaptisés « centres pour l'enregistrement des nuisances extrêmes »¹⁸⁹.

Participation « militante » des non-usagers

À partir de deux exemples, le premier à Rotterdam et le second à Eindhoven, nous voudrions montrer à quoi peut ressembler concrètement l'intervention des non-usagers dans la mise en place d'un projet de soin aux toxicomanes. Des projets d'espace d'usage ou de zone de tolérance ont parfois donné lieu à une forte mobi-

187. Bröer et al., 1999, p. 61.

188. On distingue en fait les *meldpunten* destinés aux plaintes de citoyens des « centres de coordination » (*regelpunten* ou *coördinatiepunten*) réservés aux professionnels et aux autorités.

189. Bröer et al., 1999, p. 29.

lisation des habitants du quartier. Ces actions, quelquefois violentes, ont conduit les promoteurs des projets à de longues négociations qui se sont souvent soldées par un échange : des garanties pour les habitants contre leur coopération minimale.

Ces mobilisations pourraient bien se faire de plus en plus nombreuses car on assiste, ces dernières années, à une articulation croissante entre la politique des nuisances et les politiques (très décentralisées) de gestion des quartiers, de renouveau social, des grandes villes et de la sécurité. Les compétences d'intervention en matière de nuisances sont passées des régions aux municipalités, puis aux quartiers.

L'exemple du quartier de Spangen à Rotterdam

À deux reprises, les habitants de ce quartier de Rotterdam se sont mobilisés contre la présence d'usagers et de dealers dans leur voisinage¹⁹⁰. À la fin des années quatre-vingt, des habitants et les intervenants classiques ont monté un projet, appelé *Spangen Sûr* dont l'objectif était notamment de lutter contre la présence des dealers et des toxicomanes qui squattaient les immeubles laissés vides par un projet de rénovation. Vers 1992, le nombre d'immeubles utilisés par ceux-ci est ainsi passé de 120 à 15. Un processus de négociation a été mis en place avec les dealers et les usagers restants afin de créer un espace d'usage avec un dealer attiré toléré par les membres de *Spangen Sûr*. Mais vers l'été 1993, cette expérimentation, jusque-là tenue secrète (car officiellement inadmissible à l'époque), a été dévoilée au public. La majorité des habitants qui n'avait pas participé à l'expérience de *Spangen Sûr* s'est révoltée et il a fallu abandonner cette initiative.

Fin 1994, la fermeture du *Perron Nul*, la célèbre scène ouverte de la drogue de Rotterdam, fut à l'origine d'un accroissement soudain du nombre d'usagers dans le quartier. Le trafic dans les immeubles pris un nouvel essor tandis que les touristes de la drogue découvraient les charmes toxiques de Spangen, devenu le « centre du (petit) deal de Rotterdam ». Un nouveau groupe d'habitants se forma – « Groupe de Spangen sans drogue » (*Kerngroep Spangen Drugsvrij*) – et organisa des manifestations (dans la rue mais également devant la mairie de Rotterdam). Des voitures de touristes furent endommagées, les accès aux immeubles de deal bloqués, des rues barrées, et ainsi de suite. Un conflit se déclara entre les citoyens militants d'un côté et la police, les autorités municipales et les « autres » habitants de l'autre. Relaté par les médias, il provoqua une chute des prix de l'immobilier dans le quartier. Le groupe *Spangen sans drogue* devenait dès lors nuisible aux intérêts qu'ils prétendaient défendre. Cette publicité négative était en effet « une petite catastrophe » pour un quartier déjà sinistré.

Cette flambée de violence, malgré tous ses effets négatifs, « réussit tout de même

190. Nous suivons le récit d'une journaliste : Wietsma, 1998b.

à attirer l'attention des politiques », ce que les actions non-violentes des années précédentes n'étaient pas parvenues à faire.

Parallèlement, et c'est peut-être plus surprenant encore, les militants de Spangen changèrent d'attitude à l'égard des usagers : « *Nous avons fait en tant qu'habitants la même expérience de l'inutilité de la répression que le gouvernement a faite au niveau national.* » Ils ont alors participé à l'expérimentation collective sur les drogues avec l'objectif « pragmatique » de gérer et non de « lutter contre » les nuisances, objectif qui ne peut être atteint que grâce à la coopération entre les divers acteurs.

Le groupe de militants a alors mis en place un lieu d'accueil doté d'un espace d'usage : les logements sociaux ont fourni un immeuble et le service municipal de santé de quoi l'équiper. Ce lieu a ouvert ses portes en octobre 1995, soit six mois après les premières manifestations violentes du groupe *Spangen sans drogue*. Il est destiné aux usagers du quartier, ceux-là mêmes que les promoteurs avaient appris à connaître au cours des événements. Les conditions d'accès à l'abri font appel, en échange de l'assistance qui lui est offerte, à la responsabilité de l'utilisateur : celui-ci ne doit plus être « visible », doit acheter sa drogue au dealer attiré, dormir à l'abri, y prendre un repas chaud par jour, etc.

Que retenir des fortunes fort diverses de ces deux initiatives, pourtant si proches (espace d'usage avec dealer attiré) ? L'échec de la première tient en grande partie au fait qu'elle n'a pas fait l'objet d'une consultation de la majorité des habitants alors que le groupe responsable de la seconde était plus représentatif de la population du quartier. Ce n'est donc pas tant son contenu qui a joué dans le succès du second projet mais plutôt le processus de négociation. Celui-ci a en effet été capable d'inclure dans une même discussion des non-usagers, des usagers, des soignants et des policiers – en somme, tous les acteurs concernés.

L'exemple d'Eindhoven

L'implication des habitants d'Eindhoven, telle qu'elle est décrite par Van Oort (1999), est différente à plusieurs égards.

Après que la police d'Eindhoven eut recensé environ 70 usagers sans abri, source de considérables nuisances nocturnes, la création d'un abri de nuit pour toxicomanes fut décidée. Le choix de son emplacement par les services municipaux suscita de nombreuses critiques de la part des habitants. Plusieurs réunions furent organisées ainsi que des visites de dispositifs similaires dans la région. La ville s'efforça de donner une réponse aux diverses réclamations et les habitants du quartier finalement retenus reçurent des garanties sérieuses de la part des autorités locales. Celles-ci s'engagèrent ainsi à mettre en place tout un dispositif de « contrôle » autour de l'abri (surveillance, éclairage,

numéro d'urgence, enregistrement des plaintes) et à entreprendre dans le quartier des travaux d'amélioration de la qualité de vie (par l'aménagement de jardins, entre autres).

Le centre a ouvert ses portes en novembre 1997.

Selon les acteurs néerlandais, le succès de cette initiative résulte en grande partie du « processus politique » qui a été mis en place. Par le biais des organisations de quartier, qui leur ont servi de « caisse de résonance », les habitants ont pu faire entendre leurs réclamations. Ils en ont retiré le sentiment d'être « pris au sérieux ». Parallèlement s'est établi un système de communication directe entre la police, la municipalité, les organisations de quartier et les autres acteurs concernés, notamment grâce à la mise en service de numéros d'alarme (*meldpunten*). Cette communication s'est accompagnée de garanties « claires comme du cristal » quant à la sécurité des habitants.

Bilan des deux expériences

On s'aperçoit que les deux mobilisations, à Rotterdam et à Eindhoven, ont débouché sur un échange de garanties, ce qui a permis de contourner l'obligation de consensus : les parties impliquées dans la négociation n'ont pas eu à renoncer à des idées, des intérêts et des représentations qui continuent parfois à diverger. De part et d'autre, des limites sont définies, acceptées et protégées. Le succès de ces expériences semble donc devoir être attribué à un processus de recensement des réclamations ainsi que des risques encourus par les différents acteurs, puis d'un échange de garanties afin de protéger ceux-ci les uns des autres. Ces garanties seront non seulement la condition de l'installation du dispositif de prise en charge des toxicomanes, mais aussi un gage de sa survie en prévoyant dès le départ la gestion des problèmes voués à se présenter au quotidien. L'anticipation de ces problèmes doit aussi faire partie de la négociation préalable. Une évaluation de ces initiatives gagnerait à prendre en compte les récits de mobilisation des différents acteurs afin de voir quelles transformations du projet et des représentations individuelles elles ont suscité et à quelles conditions.

4 - EXPÉRIMENTATION SUR LA DISTRIBUTION, SUR PRESCRIPTION MÉDICALE, D'HÉROÏNE

L'expérience de distribution sur prescription médicale d'héroïne menée aux Pays-Bas depuis 1996 contraste avec les expérimentations décrites plus haut. Cet exemple laisse ainsi deviner l'existence de pratiques différentes mettant en œuvre des processus politiques eux aussi différents.

Tout d'abord, les dirigeants de cette expérience refusent d'être assimilés aux projets SVO et de définir leur but comme étant la réduction des nuisances (objectif trop peu « scientifique » selon eux). C'est pourtant à leur espoir de le voir entraîner une réduction des nuisances liées aux drogues (voir p. 58 *sq.*) que tient l'impatience avec laquelle municipalités et autres intervenants locaux attendent l'extension de ce programme.

Cette expérimentation sur l'héroïne s'inscrit dans deux histoires. D'une part, elle est dans la lignée des expérimentations menées à Amsterdam sur la morphine, la méthadone (à faible puis haute dose) et le palfium¹⁹¹. D'autre part, la prescription d'héroïne apparaît, tout comme les projets SVO, à la suite de la controverse de 1993-1994 sur l'efficacité du système de soins et ses méthodes d'évaluation. Cependant, la réponse à la controverse est différente : les promoteurs du projet héroïne ne vont pas chercher à concilier les objectifs de soins et de réduction des nuisances (transformation du soin), mais à améliorer l'efficacité du soin selon des critères scientifiques internationaux (transformation de l'évaluation du soin). L'expérience de prescription d'héroïne se veut une expérience scientifique modèle. Ses promoteurs ne cherchent pas à établir des critères partagés avec les électeurs ou le ministère de la Justice, par exemple. C'est la reconnaissance internationale qu'ils visent. Le cercle des experts se trouve alors restreint aux dirigeants du système de soins néerlandais et aux scientifiques néerlandais de renommée internationale.

L'expérimentation sur l'héroïne semble donc s'inscrire dans une série de projets différente de celle décrite précédemment. L'objectif de ces autres projets serait l'amélioration de la qualité du soin, ce qui impliquerait d'une part l'adaptation d'un modèle industriel de management pour définir la trajectoire du client (rationaliser le processus de soin) et, d'autre part, la révision des méthodes d'évaluation (rigueur méthodologique très poussée et association de pairs).

Pour la plupart, ces projets n'ont pas encore été mis en œuvre. Ils constituent toutefois un deuxième type de réponse à la critique parlementaire de 1993 sur les « lacunes » du soin : la politique des nuisances avait recherché le moyen de concilier les critères du dispositif sanitaire avec d'autres critères hétérogènes ; ici, les dirigeants du système de soins veulent trouver des critères autonomes (« purement scientifiques ») pour défendre la qualité du travail de ce système.

De tous ces projets, nous ne décrivons ici que l'expérience sur la prescription médicale d'héroïne.

Les résultats de l'expérimentation sur l'héroïne sont confidentiels et les commentaires critiques sont interdits aux (ex-)employés par leur contrat de travail. Ainsi, très peu de données existent sur cette expérimentation à part ce qu'en disent les

191. Voir sur ces sujets : Derks, 1987 et 1997 ; Korf, 1995 ; Van Brussel, 1991, 1997 et 1998.

personnes qui la dirigent ou les textes scientifiques et officiels. Ce secret jalousement gardé caractérise l'expérimentation sur l'héroïne et la distingue des projets SVO. Décrivons brièvement la controverse sur la prescription d'héroïne, selon les données limitées dont nous disposons.

L'expérimentation de la prescription d'héroïne : description officielle d'une controverse

Depuis le début des années quatre-vingt, le GG&GD et certains membres de l'administration de la mairie d'Amsterdam ont tenté d'obtenir les autorisations nécessaires pour faire une expérimentation sur l'héroïne. Au milieu des années quatre-vingt, seule une expérience avec de la morphine a été autorisée (voir Derks, 1987). Finalement, en 1994, une commission scientifique est réunie par le Conseil de santé des Pays-Bas afin de produire un rapport sur les données scientifiques internationales sur l'efficacité de la prescription d'héroïne.

La conclusion de ce rapport a établi les conditions d'une « distribution sur prescription médicale » d'héroïne pour des toxicomanes. L'objectif implicite de ce texte est de démontrer qu'une telle expérimentation est suffisamment fondée scientifiquement pour que le gouvernement qui l'autorise ne soit pas accusé d'imprudences. Un second objectif, plus explicite, est d'établir la distinction entre d'un côté la « prescription » d'héroïne qui serait politiquement acceptée et, de l'autre, des formes de distribution inacceptables, comme les expérimentations « pragmatiques » de distribution libre (*free supply*) et la délivrance à grande échelle de méthadone. La prescription d'héroïne ne serait ni « libre », ni à grande échelle. Elle serait réservée à un « petit » groupe d'usagers « extrêmement problématiques » pour lesquels une prescription de méthadone n'a pas eu d'effets positifs. Le terme de « prescription » souligne que ce programme de distribution d'héroïne serait strictement (médicalement) contrôlé. Le rapport se prononça en faveur d'une telle expérimentation¹⁹².

Dans *Continuité et changement*, le gouvernement a soutenu les recommandations du rapport pour initier une expérience de prescription d'héroïne. De plus, il a défini le groupe cible comme étant composé d'héroïnomanes âgés, avec une longue carrière de toxicomanie derrière eux et peu de perspectives sociales. En décembre 1996, le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports a institué le Comité central sur le traitement des héroïnomanes (CCBH) et a demandé à cette commission, dirigée par Jan van Ree, psychopharmacologue de l'Université d'Utrecht, de mener l'expérimentation.

Avec la constitution du CCBH, la controverse sur la prescription de l'héroïne est passée au stade suivant. La question n'est plus « *est-ce qu'une expérimenta-*

tion sur l'héroïne doit être menée ? » mais « *dans quelles conditions doit-elle être menée ?* »¹⁹³. Les réponses développées par le CCBH insistent sur des critères d'excellence cliniques et épidémiologiques institutionnalisés, c'est-à-dire décrits dans des réglementations européennes et internationales. Cette volonté d'« hyper-scientificité » s'explique également par des raisons politiques et par le fait que les promoteurs du projet devaient convaincre le Parlement, notamment le VVD, les libéraux-conservateurs.

Les conditions de l'expérimentation

En 1997, le Comité central sur le traitement des héroïnomanes (CCHB) présente les conditions d'une étude sur les effets de la distribution combinée, sur prescription médicale, d'héroïne et de méthadone à des héroïnomanes chroniques¹⁹⁴.

Les objectifs de la recherche sont définis comme suit :

- comparer les effets de l'héroïne et de la méthadone prescrites pour 6 et 12 mois ;
- évaluer l'effet de l'arrêt de la prescription de l'héroïne après 6 et 12 mois ;
- évaluer l'effet du traitement sur la satisfaction des patients (satisfaction quant aux procédures des différents produits et à l'effet du traitement) ;
- générer des hypothèses sur l'indication médicale de la prescription d'héroïne.

L'efficacité du traitement sera mesurée d'après l'état de santé (somatique et psychiatrique) du patient, son intégration sociale (changement dans la situation de logement, d'emploi, judiciaire, activités non liées aux drogues, etc.) et son usage de drogues illicites (évalué par l'ASI et des analyses urinaires et, pour leur statut psychiatrique, par le Composite International Diagnostic Interview, CIDI). On remarque donc que la réduction des nuisances ne fait pas partie de cette liste.

Le modèle expérimental choisi est celui de l'essai randomisé. Les usagers d'héroïne retenus seront alors divisés en trois groupes : l'un recevra de l'héroïne plus de la méthadone pendant 6 mois ; les autres recevront seulement de la méthadone pendant également 6 mois (groupes de contrôle). Tous les 6 mois, un de ces groupes accèdera à la prescription de l'héroïne + méthadone¹⁹⁵. De cette manière, les expérimentateurs peuvent promettre aux usagers qu'ils recevront tous au moins 6 mois d'héroïne – une condition qui permet d'obtenir la coopération d'un nombre considérable de participants potentiels (même s'ils ne savent pas au départ s'ils auront de l'héroïne pour 12 ou seulement 6 mois).

193. Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 1997, p. 1.

194. *Ibid.*, p. 11.

195. La méthadone est prescrite en même temps que l'héroïne pour prévenir le syndrome de manque quand l'héroïne n'agit plus. Le groupe qui reçoit de l'héroïne reçoit alors toujours également de la méthadone.

192. Van den Brink, 1995.

Cette méthode est jugée la plus adaptée car elle permet de contrôler les biais de sélection et de tester au mieux l'hypothèse d'une relation de cause à effet entre la drogue prescrite et le comportement. Par ailleurs, un essai en double-aveugle avec un *placebo* était impossible (problème éthique notamment).

Le choix des patients ciblés par cette recherche a fait l'objet de débats difficiles. Finalement, les critères d'inclusion retenus définissent une population dont l'addiction est confirmée et qui a épuisé sans succès les possibilités du système de soins actuel (être dépendant à l'héroïne suivant les critères du DSM-IV et être réfractaire au soin¹⁹⁶). Les sujets doivent également remplir une série de conditions : avoir au moins 25 ans ; être résident légal aux Pays-Bas ; avoir le désir et la possibilité de participer au traitement pour la durée de la recherche et des différentes procédures d'évaluation ; accepter de venir au moins trois fois par semaine au centre ; signer un formulaire de consentement informé.

Parmi les critères d'exclusion figurent la manifestation de troubles médicaux ou psychiatriques sévères, d'un comportement violent ou agressif, le fait de ne pas pouvoir suivre régulièrement et suffisamment longtemps le traitement (pour cause d'emprisonnement ou de maladie mortelle telle que le Sida), d'être enceinte, d'être principalement dépendant à un autre produit que l'héroïne, d'avoir connu dans la dernière année une période d'abstinence à l'héroïne d'au moins 2 mois ou encore d'en consommer plus de 1 000 mg par jour. Une partie de ces critères a été prévue « pour éviter toute interférence avec la bonne marche de l'expérimentation ». Mais ils permettent également d'exclure de l'expérience les usagers délinquants ou auteurs de nuisances.

La multiplicité des critères – même vagues et sujets à interprétation – est considérée comme une preuve de scientificité.

L'exclusion de personnes pouvant faire obstacle à la bonne marche de l'expérimentation est confirmée par la procédure de recrutement. Le premier niveau de sélection est effectué par l'équipe du centre méthadone. Les chercheurs se chargeront ensuite de sélectionner les patients les plus motivés (sur la base d'entretiens) et les plus adaptés aux critères de recrutement.

Tous ces éléments ont été définis avec énormément d'attention et bénéficient d'expertises tant nationales qu'internationales. Outre l'exigence d'une scientificité maximale pour valider la qualité de la recherche, il semble que cette scientificité serve aussi à protéger l'étude des débats (politiques) internationaux qui risquent à tout moment de la remettre en cause. Tout est prévu pour que les scientifiques,

196. C'est-à-dire répondre à tous les critères suivants : 1) présenter une dépendance depuis au moins 5 ans, 2) avoir reçu un minimum de 60 mg de méthadone par jour pendant un mois sans interruption durant les 5 dernières années, 3) être enregistré et en contact avec les services dispensant de la méthadone durant la dernière année, 4) être chroniquement dépendant à l'héroïne et ne pas avoir été traité avec succès dans un programme méthadone, 5) consommer de l'héroïne (presque) tous les jours, 6) consommer de l'héroïne par inhalation ou injection.

plus particulièrement les responsables du CCBH, soient désignés comme les seuls experts légitimes sur cette expérimentation.

Cependant, tout cela n'est possible que si les intérêts des autres personnes concernées sont pris en compte (sinon, nous assisterions à une opposition similaire à celle rencontrée par tout dispositif destiné à accueillir des usagers de drogues). Des précautions concernant la sécurité et l'ordre publics ont été précisées dans le protocole (mesures pour le stockage et la délivrance d'héroïne, consommation sur place uniquement, etc.). Mais à la différence des projets SVO, le but est ici moins la coexistence dans un même espace d'acteurs aux intérêts contradictoires que la délimitation d'un espace d'autonomie, protégé des incursions des politiques notamment.

Des critiques ont porté sur l'aspect « hyper-scientifique » de l'expérimentation et sur sa « rigidité ». L'importance de ce protocole pour la qualité de la recherche n'est pas remise en cause. Certains regrettent plutôt l'écart entre cette expérience très contrôlée et l'idée que les acteurs de la réduction des risques d'Amsterdam se faisaient d'une prescription d'héroïne. Selon eux, elle aurait dû servir à supprimer ou à réduire le caractère illégal des drogues et à permettre ainsi aux usagers un accès plus facile à ces substances. Cette expérimentation scientifique et politique ne facilite pas l'accès aux usagers ni aux drogues ni aux processus d'élaboration et d'évaluation de ce projet expérimental.

Développements récents de l'expérimentation sur l'héroïne

Où en est aujourd'hui cette expérimentation ?

En septembre 1997, le Parlement néerlandais a approuvé la première phase de l'expérimentation scientifique avec 150 participants, dont 50 recevront de l'héroïne pendant 3 mois. En novembre, il a été décidé que cette première phase se déroulerait à Amsterdam et Rotterdam (date de commencement effectif : juillet 1998).

En janvier 1998, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS- *International Narcotics Control Board*) a confirmé les estimations du volume d'héroïne utilisé par le CCBH pour cette expérimentation (maximum d'un gramme par jour et de 400 mg par dose).

Les trois premiers mois d'étude ont montré que les critères de faisabilité de la distribution d'héroïne et la compatibilité du programme avec les exigences de maintien de l'ordre et de la sécurité publics étaient respectés. Le succès de cette première phase a alors justifié l'accord du Parlement pour poursuivre l'étude à partir de février 1999 et l'étendre à un groupe composé au total de 750 personnes. Les villes prévues pour cette extension sont Maastricht/Heerlen, La Haye, Utrecht et

Groningen.

Les informations les plus récentes signalent un retard dans la mise en route du projet dans les trois dernières villes (Heerlen respecterait le calendrier) alors qu'au 1^{er} août 1999, 100 personnes étaient concernées par la distribution d'héroïne à Amsterdam et 92 à Rotterdam¹⁹⁷.

Les résultats définitifs de l'étude, initialement prévus pour 2001, seront probablement repoussés de quelques mois du fait du retard signalé. Dans l'attente de l'évaluation de l'expérience, les informations disponibles restent très parcellaires.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

Les 17 projets présentés dans ce chapitre ont tous pu offrir l'occasion de mettre en place une coopération entre soin et répression. Il n'a cependant pas été évident de concilier ces activités à visées contradictoires. L'équilibre obtenu reste parfois instable. Brøer et Noyon le soulignent dans leur évaluation officielle : lorsqu'un soignant est remplacé par un autre, lorsqu'un policier part à la retraite, l'entente difficilement obtenue entre les divers acteurs est souvent remise en cause.

De quoi dépend alors l'efficacité de ces formes de coordination entre soin et répression ?

Tout d'abord, à côté des acteurs classiques, il semble que la coopération des usagers et des non-usagers soit déterminante : ils doivent participer à la définition même du soin, de sa forme et de sa localisation en même temps qu'à la définition de ses objectifs et de la politique qu'il met en pratique. Nous l'avons vu, les soins sous contrainte semblent être plus efficaces s'ils visent l'implication des usagers dans le traitement et des projets à bas seuil ont été mis en place en intégrant les non-usagers (les voisins) dans le processus d'élaboration.

Ensuite, la qualité de la représentation des usagers et des non-usagers a été améliorée par l'échange de garanties entre tous les acteurs : autorités, soignants, ministère de la Justice, police, autorités locales, citoyens non-usagers et usagers. Il semble finalement y avoir une distribution des exigences et des risques entre tous ces acteurs. Les risques encourus par le ministère de la Justice par exemple sont autant de garanties pour les soignants et les usagers dans le cas du SOV. Dans la deuxième série de projets, les garanties distribuées cette fois aux non-usagers permettent de leur signifier qu'ils sont pris au sérieux. Finalement, le projet définit tout autant les modalités de la prise en charge des usagers que les conditions d'existence de personnes ayant des objectifs et des représentations du problème différents. C'est peut-être une des nouveautés de la politique des nuisan-

ces par rapport aux politiques précédentes : le besoin ou la volonté de représenter simultanément des intérêts contradictoires pour maintenir la qualité de vie collective en société. Il est difficile de cerner les éléments qui ont pu « forcer » les dirigeants à modifier leur attitude en ce sens. Ce n'est pas forcément le seul problème des nuisances qui a entraîné cette modification mais peut-être aussi des éléments contextuels (modifications budgétaires, critiques internationales, hostilité interne, critique interne du système de soins ou de la politique des drogues en général, etc.).

L'expérimentation sur la prescription d'héroïne semble appartenir à une autre série de projets, encore peu visibles, dans lesquels la représentation des usagers et des non-usagers ne paraît pas prioritaire. Le débat tourne essentiellement sur la validité scientifique du projet. Mais celui-ci n'en est qu'au stade de l'expérimentation. Il est difficile de prédire si et de quelle façon il se haussera au statut de dispositif permanent. Il se trouve aussi que ce projet dépasse de loin le cadre national et ne pourra éviter de faire l'objet d'un examen attentif de la part des pays et des experts étrangers.

197. Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1999, p. 17-18.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le rapport *Continuité et changement* de 1995, sur l'initiative de différents ministères, propose un bilan de la politique néerlandaise des années antérieures, à savoir, essentiellement, la politique de réduction des risques et celle de la séparation des marchés. À l'étranger, ces aspects sont les plus connus et ceux jugés les plus représentatifs de la politique néerlandaise. Le bilan de ces politiques présenté dans le rapport est globalement positif, mais les auteurs font également apparaître un certain nombre d'effets négatifs ou encore des évolutions récentes du phénomène qui nécessitent une adaptation de la part des autorités. C'est sous le terme de « complications et tendances nouvelles » qu'ils classent la question des nuisances, de la criminalité organisée autour du trafic et des effets transfrontaliers critiqués à l'étranger.

Les mesures annoncées par *Continuité et changement* pour les quatre années suivantes s'alignent sur le constat que les résultats relativement satisfaisants de la politique néerlandaise ne justifient pas une remise en cause radicale de celle-ci, mais que les « complications et tendances nouvelles » appellent des ajustements de cette politique. Cette approche sera d'ailleurs reprise fidèlement en 1996 par le Collège des procureurs généraux lors de la rédaction des nouvelles directives en matière d'investigation et de poursuites des infractions à la loi sur l'opium.

L'analyse d'autres documents néerlandais montre que les raisons des infléchissements de la politique des drogues dans le pays sont plus nombreuses que ne le laisse supposer *Continuité et changement*. La diversité des causes rend finalement le changement incontournable. Certes, les critiques extérieures sont nombreuses et parfois virulentes, tout particulièrement à l'encontre des *coffee-shops*. Mais des notes gouvernementales et des articles néerlandais révèlent que la controverse est également interne (ce que *Continuité et changement* évoque à peine). L'existence des *coffee-shops* et des centres de prise en charge est de plus en plus mal acceptée par certains riverains, même si ces derniers ne remettent pas en cause ces modes de traitement de la toxicomanie. Les critiques visent plutôt le phénomène des nuisances liées aux drogues, phénomène qui va être au cœur des préoccupations des décideurs. La priorité accordée à cet aspect trouve son expression concrète dans le transfert d'une partie du budget réservé au système sanitaire vers celui destiné à la lutte contre les nuisances.

Quelles sont les principales transformations qui caractérisent la nouvelle politique néerlandaise des drogues et quels en sont les premiers résultats annoncés ?

Dans le domaine répressif, des instruments ont été soit créés, soit réactivés pour lutter contre les organisations criminelles, le tourisme de la drogue, la production de *nederwiet* et de drogues de synthèse. Ces problèmes, indiqués comme à l'origine des modifications politiques, ont été classés parmi les priorités de la police et du ministère public. Cette prise en compte est importante car elle signifie que les moyens humains et financiers seront désormais concentrés sur ces infractions. Parallèlement, la création d'unités spécialisées dans la détection et le traitement de ces dernières vient renforcer le dispositif existant. L'évaluation de ces mesures et de ces nouveaux dispositifs est délicate car leur mise en place est finalement assez récente.

Dans le domaine des *coffee-shops*, des remaniements assez radicaux ont été effectués sans pour autant revenir sur le bien-fondé de ces institutions, tolérées depuis plus de vingt ans du fait qu'elles participent à la séparation des marchés des drogues douces et dures et contribuent à la réduction des risques. De même qu'une libéralisation totale de la vente de cannabis n'est pas jugée souhaitable par le gouvernement, la disparition des *coffee-shops* n'est pas envisagée. Néanmoins, leur gestion est dorénavant soumise à un contrôle accru, en particulier de la part du maire. Celui-ci acquiert une marge de manœuvre importante quant à la régulation du nombre de *coffee-shops* dans sa ville : dès lors qu'ils sont source de nuisances et/ou qu'ils ne respectent pas les critères de tolérance établis par le ministère public¹⁹⁸, leur fermeture devient possible et/ou plus facile. Avec la loi « Damoclès » de 1999, le maire n'aura même plus besoin de justifier de cette façon son intervention. Il acquiert en effet une compétence en matière de certaines infractions à la loi sur l'opium. Par ailleurs, dès 1996 et la parution des directives du ministère public, la quantité autorisée par transaction est réduite de 30 à 5 g, sur l'ensemble du territoire.

Dans le domaine de la prise en charge sanitaire et sociale des usagers, la problématique est transformée (et est forcée de l'être notamment pour les raisons budgétaires que nous avons mentionnées) sans que soit remise en cause l'importance de ce secteur dans la politique néerlandaise. La maîtrise des risques sanitaires de l'usage de drogue y reste prioritaire. La problématique du soin est modifiée en ce sens que la réduction des risques doit dorénavant cohabiter avec la lutte contre les nuisances. La cohabitation concerne certes les acteurs (entre les acteurs traditionnels du soin et ceux du judiciaire), mais aussi les objectifs des nouveaux projets qui cohabitent avec les programmes plus traditionnels (traitement de substitution, cliniques de désintoxication, projets à bas seuil, etc.). Ces nouveaux projets cherchent à atteindre les usagers auteurs de nuisances, des personnes présumées être

sans contact avec le système traditionnel du soin. Si cette remise en cause du système de soins s'est effectuée jusqu'à un certain point sous la contrainte, elle a également permis des expériences originales de coordination du soin et de la répression, autrement dit, de prise en charge sanitaire et sociale d'usagers sous main de justice.

Les premières évaluations de ces nouveaux projets portent sur leur réalisation effective (combien d'usagers touchent-ils ?), alors que leur efficacité en termes de réduction des nuisances est difficilement mesurable. Par ailleurs, il sera intéressant de voir s'ils comblent effectivement les lacunes du système sanitaire (entrer en contact avec de nouveaux usagers), le risque étant qu'ils soient utilisés pour des usagers qui n'ont pas épuisé les autres possibilités du système (et donc de faire usage de contrainte à mauvais escient).

Parallèlement à ces projets de « soins sous contrainte », se sont développées des initiatives plus proches des traditionnels projets à bas seuil mais qui, elles aussi, ont dû intégrer la problématique des nuisances pour être financées mais aussi tolérées par les habitants des quartiers concernés.

Enfin, une autre des caractéristiques de la politique néerlandaise des années quatre-vingt-dix, qui se manifeste à la fois dans les aspects répressif et sanitaire de la politique, est la volonté de mettre en place une politique « équilibrée », justement en combinant autant que possible les instruments existant dans ses différents domaines.

Dans la pratique, il est apparu que cet équilibre ne pouvait être atteint que si toutes les personnes susceptibles d'être concernées par telle ou telle mesure se réunissent, se concertent, puis échangent des garanties. Cette particularité semble assez caractéristique de la situation néerlandaise puisque les politiques des drogues s'y sont depuis longtemps attachées à définir un cercle d'experts pour légitimer les choix. Et que ce cercle, composé initialement d'experts traditionnels (scientifiques et décideurs politiques), s'est élargi à des experts moins traditionnels comme les usagers et, plus tard, les non-usagers. On a coutume de dire que la politique néerlandaise est une politique de consensus. Cependant, il semble que la politique des nuisances ait introduit une situation un peu différente caractérisée par une façon particulière de représenter simultanément des intérêts contradictoires. Cette représentation d'acteurs divers semble passer par un échange de garanties : reconnaître les intérêts de chacun, leur marge de liberté et les limites de cette liberté, les risques encourus par chacun, les effets des actions des uns sur les autres, etc. Le processus de négociation au cours duquel toutes ces questions sont soulevées semble moins viser un consensus (notamment un consensus scientifique) que la définition

198. Il s'agit des critères AHOJ-G : pas de publicité, pas de vente de drogues dures, pas de nuisances, pas de vente aux jeunes (mineurs) et pas de vente en grosses quantités.

des conditions d'existence de chacun, dans un même espace. On ne cherche pas à convaincre l'autre à tout prix. On accepte la coexistence de représentations et de perceptions du problème différentes.

Cette problématique des nuisances fait apparaître le modèle néerlandais sous un jour moins connu et vient troubler les représentations souvent simplistes que l'on a pu s'en faire. On ne peut qu'être frappé, au-delà des différences historiques et culturelles, par les convergences des problèmes posés par l'usage des drogues dans les différents pays européens. La France ne fait-elle pas aujourd'hui l'expérience de cette « fronde » des habitants des quartiers à l'égard des structures de prise en charge implantées ou cherchant à s'implanter ?

Ce regard porté sur le modèle néerlandais permet d'entrevoir qu'un des enjeux des politiques des drogues réside aujourd'hui dans la capacité d'une société à organiser le dialogue et la concertation autour de cette difficile question plus chargée de représentations subjectives qu'aucune autre.

BIBLIOGRAPHIE

- ABOUT (N.), *L'évolution de la politique néerlandaise en matière de stupéfiants*, Rapports d'information du Sénat n° 357, Paris, 1997.
- ABRAHAM (M.D.), COHEN (P.D.A.), VAN TIL (R.-J.), LANGEMEIJER (M.), *Licit and illicit drug case in Amsterdam III. Developments in drug use 1987-1997*, Amsterdam, CEDRO, 1998.
- ABRAHAM (M.D.), COHEN (P.D.A.), VAN TIL (R.-J.), DE WINTER (M.A.L.), *Licit and illicit drug use in the Netherlands 1997*, Amsterdam, Centrum Voor Drugsonderzoek (CEDRO), 1999.
- BAAS (N.J.), *Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) : Onderzoek notities, #4*, Den Haag, WODC- Ministerie van Justitie, 1998.
- BIELEMAN (B.), SCHAKEL (L.), DE BIE (E.), SNIPPE (J.), *Clouds over coffee shops ; An inventorisation of public nuisance caused by coffee shops and developments in the local soft drugs policy in the Netherlands*, Groningen/Rotterdam, Intraval (Bureau voor onderzoek & advies), 1995a.
- BIELEMAN (B.), SNIPPE (J.), DE BIE (E.), *Drugs inside the borders ; Hard drugs and crime in the Netherlands : estimations of the extent*, Groningen/Rotterdam, Stichting Intraval, 1995b.
- BIELEMAN (B.), BIESMA (S.), SMALLENBROEK (A.J.H.), *Cannabis in Nederland, inventarisatie van verkooppunten*, Groningen, Stichting Intraval / SGBO, 1997.
- BIJL (R.), VAN ZESSEN (G.), RAVELLI (A.), « Prevalentie van psychiatrische stoornissen in Nederland », *Ned Tijdschr Geneeskd*, 141 (50), 1997, 2453-60.
- BOEKHOUT VAN SOLINGE (T.), « La politique de drogue aux Pays-Bas : un essai de changement », *Déviance et société*, vol. 22, n° 1, 1998, 69-75.
- BOT (M.L.), « Les dilemmes hollandais », *Interventions*, n° 67, 1998, 28-32.
- BRÖER (C.), NOYON (R.), *Over Last en Beleid : Evaluatie Nota Overlast en Vijfjaar SVO-beleid tegen overlast van harddrugsgebruikers*, Amsterdam, Regioplan Stad en Land (onderzoek uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), 1999.
- BUNING (E.), CRAMER (T.), *Manuel : la méthadone, l'expérience néerlandaise. Échange d'information sur la prise en charge des toxicomanes Pays-Bas/France*, Paris, 1994.

CASTRO (R.), « Behind closed doors at the Mouse Cafe : a sub cultural enclave of coffee shop suppliers in Amsterdam », *Contemporary Drug Problems*, n° 22, 1995, 519-546.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1998 (Vade mecum of health statistics of the Netherlands 1998)*, Voorburg/Heerlen/Rijswijk, CBS-publicaties, 1998.

Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (CCTHA), *Investigating the medical prescription of heroin : a randomized trial to evaluate the effectiveness of medically co-prescribed heroin and oral methadone, compared to oral methadone alone in chronic, treatment-refractory heroin addicts*, Utrecht, CCTHA, 1997.

Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, *Investigating the medical prescription of heroin : a summary of the Dutch planned randomized trial*, in «*Heroin maintenance treatment : research summary*», New York, Lindesmith center, 1998.

CHATAB (J.), " Definitie drugsoverlast : een inleiding ", *OVERLASTPOST*, 1997.

CHORUS (J.), GERVER (P.-H.), HONDIOUS (E.), KOEKKOEK (A.) (eds.), *Introduction to Dutch Law. Third revised edition*, The Hague, Kluwer Law International, 1999.

COHEN (P.D.A.), SAS (A.), « Cannabis use, a stepping stone to other drugs? The case of Amsterdam », in BÖLLINGER (L.) (ed.), *Cannabis Science. From prohibition to human right*, Frankfurt, Peter Lang Eurpaischer Verlag der Wissenschaften, 1996, 49-82.

COHEN (P.D.A.), SAS (A.), *Cannabis use in Amsterdam. Patterns of consumption among 216 experienced cannabis users*, Amsterdam, CEDRO, 1998.

CRUTS (A.A.N.), OUWEHAND (A.W.), VAN DE WIJNGAART (G.), *TrendWise. Trend figures in addiction care and treatment in the Netherlands from 1986 through 1996 and prognoses for the year 2006 based on the National Alcohol and Drugs Information System (LADIS)*, Houten/Utrecht, Universiteit van Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO)/Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg (IVV), 1997.

DE KONING (P.), *Resocialisering onder drang : verslag van het Rotterdamse experiment met strafrechtelijke opvang van verslaafden*, Rotterdam, Faculteit van Rechtsgeleerheid/Erasmus Universiteit Rotterdam, met medewerking van Intraval, 1998.

DE KORT (M.), « A short history of drugs in the Netherlands », in Leuw (E.), Marshall (H.I.) (eds.), *Between prohibition and legalization : the Dutch experiment in drug policy*, Amsterdam, Kugler publications, 1994, 3-22.

DE KORT (M.), KORF (D.J.), « The development of drug Trade and Drug Control in the Netherlands : A Historical Perspective », *Crime, Law and Social Change*,

vol. 17, n° 2, 1992, 123-144.

DE VRIJER (P.), *SOV : Introducing a compulsory drug abuse program in the Netherlands*, The Hague, Ministry of Justice, 1997.

DE ZWART (W.M.), STAM (H.), KUIPERS (S.B.M) *Key data : Smoking, drinking, drug use & gambling among pupils aged 10 years and older of the 4rd Station Survey with to high risk substances*, Utrecht, Trimbos Institute, 1997.

DE ZWART (W.M.), VAN WAMEL (A.L.), *Trimbos instituut, Jaarboek verslaving 1997 over gebruik en zorg in cijfers (Dutch annals of addiction 1997 : statistics concerning use and treatment)*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

DERKS (J.) (ed.), *The Amsterdam morphine-dispensing experiment*, Erasmus University, Rotterdam, 1987.

DERKS (J.), « The dispensing of injectable morphine in Amsterdam : experiences, results and implications for the Swiss project for medical prescription of narcotics », in RIHS-MIDDEL (M.) (ed.), *The medical prescription of narcotics : scientific foundations and practical experiences*, Bern, Hogrefe & Huber publishers, 1997, 167-179.

DERKS (J.), HOEKSTRA (M.), KAPLAN (C.), « Integrating care, cure and control : The Drug treatment system in the Netherlands », in KLINGEMANN (H.), HUNT (G.) (eds.), *Drug Treatment Systems in International Perspective : Drugs, demons, and delinquents*, London, Sage, 1998, 81-93.

DERKSEN (M.), VAN DE WIJNGAART (G.), « Évolution du système néerlandais de prise en charge des usagers de drogues », in CESONI (M.-L.) (ed.), *Usage de stupéfiants : politiques européennes*, Genève, Georg Éditeur, 1996, 205-223.

DRIESSEN (F.), *Methadonverstrekking in Nederland*, Rijswijk/Utrecht, Ministerie van WVC/Bureau Driessen, 1990.

DRIESSEN (F.M.H.M.), VAN DAM (G.), OLSSON (B.), « De ontwikkeling van het cannabisgebruik in Nederland, enkele Europese landen en de VS sinds 1969 », *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen*, 15, nr. 1, 1989, 2-14.

ENGELSMAN (E.L.), « Dutch policy on the management of drug-related problems », *British Journal of Addiction*, vol. 84, n° 2, 1989, 211-218.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Extended annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union - 1999*, Luxembourg, Office for official publications of the European communities, 2000.

Forum européen pour la sécurité urbaine, *Parcours transfrontaliers en matière de drogues*, Forum européen pour la sécurité urbaine, 1998 (coll. Sécurité et Démocratie).

GARRETSEN (H.), BLANKEN (P.), VAN MASTRIGT (H.), VAN OERS (J.) , « A research

perspective on drug-related nuisance. Dutch experiences », *Medicine and law*, n° 15, 1996, 705-714.

GEERLINGS (P.J.), « Ambulante hulp voor druggebruiker in Amsterdam », in VAN DIJK (W.K.), Hulsman (L.H.C.), *Drugs in Nederland*, Bussum, Paul Brand, 1970, 156-174.

GERNIER (M.), RUWARD (A.), « Articulation soin-justice aux Pays-Bas. L'élaboration de trajectoires comme moyens d'améliorer l'articulation entre les soins aux personnes dépendantes et la justice », *Interventions*, n° 61, 1997, 32-35.

GGZ Nederland, *Drang op Maat, vijf jaar integrale aanpak justitiabele hard-drugverslaafden*, Utrecht, GGZ Nederland, 1998.

GHYSEL (M.), *Entre répression, tolérance et permissivité. La politique des Pays-Bas en matière de toxicomanie*, Assemblée nationale / Commission des affaires culturelles (Rapport d'information n° 2683), Paris, 1996.

GOMART (E.), *Surprised by methadone : experiments in substitution*, Paris, Centre de sociologie de l'Innovation, École nationale supérieure des mines de Paris, 1999.

GRAPENDAAL (M.), LEUW (E.), NELEN (H.), « Legalization, decriminalization and the reduction of crime », in LEUW (E.), MARSHALL (H.I.) (eds.), *Between prohibition and legalization : the Dutch experiment in drug policy*, Amsterdam, Kugler publications, 1994, 233-253.

GRUND (J.-P.C.), BLANKEN (P.), *From chasing the dragon to chinezen. The diffusion of heroin smoking in the Netherlands*, Rotterdam, IVO Series 3, 1993.

HILLENAAR (W.), *De wet «Damocles» : Bestuursdwangbevoegdheid in artikel 13b Opiumwet*, Den Haag, Steun- en informatiepunt Drugs en veiligheid, 1999.

HILLENAAR (W.), BOGERS (G.), *Lokaal coffeeshopbeleid*, Den Haag, Steun- en informatiepunt drugs en veiligheid, 1997.

HOEKSTRA (A.), HART (K.), « Strafrechtelijke opvang verslaafden : perspectief op maat », *Overlastpost*, 1998, 77-82 (Extra : Overlast, een zorg voor justitie en zorg).

Institut Trimbos, « Fiche d'information : Politique en matière de drogues dures. L'ecstasy », *Bulletin néerlandais sur l'alcool et la drogue*, n° 3, 1996a.

Institut Trimbos, « Fiche d'information : Soins et assistance aux toxicomanes », *Bulletin néerlandais sur l'alcool et la drogue*, n° 4, 1996b.

Institut Trimbos, « Fiche d'information : Information et prévention en matière d'alcool et de drogues », *Bulletin néerlandais sur l'alcool et la drogue*, n° 5, 1996c.

Institut Trimbos, « Fiche d'information : Politique en matière de nuisances liées à la drogue », *Bulletin néerlandais sur l'alcool et la drogue*, n° 6, 1997a.

Institut Trimbos, « Fiche d'information : Politique en matière de cannabis. Actua-

lisation », *Bulletin néerlandais sur l'alcool et la drogue*, n° 7, 1997b.

Institut Trimbos, « Fiche d'information : Nuisances dues aux drogues et soins intégraux », *Bulletin néerlandais sur l'alcool et la drogue*, n° 8, 1998a.

Institut Trimbos, « Fiche d'information en matière de drogues : Mesures judiciaires et administratives », *Bulletin néerlandais sur l'alcool et la drogue*, n° 9, 1998b.

Institut Trimbos, « Fiche d'information : Politique en matière de drogues dures. Les opiacés, actualisation », *Bulletin néerlandais sur l'alcool et la drogue*, n° 10, 1998c.

Interdepartementale Stuurgroep Alcohol- en Drug beleid, *Drugbeleid in beweging : naar een normalisering van de drugproblematiek (Engelsman rapport)*, Rijswijk, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1985.

JANSSEN (O.), « Normalization of the drugs problem : an outline of Dutch drugs policy », in BÖLLINGER (L.) (ed.), *De-americanizing drug policy : the search for alternatives to failed repression*, New York, Peter Lang, 1994, 127-135.

JANSSEN (O.), SWIERSTRA (K.), *Heroïnegebruikers in Nederland : een typologie van levensstijlen*, Groningen, Rijks Universiteit Groningen, 1982.

JOUBERT (C.), HUISMAN (W.), « La politique de tolérance en matière de drogue : un phénomène bien néerlandais ? », *Revue de droit pénal et de criminologie*, n° 11, 1997, 963-987.

KAPLAN (C.), VAN GELDER (P.), « La politique hollandaise de lutte contre la drogue – réflexions sur l'approche expérimentale », in EHRENBURG (A.), MIGNON (P.) (eds.), *Drogues, politique et société*, Le Monde Éditions/Éditions Descartes, Paris, 1992, 352-362.

KELK (C.), « Criminal justice in the Netherlands », in FENNELL (P.), HARDING (C.), JÖRG (N.), SWART (B.), (eds.), *Criminal justice in Europe : a comparative study*, Oxford/New York, Clarendon Press/Oxford University Press, 1995, 1-20.

KORF (D.J.), « Twintig jaar softdrug-gebruik ; een terugblik vanuit prevalentie studies », *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen*, 14, nr. 3, 1988, 81-89.

KORF (D.J.), « Dépénalisation, normalisation et limitation des méfaits de la drogue », in EHRENBURG (A.), MIGNON (P.) (eds.), *Drogues, politique et société*, Paris, Le Monde Éditions/Éditions Descartes, 1992, 334-351.

KORF (D.J.), *Dutch Treat. Formal Control and Illicit Drug Use in the Netherlands*, Amsterdam, Thesis Publishers, 1995.

KRAAN (D.J.), « La politique néerlandaise en matière de stupéfiants : une perspective économique », in CESONI (M.-L.) (ed.), *Usage de stupéfiants : politiques européennes*, Genève, Georg Éditeur, 1996, 224-254.

KUIPERS (S.B.M.), MENSINK (C.), DE ZWART (W.M.), *Jeugd en riskant gedrag*.

Roken, drinken, druggebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar, Utrecht, Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs, 1993.

LANGEMEIJER (M.), VAN TIL (R.-J.), COHEN (P.), *Het gebruik van legale en illegale drugs in Utrecht en Tilburg*, Amsterdam, Universiteit van Amsterdam/CEDRO, 1998.

LEENDERS (F.), « Do projects against « drug-related nuisance » undermine harm reduction ? », *International journal of drug policy*, vol 7, n° 1, 1996, 42-45.

LEENDERS (F.), « Politique des drogues et aide aux toxicomanes aux Pays-Bas », *Interventions*, n° 53, 1996, 38-43.

LEENDERS (F.), *Reactie GGZ Nederland op wetvoorstel 26.023, brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Leden van de vaste commissie voor Justitie*, Utrecht, GGZ-NL, 1999.

LEUW (E.), « Initial construction and development of the official Dutch drug policy », in LEUW (E.), MARSHALL (H.I.) (eds.), *Between prohibition and legalization : the Dutch experiment in drug policy*, Amsterdam, Kugler publications, 1994, 23-40.

LEUW (E.), MARSHALL (I.) (eds.), *Between prohibition and legalization : the Dutch experiment in drug policy*, Amsterdam, Kugler publications, 1994.

Ministère des Affaires étrangères, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, ministère de la Justice, ministère de l'Intérieur, *La politique en matière de drogue aux Pays-Bas - Continuité et changement*, Rijswijk, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1995.

Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, *La politique en matière de drogue aux Pays-Bas. Rapport d'avancement Septembre 1997 - Septembre 1999*, La Haye, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports des Pays-bas, 1999.

Netherlands Focal Point, Trimbos-Instituut, *National report 1997. The Netherlands. Epidemiological Situation*, Utrecht, Trimbos-Instituut, 1998.

NeVIV, *Drang op Maat (Tailormade pressure)*, Utrecht, NeVIV, 1994.

NIJBOER (J.F.), « Criminal Justice System », in CHORUS (J.), GERVER (P.-H.), HONDIOS (E.), KOEKKOEK (A.) (eds.), *Introduction to Dutch Law. Third revised edition*, The Hague, Kluwer Law International, 1999, 383-433.

OLTHUIS (H.), « Omgang met psychotrope stoffen : verslaving, de stoffen, de gebruikers, profylaxe en therapie », *Medicine Bulletin (Geneesmiddelenbulletin)*, vol. 4, n° 16-23, 1970, 65-105.

OTTEVANGER (C.M.), « Drug policy and drug tourism », in DEN BOER (M.) (ed.), *Judicial cooperation and policy coordination*, Schengen, European Institute of public administration (EIPA), 1997, 165-180.

OUWEHAND (A.W.), VAN ALEM (V.C.M.), DE VETTEN (L.J.), BOONZAJER FLAES (S.), *Kerncijfers LADIS 1998. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*, Utrecht,

Stichting Informatievoorziening Verslavingszorg, 1999 (également en anglais).

POLAK (F.), *Commentaar van de Stichting Drugsbeleid op het wetvoorstel SOV, Strafrechtelijke Opvang Verslafdten*, Haarlem, Stichting Drugsbeleid, 1999.

POLMAN (P.), « Financiering maatschappelijke integratie of de flexibilisering van de AWBZ », *Overlastpost*, 1998, 24-26 (Extra : Maatschappelijke integratie : eindelijk op de kaart).

Public Prosecution Service, *Guidelines on policy on the investigation and prosecution of offences under the Opium Act*, 1996.

RENN (H.), LANGE (K.-J.), *Urban districts and drug scenes : a comparative study on nuisance caused by «open» drug scenes in major European cities*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1996.

REUBAND (K.-H.), « Drug use and drug policy in Western Europe », *European Addiction Research*, 1e jrg., nr. 1/2, 1995, 32-41.

REUBAND (K.-H.), « Drug policies and drug prevalence : the role of demand and supply », *European journal on criminal and research*, vol. 6, n° 3, 1998, 321-336.

RIGTER (H.), *Effectiviteit van Justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Utrecht, Trimbos Instituut, 1998.

RIGTER (H.), KNAACK (F.) (eds.), *National report : the Netherlands 1996 [on the state-of-the-art of the drugs policies]*, Utrecht, Trimbos Institute/Focal Point, 1997.

SANDWIJK (J.P.), COHEN (P.D.A.), MUSTERD (S.), LANGEMEIJER (M.P.S.), *Licit and illicit drug use in Amsterdam II (report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over)*, Amsterdam, CEDRO, 1995.

SIFANECK (S.J.), KAPLAN (C.D.), « Keeping off, stepping on and stepping off : the steppingstone theory reevaluated in the context of the Dutch cannabis experience », *Drug text*, 1995.

SILVIS (J.), « La mise en œuvre de la législation sur les stupéfiants aux Pays-Bas », in CESONI (M.-L.) (ed.), *Usage de stupéfiants : politiques européennes*, Genève, Georg Éditeur, 1996, 181-204.

SNIPPE (J.), BIELEMAN (B.), « Opiate users and crime in the Netherlands », in KORF (D.J.), RIPER (H.) (eds.), *Illicit drug use in Europe. Proceedings in the seventh annual conference on drug use and drug policy*, Amsterdam, Netherlands Universities Institute for Coordination of Research in Social Sciences (SISWO), Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit van Amsterdam, 1997, 200-207.

SPRUIT (I.P.) (red.), *Jaarboek verslaving 1994 ; over gebruik en zorg*, Utrecht, Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD), 1995.

Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken, *Veiligheidsbeleid 1995-1998*, Rijswijk,

- Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1995.
- Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Verslavingsproblematiek*, Rijswijk, Tweede Kamer, 1991-1992.
- Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Verslavingsproblematiek : Nota overlast*, Rijswijk, Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1993-1994.
- Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Minister van Justitie, *Dwang en drang in de hulpverlening aan verslaafden*, Rijswijk, Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1987-1988.
- Statistics Netherlands (CBS), *Statistical yearbook of the Netherlands 1998*, Voorburg/Heerlen, Statistics Netherlands, 1998.
- Stuurgroep Vermindering Overlast (SVO), Task Force Veiligheid and Verslavingszorg, *Memorandum Drugoverlastbeleid 1998-2002*, Den Haag, SVO/TF, 1998.
- SWIERSTRA (K.), *Drugcarrières : van Crimineel tot conventioneel*, Groningen, Rijks Universiteit Groningen, 1990.
- SWIERSTRA (K.), « The development of contemporary drug problems », in LEUW (E.), MARSHALL (H.I.) (eds.), *Between prohibition and legalization : the Dutch experiment in drug policy*, Amsterdam, Kugler publications, 97-117, 1994.
- TAK (P.J.P.), *The Dutch Criminal Justice System : organization and operation*, Den Haag, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), 1999, (Onderzoek en beleid, n° 176).
- VAN BRUSSEL (G.), « Methadone Treatment by General Practitioners in Amsterdam », *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, n° 72, 1995, 348-358.
- VAN BRUSSEL (G.), « La méthadone dans les années quatre-vingt-dix », in VAN DE WIJNGAART (G.) (ed.), *La méthadone dans les années quatre-vingt-dix*, Utrecht, Rijks Universiteit, 1991, 212-215.
- VAN BRUSSEL (G.), « The morphine distribution program in Amsterdam : practical experiences », in RIHS-MIDDEL (M.) (ed.), *The medical prescription of narcotics : scientific foundations and practical experiences*, Bern, Hogrefe & Huber publishers, 1997, 160-166.
- VAN BRUSSEL (G.), « Services : The Amsterdam Model », in ROBERTSON (R.) (ed.), *Management of Drug users in the Community : a practical handbook*, London, Arnold, 1998, 54-82.
- VAN DAM (R.), « Tegen verveling of voor een beter imago : twee projecten voor gebruikers die willen werken », *Overlastpost*, non daté, 84-87 (Extra : Maatschappelijke integratie : Eindelijk op de kaart).
- VAN DE WIJNGAART (G.), *Competing perspectives on drug use : The Dutch Experience*, Amsterdam/Lisse [etc.], Swets & Zeitlinger, 1991.
- VAN DEN BRINK (P.), *The prescription of heroin to addicts*, The Hague, Health Council, 1995.
- VAN DEN HURK (A.) *De harde hand, Sociale wetenschappen*, Nijmegen, Katholiek universiteit Nijmegen, 1998.
- VAN DEN HURK (A.), SCHIPPERS (G.), BRETILER (M.), *Drugvrij door detentie*, Nijmegen, 1994.
- VAN DER BRUGGE (W.), « Nieuwe Penitentiaire Beginselen Wet verruimt mogelijkheden voor detentievervaagde behandelingen », *Overlastpost*, 1998, 71-72 (Extra : Overlast, een zorg voor justitie en zorg).
- VAN DIJK (J.J.M.), « The Narrow Margins of the Dutch Drug Policy : a cost-benefit analysis », *European journal on criminal and research*, vol. 6, n° 3, 1998, 369-393.
- VAN HAASTRECHT (H.J.A.), *The evolving HIV epidemic, mortality and morbidity among drug users in Amsterdam [dissertation]*, Amsterdam, Univ. of Amsterdam, 1995.
- VAN OORT (D.), « Wie het weet mag het zeggen : over de introductie van omstrede voorzieningen », *Overlastpost*, 1999, 107-110.
- VAN OORT (D.), « Gewoon wonen, werken en leven : Nora Storm aan het woord », *Overlastpost*, 1998, 32-34 (Extra : maatschappelijke integratie : eindelijk op de kaart).
- WALBURG (J.), *Resultaten Scoren : kwaliteit en innovatie in de verslavingszorg*, Utrecht, GGZ-Nederland, 1999.
- WIETSMA (A.), « Heerlen-Noord : Bewoners aan het woord », *Overlastpost*, 93-102 (Extra : Werken in wijken), 1998a.
- WIETSMA (A.), « Het Rotterdamse Spangen : Bewoners aan het woord », *Overlastpost*, 1998b, 27-37 (Extra : Werken in wijken).
- Working party, *Background and risks of drug use (Baan report)*, The Hague, Secretary of Social Affairs and Public Health and Ministry of Justice, 1972.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Abraham (M.), chercheur au Centre de recherche sur les drogues (CEDRO), Université d'Amsterdam, juin 1999.

Al Taqatqa (W.), Centre interculturel de motivation à Rotterdam, août 1999.

Anke, soignante à l'espace d'usage à Maastricht, juillet 1999.

Assarts (J.), responsable de projet du programme méthadone au CAD de Maastricht, août 1999.

Blanken (P.G.), procureur au Parquet d'arrondissement de Rotterdam, septembre 1999.

Blans (J. N.G.), responsable du centre De Jellinek à Amsterdam, juin 1999.

Blekman (J.), consultante nationale en matière de prévention de la drogue, Institut Trimbos, Utrecht, mai 1999.

Boekhout van Solinge (T.), chercheur au Centre de recherche sur les drogues (CEDRO), Université d'Amsterdam, juin 1999.

Bron (M.), membre de l'équipe de recherche « *The Healthy School and Drugs* », Institut Trimbos, Utrecht, mai 1999.

Buster (M.), chercheur au département « *Épidémiologie et promotion de la santé* », GG&GD Amsterdam, juillet 1999.

Cramer (A.), conseiller politique en chef, responsable de la Division de la politique en matière de dépendance, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, Direction de la santé mentale et de la politique en matière de dépendance, La Haye, mai 1999.

De Kort (M.), ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, Direction de la santé mentale et de la politique en matière de dépendance, La Haye, mai 1999.

De Leuw, Commissaire de police à Rotterdam, août 1999.

De Vrijer (PP), ministère de la Justice, DGI/AV/DISDAD, La Haye, juillet 1999.

De Zwart (W.), chercheur à l'Institut Trimbos, Utrecht, mai 1999.

Derks (J. T.M.), anciennement au NcGv – Institut néerlandais de la santé mentale, Utrecht, juin 1999.

Fromberg (E.), chercheur à l'Institut Trimbos, Utrecht, mai 1999.

Heijerman, délégué pour la coopération policière et judiciaire, ambassade royale des Pays-Bas, Paris, juillet 1999.

Hermans (P.), juriste à la mairie de Maastricht, juillet 1999.

Hillenaar (H.), Association des municipalités néerlandaises (VNG), 1999 (entretien téléphonique).

Hoekstra (A.), membre du SOV, phase 2, Rotterdam, juillet 1999.

Klaassen (R.), centre de distribution de méthadone « *de Baan* » à Rotterdam, juillet 1999.

Korf (D.J.), chercheur à la faculté de Criminologie, Université d'Amsterdam ; rencontré pour ses activités au centre De Jellinek, Amsterdam, juin 1999.

Kortenhorst (P.), Magistrat de liaison, en poste au Service des affaires européennes et internationales (SAEI), Paris, juillet 1999.

Lavalata (J.), responsable du projet Tjandu (destinés aux Molocains), Utrecht, juin 1999.

Leenders (F.), Fondation néerlandaise pour la santé mentale (GGZ Nederland), mai 1999.

Leuw (E.), chercheur au Centre de recherche et de documentation (WODC), ministère de la Justice, La Haye, juillet 1999.

Lousberg, Inspection pour la santé publique (IGZ), La Haye, mai 1999.

Lydia, Pauluskerk, juillet 1999.

Meijer (R. F.), chercheur à la division de l'information statistique et de l'analyse politique (SIBa), Centre de recherche et de documentation (WODC), ministère de la Justice, La Haye, août 1999.

Mengde (J.), projet Delta, Approche Euregio, CAD Limbourg, juin 1999.

Oostdam (T.), juriste à la mairie de Rotterdam, 1999 (entretien téléphonique).

Ouwehand (A.W.), Directeur général de la Fondation pour les systèmes d'information sur la prise en charge des toxicomanes (IVV), Houten, juin 1999.

Sap (I.), directeur de la clinique du Heemraadssingel, Boumanhuis à Rotterdam, juillet 1999.

Salvador (C.), directrice d'un programme de soins (project manager) au Jellinek, Amsterdam, juillet 1999.

Sampermans (J.), Département culture, mairie Maastricht, avril 1999.

Schut (F.), anciennement responsable de projet au centre De Jellinek Consultancy, Bussum, juin 1999.

Smit (P. R.), chercheur à la division de l'information statistique et de l'analyse politique (SIBa), Centre de recherche et de documentation (WODC), ministère de la Justice, La Haye, août 1999.

Spiessens, commissaire, attaché de police à l'ambassade de France à la Haye, juillet 1999.

Storm (N.), directrice de Topscore, Rotterdam, juin 1999.

Tienke (H.), directeur, département des cliniques, Jellinek, Amsterdam, juin 1999.

Timmers (P.), responsable de la Région de police de Limburg-Zuid, avril 1999.

Van Brussel (G.), Chef de l'information sur les drogues, Service municipal de la santé d'Amsterdam (GG&GD), mai 1999.

Van de Wijngaart (G.), chercheur à l'Institut de la recherche sur la dépendance, Amsterdam, mai 1999.

Van den Brink (P.), directeur de l'essai randomisé de substitution à l'héroïne, Amsterdam, juillet 1999.

Van den Hurk (A.), Fondation néerlandaise pour la santé mentale (GGZ-Nederland), 1999 (entretien téléphonique).

Van Marlen (L.), Parquet d'arrondissement de Rotterdam, septembre 1999.

Van Mastrigt (H.), Conseiller politique, Département des affaires sociales et culturelles, de Rotterdam, mai 1999.

Anonyme, employée du BVA, Huis van Bewaring Noordsingel, à Rotterdam, juillet 1999.

ANNEXES

Annexe 1

Principales données du système d'information statistique néerlandais

<p style="text-align: center;"><i>Usage de drogue licite et illicite aux Pays-Bas en 1997</i> (CEDRO-Université d'Amsterdam) ⁱ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence de l'usage de cannabis chez les 12 ans et plus : 15,6 % au cours de la vie, 4,5 % au cours de l'année et 2,5 % au cours du mois - Prévalence de l'usage de « difficult drugs » (cocaïne, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes et héroïne) : 4,1 % au cours de la vie, 1,2 % au cours de l'année et 0,5 % au cours du mois
<p style="text-align: center;"><i>Enquête nationale sur la santé des jeunes de 1996 (Institut Trimbos) ⁱⁱ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence de l'usage de cannabis chez les élèves du secondaire (12-18 ans) : 20,9 % au cours de la vie et 10,7 % au cours du mois - Prévalence de l'usage d'ecstasy : 5,6 % au cours de la vie et 2,2 % au cours du mois - Prévalence de l'usage de cocaïne : 2,9 % au cours de la vie et 1,1 % au cours du mois
<p style="text-align: center;"><i>Système d'information sur les statistiques du Sida (IGZ) ⁱⁱⁱ</i></p> <p>40 cas de Sida déclarés en 1997 chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (soit 13,3 %)</p>
<p style="text-align: center;"><i>Statistique nationale des causes de décès (CBS) ^{iv}</i></p> <p>33 décès « liés à la drogue » en cause primaire au niveau national en 1995 dont 22 pour intoxication accidentelle (CIM-850)</p>
<p style="text-align: center;"><i>Statistiques des causes de décès à Amsterdam et à Rotterdam (GGD) ^v</i></p> <p>22 décès par overdose enregistrés à Amsterdam et 28 à Rotterdam en 1997</p>

<p><i>Système national d'information sur l'alcool et les drogues – LADIS (IVV) ^{vi}</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 25 261 clients inscrits dans le système ambulatoire pour usage de drogue illicite en 1998 (contre 22 378 pour alcool) - 9 754 usagers sous traitement à la méthadone - Répartition des inscriptions par produit : opiacés 65 %, cannabis 11 % et cocaïne 17 %
<p><i>Registre des patients hospitalisés en services de santé mentale PIGGz (SIG-NZI) ^{vii}</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 722 admissions en hôpital psychiatrique pour dépendance à la drogue (CIM-292 et 304) en 1996 - 2 883 admissions en clinique spécialisée pour dépendance à la drogue (CIM-292 et 304) en 1996
<p><i>Registre national médical – LMR (SIG) ^{viii}</i></p> <p>542 admissions en hôpital général pour usage de drogue (CIM-292, 304, 305.2-9) en problème primaire en 1996 et 1 739 en problème secondaire</p>
<p><i>Fichier des saisies (CRI) ^{ix}</i></p> <p>516 kg d'héroïne saisis en 1996 par les services répressifs, 9 222 kg de cocaïne, 102 950 kg de cannabis</p>
<p><i>Fichier des interpellations (CBS) ^x</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 593 interpellations (procès-verbaux) pour infraction à la loi sur l'opium en 1996 - Répartition par produit : drogues dures 80,3 % et drogues douces 19,7 %
<p><i>Fichier des poursuites et condamnations (CBS) ^{xi}</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 613 affaires relatives à la loi sur l'opium traitées par le ministère public en 1996 (2 390 abandons de poursuite et 1 127 transactions) - 5 010 condamnations (drogues dures 83 %) et 162 acquittements prononcés en 1^{ère} instance
<p><i>Système d'enregistrement automatisé de l'administration pénitentiaire – TULP (CBS) ^{xii}</i></p> <p>15 % des détenus incarcérés pour infraction à la loi sur l'opium au 30 septembre 1996</p>

Légende

ⁱ Enquête de prévalence (par questionnaire) sur l'ensemble de la population néerlandaise légale de 12 ans et plus, conçue par le centre de recherche CEDRO de l'Université d'Amsterdam. Il s'agit de la première enquête menée au niveau national, sur le modèle de celles réalisées notamment à Amsterdam depuis 1987. Elle est réalisée en face-à-face et l'entretien est assisté par ordinateur. L'échantillon est constitué de 22 000 personnes environ.

ⁱⁱ Enquête de prévalence (par questionnaire) auprès de la population scolaire du secondaire (et une partie du primaire). Elle est conçue par l'Institut Trimbos en coopération avec les services municipaux de santé. Cette enquête est réalisée tous les 4 ans depuis 1984. Une analyse des évolutions constatées est donc possible. La passation des questionnaires se déroule en milieu scolaire. L'échantillon se compose de près de 10 000 élèves pour l'enquête de 1996.

ⁱⁱⁱ Cas de Sida déclarés à l'Inspection générale de la santé publique (IGZ). En partie du fait qu'il n'y ait aucune obligation de déclaration des cas pour les praticiens, il existe un sous-enregistrement certainement important (estimé à 5-6 % à Amsterdam).

^{iv} Information en provenance des certificats de décès établis par les médecins et les médecins légistes et collectée par le Bureau central des statistiques (CBS). Les décès d'usagers sont sous évalués car sont exclus : les décès dont la toxicomanie est une cause associée et ceux de toxicomanes causés par des maladies infectieuses. Seuls les décès de résidents néerlandais inscrits dans les registres de population sont pris en compte.

^v Décès obtenus par croisement de différents fichiers (GGD, police, etc.). Par rapport à la statistique nationale, les décès d'étrangers sont pris en compte d'où parfois des effectifs supérieurs à ceux du national.

^{vi} Système d'enregistrement permanent d'informations en provenance des établissements de prise en charge ambulatoire (environ 90 % d'entre eux). Ces établissements ont l'obligation de transmettre les données à LADIS. Le taux de couverture des usagers est estimé à 75-80 %. Depuis 1994, l'attribution d'un code unique permet de distinguer les clients des inscriptions (repérage des doubles-comptes).

^{vii} Système d'enregistrement permanent des clients hospitalisés dans les établissements de santé mentale. Nous disposons d'assez peu d'informations sur cette source. Le repérage des doubles-comptes n'est pas possible. Environ 50 % des clients inscrits dans PIGGz le sont aussi dans LADIS.

^{viii} Enregistrement des patients accueillis dans le secteur hospitalier général. Il est impossible de déterminer l'importance des hospitalisations dues à la toxicomanie car une autre maladie peut être la cause de cette hospitalisation.

^{ix} Le CRI est le Service central des informations criminelles. Leur base de données est opérationnelle. Sont enregistrées les quantités saisies et non le nombre de saisies.

^x Enregistrement permanent des infractions commises sur le territoire national portées à la connaissance des services de la police et de la maréchaussée royale. L'unité de compte est le « fait » (procès-verbal) et non l'auteur de l'infraction. Aucune distinction n'est faite suivant la qualification. Le problème de la non-transmission des données de certains services au CBS se pose depuis plusieurs années.

^{xi} Enregistrement annuel des condamnations suivant le type d'infraction sanctionnée et les décisions prononcées par le ministère public et le juge en première instance. Le système est informatisé donc jugé fiable.

^{xii} Population carcérale à une date donnée. Les données publiées sont peu détaillées.

Annexe 2

Les directives en matière d'infractions à la loi sur l'opium (recherches et poursuites)

Infraction	Procédures		
	Loi sur l'opium (peines max.* - rappel)	Recherche	Poursuite
Produits de la liste I (drogues dures - héroïne, cocaïne, drogues synthétiques) autre que la possession pour usage personnel			
Importation - exportation	Prison : 12 ans Amende : 100 000 fl	Recherche ciblée Garde à vue	Détention provisoire
Fabrication, préparation, vente, transport, etc. Production Vente en gros Vente (dealer)	Prison : 8 ans Amende : 100 000 fl	Recherche ciblée Garde à vue	Détention provisoire
Détention	Prison : 4 ans Amende : 100 000 fl	Recherche ciblée Garde à vue	Détention provisoire
Détention méthadone	-		
Produits de la liste II (dérivés du chanvre) de plus de 30 g			
Importation - exportation	Prison : 4 ans Amende : 100 000 fl	Recherche ciblée Garde à vue	Détention provisoire

Infraction	Sanctions (annexes)		Commentaire
	Quantités en cause (unité**)	Peine*	
(Annexe A)			
Importation - exportation	< 2 000 unités > 2 000 unités	3 ans max. 3 à 12 ans	
Fabrication préparation, vente, transport, etc. Production Vente en gros Vente (dealers)	< 2 000 unités > 2 000 unités > 10 000 unités > 10 000 unités < 2 000 unités > 2 000 unités	1 à 2 ans Plus de 2 ans 6 à 8 ans 1 à 2 ans Plus de 2 ans	Assistance précoce si trafiquant-usager Prise en compte de la durée de vente + protection population vulnérable
Détention	10-30 unités 30-600 unités >600 unités	Max. de 6 mois 6 à 18 mois 18 mois à 4 ans	Assistance précoce si trafiquant-usager Détention avec présomption d'intention de vente idem idem
Détention méthadone	Sup. à usage médical Suspicion de trafic	1 semaine sursis à 1 mois 1 à 6 mois	
(Annexe B)			Infractions majeures si > 30 g.
Importation - exportation		Les peines peuvent être doublées	quantité non pertinente

Infraction	Procédures		
	Loi sur l'opium (peines max.* - rappel)	Recherche	Poursuite
Fabrication, préparation, vente, transport, etc. et possession	Prison : 2 ans Amende : 25 000 fl	Recherche ciblée Garde à vue	Pas de détention provisoire sauf intérêt majeur de sûreté publique
Culture du nederwiet			
Coffee-shops	-		
Produits de la liste I (drogues dures - héroïne, cocaïne, drogues synthétiques) pour usage personnel			
		Pas de recherche ciblée Pas de garde à vue	Poursuites uniquement dans un but d'assistance
Produits de la liste II (dérivés du chanvre) de plus de 30 g			
Importation - exportation		Pas de recherche ciblée	Pas de poursuites (transaction)

* peine d'emprisonnement et/ou amende

** les quantités sont indiquées en unités pour l'héroïne, la cocaïne (traduisibles en grammes) et les drogues de synthèse (pilule, dose, etc.) ; en grammes pour le cannabis ; en plants pour l'herbe de cannabis

Infraction	Sanctions (annexes)		
	Quantités en cause (unité**)	Peine*	Commentaire
Fabrication préparation, vente, transport, etc. et possession	30 à 1 000 g 1 à 5 kg 5 à 25 kg 25 à 100 kg > 100 kg	Amende : 10 à 30 fl par g (transaction possible) Amende : 5 000 à 10 000 fl Prison : 2 semaines par kg Prison : 3 à 6 mois par kg Amende : 5 000 à 10 000 fl Prison : 6 à 12 mois par kg Amende : 25 000 fl max. Prison : 1 à 2 ans par kg Amende : 25 000 fl max.	quantité pertinente cas particulier de la culture de cannabis
Culture du nederwiet	< 5 plants 5 à 10 plants récidive 10 à 100 plants 100 - 1 000 plants >1 000 plants	Confiscation par la police ; pas de poursuites Amendes : 50 fl par plant Amendes : 75 fl par plant Amendes : 125 fl Prison : 1/2 jour par plant Prison : 2 à 6 mois Amende : 25 000 fl max. Prison : 6 mois à 2 ans Amende : 25 000 fl max.	
Coffee-shops			Critères AHOJ-G
		(Annexe A)	
	< 1 unité 1 à 10 unités	pas d'action mais confiscation du produit 1 semaine avec sursis à 2 mois	
		(Annexe B)	Infractions majeures
	< 5 g 5 à 30 g	Confiscation pas de poursuites Amende de 50 à 150 fl	

Annexe 3

Les programmes de soins et d'assistance aux toxicomanes aux Pays-Bas dans le secteur général, spécialisé et pénal

Objectifs de soins	Secteur général		
<i>Prévention</i>			projets de prévention primaire et d'information
<i>Permanence d'accueil</i>	soins pour les minorités	soins pour les jeunes	organismes d'assistance sociale
<i>Soins de base</i>	aide sociale pour les jeunes	foyer à caractère social	habitat protégé
<i>Stabilisation/ amélioration de la situation</i>			soins de comorbidité
<i>Guérison individuelle</i>		psychothérapie spécifique	soins de comorbidité
<i>Postcure</i>		formation professionnelle	placement sur le marché du travail

Objectifs de soins	Soins spécialisés aux toxicomanes		
Prévention	projets de prévention secondaire et d'information	antennes de liaison et de régulation	surveillance des quartiers à problèmes
Permanence d'accueil		prise en charge d'orientation	
Soins de base	accueil de jour soins médicaux	lieux de consommation distribution de produits de substitution	accueil de nuit urgence / désintoxication
Stabilisation / amélioration de la situation	projets d'apprentissage et de travail, formation logement avec suivi accompagnement et traitement ambulatoire et hospitalier	programme de soins distribution de produits de substitution (maintenance)	unités de soins proposées en modules centre interne de motivation
Guérison individuelle	projets d'apprentissage et de travail, formation logement avec suivi accompagnement et traitement ambulatoire et hospitalier	programme de soins distribution de produits de substitution (réduction)	éléments de soins proposés en modules clinique légale pour toxicomanes
Postcure		rétablissement d'un réseau social	programme spécifique de réinsertion

Objectifs de soins	Secteur pénal		
Prévention			
Permanence d'accueil	projet VIS*	projet SDA**	
Soins de base	unité de suivi des toxicomanes	détention	peines de substitution
Stabilisation / amélioration de la situation	prise en charge des toxicomanes dans le secteur pénal		
Guérison individuelle			
Postcure			

* système d'intervention précoce (Vroeghulp Interventie Systeem)

** poursuite systématique des coupables

Source : **LANGÉ (W)**, « *Integrale zorg in beeld* », *Overlastpost*, oct. 96, p. 4-5. Cité par *Institut Trimbos, 1998a*, p. 2-3

