

# Cadre légal et orientations de la politique publique

## Cadre légal en matière d'alcool

celui collecté. Par contre, le cannabis et l'alcool sont consommés en même temps que l'ecstasy par 7 consommateurs sur 10. La **cocaïne** est associée à de l'ecstasy dans 2 cas sur 10 et d'autres produits tels que les **champignons hallucinogènes**, l'**héroïne** ou la **kétamine** dans 1 cas sur 10 [132].

Les résultats préliminaires d'une enquête réalisée dans les espaces dédiés à la musique électronique (à Toulouse et à Nice) indiquent que près de la moitié des personnes (47 %) a pris dans le dernier mois au moins trois substances psychoactives différentes au cours d'une même soirée (alcool compris, tabac exclu). La moitié déclare avoir effectué ces mélanges à plusieurs reprises lors du dernier mois [130].

### Usagers pris en charge : une majorité de polyconsommateurs

Parmi les nouveaux consultants buveurs des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), on recensait, en 2002, 60 % de fumeurs, 8 % de consommateurs de drogues illicites et 5 % d'usagers de **médicaments psychotropes** hors prescription médicale. Bien qu'en augmentation par rapport à 2000 et 2001, ces chiffres sont vraisemblablement sous-estimés car sous-déclarés [20].

En 2003, 60 % des usagers de drogues rencontrés dans les différentes structures sociosanitaires déclarent consommer plusieurs produits illicites. Cette proportion est similaire à celles observées depuis 2000.

Parmi ces personnes, 53 % consomment deux produits, 27 % trois produits et 20 % plus de trois produits [25].

La polyconsommation est une des principales caractéristiques des personnes vues dans les **structures de première ligne**. La quasi-totalité des usagers de drogues qui y sont rencontrés ont consommé au cours du mois écoulé un produit licite (92 % pour le tabac et 80 % pour l'alcool) ou du cannabis (85 %) en plus de leur consommation problématique d'un ou plusieurs autres produits illicites. En dehors de ces trois substances, les **opiacés** restent la famille de produits la plus utilisée (68 %). Parmi les consommateurs d'opiacés au cours du mois écoulé, 65 % ont également pris au cours de la même période des **hallucinogènes**, des **stimulants** ou les deux familles de produits. Seulement 19 % des usagers de stimulants et 0,7 % d'hallucinogènes n'ont consommé que ces seules classes de produits [37].

Chez les sujets recevant un **traitement de substitution aux opiacés**, la consommation d'autres substances psychoactives en parallèle au traitement a été mise en évidence [Tableau 42] [43]. Néanmoins, plusieurs enquêtes montrent que le recours aux consommations parallèles diminue au fur et à mesure de l'inscription dans la durée du traitement de substitution : les sujets sous protocole **méthadone** depuis plus d'un an consomment moins d'**héroïne** que les patients substitués depuis moins longtemps (5 % contre 12 %) [43]. De même, une enquête menée

auprès de patients suivis par des médecins généralistes montre qu'au bout de deux ans de traitement par **buprénorphine haut dosage** (BHD), la consommation d'héroïne ne concerne plus que 11 % des patients, alors qu'ils étaient 40 % en début de traitement [156, 157].

Cependant, si le recours aux substances illicites est moindre chez les personnes substituées, les phénomènes d'alcoolisation et de consommation de **benzodiazépines** demeurent fréquents et posent question [30]. Ainsi, parmi les patients recevant un traitement de substitution en centre de soins spécialisés ou en médecine de ville, 26 % consomment quotidiennement des benzodiazépines et 72 % de l'alcool [158].

Pour des raisons fiscales et d'ordre public, le commerce et la distribution d'alcool sont réglementés depuis plusieurs siècles. Les préoccupations de santé publique du législateur se sont traduites par l'instauration d'un cadre juridique relativement récent (ordonnances de 1960 sur la lutte contre l'alcoolisme, loi Évin du 10 janvier 1991) qui fait l'objet aujourd'hui de remises en cause. Le débat public oppose largement le discours des spécialistes en alcoologie aux revendications des viticulteurs, producteurs et distributeurs.

### Alcool et commerce

La production et la vente de boissons alcoolisées sont réglementées par le Code de la santé publique (qui intègre désormais le Code des débits de boissons et de la lutte contre l'alcoolisme, créé en 1954). Elles sont interdites pour certaines boissons alcoolisées (apéritifs à base de vin de plus de 18° d'alcool, spiritueux de plus de 45°, bitters et autres boissons de plus de 30°). La vente et la consommation d'alcool dans les débits de boissons (cafés, brasseries, restaurants, buvettes, etc.) sont soumises à autorisation. Seuls les établissements titulaires de la licence IV sont autorisés, dans certaines limitations horaires, à mettre en vente les cinq groupes de boissons existants (du premier groupe, qui comprend les boissons sans alcool ou titrées à moins de 1,2° d'alcool, au cinquième qui couvre les boissons les plus fortement alcoolisées : gin, whisky, vodka, **prémix**, etc.).

La réglementation interdit toute nouvelle implantation (sauf mutations ou transferts d'établissements existants). Par ailleurs, l'exploitation d'un débit de boissons est interdite sur le périmètre des « zones protégées » (établissements

colaires, stades, piscines, terrains de sports publics ou privés, etc.), sous peine de sanctions pénales.

En vertu de l'ordonnance n°59-107 du 7 janvier 1959 et de la loi n°74-631 du 5 juillet 1974, la vente d'alcool à des mineurs de moins de 16 ans est interdite.

Depuis plusieurs années, la législation sur le commerce des boissons alcoolisées évolue dans un sens plus libéral : les modalités de calcul du périmètre des zones protégées ont été modifiées lors de l'aménagement du Forum des Halles à Paris ; les dispositions restrictives dans les agglomérations nouvelles ont été révisées, au nom du renforcement du lien social prôné par la politique de la ville ; les buvettes dans les stades, interdites par la loi Évin du 10 janvier 1991, ont été autorisées, dans des conditions qui ne sont plus guère restrictives (loi du 30 décembre 1998). Les préoccupations d'ordre public et de santé faiblissent sous le poids des intérêts économiques.

### Alcool et publicité

La réglementation sur la publicité en faveur des boissons alcoolisées en vigueur depuis 1941 connaît une tendance similaire. À l'origine, elle était limitée selon le type de boissons. Après avoir été condamnée en 1980 par la Cour de justice des Communautés européennes pour ses pratiques législatives discriminatoires, autorisant la publicité en faveur du rhum mais interdisant celle pour le whisky, la France a connu une période de non-droit pendant laquelle le seul interdit concernait la publicité télévisée. La loi du 31 juillet 1987, dite « loi Barzach », est venue donner un cadre réglementaire à la publicité en faveur des

boissons alcoolisées, en l'autorisant, sauf à la télévision et dans les lieux sportifs. Toutefois, le régime juridique issu de cette loi a été assoupli par une circulaire d'application.

La loi Évin du 10 janvier 1991 a opéré une redéfinition complète en interdisant la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcoolisées supérieures à 1,2°. Les opérations de mécénat ne peuvent donner lieu à publicité qu'à certaines conditions. La loi s'est inspirée d'un principe proposé par le Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme, qui préconisait d'interdire la publicité sur les supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs (télévision, cinéma), mais de l'autoriser dans la presse écrite pour adultes, par voie d'affichage ou de bibliopostage, à la radio et dans les manifestations telles que les foires agricoles. En outre, la publicité a été limitée dans sa forme : les documents publicitaires ne peuvent mentionner que le nom du produit, sa présentation, ses conditions de vente, son mode de consommation et la zone de production. Le contenu des messages publicitaires devait par ailleurs indiquer obligatoirement que « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé », en exhortant le public à le « consommer avec modération ».

À l'origine, l'affichage n'était autorisé que sur les lieux de production, mais faute de pouvoir définir ceux-ci réglementairement, l'affichage a été libéralisé, en tout lieu, même sur les stades où il était auparavant interdit. La seule restriction encore en vigueur concerne désormais la publicité au cinéma et à la télévision.

La violation de ces interdictions est passible d'une peine de 75 000 d'amende et de l'équivalent de 50 % du montant des

dépenses consacrées à l'opération illégale ; la cessation de la publicité peut être ordonnée. Les associations de lutte contre l'alcoolisme peuvent se constituer partie civile : elles jouent un rôle essentiel dans l'application de cette loi, car malgré les infractions qui peuvent être constatées, les autorités publiques sont rarement à l'origine des poursuites.

En janvier 2005, lors de l'examen en deuxième lecture au Sénat du projet de loi sur les territoires ruraux, un amendement déposé par le gouvernement et adopté à l'unanimité a précisé les règles encadrant la publicité collective pour le vin. Le texte dispose que celle-ci peut comporter des références et des représentations relatives aux terroirs de production, aux distinctions obtenues, aux appellations d'origine et à leurs éléments constitutifs, ou aux indications géographiques protégées. Elle doit être limitée à la description du produit (et non à l'acte et aux effets des consommations), apporter des indications objectives (et non subjectives), à des fins informatives (et non pas incitatives). Les campagnes publicitaires seront autorisées après l'avis du Conseil de la modération, qui rassemblera les professionnels de la santé, les représentants de l'interprofession viticole et les parlementaires.

### Alcool et ordre public

La législation en matière de lutte contre l'alcoolisme s'est esquissée au XIXe siècle avec deux dispositions fondamentales relevant du maintien de l'ordre public : la loi de 1838 sur l'internement des aliénés et la loi de 1873 sur la répression de l'ivresse publique.

Actuellement, l'ivresse publique et mani-

feste constatée dans un lieu public est passible d'une contravention de 2<sup>e</sup> classe (150 d'amende). La personne est conduite à ses frais au poste le plus proche ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison. Avant le nouveau Code pénal de 1994, les peines prévues pouvaient aller jusqu'à un emprisonnement délictuel en cas de récidive.

L'ivresse dans une enceinte sportive constitue, depuis la loi du 6 décembre 1993, un délit pouvant être puni d'une peine d'emprisonnement, notamment en cas de violences.

### Alcool et sécurité routière

La conduite sous l'empire d'un état alcoolique est un délit, réprimé depuis 1965 en France.

La loi du 9 juillet 1970 a fixé pour la première fois un taux légal d'alcoolémie, correspondant à 0,8 g/l de sang (avec une analyse sanguine) ou à 0,40 mg/l d'air expiré (contrôlé avec un éthylomètre). La loi du 12 juillet 1978 a instauré les contrôles d'alcoolémie, même en l'absence d'infraction ou d'accident. Au début des années 1980, les sanctions afférentes à un dépistage positif sont renforcées : la loi du 8 décembre 1983 pose que tout conducteur ayant dépassé le taux d'alcoolémie légal peut être sanctionné par une amende et/ou une peine de prison (portée à deux ans en 1987). La loi du 17 janvier 1986 durcit encore la sanction en prévoyant, en cas de présomption d'ivresse, le retrait immédiat du permis de conduire pendant 72 heures. La suspension du permis peut durer six mois si l'état alcoolique est confirmé. L'annulation du permis s'applique en cas de récidive de conduite en état alcoolique ou lorsque le conducteur

a provoqué un homicide ou des blessures. La confiscation du véhicule ou la perte de points peuvent être prononcées à titre de peines complémentaires.

En outre, une disposition prise par la loi Évin prescrit l'interdiction de vendre des boissons alcoolisées à emporter, dans les points de vente de carburants, entre 22 heures et 6 heures.

Depuis le décret du 29 août 1995, la conduite d'un véhicule est interdite à partir du seuil d'alcoolémie tolérée fixé à 0,5 g/l de sang (0,25 mg/l d'air expiré). La conduite d'un véhicule avec un taux d'alcool compris entre 0,5 et 0,8 g/l de sang (ou 0,25 et 0,40 mg/l d'air expiré) constitue une contravention de 4<sup>e</sup> classe, de la compétence du tribunal de police : le conducteur en infraction encourt une peine d'amende de 135 €, le retrait de six points du permis de conduire, l'immobilisation du véhicule et la suspension du permis pour une durée maximale de trois ans avec possibilité d'aménagement. Au-delà de 0,8 g/l (0,4 mg/l d'air expiré), le conducteur commet un délit, qui relève de la compétence du tribunal correctionnel, passible d'un retrait de six points, d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 500 €, d'une peine de prison pouvant atteindre deux ans et du retrait du permis de conduire (décret du 29 août 1995 ; loi du 8 décembre 1993). Des peines complémentaires peuvent être infligées, telles que le travail d'intérêt général, les jours-amende, l'interdiction de conduire certains véhicules ou l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation à la sécurité routière. En cas d'accident corporel, les peines sont aggravées et peuvent atteindre dix ans d'emprisonnement en cas d'homicide involontaire avec manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

### Alcool et soins

Parallèlement aux préoccupations d'ordre public, le législateur a développé, depuis les années 1960, une série de mesures de santé publique concernant l'alcool. Le sujet **dépendant** à l'alcool est aujourd'hui reconnu comme un malade et les soins que nécessite son état sont pris en charge par la Sécurité sociale au même titre que toute autre pathologie (loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, loi du 3 janvier 1968 sur les incapables majeurs, circulaires du 16 juillet 1973, du 28 mars 1978, du 30 novembre 1970, du 31 juillet 1975 et du 15 mars 1983). La loi contre les exclusions du 29 juillet 1998 a doté les CCAA (Centres de cure ambulatoire en alcoologie, structures spécialisées responsables de la prise en charge des malades alcoolodépendants) du statut d'institution sociale et médico-sociale.

Par ailleurs, l'alcoolisme de l'auteur d'une infraction peut être pris en considération pour imposer une obligation de soins.

### Alcool sur le lieu de travail

## Cadre légal en matière de tabac

Les textes du Code du travail relatifs à l'alcoolisation sur les lieux du travail visent trois objectifs : limiter l'introduction de boissons alcoolisées dans l'entreprise ; interdire la présence de personnes en état d'ébriété dans des locaux professionnels et proposer des boissons sans alcool.

La délivrance de boissons alcoolisées au moyen de distributeurs automatiques est interdite en milieu professionnel.

La jurisprudence et les textes de loi encadrent strictement les moyens auxquels le chef d'entreprise peut recourir pour contrôler la circulation d'alcool ou l'état d'ébriété d'un salarié. C'est par le biais du règlement intérieur que le chef d'entreprise délimite le cadre de la consommation, qui peut être limitée ou interdite (circulaire du 13 janvier 1969), et précise les conditions d'un éventuel contrôle de l'alcoolémie. Compte tenu du Code du travail qui pose que le règlement intérieur ne peut contenir des restrictions aux libertés individuelles que si elles sont justifiées par la nature de la tâche à accomplir et proportionnées au but recherché, le recours à l'alcootest ne peut être systématique : son utilisation est limitée aux cas où il s'agit de vérifier le taux d'alcoolémie d'un salarié qui manipule des produits dangereux ou est occupé à une machine dangereuse ou qui conduit des véhicules automobiles, de transport collectif notamment (circulaire du 15 mars 1983). L'alcootest, qui mesure un niveau d'imprégnation alcoolique, n'est pas obliga-

toirement pratiqué par un médecin. Étant donné que ce test ne peut avoir pour objet que de prévenir ou de faire cesser une situation dangereuse et non de permettre à l'employeur de faire constater une faute du salarié, la jurisprudence considère qu'il n'y a pas lieu d'imposer la présence d'un tiers ou de prévoir la possibilité d'une contre-expertise (Conseil d'État, 12 novembre 1990).

### Repères législatifs et réglementaires

- Ordonnance n° 60-1253 du 29 novembre 1960 modifiant le Code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme, JO du 30 novembre 1960.
- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO du 12 janvier 1991 (NOR : SPSX9000097L).
- Ordonnance n° 59-107 du 7 janvier 1959 modifiant le Code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme, JO du 30 novembre 1960.
- Loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 fixant à dix-huit ans l'âge de la majorité, JO du 7 juillet 1974.
- Loi de finances rectificative pour 1998 n° 98-1267 du 30 décembre 1998, article 21 modifiant l'article L. 49-1-2 du Code de débit de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, JO du 31 décembre 1998 (NOR : ECOX9800170L).
- Loi n° 87-588 du 31 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social, JO du 31 juillet 1987 (NOR : ASEX8700089L).
- Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés, insérée dans le Code de la santé publique en tant qu'articles L.326 à 355.
- Loi du 23 janvier 1873 sur l'ivresse publique.
- Loi n° 93-1282 du 6 décembre 1993 relative à la sécurité des manifestations sportives, JO du 7 décembre 1993 (NOR : MJSX9300141L).
- Loi n° 70-597 du 9 juillet 1970 instaurant un taux légal d'alcoolémie et généralisant le dépistage par l'air expiré, JO du 10 juillet 1970.
- Loi n° 78-732 du 12 juillet 1978 relative à la prévention de la conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique, JO du 13 juillet 1978.
- Loi n° 83-1045 du 8 décembre 1983 relative au contrôle de l'état alcoolique, JO du 9

décembre 1983.

- Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social, JO du 18 janvier 1986.
- Décret n° 95-962 du 29 août 1995 modifiant les articles R 233-5, R 256 et R 266 du Code de la route, JO du 30 août 1995 (NOR : EQUS9500428D).
- Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, JO du 4 janvier 1968.
- Circulaire DGS/1312/MS du 16 juillet 1973 relative à l'admission des sujets en état d'ivresse dans les services hospitaliers (non parue au JO).
- Circulaire DGS/454/MS2 du 28 mars 1978 relative à l'organisation des soins aux malades alcooliques dans les hôpitaux généraux (dite « circulaire Denoix »).
- Circulaire du 30 novembre 1970 relative à la création des centres d'hygiène alimentaire.
- Circulaire du 31 juillet 1975 relative au dépistage et au traitement précoce de l'alcoolisme.
- Circulaire DRT n° 5-83 du 15 mars 1983 relative à la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool (dite « circulaire Ralite »).
- Circulaire TE n° 4/69 du 13 janvier 1969 relative à l'introduction et à la consommation de boissons alcoolisées sur les lieux de

### Repères législatifs et réglementaires

- Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 modifiée relative à la lutte contre le tabagisme, JO du 10 juillet 1976 (NOR : SANP9300965A).
- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JO du 12 janvier 1991 (NOR : SPSX9000097L).
- Décret du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif modifiant le Code de la santé publique, JO du 30 mai 1992.
- Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, JO du 30 janvier 1993 (NOR : SPSX9200178L).
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JO du 19 janvier 1994 (NOR : SPSX9300136L).
- Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes, JO du 3 août 2003 (NOR : SANX0306354L).
- Décret n° 2004-949 du 6 septembre 2004 relatif à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de seize ans, JO du 8 septembre 2004 (NOR : SANP0422600D).

## Cadre légal en matière de médicaments psychotropes

travail.

■ Arrêt du Conseil d'État du 12 novembre 1990 – *Compagnie de signaux et d'entreprises électriques*, n° 96-721.

L'État, longtemps fabricant et distributeur, perçoit des taxes sur la vente du tabac. Les intérêts économiques liés à la production et à la distribution sont importants. Aussi, les impératifs de santé publique n'ont été pris en considération que récemment, alors que le tabac représente un risque avéré pour la santé.

### De la loi Veil à la loi Évin

À la suite d'une recommandation de l'Organisation mondiale de la santé en 1974 invitant les États à prendre des mesures législatives pour restreindre ou interdire la promotion des ventes de tabac, la loi Veil a été votée en France le 9 juillet 1976. Première loi relative à la lutte contre le tabagisme, elle régleme la publicité, qui n'est autorisée que dans la presse écrite. Le parrainage des manifestations sportives (sauf certaines courses automobiles) est interdit. Les emballages doivent comporter un message sanitaire. Par ailleurs, des interdictions de fumer doivent être établies dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.

Rapidement détournée par les fabricants qui feront la promotion indirecte de leur marque en utilisant un produit autre que le tabac, la loi de 1976 a été modifiée par la loi Évin du 10 janvier 1991 sur la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme et complétée par le décret du 29 mai 1992 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics. La loi Évin renforce le caractère restrictif

## Cadre légal en matière de drogues illicites

de la loi de 1976 en termes de santé publique, notamment en interdisant de fumer sauf là où cela est explicitement autorisé. Ses principales dispositions sont les suivantes :

■ elle interdit la publicité, comme le parrainage en faveur du tabac, sauf pour les enseignes des débits et les affichettes à l'intérieur des établissements, sous peine de 75 000 d'amende et jusqu'à 50 % des dépenses consacrées à l'opération illégale, avec une possibilité d'ordonner le retrait de la publicité. Cependant, des dérogations ont été introduites ultérieurement (Cf. *infra*) ;

■ elle impose l'affichage d'un message sanitaire sur les emballages, avec la mention « nuit gravement à la santé ». Les infractions sont également sanctionnées de peines délictuelles ; elle ordonne une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Les infractions constituent des contraventions de 5<sup>e</sup> classe (1 500 d'amende) pour les exploitants et de 3<sup>e</sup> classe (450 ) pour les fumeurs ; comme en matière d'alcoolisme, les associations de lutte contre le tabagisme peuvent se constituer partie civile et sont souvent très actives dans la poursuite des infractions ;

■ enfin, elle exclut le tabac de la liste des produits de consommation pris en compte dans le calcul de l'indice des prix, ce qui a permis une augmentation régulière de son prix et entraîné une réduction de la consommation.

### Les dispositions les plus récentes

Depuis, le texte de loi de 1991 a fait l'objet de deux modifications. La première, relative à l'interdiction portant sur la publicité du tabac, intervient avec le vote de la loi du 27 janvier 1993. Elle autorise la retransmission, par les chaînes de télévision nationales, des compétitions de sport mécanique qui se déroulent dans des pays où la publicité pour le tabac est légale, en attendant une réglementation européenne. D'autres assouplissements sont permis dans certaines publications (spécialisées ou éditées par des organisations de professionnels pour ses adhérents).

La seconde modification est introduite par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui met l'accent sur la prévention du tabagisme. Elle étend à tous les produits du tabac l'obligation de porter le message spécifique à caractère sanitaire sur les emballages. Cette obligation était jusque-là limitée aux paquets de cigarettes.

La teneur maximale autorisée en goudron n'a cessé de diminuer depuis 1991 : de 15 mg par cigarette, elle est passée à 12 mg au 1<sup>er</sup> janvier 1998 (selon des dispositions prévues par la loi Évin).

Il faut par ailleurs noter que des textes communautaires visent également à limiter ou à interdire la publicité en faveur du tabac et à imposer des messages sanitaires. Leur élaboration se heurte à de puissants lobbies.

Depuis le 31 juillet 2003, une loi française interdit la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Ses modalités d'appli-

cation ont été fixées par décret en septembre 2004. La France rejoint ainsi un certain nombre de pays de l'Union européenne ayant adopté cette mesure (Espagne, Irlande, Royaume-Uni, Autriche). La loi interdit également la vente de paquets de moins de 20 cigarettes qui étaient plus facilement achetés par les jeunes consommateurs. Enfin, dans le cadre de l'éducation à la santé, elle prévoit une sensibilisation obligatoire au risque tabagique dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire. Le Code de la santé publique a été complété et prévoit qu'une affiche rappelant l'interdit de vente aux mineurs soit placée à la vue du public dans les débits et autres revendeurs de tabac. Tout manquement est passible des amendes prévues pour les contraventions de 2<sup>e</sup> classe (pouvant atteindre 150 €), sauf si le contrevenant a fait la preuve qu'il a été induit en erreur sur l'âge du mineur. Le vendeur peut exiger de l'acheteur la présentation d'une pièce d'identité.

La réglementation concernant l'**abus** ou la **dépendance** aux produits pharmaceutiques s'intéresse à une grande diversité de substances, des **produits de substitution** (**buprénorphine haut dosage**, **méthadone**) aux fortifiants en vente libre en passant par les psychotropes des listes I (toxiques) et II (dangereux). Cette diversité induit des régimes variables, correspondant à trois niveaux d'intervention des pouvoirs publics.

### Consommation médicamenteuse

Selon le régime de droit commun des produits pharmaceutiques, ces derniers doivent disposer d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM). Une fois l'AMM obtenue, le produit est soumis au système national de pharmacovigilance. Sa distribution relève du monopole des pharmaciens. Sa publicité est soumise à autorisation ou réglementée. L'obtention d'un médicament par le patient passe, pour de nombreuses spécialités, par la délivrance d'une ordonnance signée d'un médecin.

### Réglementation des substances vénéneuses

Ce régime vise à prévenir les détournements et les abus de **médicaments psychotropes** et de certains **stupéfiants**. Cette réglementation s'appuie sur le classement international des substances contrôlées (tableaux définis par la Convention unique de 1961 et la Convention de Vienne de 1971). À l'origine, la plupart des substances classées étaient d'origine naturelle (**morphine**, **codéine**, **cocaïne**, etc.), mais une génération nouvelle de produits synthétiques est apparue. C'est la raison pour laquelle la Convention internationale de

Vienne a été adoptée. Elle exclut de son champ d'application les substances déjà soumises à un contrôle international.

Les conditions de prescription et de délivrance des médicaments distinguent : les médicaments accessibles sans ordonnance ; les médicaments de la liste I (ordonnance le plus souvent non renouvelable) ; les médicaments de la liste II (ordonnance renouvelable) ; les médicaments stupéfiants requérant l'utilisation d'une ordonnance sécurisée.

Les médicaments stupéfiants et ceux des listes I et II appartiennent à la liste des substances vénéneuses. La liste des médicaments stupéfiants comprend, entre autres, les **analgésiques** morphiniques majeurs (par exemple : Skenan<sup>®</sup>, Moscontin<sup>®</sup>). La liste I inclut, entre autres, des analgésiques mineurs (Di-Antalvic<sup>®</sup>, Dicodein<sup>®</sup>), la buprénorphine (**Subutex<sup>®</sup>**), des **anxiolytiques** (comme le Valium<sup>®</sup> et le Tranxène<sup>®</sup>). La liste II comprend, entre autres, des anti-

inflammatoires (comme l'Ibuprofène<sup>®</sup>, l'Apranax<sup>®</sup>).

Les infractions aux règles de prescription et de délivrance peuvent être réprimées par des sanctions pénales (Code de la santé publique) ou disciplinaires (en référence aux règles déontologiques des professions pharmaceutiques et médicales).

### Repères législatifs et réglementaires

- Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, JO du 2 janvier 1971.
- Circulaire DACG/DAP/DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanes, non publiée au JO (NOR : JUSA9900148C).
- Loi n° 99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs, JO du 19 juin 1999 (NOR : EQUX9800010L).
- Décret n° 2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n° 2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du Code de la route et modifiant le Code de la route, JO du 28 août 2001.
- Loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants, JO du 4 février 2003 (NOR : JUSX0205970L).
- Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social, JO du 18 janvier 1986.
- Loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du Code pénal, JO du 5 janvier 1988 (NOR : JUSX8700015L).
- Loi de finances pour 1989 n° 88-1149 du 23 décembre 1988, article 84, JO du 28 décembre 1988 (NOR : ECOX880121L).
- Loi n° 90-614 du 12 juillet 1990 relative à la lutte contre le blanchiment, JO du 14 juillet 1990 (NOR : ECOX9000077L).
- Loi n° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie, JO du 14 mai 1996 (NOR : JUSX9400059L) et circulaire CRIM n° 96-11G du 10 juin portant commentaire de la loi du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération (NOR : JUSD9630084C).
- Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 portant entrée en vigueur du nouveau Code pénal, JO du 27 décembre 1992 (NOR : JUSX92400040L).
- Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, JO du 10 mars 2004 (NOR : USX0300028L).
- Loi n° 96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de substances, JO du 20 juin 1996 (NOR : INDX9500023L).
- Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, JO du 10 mars 2004 (NOR : JUSX0300028L).

## Orientations 2004-2008 de la politique publique de lutte contre les drogues

La politique française de lutte contre la drogue a été fixée pour l'essentiel par la loi du 31 décembre 1970, intégrée dans le Code pénal et le Code de la santé publique. Cette loi réprime tant l'usage que le trafic de toute substance ou plante classée comme **stupéfiant** (sans différenciation selon le produit), sans établir pour autant une définition claire permettant de distinguer l'usager du revendeur. La liste des produits stupéfiants visés par la loi est établie par arrêté du ministre de la Santé, sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), conformément à la réglementation internationale.

### Usage : permanence du cadre législatif, évolutions dans sa mise en œuvre

Le cadre législatif, qui réprime l'usage de stupéfiants (public ou privé), n'a pas été modifié depuis son origine. La perspective d'une réforme, envisagée au cours de l'année 2003 (contraventionnalisation de l'usage simple), a finalement été écartée par le gouvernement en juillet 2004. Aux termes de l'article L.3421-1 du Code de la santé publique (ex-art. L.628), l'usage illicite de produits classés comme stupéfiants est un délit passible d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 €. En outre, l'article L. 3411-1 prévoit une procédure spécifique d'**injonction thérapeutique**, qui permet au procureur de suspendre les

poursuites à l'encontre d'un usager de stupéfiants si celui-ci accepte de se faire soigner.

Les orientations de la politique pénale de lutte contre la **toxicomanie** ont été redéfinies par une série de circulaires des gardes des Sceaux depuis le début des années 1970, mettant davantage l'accent, selon les périodes, sur le soin ou la répression. La circulaire du 17 juin 1999 a ainsi appelé les procureurs de la République « à développer des réponses judiciaires plus diversifiées » pour les usagers interpellés, à tous les stades de la procédure pénale, « du simple rappel à la loi à l'incarcération, qui doit constituer un ultime recours ». La distinction entre comportements d'usage occasionnel, d'**abus** ou de **dépendance**, proposée dans le rapport Roques de 1998 [159], devait guider le choix des parquets entre les différentes options procédurales. Ainsi, le recours à l'injonction thérapeutique était-il vivement recommandé pour les usagers de drogues dépendants, en tant qu'**alternative aux poursuites** à contenu sanitaire, tandis que le rappel à la loi sous forme de classement sans suite avec avertissement était préconisé pour des consommateurs occasionnels (notamment de cannabis) et le classement avec orientation vers une structure sociosanitaire recommandé pour les autres types de comportements d'usage. En pratique, la faible utilisation de l'injonction thérapeutique par les parquets a fait de cette mesure l'un des enjeux principaux de la réflexion sur l'adaptation de la loi de 1970. Le ministère de la Justice doit élaborer de



nouvelles directives sur les suites à donner à l'usage de stupéfiants.

### **Usage de stupéfiants et sécurité routière**

Par ailleurs, la répression de l'usage de stupéfiants dans certaines circonstances de la vie sociale a été accentuée, notamment dans une perspective d'amélioration de la sécurité routière.

La loi du 18 juin 1999 et son décret d'application (du 27 août 2001) ont instauré un dépistage systématique de stupéfiants sur les conducteurs impliqués dans un accident de la route aux conséquences immédiatement mortelles et la mise en place d'une étude épidémiologique (menée entre octobre 2001 et 2003), avant une éventuelle généralisation. Les débats parlementaires ont en effet fait état d'un manque de connaissances sur l'influence des stupéfiants en cas d'accident de la route. Toutefois, sans attendre les résultats de cette étude (prévus pour le 1<sup>er</sup> semestre 2005), la loi du 3 février 2003 a créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Celui-ci encourt une peine de deux ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende. Les sanctions peuvent être portées à trois ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool.

Les dépistages sont obligatoires en cas d'accident immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants. Les dépistages sont également autorisés pour un conducteur impliqué dans un accident quelconque de la circulation, ou auteur de certaines infractions au Code de la route, ou encore à l'encontre duquel il existe une ou plusieurs

raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants (art.L235-2 du Code de la route).

### **Trafic de stupéfiants : un élargissement progressif de la définition juridique du trafic**

La répression du trafic et des activités liées au trafic de stupéfiants, telle qu'elle a été codifiée en 1992/1994 dans le nouveau Code pénal, résulte d'un processus de renforcement du cadre législatif amorcé à partir de la fin des années 1980, qui s'est traduit par la création de nouvelles incriminations et une sévérité accrue des peines prévues pour certaines infractions de trafic qualifiées de crimes. Le dispositif législatif actuel prévoit :

- Des peines adaptées pour chaque type d'infraction liée au trafic : de l'offre et de la cession en vue d'une consommation personnelle (délit créé par la loi du 17 janvier 1986) jusqu'au blanchiment (défini dans la loi du 31 décembre 1987), susceptible d'être qualifié en infraction