

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

année 1993

thèse n° 217

**APPROCHE DES ARGUMENTS
ANTIPROHIBITIONNISTES
EN MATIERE DE DROGUE**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN PHARMACIE**



Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 1993

PAR

Pierre COGNARD
né le 30 juillet 1957
à Aix-en-Provence (Bouches du Rhône)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur HABRIOUXPrésident

Madame CHABERNAUD Pharmacien Inspecteur RégionalJuge

Madame le Professeur DELAGE.Juge

Madame FAUCONNIER Docteur en Pharmacie.....Juge

Monsieur LAVIEILLE Maître de ConférencesJuge

U N I V E R S I T E D E L I M O G E S

F A C U L T E D E P H A R M A C I E

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur **RABY**

- ASSESSEURS : Monsieur le Professeur **GHESTEM** (1er Assesseur)
Monsieur **DREYFUSS**, Maître de Conférences (2ème Assesseur)

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEUR DES UNIVERSITES

| | |
|---------------------------|--|
| BENEYTOU Jean-Louis | Biochimie |
| BERNARD Michel | Physique-Biophysique |
| BOSGIRAUD Claudine | Microbiologie |
| BROSSARD Claude | Pharmacotechnie |
| BUXERAUD Jacques | Chimie Organique, Chimie Thérapeutique |
| CHULIA Albert | Pharmacognosie |
| CHULIA Dominique | Pharmacotechnie |
| DELAGE Christiane | Chimie Générale et Minérale |
| GALEN François Xavier | Physiologie |
| GHESTEM Axel | Botanique et Cryptogamie |
| GUICHARD Claude | Toxicologie |
| HABRIOUX Gérard | Biochimie |
| LEFORT DES YLOUSES Daniel | Pharmacie galénique |
| NICOLAS Jean Albert | Bactériologie et Virologie, Parasitologie |
| LOUDART Nicole | Pharmacodynamie |
| PENICAUT Bernard | Chimie Analytique et Bromatologie |
| RABY Claude | Pharmacie Chimique et Chimie Organique |
| TIXIER Marie | Biochimie |

SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

PLAN

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX

CHAPITRE I : LA PRODUCTION DES DROGUES DU NATUREL AU SYNTHETIQUE

A - LA DROGUE : UN PRODUIT NATUREL?

LA PLANTE
L'HISTOIRE
L'USAGE
LA PREPARATION

I - LES RACINES SOCIALES

- 1) LA BOLIVIE
- 2) LE PEROU
- 3) LA COLOMBIE

II - L'ILLUSION DE L'ARRACHAGE

- 1) L'OBSTACLE JURIDIQUE
 - a) SUR LA CULTURE
 - b) SUR L'USAGE
- 2) L'OBSTACLE ECONOMIQUE
- 3) L'OBSTACLE POLITIQUE

B - LES DROGUES : DES PRODUITS DE SYNTHESE ?

I - UNE TECHNOLOGIE DU NORD

- 1) LE CRACK
- 2) LE SHABU
- 3) L'ECTASY
- 4) LA TECHNIQUE A L'AIDE DE LA NATURE :
LE CAS DU CANNABIS

II - AUX DROGUES DU NORD

- 1) HEROINE, CANNABIS : LA VEINE COLONIALE
- 2) UN ALCOOL SOUS LICENCE : LA BIERE
- 3) LES PSYCHOTROPES

C - CONCLUSION

CHAPITRE II : LA CONSOMMATION

I - UNE QUANTIFICATION CRITIQUABLE

- a) PEUT-ON QUANTIFIER ? ET QUI/QUOI ?
- b) L'IMMUABILITE IDEOLOGIQUE

II - UN MONDE DE " JEUNES "

- a) RELATIVITE DU PHENOMENE
- b) DU PHENOMENE AU PROBLEME :
LA REPOSE PROHIBITIONNISTE

III - LE COUPLE MOTEUR DE L'ECONOMIE

- a) LE MARKETING MULTI-NIVEAUX (M.M.N.)
- b) L'INELASTICITE DE LA DEMANDE
- c) UN MARCHE REGULE PAR LA PROHIBITION

IV - LA POLYINTOXICATION

SECONDE PARTIE : ANALYSE COMPARATIVE

CHAPITRE III : LA TOXICOMANIE

I - HISTOIRE D'UN CONCEPT : LA TOXICOMANIE

- A LA VERTU
- B LA VERTU ET LE VICE
- C PUNIR ET/OU SOIGNER
- D L'APPROCHE CLASSIFICATRICE
- E ENTRE CLASSIFICATION ET DEFINITION :
LA PSYCHANALYSE
- F UNE DEFINITION SOUS DEPENDANCE

II - EXISTE-T-IL UN MODELE SCIENTIFIQUE ?

- A LE MODELE BIOCHIMIQUE ET THERAPIE
- B LA THEORIE DE L'ESCALADE
- C TOUS LES DROGUES NE SONT PAS TOXICOMANES

III - LA PROHIBITION :

UN AVANTAGE POUR LES SOIGNANTS ET LES SOIGNES ?

- A LE MODELE BIOCHIMIQUE ET LA THERAPIE
- B LES EXPERIENCES DE LA TOLERANCE

- a) L'"EXPERIENCE" NEERLANDAISE
- b) L'"EXPERIENCE" DE LIVERPOOL
- c) L'"EXPERIENCE" DE ZURICH

IV - CONCLUSION

CHAPITRE IV : ATTITUDE SOCIALE FACE A LA TOXICOMANIE

I - DU BIOLOGIQUE AU SOCIAL

- a) REGARD ANTHROPOLOGIQUE - DU DEDANS
- b) CONCEPT PHILOSOPHIQUE - AU DEHORS
- c) L'IMAGE DE L'ARTISTE
- d) LA FULGURANCE
- e) NORME MEDICALE - SYMPTOME SOCIAL ?

II - NAISSANCE D'UN ETRE SOCIAL

- a) DU BOUC EMISSAIRE
- b) AUX IDEOLOGIES
- c) COMME UN (AUTRE) COMPORTEMENT

III - LA CRISE PARADIGMATIQUE

- a) "QUI S'EST PIQUE, SE PIQUERA"
- b) LE SIDA COMME REVELATEUR

IV - CONCLUSION

CHAPITRE V : DROIT DE LA DROGUE ?

I - DES USAGES ANCIENS ET MODERNES

II - DES USAGES AU REGIME DU DROIT

III - FONDEMENT DU DROIT DE LA DROGUE EN FRANCE

- a) L'ARGUMENT MORAL
- b) L'ARGUMENT PSYCHANALYTIQUE
- c) L'ARGUMENT DE LA LIBERTE

IV - VOLONTES ET PROPOSITIONS ANTIPROHIBITIONNISTES

- a) LES LIBERTAIRES
- b) LE CAS ESPAGNOL : DEPENALISER
- c) LEGALISER MAIS COMMENT ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Que ce soit dans les gros titres de la presse ou dans les index des ouvrages savants, le mot drogue évoque une référence au drame de la problématique contemporaine de la violence : violence de celui qui se drogue, violence des trafiquants, violence de la réponse de certaines institutions, violence de nos peurs...

Le chemin de la drogue est un chemin de violence pour l'individu et pour nos sociétés.

Mais chercher à discerner "selon l'éthique de la responsabilité ou selon l'éthique de la conviction" nous semble conduire à l'impasse de la seule condamnation. Aussi avons-nous choisi "de refuser le divorce entre ces deux catégories éthiques en assumant la tension qui se manifeste par la volonté de les maintenir unies"* dans la réflexion.

Notre deuxième parti pris a été celui de considérer les lois comme des réalisations en sursis. Donc de ne pas accepter de dichotomie entre notre responsabilité de citoyen et celle d'acteur social engagé dans la dispensation du médicament.

Ces deux partis pris s'enracinent sur une expérience de la pratique officinale; une réflexion en milieu associatif sur la question de la médicalisation, au sein d'associations d'usagers de la santé; et une critique du regard de la science qui pénètre de sa technologie notre vie quotidienne. Ces trois "substrats" étant reliés à nos yeux par un dénominateur commun: la possible référence à la place du médicament.

Peut-on évoquer le phénomène drogue actuellement, sans faire référence au médicament (et inversement) ?

* VAILLANT F.- La non violence- Cerf 1990.

S'il nous est donné l'occasion, ici, d'évoquer la notion de médicament, ce ne sera que pour montrer combien la notion de drogue cristallise, pour les professionnels de la santé, mais aussi pour les politiques et le grand public, le mauvais usage du pharmakon.

Ce mauvais usage du pharmakon ne rendrait-il pas encore plus efficace et attrayant le bon usage : médicament et drogue étant les deux faces du pharmakon ?

Le mot médicament n'apparaît que vers le XIVème siècle, tout comme celui de médecin. D'un point de vue linguistique, il est rattaché à la famille indo-européenne, MUID, qui exprime l'idée de "prendre avec autorité et réflexion des mesures d'ordre"*. Le mot médicament dérivant lui-même du terme : "remedium", qui correspond à une définition juridique et commerciale latine évoquant l'écart autorisé entre le titre légal et le titre réel, en argent, d'une pièce d'orfèvrerie.

Le remède serait ce qui réduit l'écart entre deux états, si ces deux états deviennent trop distants, la mort s'insinue. A noter les expressions opposées : remède de bonne femme pour le mauvais pharmakon et remède de cheval pour l'autre face.

Le médicament, lui, est lié à la médecine, c'est dans le premier siècle de notre millénaire que se met en place le concept de "maladie", comme intervention EXOGENE qui viendrait pervertir ce qui est bon. Le médicament, lui aussi exogène, prend sa place dans ce savoir médical comme le pendant de la maladie.

Le rôle du médicament devient central, actuellement, dans l'évaluation de la maladie; venant l'authentifier et la dominer.

* Dictionnaire étymologique du français.- Robert-1990.

Il est la réponse du médecin à la symptomatologie de la maladie. Il est le médiateur des désirs communs entre médecin et malade, il est le lien "obligé". Un lien d'autant plus efficace car il prouve que la médecine peut apporter une réponse aux souffrances vécues par l'individu.

La primauté accordée à la consommation comme solution à nos "manques", le mythe du progrès technique dans notre culture, les représentations collectives à travers nos institutions, nous amènent à exprimer nos demandes d'aide en ayant recours au système médical, dont le médicament semble être la clef de voûte de l'édifice. Nous "médicalisons" et "médicamentons" notre mal-être (34).

Comment analyser le recours dans nos sociétés contemporaines à cette consommation formidable de médicaments d'origine naturelle ou synthétique ? Toute anxiété, mal de vivre, vécu difficile, trouble de la relation, périodes de deuil, notre vieillissement etc...semblent relever de la médecine.

L'entreprise de médicalisation s'exprime par le relais que prennent les institutions médicales devant les problèmes de relation humaine.

La médecine s'est vue, dès le début des années 1950, en position de prendre définitivement le pouvoir sur la santé.

Ne confondons-nous pas la puissance sociale du médecin et de ses techniques de soins avec sa capacité à "aider" pour guérir ? Selon l'expression de Michaël BALINT, le "remède-médecin" peut-il répondre au malade ? Le recours au chimique -médicament ou drogue- n'est-il pas une caractéristique de ce que l'ordre médical nous propose ? La substitution de la relation humaine par la pilule n'a-t-elle pas entraîné, ce qu'à l'aube des années 1970, Ivan ILLITCH dans son Nemesi médical a appelé une "iatrogénicité sociale" dont la drogue ne serait qu'un avatar ?...

Le terme drogue, créé lui aussi au XIVème siècle, comme celui de médecin, médicament; dérive du latin *drogia*, la dragée ou du néerlandais *drog* qui signifie onguent ou produit sec. Le terme n'a de sens scientifique, qu'en pharmacognosie. Il est usité actuellement en rapport à un produit maléfique ou bénéfique qui est étranger au corps. Le terme drogue, il y a encore quelques décennies, était utilisé dans un sens voisin de celui de médicament.

Il est synonyme, le plus souvent, de stupéfiant. Toutes les drogues (stupéfiants) ont été utilisées par les médecins comme médicaments psychotropes et à l'inverse la plupart des médicaments psychotropes sont utilisés comme "drogues" par les toxicomanes.

Comment s'est constituée cette définition entre drogue et médicament ? Comment a été tranché le débat par la loi ?

L'approche juridique de cette distinction ne représente-t-elle pas une difficulté dans la relation médecin/drogué ? Le médicament garde-t-il son "efficacité" pour celui qui le consomme du "mauvais" côté, celui des drogues? Qu'advient-il du rendement du schéma thérapeutique traditionnel basé sur le médicament pour tous ceux qui se "droguent" de médicaments ou de "drogue" ?

Confrontés successivement à des interrogations sur le médicament, puis à celles liées aux limites entre médicaments et drogues, et conscients des enjeux sociaux de ces questions, il nous a semblé intéressant de s'attacher à compléter nos connaissances sur ce sujet et de traiter les informations de façon multidisciplinaire.

L'époque des années 1980 fut particulièrement prolifique en informations autour du phénomène drogue. Informations commentées non pas que du seul fait du milieu médical, mais surtout par des économistes, politiques, sociologues...

Si les politiques "antidrogues" sont soutenues actuellement par la population à 80%*, la constatation et les remises en cause de ces politiques, qui ne provenaient que de groupes minorisés dans les années 1970, sont soutenues par une audience qui s'élargit à des groupes sociaux de plus en plus variés : juristes, sociologues, milieux associatifs, économistes et à des fonctions sociales qui n'ont rien de "subversives" : universitaires, militaires, représentants des états, représentants de la police etc...

Cet intérêt est-il le fait d'une plus grande extension du phénomène ou à sa médiatisation ? S'agit-il de sujets tabous autour desquels se cristallisent les angoisses de notre époque ? S'agit-il plus simplement d'une réaction à l'évidence d'un échec des "guerres à la drogue" ?

Afin de saisir les enjeux sociaux et les répercussions possibles dans une pratique de soins, nous avons cherché à faire la synthèse de quelques-uns des principaux arguments développés à l'encontre de la politique répressive en matière de drogue qu'est la prohibition, par les antiprohibitionnistes ; la prohibition se définissant comme l'interdiction de l'usage et de la commercialisation des drogues, l'antiprohibitionnisme, par la légalisation de son usage et de sa commercialisation. La dépénalisation se satisfait de la tolérance des autorités judiciaires ou policières, elle ne doit être confondue avec la légalisation.

Ce travail de synthèse s'organise en deux parties, l'une étant un état des lieux et l'autre étant une analyse comparative.

* Sondages SOFRES/Ministère de l'intérieur.- Décembre 1992.-
Le monde 16/1/93.

Un état des lieux :

La première interrogation à laquelle nous avons cherché à répondre est : d'où vient le fait que des pays soient producteurs de substances reconnues comme internationalement illicites ?

En empruntant le regard des économistes, qui considèrent que la drogue est une marchandise, nous avons suivi les étapes de la production à la consommation.

Nous avons dissocié ces deux grandes étapes en deux chapitres : la production et la consommation.

Notre analyse ne s'est servie de ces étapes, que pour mieux connaître les réactions des représentants de divers acteurs sociaux, face au phénomène de la drogue.

Dans l'étape de la production, nous avons inclus aussi les pratiques de transport et de distribution, c'est-à-dire le trafic.

Nous n'avons pas voulu retracer ici le rôle actif de l'Occident dans la genèse de l'histoire des productions de drogue. Il est un fait acquis par les historiens, que ce que l'on nomme par exemple "les guerres de l'opium" au milieu du XIXème siècle, n'étaient qu'une succession de guerres ayant pour but de développer le commerce grâce à la diffusion de l'opium.

Dans une première partie de ce chapitre sur la production, nous nous sommes attachés à vérifier l'hypothèse qui veut voir dans la situation actuelle, le résultat des politiques économiques des pays du Nord vis-à-vis de ceux du Sud. Mais cette séparation entre pays producteurs du Sud et consommateurs du Nord, est-elle pertinente pour comprendre la complexité du phénomène de la drogue ?

A cette question veut répondre la seconde partie de ce chapitre sur la production.

Les réponses successives, depuis un siècle et demi au phénomène drogue, semblent peser lourd dans les politiques prohibitionnistes des Etats. Les manifestations des effets de la consommation ont permis de focaliser sur cette dernière, la réprobation et la répression.

L'idée que la consommation est l'étape finale du problème drogue est-elle fondée ? En cherchant les réponses à cette question, nous avons rencontré l'argumentaire fondant l'antiprohibitionnisme en matière de drogue, argumentaire que nous synthétisons dans ce chapitre sur la consommation.

L'analyse comparative :

La position prohibitionniste a été cautionnée par des représentants de divers champs spécifiques de connaissance; essentiellement : médical, sociologique et juridique, ces trois domaines de connaissance représentant les sources habituelles de l'argumentaire des politiques de répression.

Nous avons cherché à comprendre sur quelles bases s'est établi leur ralliement aux vues prohibitionnistes, et sur quels arguments.

Tout comme nous avons cherché à mettre en parallèle les approches favorables à l'argumentation antiprohibitionniste.

Procéder ainsi, c'était renforcer l'idée qu'aucun discours ne se suffit à lui-même, chacun devant emprunter à l'autre pour asseoir un argumentaire.

Séparer ces trois ordres de connaissances, était aussi montrer qu'à chacun d'eux, un argumentaire antiprohibitionniste pouvait être intégré et ouvrir à d'autres regards.

Dans le chapitre médical, du fait de notre sensibilité professionnelle future, nous avons cherché à préciser la mise en place du concept de toxicomane. Une (trop) longue histoire, où l'eau de la source des vérités

scientifiques s'est souvent trouvée mêlée à d'autres eaux plus troubles, a permis de créer une "conviction" médicale.

Ici se croisent les chemins de la drogue et de la médicalisation, au profit du toxicomane ?

Malgré les convictions, la médecine semble de plus en plus avoir de difficultés à produire un argumentaire qui puisse consolider l'esprit de la loi. Le soignant interroge son éthique, les pratiques de soins se diversifient, obscurcies par les querelles de dépénalisation et les incursions de l'injonction thérapeutique. Le milieu médical semble devoir s'ouvrir à une réflexion sur ses pratiques de soins vis-à-vis du toxicomane devant les résultats décevants de leur réponse thérapeutique.

Un changement dans la loi apportera-t-il d'autres pratiques médicales ? Lesquelles ?

Des traitements, il en existe des médicaux, mais aussi des sociaux. Les analyses sociologiques nous ont permis d'introduire de nouvelles données favorisant là aussi de nouvelles pratiques. Préciser l'orientation des réflexions qui sont en cours dans les milieux sociaux, et montrer les points de jonctions possibles avec les positions antiprohibitionnistes, nous a semblé contribuer au débat actuel sur l'opportunité d'une révision de la loi en matière de drogue. C'est l'objet du second chapitre de la deuxième partie.

L'analyse sociale du phénomène drogue montre les incohérences des explications médicales et permet de réfuter l'interprétation du concept toxicomane comme concept explicatif.

Mais pour les antiprohibitionnistes, l'élargissement continu de la drogue ne peut être attribué à des malaises sociaux et/ou individuels.

La solution juridique apportée au phénomène de la drogue, n'a-t-elle pas créé le problème drogue ?

La répression sans contrôle juridique du trafic n'a-t-elle pas permis le développement du modèle d'organisation des mafias ?

Peut-on laisser la mafia passer d'un modèle de crime organisé à un modèle de crime institutionnalisé avec la complicité des banques et des Etats. Jusqu'à quel point la loi peut-elle être responsable de cette situation ? Quels sont les blocages à tous changements de la loi ?

Pour répondre à ces questions, il nous a fallu préciser les arguments juridiques des antiprohibitionnistes, tant sur l'usage que sur la commercialisation des drogues.

Préciser dans ce cas, c'est répondre à une demande de lucidité et d'imagination vis-à-vis de la loi.

Finir sur un choix d'ouverture et d'imagination nous a semblé nécessaire pour amorcer le débat sur les façons d'arrêter les violences de la drogue.

PREMIERE PARTIE
ETAT DES LIEUX

CHAPITRE I
LA PRODUCTION DES DROGUES :
DU NATUREL AU SYNTHETIQUE

CHAPITRE I

DU NATUREL AU SYNTHETIQUE

A - LA DROGUE : UN PRODUIT NATUREL?

LA PLANTE
L'HISTOIRE
L'USAGE
LA PREPARATION

I - LES RACINES SOCIALES

- 1) LA BOLIVIE
- 2) LE PEROU
- 3) LA COLOMBIE

II - L'ILLUSION DE L'ARRACHAGE

- 1) L'OBSTACLE JURIDIQUE
 - a) SUR LA CULTURE
 - b) SUR L'USAGE
- 2) L'OBSTACLE ECONOMIQUE
- 3) L'OBSTACLE POLITIQUE

B - LES DROGUES : DES PRODUITS DE SYNTHESE ?

I - UNE TECHNOLOGIE DU NORD

- 1) LE CRACK
- 2) LE SHABU
- 3) L'ECTASY
- 4) LA TECHNIQUE A L'AIDE DE LA NATURE :
LE CAS DU CANNABIS

II - AUX DROGUES DU NORD

- 1) HEROINE, CANNABIS : LA VEINE COLONIALE
- 2) UN ALCOOL SOUS LICENCE : LA BIERE
- 3) LES PSYCHOTROPES

C - CONCLUSION

A - LA DROGUE : UN PRODUIT NATUREL : ?

A travers l'exemple du complexe narcotique américain nous développerons les difficultés que rencontrent les politiques des partisans d'une réglementation pour réussir un contrôle des cultures : l'exemple de la coca.

LA PLANTE :

L'Erythroxyton coca, famille des Linacées est un arbrisseau de 3 à 4 mètres de haut de l'Amérique du Sud transplanté par la suite à Ceylan ; à la Jamaïque et surtout à JAVA (1910 - 1920).

Il existe plusieurs variétés, différenciées par les caractères botaniques ou par la teneur en alcaloïde.

Pour cultiver la coca on fait des semis sur couches puis les plans sont repiqués deux mois plus tard dans des cocals ou à l'abri des pieds de maïs. L'arbre est taillé à 1,50 mètre de haut pour faciliter la récolte. De plus la culture demande des soins contre un parasite "la SICA" ; il faut fumer avant chaque récolte. Pour éviter la pousse des mauvaises herbes, on combine coca et manioc ou maïs.

La première récolte a lieu lors de la deuxième année, trois fois par an et ceci pendant une trentaine d'années. Si l'on fait une récolte prématurée, la "installia" apparaît : sorte de tumeur enflant là où sortent les feuilles, compromettant les cueillettes futures.

La culture du coca se limite pour l'essentiel aux régions ensoleillées de la Bolivie et du Pérou coincées entre les Andes et l'Amazonie. Depuis peu le Brésil s'est lancé dans

la "compétition" en cultivant l'EPADU, une variété adaptée aux basses altitudes, ainsi que l'Equateur et le Venezuela (23)*. On estime actuellement - et avancer des chiffres en la matière est extrêmement risqué- à plus de 200 000 hectares plantés en coca au Pérou, 70 000 hectares en Bolivie, 15 000 hectares en Colombie (selon le Département Américain sur les Narcotiques 1989) 10 ans plus tôt il n'y en avait que quelques milliers seulement.

Officiellement, l'ENACO, l'entreprise d'Etat qui a le monopole du commerce de la coca au Pérou comptabilise dans ses registres 25 000 producteurs répartis sur 18 000 hectares ... la police péruvienne avance le chiffre de 280 000 hectares

Comment en est-on arrivé là ?

L'HISTOIRE :

Il semble que depuis son immémorable découverte la feuille de coca fasse partie de toutes les offrandes aux dieux, de tous les rites religieux dans ces régions. La coca est toujours apparue aux peuples andins comme une plante miraculeuse, divine, les légendes fourmillent. Seuls les peuples incas semblent en avoir fait usage. La coca étant inconnue des Aztèques et des Mayas au Mexique. La feuille de coca est signe de la communauté, de la convivialité, on entre-échange la coca, en signe de bienvenue, d'amitié, de réjouissance.

A quelle époque les peuples des Andes ont-ils pris l'habitude de mastiquer la coca ?

Si on accorde crédit aux chroniqueurs de la conquête; l' inca CAPAC YUPANQUI (fin XIII^e siècle) s'était montré très préoccupé de voir son fils ROCCA mâchonner sans cesse les feuilles vertes, habitudes prises en guerroyant contre certaines tribus de la côte "Son usage n'est pas conseillé au peuple" - Cela signifie-t-il que l'usage de la coca n'était que le fait de populations extérieures à l'empire Inca? Que la mastication continuelle était interdite? Que toutes les vertus bénéfiques et

* p. 203

néfastes de la plante étaient déjà connues, ? La coca fut-elle réservée à l'Inca, aux dignitaires de l'empire? (Revue 1*).

L'USAGE :

Découverte par PIZZARO lors de la conquête du Pérou en 1553, elle est condamnée par l'église - concile de Lima 1537- comme : "inutile, dangereuse et talisman du diable" Mais très vite l'Espagne se rend compte du rôle économique joué par la mastication de coca : productivité de la main d'oeuvre en augmentation - besoin en nutrition diminué - soulagement de la fatigue et de la faim. Les paysans acceptent d'être payés en feuilles - en 1573, le vice-roi l'autorise de nouveau. Dès lors la mastication devient un rite chez les "COQUEROS", d'où premier "boom" de la culture de la coca.

La coca est une plante alimentaire : 100 gr de coca fournissent 300 calories - 19 gr de protéine - 46 gr d'Hydrate de carbone, 3,3 à 5 gr de graisse. Par ailleurs ces 100 gr de coca peuvent satisfaire au besoin journalier d'un adulte en Calcium, Fer, Phosphate, Vitamines : A, B2, C et E. (Revue 1)*.*

Les usagers consomment en moyenne 50 à 500 gr/jour de feuilles de coca pilées et mélangées à des cendres de coquillage type chénopodium qui jouent le rôle d'agent alcalin : en gardant ce mélange en bouche, il s'extrait petit-à-petit des alcaloïdes contenus dans 100 g de feuilles (Revue 3)*** et la cocaïne absorbée sera lentement hydrolysée et transformée par les sucs digestifs en benzyle ecgonine puis, en ecgonine, quatre vingts fois moins active que la cocaïne. (4)****

LA PREPARATION DE LA COCAINE :

Ceux qui ont la terre sèment - ceux qui n'en ont pas feront les basses besognes, ainsi, sitôt les feuilles de coca séchées au soleil, les "PISSARDORES" entrent en jeu, pendant des nuits entières ils vont fouler aux pieds un mélange de feuilles avec de la chaux en milieu organique (kérosène),

* p.14

** p.14

*** p.3

**** p.85

une pâte dans des cuves remplies d'un liquide qui leur brûle les membres.

Par filtration, on obtient une solution impure d'alcaloïdes bases, de consistance gluante, c'est la PASTA, qu'une alternance de passages en milieux acides et alcalins et de filtration transformera en une poudre blanche le chlorhydrate de cocaïne : la neige. Les diverses opérations nécessitent de nombreux produits chimiques et des chimistes. Les rendements sont sujets à caution : le N N I C C (National Narcotic Intelligence Consumers Committee) estime qu'il faut 500 kg de feuilles pour 1 kg de cocaïne, la commission des narcotiques de l'O.N.U. estime que 300, voire 200 kg, de feuilles suffiraient pour produire 1 kg de cocaïne ...

Par la méthode officielle : l'hémisynthèse à partir de méthyle ecgonine (estérification de la méthyle ecgonine par l'acide benzoïque, on produit ainsi 1 kg de cocaïne avec 60 kg de feuilles.

Les besoins licites de cocaïne sont de moins d'une tonne par an dans le monde. La production illicite selon le département d'Etat est estimée à environ 450 tonnes par an soit 450 fois la consommation licite mondiale. Il ne s'agit que d'estimation que l'on évalue à 700 tonnes sur les lieux de production...

I - LES RACINES SOCIALES :

1) La Bolivie : "MAMA COCA NOUS A SAUVES UNE FOIS DE PLUS"

La culture de la coca a connu plusieurs "poussées" historiques. La première a eu lieu pendant le régime militaire de 1971 à 1981. La mafia aidée par les groupes militaires entraînés entre autre par Klaus BARBIE et son entourage de survivants du III^{ème} reich. L'autre boom eut lieu en octobre 1985. Hier la Bolivie dépendait de l'étain, après cette date elle dépend de la cocaïne. En dix ans la valeur de cette production a augmenté de 1000%.

1985 , crise mondiale de l'étain, la Bolivie, comme le Brésil, produit à perte. 1986, fermeture des mines d'où 43.000 fonctionnaires - 3.000 employés de la sécurité sociale - 6.000 professeurs et 30.000 mineurs se retrouvent du jour au lendemain sans ressource "dans la mine nous n'étions plus rien, et la Bolivie non plus. Mama coca nous a sauvés, une fois de plus. Sans elle, à l'époque où on travaillait au fond, nous serions morts d'épuisement, de silicose, de tuberculose. Aujourd'hui nous serions en train de mourir de faim" (23)*.

Une grande partie de ces chômeurs ira rejoindre, dans les champs de coca, les autres victimes de la crise économique. On estime aujourd'hui que la culture de la coca fait vivre 350.000 personnes, soit près de 5% de la population; si l'on inclut les activités périphériques - commerces - transport - petite industrie - contrebande - c'est le dixième de la population (7 millions d'habitants) qui est mobilisé par la culture de la coca.

On a assisté à un important phénomène de migration des populations rurales qui ont quitté les zones pauvres pour rejoindre les zones de production de la feuille de coca dans les vallées chaudes des affluents de l'Amazone, on parle de "relocalisés".

Ces groupes sont extrêmement mal adaptés au climat de leur nouveau milieu. Souvent ils incubaient la tuberculose ou la silicose qui dans un climat froid et sec tardaient à se déclarer: - espérance de vie 45-50 ans. L'effet de ces maladies est par contre foudroyant sous le climat tropical. Le mal de chagas, la fièvre jaune ou les lèpres font également des ravages. Il est clair que les paysans migrent de ces zones hostiles non pour s'enrichir mais pour ne pas mourir de faim. De plus ces zones sont sans équipements sanitaires, sans écoles, ...aucune organisation ne suit ces flux migratoires. L'abandon de l'Etat est patent. Désormais les "hauts" salaires de la drogue (un fendeur gagne 10\$ par nuit soit 15 fois le Tarif Journalier Officiel) expliquent le standing surréaliste des habitants des régions productrices : on trouve congélateur à gaz, téléviseur,

* p. 175

chaînes stéréo à piles ... dans les cabanes au sol de terre battue, dépourvues de courant comme d'eau potable, devant lesquelles stationnent des voitures américaines de type paquebot! D'octobre à décembre, la papaye est de culture plus profitable que la coca mais le reste de l'année, rien ne vaut la feuille de coca...livrée au marché à des trafiquants qui embarquent aussitôt la marchandise avec la "complicité" de la police.

L'impact de la culture de la coca est tout aussi spectaculaire : D'après le ministre de l'intérieur JUAN CARLOS DURAN, la valeur brute de la coca pouvait représenter en 1986 - 53 à 66% du produit intérieur brut de l'économie formelle - et trois fois le montant des exportations légales (Revue 1 p.16). Pour Samuel DORIA MEDINA, conseiller économique du président Jaime PAZ en 1989, cela représente le quart du PIB et atteint 500 millions de dollars, c'est-à-dire 80% du revenu provenant des exportations légales pour la Bolivie. (23)*

Là encore ce n'est que l'ordre de grandeur qui peut servir - (difficulté de chiffrer l'illicite et d'entrevoir les enjeux) - selon que l'on veuille se faire plaindre ou se faire craindre.

La cause la plus visible, la moins discutable du problème de la drogue dans ce pays, réside dans l'organisation dramatique de la situation économique. (Revue 1)**

| Année | 1980 | 1988 |
|----------------------------|--------|--------|
| Taux de chômage | 5,7% | 21,5% |
| Taux de sans emploi | 18% | 58% |
| Surface plantée en coca | 20 000 | 70 000 |

Des alternatives ?

Mais grâce aux traditions communautaires de ces pays, les paysans s'organisent afin de ... promouvoir la culture de la coca, et défendre leur intérêt dans ce qui est avant tout une situation de survie.

Début des années 80 - les paysans boliviens élaborent des propositions alternatives à l'éradication pure et simple préconisée par le gouvernement américain (produit d'alimentation, de médecine etc...) L'ambassadeur américain EDWIN KON rappelle que les marins sont prêts à intervenir pour mettre de l'ordre dans la jungle - 1984 : l'armée bolivienne intervient se heurtant à la mobilisation générale de la population. (23)*

L'aventure dure 5 jours Siles SUAZO accorde de nouveau l'autorisation de commercialiser la coca destinée à la "consommation traditionnelle" (1972-1974 quelques 9000 tonnes de feuilles de coca étaient produites chaque année - actuellement on estime la production à 100.000 - 150.000 tonnes de feuilles. (23)**

1986 - le nouveau président déclare "En finir avec cette culture ancestrale ne paraît pas une politique viable" mais sous la pression des américains il déclare illicites les cultures de coca ne servant pas à la consommation traditionnelle - le 6 juin 1987 devant le risque d'explosion sociale - PAZ recule en abandonnant l'idée de considérer la coca comme un stupéfiant. La toute puissante COB (Centrale Ouvrière de Bolivie) réaffirme qu'aucun arbuste ne sera arraché tant que le gouvernement ne sera pas en mesure de garantir aux paysans une alternative qui leur permette de vivre décemment. "Si vraiment nous gagnions beaucoup d'argent avec la cocaïne, il n'y aurait plus de pauvres dans le chaparé". (23)***

Juin 1988 - les soldats américains interviennent contribuant à détériorer un climat déjà particulièrement tendu.

Les agents de la police antidrogue équipée et financée par les USA-UMOPAR (Unité Mobile des Patrouilles Rurales) plus connus comme : les léopards - intervenaient sur une manifestation de cultivateurs de coca à VILLA TANORI. Ces derniers protestaient contre les essais de défoliants pratiqués à l'instigation des USA (et pourtant interdit par la loi bolivienne) mais aussi contre "la loi sur les substances dangereuses" qui assimile la feuille de coca à son dérivé la cocaïne. La convention unique de 1961 sur les stupéfiants - non signée par la Bolivie prévoyait par son article 49 des réserves transitoires : "la mastication de la feuille de coca devra cesser dans un délai de vingt cinq ans, à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention". En 1972 un amendement prévoit un autre délai : "la mastication de la feuille de coca devra être abolie dans un délai de vingt cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention, comme prévu au paragraphe 1 de l'article 41".

L'Organisation des Nations Unies reconnaît que le problème se complique du fait que les populations locales mastiquent la feuille de coca pour prévenir les effets de la fatigue et de la faim. Il s'agit donc d'un problème de développement... (6)*. En décembre 1989 le FMI communique :

"La Bolivie a rapidement réduit sa dette extérieure auprès des banques commerciales et de certains créanciers bilatéraux". (99)**

Le mot Narcodollar n'apparaît jamais dans les comptes de la nation, pas plus que dans ceux du FMI, qui depuis mai 1986 avait passé un plan d'ajustement structurel baptisé : "Nouvelle Politique Economique", le FMI ayant échafaudé un arsenal de mesures économiques draconiennes combattant l'inflation et donnant rapidement ses résultats. 1988 3000%, septembre 1989 : 14%.

Entre temps le flux des "relocalisés" a grossi : dans la province de Chaparé - principale productrice de culture de coca - la population est passée de 84.000 personnes en 1981 à environ 500.000 personnes. Ce qui fait dire à l'ex-directeur de la Banque de Bolivie : "La cocaïne est un tampon qui empêche l'explosion sociale" (39).***

2) Le Pérou :

Mère patrie de la coca, la Bolivie a été supplantée par le Pérou. La Bolivie produit 30% de la coca, le Pérou 60%!

La coca péruvienne a emprunté la route marginale de la Selva, au fur et à mesure que celle-ci pénétrait la jungle. Cette route, c'était l'architecte Fernando BELAUNDE, élu président en 1963 qui la désirait, s'étant promis de domestiquer cette vallée tropicale située à 450Km de la capitale (18 heures de route!), baptisée à l'époque : "la conquête du Pérou par les péruviens".

La vague migratoire vers les terres chaudes a commencé vers les années 60. D'abord spontanée, elle fut encouragée par les autorités et financée par un prêt de la Banque Internationale de Développement. Pourtant la région est loin de constituer une réserve alimentaire potentielle. La végétation est exubérante mais le sol pauvre en matière organique se dégrade rapidement. Lorsque les terres vierges cessent de l'être, il y a rupture de l'équilibre écologique, et interruption des cycles nutritifs. Si bien qu'après avoir supporté deux ans de culture de riz, de maïs ou de manioc, les sols sont épuisés. L'agriculteur a alors deux options : pousser plus loin, toujours plus loin ou faire de la coca. A partir de 1980, le boom de la coca ... les cultures vivrières vont perdre tout intérêt.

La grande différence entre le Pérou et la Bolivie, c'est que l'immense majorité des agriculteurs au Pérou est dans l'ILLEGALITE et doit faire face à une répression permanente pour conserver cette monoculture. (23)*

La contrainte des pressions internationales, affirmant que la répression et l'éradication forcée sont des préalables indispensables à la mise en oeuvre de projet de développement agricole, a favorisé l'implantation de la guérilla extrémiste du "Sentier Lumineux."

Sentier Lumineux, dans le Haut Huollaga, région principale de la culture de coca au Pérou, se dit venu défendre une population désespérée, abandonnée par la société, pourchassée par les autorités locales et réduite à la misère. Le paysan est soumis dans cette région au bon vouloir de la mafia. Sentier Lumineux - Police locale - la Mafia, les trois parasites de la misère se disputent la production de coca tour à tour, gagnant ou perdant, suivant leurs exigences, leur pouvoir sur les producteurs de coca.

Sentier Lumineux, surtout soucieux de ses propres objectifs politiques et militaires, intervient de façon sanguinaire, craint des réactions de rejet au sein de la population. La mafia en profite alors pour braver les consignes de Sentier Lumineux en imposant un nouveau prix pour la coca. Sentier Lumineux réagit si violemment que les paysans demandent le retour de l'ENACO (établissement ayant le monopole de l'achat et de la vente de la coca). L'ENACO a à peine le temps de se réinstaller que la DEA*, par l'ambassadeur américain, fait pression sur le gouvernement... (23)** Arrive alors en avril 1989 le Général Arciniegas, qui analyse simplement le problème : "Ici doit régner l'ordre" : "l'essence d'une guerre anti-subversive est de compter sur l'adhésion du peuple. La seule solution est d'organiser la population, d'assurer la sécurité, de faire que chacun soit au travail. La lutte contre le trafic de la drogue ne fait pas partie de mon travail". (Revue 3)***

Les choses vont alors très vite. Les paysans se regroupent en une coopérative de producteurs afin de "semmer cent mille hectares avec de nouveaux produits et d'en supprimer cinquante mille de coca". Le Général invite les Nations Unies à venir se rendre compte de leurs travaux devant la population. Iban de REMENTIRA (responsable du Fonds des Nations Unies de Lutte Contre l'Abus des Drogues) dit la même chose : la seule alternative à la culture illégale du coca est la "substitution volontaire". Un instant tout est possible mais le Général est accusé par Washington de pactiser avec les cocaleros. Le Général Luis CHACON l'a remplacé mais la méthode demeure : ne rien faire contre les cocaleros pour obtenir leur non-collaboration avec la guérilla. (Revue 3)****

* DEA : DRUG ENFORCEMENT AGENCY ** p.184 *** p.12 **** p.12

Deux programmes de substitution à la culture de coca ont été lancés :

Le premier : programme d'éradication et de contrôle de la coca dans le Haut Huallaga (CORAH) offre 300 dollars d'indemnités aux cultivateurs légalement enregistrés...dernier chiffre transmis à Lima : 1000 hectares de coca arrachés ; dans le même temps c'est trois fois plus de jungle défrichée et plantée en coca!.300 \$ d'indemnités quand la coca peut rapporter 5000 \$. (Revue 1)*

Le second programme financé par l'agence américaine pour le développement international (A.I.D); distribue des crédits dans le cadre du "PROYECTO ESPECIAL DES ALTO HUALLAGA (PEAH)".

"De toute façon chacun sait que le meilleur moyen d'honorer le remboursement du prêt est de l'utiliser pour investir dans ... la coca".

Les employés de la P.E.A.H. eux-mêmes travaillent à temps partiel dans les plantations de coca! Ainsi aux prix pratiqués en 1990, il faudrait 9,5 hectares plantés en café à un paysan pour obtenir le revenu d'un hectare de coca. (39)**

"Ce programme a eu cependant la redoutable efficacité pour provoquer un mécontentement généralisé qui a constitué le ferment de l'implantation de Sentier Lumineux et a transformé cette zone en un des principaux théâtres de la violence au Pérou. Si l'on peut parler de Narcoterrorisme, son principal gestateur a été le programme CORAH".

Diego GARCIA SAYON - Secrétaire de la commission andine des juristes. - (Revue 1)***

Autant dire que la moyenne de cinq vols quotidiens des avions des trafiquants dans cette région n'est pas prête de fléchir - on dénombre 120 aéroports - avec 500 kg de pâte de coca par vol ...

La Police ? "Nous n'intervenons pas contre la feuille, seulement s'il y a processus de transformation" JUAN AZATATE - Général de Police - lutte antidrogue.

Aidée par une trentaine d'américains de la DEA (Drug Enforcement Administration), la police de lutte antidrogue a détruit en 2 mois en 1990 : 24 laboratoires, dynamité trois aérodromes et mis à l'étude un projet d'utilisation de l'herbicide SPIKE ... aussitôt un front "antispray" s'est créé avec les paysans, l'Eglise et ... Sentier Lumineux! (Revue 3)*

Si la répression est trop forte vis-à-vis de la culture de la coca, le risque est de voir les paysans retourner vers Sentier Lumineux. Entre 1987 et 1990 ce sont 70000 nouveaux producteurs qui se sont installés dans la vallée.

"La seule chose que nous demandions dans le Haut Huallaga, c'est que la parole soit respectée. En général lorsque l'étranger envoie une aide financière, elle reste bloquée dans les hautes sphères, c'est pour cela que le paysan du Haut Huallaga ne croit plus en personne. Il ne compte que sur lui-même, sur son propre travail"

Justo SILVA responsable de la coopérative des producteurs de coca. (23)**

Pour l'instant les sommes ont été insuffisantes et pas toujours versées "on ne veut plus entendre parler de substitution mais de développement intégral" "Nous avons besoin pour nos produits agricoles de prix garantis, d'un marché sûr et pour la région, d'électricité, de routes, de dispensaires, d'écoles ... Comment faire comprendre aux américains que ce n'est pas un problème militaire et que nous n'avons pas besoin de plus de répression, plus de mitraillettes, d'avions, de casernes, d'herbicides...?" SEGUNDILLO MONTUELLA dirigeant paysan.

Le Pérou n'est pas la Bolivie, l'économie y est plus diversifiée. La région produit déjà, malgré le chaos actuel, 70% des exportations agricoles du Pérou. Sans aucun appui gouvernemental, les paysans ont, entre 1981 et 1987, augmenté de 1000% la production de coca, de 150% celle de la banane, et de 90% de thé ... Mais leur sort reste lié aux cours internationaux: en juin 1990 les prix se sont effondrés de 120 à 60 dollars le

quintal pour le café. L'agriculteur péruvien reçoit 30 dollars, le reste étant grignoté par les intermédiaires. Or le café est cultivé sur 60000 hectares employant un million de personnes et a rapporté 5% des exportations péruviennes. Comment alors s'étonner de l'augmentation des surfaces de coca? Et de Sentier Lumineux? (23)*

3) La Colombie :

L'analyse du cas colombien est beaucoup plus complexe car c'est le pays où la mafia pénètre le plus profondément l'appareil d'Etat en combinant pouvoir de l'argent et visage de la terreur. La Colombie ne produit que 20 à 25000 tonnes de feuilles sur 15 à 20000 hectares. Sa spécialité est le raffinage de la "pasta" et la commercialisation de la cocaïne sur les USA et le reste du monde. Un négoce qu'elle monopolise à 80%. "Le produit qui vaut 1 en Bolivie et 2 au Pérou vaut 10 fois plus en Colombie ... et dix mille fois plus aux USA. " ALVARO GOMEZ 1990 vice-président de la Colombie.

Ce rôle dans la transformation et la distribution de la drogue a ses racines dans l'histoire, la situation géographique mais aussi par le niveau d'industrialisation du pays qui permet de produire légalement ou illégalement, d'introduire les agents chimiques nécessaires au processus de transformation.

Un pays idéal pour l'expansion du trafic :

D'un point de vue géographique aux confins de 5 pays : Panama - Equateur - Vénézuéla - Pérou - Brésil avec deux façades océaniques l'une sur le Pacifique, l'autre sur l'Atlantique.

Forêt et savane constituent un maquis idéal sur un territoire grand comme deux fois la France avec une population moitié moindre ... où depuis toujours la contrebande est tolérée pour le café, tabac, l'or, l'émeraude dans la zone frontalière.

Depuis longtemps, la Colombie a développé une industrie locale de biens de consommation et de biens intermédiaires, mais jusqu'au début des années 1970, sa grande fragilité se situait dans le secteur de l'exportation, considéré comme un goulot d'étranglement pour le développement économique du pays. A partir de 1974, l'essor des ventes externes (café, marijuana, cocaïne) a créé une économie structurellement spéculative au moment où le secteur manufacturier perdait son dynamisme. L'application de politique néo-libérale a encouragé cet afflux de décrise, accélérant la crise de l'industrie nationale. Cette croissance éclair, due au narcodollar, explique dans une certaine mesure que la classe dirigeante n'ait pas vu venir le grain et se soit retrouvée tout à coup écrasée par le poids d'une industrie, qui a certes stimulé leur économie, mais l'a aussi déstabilisée, en raison de l'extrême irrégularité du marché, et qui a surtout bouleversé la vie politique et sociale du pays, déjà en proie à toutes sortes de tensions (27).

1960 Castro prend le pouvoir à la Havane. La mafia cubaine s'expatrie vers Miami. Cherchant à satisfaire la demande nord-américaine, elle importe de la cocaïne de Colombie. Un accord est passé entre les fournisseurs colombiens qui raffinent et les cubains qui distribuent (33).

Le trafic de la cocaïne ne se développe vraiment qu'à partir de 1970, empruntant les circuits des marimberos, trafiquants de marijuana, une drogue devenue beaucoup moins rentable depuis qu'elle est produite ailleurs, aux Etats-Unis en particulier.

En 1978, les colombiens s'emparent de toute la filière juste avant le grand boom des années 1980.

Au début, les trafiquants de neige sont apparus comme des personnages éminemment folkloriques ; puis, ces personnages ont révélé leur puissance au grand jour, en proposant très officiellement au gouvernement de Bogota de racheter le 1/3 de la dette extérieure du pays, laquelle dépassait alors les 10

milliards de dollars ; en échange de la garantie qu'ils ne seraient jamais extradés vers les USA.

Déduction faite des frais de production de transformation et de transport, 10 000 \$ par kilo de cocaïne au grand maximum, chaque kilo rapporte net 50000\$ au cartel. Les revenus du cartel atteignent donc entre 3 et 4 milliards de \$ pour certains et 20 milliards de \$ pour d'autres (The economist 8 octobre 1988).

Le niveau industriel de la Colombie, joint à l'ambition de quelques-uns de faire fortune, aboutira à créer une logique "d'industriel" que le procureur de la Floride du Sud à Miami a appelé le CARTEL de Medellin.

"Le cartel de Medellin ne se résume ni dans son organisation, ni dans les hommes mais dans un esprit d'entreprise - une ambition industrielle et commerciale."

Travail de chef d'entreprise que de :

- 1°) créer un réseau d'achat de : la pâte de coca, de l'éther, de l'acétone...avec des pays éloignés;
- 2°) trouver des techniciens et l'équipement d'un laboratoire avec séchoirs à infrarouge et conditionnement semi-automatique.

Une organisation que l'administration américaine reconnaît comme "la plus grande, la plus riche et la plus sophistiquée". Le cartel engendre 220 trafiquants ayant une ambition collective d'entrepreneurs. (Revue 3)*

L'organisation des cartels :

La base : les cultivateurs en groupes indépendants, "protégés" par le cartel au Pérou, en Bolivie et en Colombie, livrent la pâte qui est transportée par avion vers les laboratoires. Le produit transformé est emballé en sachet d'un kilo, dûment étiqueté en fonction de la destination. L'origine des avions : achetés d'occasion au "Trade a plane" qui publie 3 fois par mois des milliers d'annonces notamment celles de l'administration américaine lorsqu'elle a saisi un avion

transportant de la drogue... De même pour l'équipement électronique! (9)*

Depuis 1988-1989 la voie fluviale est très empruntée (environ 40%) car la multitude des transports aériens conduit les autorités colombiennes à faire la chasse à ce type de trafic, d'où l'adaptation du cartel donc modification de la stratégie de transport. Actuellement la cocaïne irait vers la New Orléans passant en camions ou autres véhicules dans le flot des milliers d'autres... (23)**

A côté du cartel de Medellin, régnant en maître sur les marchés de Floride et de Californie, existait le cartel de Cali, propriétaire du marché de la cocaïne sur New York. C'est actuellement le cartel de Cali qui aurait pris la relève ... A la différence du cartel de Medellin, celui de Cali préfère corrompre que tuer.

L'argent de la drogue est blanchi de façon la plus officielle à l'occasion des amnisties accordées tous les 4 ans par les nouveaux présidents et par l'échange au fameux : "guichet de gauche" de la Banque Centrale de la République : La VENTANILLA SINIESTRA" (Revue 1 et 39)***

La Colombie intègre sans autres formalités les narcodollars à son économie nationale, le "guichet de gauche" servant de pont entre l'économie officielle et l'économie parallèle. "En Colombie, le boom de la cocaïne est probablement la raison majeure pour laquelle le gouvernement a pu éviter le rééchelonnement de sa dette extérieure" (The economist).

Les revenus de la cocaïne donnent au gouvernement une certaine souplesse financière.

* p. 86

** p. 55

*** p. 96

II - L'ILLUSION DE L'ARRACHAGE

1) L'obstacle juridique :

a) Sur la culture :

La feuille de coca obéit à un régime spécial dans le droit de la drogue. La réglementation de la culture est le résultat des efforts répétés des USA.

Comment prétendre limiter l'usage de substances prohibées aux seules fins médicales et scientifiques si les trafiquants peuvent se procurer la matière première qui les compose ?

Dès 1925 puis en 1931, les conventions soumettaient sept substances, dont la feuille de coca, à une réglementation de leur production et de leur utilisation. Le manque d'information sur les conditions de la culture traditionnelle du cocaïer a retardé pendant longtemps la mise en place d'un centre international.

Le protocole de New York de 1953 prévoit que le contrôle des cultures doit être assuré par un ou plusieurs organismes d'Etat qui doivent définir la superficie des surfaces plantées, accorder des licences aux cultivateurs. Le Comité Central Permanent* a de plus le droit d'embargo à l'encontre des Etats récalcitrants.

Le nombre des pays producteurs est limité à 7 = Bulgarie - Grèce - Inde - Iran - Turquie - URSS - et Yougoslavie. Ces mesures jugées trop rigoureuses par de nombreux pays retarderont l'entrée en vigueur du protocole jusqu'en 1963 soit après l'adoption de la convention unique de 1961.

* Organe de collaboration internationale chargé du contrôle des stupéfiants, créé en 1925.

Cette dernière réglementant la culture de façon plus souple : "l'interdiction de culture seule devra être prononcée". Le protocole de 1972 est plus contraignant car il demande que des "mesures appropriées soient prises pour saisir les plants cultivés illicitement et les détruire" (article 22)

D'après l'article 26 : les organismes d'Etat doivent entrer en possession de la récolte aussitôt que possible après qu'elle aura été faite, aucun délai n'est fixé.

Pour les cocaïers, la convention unique demande aux Etats, de procéder à l'arrachage de tous les cocaïers de culture illégale mais aussi ceux poussant à l'état sauvage. Ce qui fait dire à Francis CABALLERO "l'arbuste du genre Erythroxyton est juridiquement une espèce en voie de disparition !!!" (6)*.

b) Sur l'usage : limite de la réglementation de l'usage

L'article 45 de la convention précise qu'une partie peut au moment de la ratification se réserver le droit d'autoriser temporairement dans l'un de ses territoires la mastication des feuilles de coca. Celle-ci devra être abolie par l'Etat en cause dans un délai de 25 ans. La pratique a pris fin officiellement le 12 décembre 1989 !

Néanmoins cette convention, qui fut adoptée par une quarantaine de pays ne fut pas ratifiée par la Bolivie et en 1972 un protocole portant amendement de la convention unique sur les stupéfiants de 1961 prévoyait par son article 49 des réserves transitoires :

"La mastication de la feuille de coca devra être abolie dans un délai de 25 ans à compter de l'ENTREE EN VIGUEUR de la présente convention".

Ce nouveau délai accordé aux pays producteurs de coca montre que les raisons invoquées, satisfaire une vieille coutume des 8 millions d'indien des Andes, sont secondaires à la

volonté de ne pas déstabiliser davantage leur économie et de reconnaître qu'il s'agit pour l'essentiel d'un problème de développement, la feuille de coca permettant de lutter contre la fatigue et la faim.

Comment légitimer l'obligation faite à ces pays d'arracher les produits de leur sol au seul motif qu'ils créent des problèmes sanitaires en Occident ...?

N'est-ce pas faire croire qu'ils sont à l'origine du problème et se décharger de notre histoire et notre responsabilité?

N'est-ce pas raccourcir terriblement la complexité du problème de la drogue que de penser qu'en arrachant les cultures on éliminera la consommation?

"Laisser croire qu'on pouvait, moyennant un gros effort, éradiquer les drogues relève de la mystique religieuse ou de la propagande politicienne plutôt que de l'analyse sociologique et politique.

Aux audiences du Comité des Affaires Etrangères du congrès américain en mai 1990, le député GILMAN demanda à l'administrateur de la Drug Enforcement Agency (DEA) quels avaient été jusque-là les résultats obtenus :

"M.GILMAN : où en sommes-nous aujourd'hui, quelles sont les réductions (de l'approvisionnement) constatées depuis que vous avez lancé les opérations?

"M.WESTRATE : Eh bien, la production n'a pas en fait été du tout réduite jusqu'à présent. Mais je crois que ce qui nous importe ...

M.GILMAN : y a-t-il eu une réduction quelconque de l'approvisionnement?

M.WESTRATE : Ce qui est sûr, c'est que nous les gênons. Et je crois que, de ce côté-là, les signes favorables ne manquent pas.

M.GILMAN : Je sais que vous démantelez, je sais que vous interdisez, et je sais aussi que vous accomplissez des raids, mais ce que je vous demande, M.WESTRATE, c'est s'il y a eu une réduction quelconque de l'approvisionnement.

M.WESTRATE : Je ne peux l'affirmer aujourd'hui." (39)*

"La réalité c'est qu'ici il y a une culture nationale millénaire qui n'a jamais été considérée comme délictieuse, c'est l'utilisation de la cocaïne à l'étranger qui a fait de la coca un délit". Général ARCENIEGAS. (23)**

2) L'obstacle économique :

Après des années d'atermoiements, les autorités internationales se sont finalement engagées dans une timide politique d'assistance économique en 1971, avec la création du FNUCLAD (Fonds des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues). Alimenté par des fonds volontaires, le fonds finance des programmes de développement et de remplacement des cultures (40% de son budget). On parle de "développement intégré"... Mais leur efficacité est maigre. Selon le bureau de l'inspecteur général du département d'Etat des USA (OIG : cour des comptes) les programmes d'éradication et de substitution de la coca financés par les USA depuis 1972 en Bolivie, 1973 au Pérou, n'ont permis que la destruction de 1% des récoltes. Coût de l'opération jusqu'en 1989 : 37 millions de \$ au Pérou et 46 millions de \$ en Bolivie, rapport présenté au congrès en juillet 1989 (23)***

"On croit que la DEA a contribué à faire baisser la production de coca qui alimente le trafic. Ce n'est pas vrai. Ses agents affirment qu'en 1988, ils ont arraché 680 hectares de coca mais dans le même temps, 5000 hectares ont été replantés à proximité des zones où ils opéraient. L'extension des cultures démontre que la politique d'éradication pure et simple est vouée à l'échec. Il faut poser le problème autrement." Actuellement un million de péruviens dépendraient du trafic de la coca.

Alan GARCIA au sommet de Cortogène, expliquait au président Georges BUSCH le 15 février 1990 : "Dans mon pays les producteurs de coca sont apparus à cause de la baisse des prix internationaux des produits d'exportation. La feuille de coca s'est révélée la plus rentable ..." (23).*

Le responsable du fonds des Nations Unies (FNULAD) Iban de REMENTERIA appuie aussi sur ce point : "Il convient d'insister sur la nécessité d'assurer au producteur un contrôle sur la valeur à l'exportation des produits alternatifs. Sans ce préalable indispensable, tous les plans de développements de cultures alternatives qui visent l'augmentation de la superficie, la rentabilité à l'hectare ou la productivité du travail agricole seront voués à l'échec, puisque les paysans ne disposeront pas des ressources suffisantes pour engager les frais de production nécessaires" (23).**

Le président BUSCH a demandé au congrès américain de lui accorder un budget de 10,6 milliards de \$ pour mener à bien la guerre contre la drogue. L'aide au producteur représente en 1989 : 100 millions de \$, en 1990 : 220 millions de \$, 1991 : 400 millions de \$. L'essentiel de ces fonds est toujours attribué en priorité à la répression (23).***

Pour l'expert des Nations Unies Iban REMENTERIA, c'est pourtant le moment de faire un effort pour reconvertir l'agriculteur "cocalera" car les prix de la cocaïne sont aux plus bas - et le cartel de Medellin est encore sous le coup de son démantèlement.

Mais les microréalizations ont déjà subi beaucoup d'échecs, simplement pour écouler la production (problème du transport...), d'autre part une trop grande production d'un produit tropical déterminé casserait les prix du marché international ... confrontation des économies locales et internationales!

De plus les politiques libérales en matière de change favorisent directement le blanchiment des coca-dollars. Bolivie

* p. 210

** p. 231

*** p. 214

- Pérou - Colombie - Cuba* y ont eu recours en période de crise pour renflouer les coffres de l'Etat. La suppression de cette source de financement exigerait un investissement en guise de compensation de l'ordre de douze milliards de dollars.

"Est-ce une somme astronomique en regard des 400 milliards de dollars en armement par an; si la coca-cocaïne est selon les dirigeants des USA leur problème numéro un? " (23)**

La drogue coûte quelques 60 milliards de dollars chaque année aux USA (39)***

C'est sur la base de ce raisonnement que les présidents du Pérou et de la Bolivie ont demandé l'application d'un nouveau "plan Marshall". Il s'agirait de financer un deuxième ajustement structurel...pour l'instant "on" parle de coopération financière et d'aide multilatérale, pas de "plan".

3) - L'obstacle politique :

Pour certains, ces programmes d'aide permettent un plus grand développement de la guérilla et de ce fait une justification à un interventionnisme accru de la part des USA.

" Ce programme a eu une redoutable efficacité pour provoquer un mécontentement généralisé qui a constitué le ferment de l'implantation de Sentier Lumineux et a transformé cette zone en un des principaux théâtres de la violence au Pérou. Si on peut parler de Narcoterrorisme, son principal gestateur a été le programme CORAH"

Diego Garcia SAYAN - Secrétaire de la commission Andine des Juristes (Revue 1)****

Plus incisives sont encore les critiques vis-à-vis des USA :

"Les gringos ne veulent pas supprimer la consommation de cocaïne, ils voudraient en avoir le Monopole. Ils rêvent de la remplacer par un produit chimique qu'ils pourraient fabriquer dans leur laboratoire." Mario - Syndicaliste paysan péruvien.

* FOGEL J.F. & ROSENTHAL B. - Fin de siècle à La Havane. Seuil, 1993.

** p.112

*** p.74

**** p.20

Toutes les contradictions, en ce qui concerne les relations des USA avec les pays d'Amérique latine, se résument dans l'attitude observée à l'égard de la personne du Général Noriega, l'homme fort du Panama dont les activités liées au blanchiment de l'argent ont été fort bien tolérées par les USA tant qu'il leur a permis de mettre en place les installations d'écoute électronique permettant de couvrir l'ensemble de l'Amérique centrale et une partie de l'Amérique du sud ou de monter des opérations de déstabilisation du gouvernement sandiniste. C'est seulement lorsqu'il s'est mis à incarner le nationalisme panaméen dans l'affaire du canal qu'il a été mis en cause pour ses liens avec le trafic (Revue n°1)*.

Il apparaît de plus en plus clairement que les campagnes antidrogues des USA ont pour but de faciliter une politique interventionniste qu'il est difficile de mettre en oeuvre par des moyens classiques. Cette politique des USA permet de mieux comprendre pourquoi les trafiquants sont parfois soutenus par les milieux populaires et des secteurs de la gauche en Amérique latine.

Les doutes sur la vérité de la "guerre à la drogue" viennent même des meilleurs agents de la DEA. Michaël LEVINE - agent spécial - écrit dans son livre "Deep Cover" - Delacorte Press - New York 1990. :

"Durant toutes ces années, le véritable souci de l'administration n'était pas la lutte contre la drogue, mais contre le communisme. Le cas NORIEGA est connu mais les exemples sont légion en Amérique latine et dans le reste du monde". Pour lui, ceux qui ont déclenché la guerre aux drogues, l'ont fait avec le même état d'esprit que leur prédécesseur pour la guerre du Vietnam : "sans intention de la gagner".

"J'ai écrit Deep Cover pour montrer que la guerre aux drogues est un show, une fiction. Et ça marche !"

Même constat sur le théâtre des opérations :

"Prétendre supprimer le trafic et la consommation de cocaïne en détruisant les champs de coca revient à arracher les vignes pour venir à bout de l'alcoolisme. A qui veut-on faire croire ça ?" Mario - syndicaliste.

La position mexicaine, après les accusations des USA d'être responsable de l'entrée de un tiers des drogues aux USA, est que sans la consommation américaine, cette situation n'existerait pas; et surtout refuse la proposition des USA d'intervenir.

Cette proposition est résumée dans un mémorandum présenté dans le cadre des travaux préparatoires à la révision en décembre 1988 de la Convention Unique des stupéfiants des Nations Unies.

Ce texte met en cause, sans les nommer, les USA et reprend les griefs des secteurs nationalistes latino-américains.

"Il est indispensable d'éviter que la Convention devienne, au lieu d'un instrument efficace de coopération entre les Etats et contre les trafiquants de stupéfiant, un véhicule générateur de confrontations entre les dits Etats, ce qui se produirait inévitablement si on en arrivait à adopter un article qui d'une façon ou d'une autre :

a) Contiendrait des dispositions destinées à imposer des obligations impérieuses aux pays producteurs et de transit sans que soient définies les obligations correspondantes et réciproques pour les Etats de la demande et de la consommation...

b) Postule l'adoption de mesure qui rendent vulnérables la souveraineté, la sécurité nationale et les intérêts essentiels des Etats concernés, puisqu'il est inacceptable qu'une lutte internationale menée pour combattre un phénomène portant atteinte à la souveraineté des Etats, soit effectuée grâce à des mesures qui finalement, arrivent au même résultat". (Revue 1)*

Aux Etats-Unis, John FERRY, président d'un sous-comité sur les narcotiques au Sénat, demande à Georges BUSCH de lancer une "initiative stratégique antidrogue".

Les partisans d'une thérapie musclée ont l'air de l'emporter. La mafia va devoir faire des prouesses pour maintenir son infrastructure (sa politique d'acheminement). Elle ne manque pas d'imagination et sait user des derniers acquis technologiques : pistes d'atterrissage escamotables, séchoir remplacé par des fours à micro-ondes... De toute façon ce sont les paysans qui auront le plus à souffrir de cette escalade, toujours plus ignorés, abandonnés par la communauté nationale et internationale.

CONCLUSION :

Le comportement drogue et les problèmes sociaux qui s'y rattachent sont posés dans un contexte de maldéveloppement économique où l'on retrouve, pour les pays du tiers monde, le fardeau de la dette et la difficile instauration de régimes politiques aux modes de fonctionnement démocratique.

Prévenir - guérir - ce sont les mots du nord.

"A hauteur d'Etat comme à hauteur d'homme, la drogue est un facteur de maldéveloppement." Eric FORTTORINO (28)*

Sommes-nous capables au nord de faire le même effort que nous exigeons du sud, afin de défendre le droit à la vie, à la santé et au bien-être des populations ?

B - LES DROGUES : DES PRODUITS DE SYNTHÈSE ?

I - Une technologie du "Nord" ... Les Précurseurs du Nord

Pour transformer la pâte de coca en cocaïne, un certain nombre d'opérations est nécessaire, opérations requérant : des connaissances en chimie (de grands noms de la chimie apparaissent parfois), et des produits chimiques appelés "précurseurs".

En 1984 est découverte dans la jungle colombienne au lieu-dit "Tranquiloudia" la plus grande raffinerie de cocaïne du monde : 13,8 tonnes de cocaïne, 14 laboratoires, 7 avions et 11.800 bidons d'éther, d'acétone, toluène, acide acétique... dont une partie encore dans des containers provenant de chez Shell, Mobil et autres producteurs américains.

La "guerre" à la drogue s'enrichit d'un nouveau terme : PRECURSEURS. L'illicite gagne du terrain sur le licite...

Si l'acétone est largement utilisée dans l'industrie colombienne, ce n'est pas le cas de l'éther. Vérification faite, seulement 3,3 tonnes seraient destinées à des utilisations légitimes. 760 tonnes viendraient des U.S.A. (Firm Baker Chemical Supply) et 30 tonnes de R.F.A. via Merk Colombia...

La drogue en provenance de pays du sud est faite grâce à des précurseurs chimiques fabriqués et exportés par les pays du nord...

La guerre chimique commence : opération chemcom, opération primavera... (revue 3)*

Les saisies augmentent :

| | | |
|---------|-----------------------|------------------------|
| Ether | 1895 : 69.061 Gallons | 1989 : 653.713 Gallons |
| Acétone | 1985 : 65.081 Gallons | 1989 : 848.870 Gallons |
| KMnO4 | 1985 : 4.867 Kg | 1989 : 172.954 Kg |

Un bidon de 200 litres vaut 1500 \$ au cours légal, au marché noir 15000 \$. Le business des produits chimiques devient aussi lucratif et moins risqué que celui de la drogue. Le

commerce de la drogue entraîne d'autres commerces dans la spirale de l'illégalité.

En novembre 1989, les USA instituèrent un contrôle obligatoire des exportations des solutions dites "sensibles" entrant dans la fabrication de la drogue. Le "Chemical Diversion and Trafficking Act" impose aux sociétés américaines fabriquant l'une des 20 substances sensibles de rapporter à la D.E.A. toutes les transactions concernant ces produits avant leur envoi à l'étranger. (revue 3)*

Bien sûr les associations regroupant les professionnels qui utilisent ces produits chimiques (peinture, savon ...) ne cessent de protester contre les entraves et les démarches bureaucratiques qui les frappent au risque de les conduire à la faillite. Mais déjà en 1990, les exportations de produits chimiques allemands à destination des pays de la cocaïne augmentaient de manière suspecte, de 438%.

HOECHST, DOW et BASF sont en train de mettre sur pied un très important complexe chimique à Cartagène en Colombie, dont la mise en service définitive est prévue en 1993... Le risque est grand de détournement volontaire ou provoqué. (39)**

Actuellement (1991) l'Equateur semblerait devenir une source d'approvisionnement majeur pour ces produits.

Serions-nous en train de fournir les ingrédients de notre poison ?

Mise en service d'une production : diversifiée et mondiale :

1) LE CRACK

Nouvelle forme d'utilisation de la cocaïne apparue à New York en automne 85 préparée à partir de chlorhydrate de cocaïne, le but étant d'obtenir une cocaïne base, ce qui est possible par mélange, soit avec du bicarbonate de sodium soit, avec de l'ammoniaque (solution moins volatile que l'éther andin!), soit avec des amphétamines et on obtient après

chauffage, filtration et séchage, un produit d'aspect floconneux contenant de 60 à 90% de cocaïne. Le crack est de la cocaïne pure qui est moins encombrante à transporter et que l'on peut transformer dans le pays destinataire. Cette poudre est destinée à être fournie avec de la marijuana, à dose de 100 mg (à 10\$ en 87 - 5\$ en 88). (9)*

Son effet est intense et rapide : 4 à 5 secondes, et dure de 10 à 15 minutes (l'anxiété, qui envahit l'utilisateur peu de temps après, lui donne envie d'y revenir ne serait-ce que pour la chasser ...)

Entre 1983 et 1988, des trafiquants extérieurs au cartel sont apparus. La production andine a doublé et le prix de la cocaïne s'est effondré. Les profits de la filière se sont divisés par 4. Pour faire face à ce défi de surproduction, le cartel a d'abord tenté d'exporter plus, cela a aggravé la chute des prix ... d'où diversification des produits.

La mafia a adapté sa production à un marché dual: on sniffe de la poudre à la bourse et on fume du crack dans le Bronx...

Malgré le boom du crack aux USA, le marché américain semble quelque peu saturé. Le cartel s'est tourné vers l'Europe (1990) : trois tonnes de cocaïne saisies, via la mafia napolitaine, via les Antilles.

La cocaïne voyage en containers. Cinq millions de containers en provenance du monde entier sont débarqués chaque année à Rotterdam. Deux millions à Anvers - 800.000 au Havre ... un seul navire peut contenir 3 à 4.000 containers. Impossible travail de contrôle : il faut une semaine pour fouiller le chargement d'un navire, il ne faut que 12 heures pour les décharger. Un container peut regorger de 300 à 400 kg de cocaïne!.

L'emploi de chiens est impossible car les containers des régions tropicales sont truffés d'insectes donc nécessitent avant la fouille, d'être aspergés d'insecticides, ... ce qui anesthésie le sens olfactif des chiens! Seuls, scanner et RMN (Résonance Magnétique Nucléaire) sont efficaces... il faut donc contrôler l'origine, l'itinéraire des containers, les trafiquants utilisant rarement la ligne droite. (23)*

2) LE SHABU :

Mais récemment les services des stupéfiants ont été mobilisés pour l'arrivée de l'"ice" aux USA, via Hawaï, fabriqué par les chimistes chinois de Hong Kong et Taïpeh.

Baptisé "SHABU" et utilisé depuis de longue date dans les pays de l'Asie du Sud, son effet est de 8 à 10 heures pour 1/2 gramme et inhibe toute sensation de fatigue, de faim et de sommeil pour 48h. Pas d'effet "secondaire" déplaisant ... certains la comparent déjà au "soma", la drogue du bonheur instantané imaginée par Aldous HUXLEY dans le meilleur des Mondes.

Le Shabu a ses origines dans les travaux de chimistes de l'armée impériale japonaise qui, durant la seconde guerre mondiale, avaient mis au point des amphétamines puissantes dans l'espoir de stimuler la combativité et la résistance des troupes de combat.

Le "Shabu" proprement dit est né au Japon et en Corée dans les années 70. Il ne s'agissait que d'un excitant à faible accoutumance, fabriqué en chauffant sous pression de la caféine et de l'éphédrine.

Mais le Shabu actuel : "l'ice" est un produit totalement différent, plus dangereux, apparu aux environs de 1985 à Taïwan et Hong Kong. L'éphédrine y est combinée à de la phénylacétone, du phosphore rouge et du méthanol pour former de gros cristaux de métamphétamine à 90% au plus de pureté ... au bout de quelques mois, la psychose est garantie. (revue n°3)**

Si cette drogue est issue de l'éphédrine - les experts de la lutte antidrogue estiment que 40% du Shabu des Philippines est produit localement. L'éphédrine est manufacturée en Europe (RFA/Suisse), produit courant dans les fabrications pharmaceutiques - en vente libre jusqu'en 1988 aux Philippines - Elle a été placée au tableau des drogues contrôlées malgré l'opposition de grandes sociétés pharmaceutiques comme Roche et Wellcome. "Fabriquer du Shabu est si simple qu'un étudiant en chimie pourrait le faire chez lui" explique MANUEL SUPNET, (Directeur des drogues dangereuses des Philippines). Sa distribution est aux mains des gangs des jeunes philippins; il n'y a aucune odeur (non-détectable) et se transporte en quantité infime.

Au Japon où les drogues naturelles sont quasiment inconnues, les stimulants de synthèse aident à l'intégration et à la réussite sociale. On dénombre 600.000 consommateurs officiellement. Ce trafic est contrôlé par la mafia : les Yakuzzas, et représente environ la moitié du revenu total de cette mafia.

Le Shabu pourrait à terme remplacer le Crack aux USA et en Europe, à moins qu'il n'y ait de la place pour les deux ...

3) "L'ECTASY" : (méthylène-dioxy-3,4 N-alpha- diméthyl-phényl-éthylamine)

Quelques mois avant la guerre de 1914-1918, le M.D.A était breveté comme simple coupe-faim et fut oublié jusqu'en 1953, date à laquelle l'armée et la CIA voulaient se servir du MDA comme sérum de vérité. Après absorption de MDA, on raconte indéfiniment sa vie. Le professeur SHULGIN en découvrit une variante le MDMA (3-4 méthylène dioxy méthamphétamine), moins nocive que le MDA que l'on trouve à l'état naturel dans la noix de muscade. Le MDA est une amphétamine dotée d'une structure proche de la mescaline. Durant les années soixante le MDMA fut utilisé en psychothérapie.

En 1985, la DEA classe la molécule au tableau 1 américain, à côté de l'héroïne. Cette mesure a provoqué une vive réaction de certains médecins américains. Elle fut rapidement introduite en Hollande avant son interdiction. C'est en 1988 que l'ectasy (XTC) se propage à travers la "house music" qui médiatise le produit.

En 1989 aux USA la "National Institute of Drug Abuse" signale qu'un jeune de 19 à 28 ans sur vingt, a pris au moins une fois une pilule d'ectasy - Prix de la pilule 200 Frs.

Pour fabriquer de l'ectasy clandestinement, il suffit d'un local de 2m² et d'un manuel de chimie!

En France c'est le 9 juillet 1986 qu'on avait inscrit au tableau B : 7 nouveaux produits dont le MDMA - tous produits de synthèses. (Bull. Ord. 297 ; novembre-décembre 1988)

4) LA TECHNIQUE A L'AIDE DE LA NATURE :

- Le cas du cannabis

De source américaine, on estime que le produit total de la revente de stupéfiants dans le monde atteint 106 milliards de dollars par an (300 milliards pour l'ONU!!!).

Sur ces 106 milliards - le cannabis en rapporterait 67 - la cocaïne 29 et l'héroïne 10. Tout cela n'étant qu'un ordre de grandeur ... (Rapport du Sommet de l'Arche 1990)

Aux USA la production représente environ 30 à 50% de l'herbe fumée, tout le monde évoquant, l'autosuffisance, d'ici 2 à 3 ans.

Ce fut radical, avec la campagne de C.A.M.P*, les trafiquants se sont rabattus en masse vers la culture en serre ou en habitat. Des cultures sont même apparues dans les "zones protégées", parcs nationaux, ou autres domaines forestiers, où leurs "propriétaires" ne risquent pas d'être poursuivis ...

* Campaign Against Marijuana Planting : Campagne Contre la Plantation de Cannabis.

Déplacement des lieux de production - augmentation du prix, sont les adaptations classiques des producteurs à la répression. Mais ici un autre effet pervers est apparu :

"Le pourcentage de T.H.C. (Tetra Hydro Canabinol) dans le cannabis américain saisi en 1988 était ainsi de 8% pouvant atteindre 16% dans certains échantillons, contre 3 à 5% dans l'herbe colombienne et mexicaine".

"On est passé d'un cannabis naturel à un cannabis scientifique, nettement plus destructeur"

Ed. Rosenthal.

Devant la menace, les trafiquants adaptent leur méthode et leur matériel. Cette adaptation se fait toujours vers plus de danger/toxicité pour le consommateur du produit. Cherchant à réduire le problème du volume, tant dans sa phase de production que de commercialisation, l'effet des drogues en est renforcé, car concentré ou "ciblé". Jusqu'où peut aller cette escalade "scientifique"? A quand la vente de neuromédiateurs au coin des rues?

CONCLUSION :

En 1986, on a saisi 639 laboratoires et plus de 50 millions de comprimés illégaux. (9)*

Les drogues de synthèse sont d'abord des produits de diversion, mais représentent une alternative aux stupéfiants naturels dans les pays riches. Le trafic de drogue de synthèse inquiète les spécialistes par sa vigoureuse expansion et par la multiplication des nouveaux produits.

"Les laboratoires pharmaceutiques produisent 173 drogues "psychotropes" en face, 7 concurrents naturels". Ibram de RAMENTERIA (23).**

Une industrie chimique des stupéfiants est née, permettant une diversification des drogues naturelles afin de répondre aux secousses du marché et au détournement du commerce licite, mais aussi permettant aux trafiquants de ne pas dépendre d'une culture naturelle (volumineuse, localisable, lourde socialement...).

La drogue de synthèse, fille de l'industrie chimique, échappera plus facilement à la répression tout en brouillant et déplaçant la frontière entre la production licite et illicite. La lutte deviendra plus difficile, voire dangereuse. Car lutter contre l'industrie chimique est à peu près aussi dangereux que combattre les institutions financières indispensables au blanchiment de l'argent de la drogue... La pression exercée sur les cultures illicites ne feront qu'accélérer la venue des drogues de synthèse et la polyintoxication achèvera de brouiller la limite entre produits légaux et illégaux, mais aussi entre médicaments et drogues...

II - AUX DROGUES DU NORD

Si l'on connaît les pays du Sud pour leur production de drogues illicites naturelles, on soupçonne moins leur rôle de producteurs de drogues licites synthétiques (alcool, tabac) et de consommateurs de ces dernières (alcool - tabac - médicaments).

Le continent africain semble le plus révélateur de cette double intoxication et de la problématique qui nous intéresse entre usage licite et illicite de produits pour que nous nous y attardions.

Oubliée de tous, nous dit-on ... l'Afrique engrange la misère : 450 millions d'habitants pour 2% des échanges mondiaux - une agriculture stagnante - une industrie en recul - la moitié des migrants mondiaux sont africains. Les solidarités éclatent dans l'exode rural et la sur-urbanisation. L'Afrique cristallise la misère dans ses mutations au monde moderne. L'Afrique oubliée de tous? sûrement pas des trafiquants!

"Les pays de transit, comme plusieurs pays africains, voient la toxicomanie s'installer et faire tache d'huile, tandis que les pays industrialisés deviennent à leur tour des fournisseurs de stupéfiants au détriment de nombreux pays du tiers-monde. Les médicaments psychotropes produits par les industries pharmaceutiques occidentales, détournés ou volés, alimentent une toxicomanie de plus en plus importante dans les pays africains, et certains pays arabes" (YVAN BARBOT Président d'INTERPOL) (28)*

1) HEROÏNE. CANNABIS : la veine coloniale :

A travers l'héritage des courants commerciaux des colonies britanniques du XIX^{ème} siècle, les 5 filières africaines d'héroïne remontent leur poison vers l'Europe: Niger - Ghana - Gambie- Mali - Tanzanie.

L'héroïne vient d'Asie - les passeurs servent des organisations du Pakistan, de Hong Kong, de Macao. Un passage est constitué par 10 à 20 voyageurs sous contrôle d'un "expéditeur" chargé d'attirer l'attention au cas où ... d'un officier d'acheminement pour rendre des comptes sur les 60 Kg d'héroïne qui transitent ... Près de la moitié de l'héroïne saisie dans la CEE transite par l'Afrique. La présence de "nigérian" aux USA est très structurée, rivalisant avec les mafias "traditionnelles". En 1990, Washington a passé un accord de coopération avec Lagos, la filière nigériane a fourni en 1990 30% de l'héroïne contre 5% en 1985.

Dans son rapport de 1990, l'O.I.C.S (Organe des Nations Unies pour le Contrôle des Stupéfiants) témoigne de l'aggravation récente du trafic de la cocaïne en Afrique, suite à l'établissement de liaisons aériennes commerciales entre l'Amérique du Sud et certains pays d'Afrique.

En 1991, 225 Kg d'héroïne ont été saisis en Afrique dont 80% étaient destinés à l'Europe. Sur 300 Kg d'héroïne saisis en 1991 en France, 30,6 kg étaient passés par 13 pays du continent noir.

Sur une tonne et demie de cannabis saisies en France en 1989, plus d'une tonne avait transité par 14 pays d'Afrique. Sur 60 millions de pieds saisis dans le monde, 40 provenaient d'Afrique - essentiellement d'Afrique du Sud (1100 tonnes de feuilles) - Kenya 32 tonnes, Sénégal 25 tonnes, Maroc 24 tonnes.

L'Afrique apparaît comme le maillon faible, le lieu où tous les trafics sont encore possibles. A mesure que la répression contre les stupéfiants s'accroît en Europe - Amériques - Asie, le marché se développe en se déplaçant vers l'Afrique.

Ce sont surtout les pays africains à revenus intermédiaires qui sont lieux de transit et de consommation de drogues dures. Ce sont ces pays qui ont connu un certain développement qui amorcent une phase de décroissance :

"En 1989, 40% des enfants africains d'âge préscolaire souffraient de carences protéiques graves, contre 25% seulement en 1985".

"Les salaires ont baissé de 30% et le chômage s'est accru de 10% entre 1986 et 1990".

Rapport de l'ONU - Août 1991.

Le retour à l'austérité est mal vécu, et la tentation est grande de se servir de cultures illicites comme complément des cultures licites.

La tentation ne sera-t-elle pas encore plus grande pour les Etats, d'utiliser les narco-dollars pour éponger leurs dettes?

"Si les africains amorcent un retour à la campagne, ce ne sera pas pour y planter des cacaoyers" Eric Fottorino (28)*.

2) UN ALCOOL SOUS LICENCE : La bière :

L'alcool a toujours existé en Afrique. Mais d'où vient que l'O.M.S. en 1990 souligne que "l'alcoolisme va ravager le tiers-monde et que la situation sera sans doute plus grave que dans les pays du Nord"?

La production de bière a augmenté de 400% en vingt ans et sur 46 pays qui ont vu leur production de bière augmenter de 50% en cinq ans, 42 appartiennent au tiers-monde. Un africain dépense environ 4 fois plus pour l'achat de boissons alcoolisées en 1980 qu'en 1972.

Si la production de bière dans les pays en développement est autosuffisante, la fabrication utilise une part importante des céréales locales. Boire ou manger?...

Produire plus, consommer plus de bière - 27 multinationales réparties dans 8 pays du Nord, représentant 200 firmes, représentant un chiffre d'affaires de 3.000 milliards de dollars (soit 10 fois les plus hautes estimations du chiffre

d'affaire de "la drogue" - 300 milliards de dollars!) s'y emploient.

L'alcool a toujours existé en Afrique mais, de plus en plus, la manière de consommer se modifie sous les pressions diverses, tant du côté de l'offre (marketing, dumping) que celui de la demande (modèle occidental, exotisme, publicité). On boit d'autres produits dans d'autres lieux de façon différente.

La stratégie de pénétration de ces nouveaux marchés est constituée de technologie - le Nord exporte peu l'alcool - il fournit les moyens pour en développer la fabrication (vente sans licence) et l'usage. Les Etats ne s'en plaignent pas - la production locale souvent déstabilisée fait de l'artisan local un distributeur - chef de rayon du modèle occidental...

L'OMS recommande de diminuer la consommation des boissons alcoolisées dans des proportions qui devraient atteindre 25% d'ici l'an 2000 dans les pays d'Europe (OMS "Target for Health for All in 2000 . Genève WAO - 1985).

Comment agir sur la consommation dans le Tiers Monde où 50 à 60% de la population ont moins de 25 ans et sont sans travail ?

Comment croire que l'alcool du Sud "sans licence" aurait des effets moins graves qu'au Nord?

Maintes fois, les gouvernements du tiers-monde ont dénoncé la diffusion de l'alcool dans leurs pays, mais les interventions des Nations Unies, dont l'OMS, se sont avérées pour le moins timides.

La logique marchande a bousculé la fonction culturelle, et l'occidentalisation de la culture africaine, de la famille africaine, accélère les phénomènes d'isolement et d'anxiétés propices à la prise de "drogue".

Mais le "comportement drogue" le plus répandu en Afrique est à base d'alcool mélangé à des psychotropes.

c) LES PSYCHOTROPES :

Leurs noms : "oui, oui" ; "sans dormir" ; "caterpillar" ; "petit frère" ... Si un comprimé fait du bien, ce doit être encore mieux avec deux ou trois ...

1990 - une contrefaçon de sécobarbital est faite en Belgique, transite par le Royaume-Uni - la Suisse - les Pays-Bas pour l'Afrique ... autant de pistes impossibles ... 3 tonnes sont découvertes au Nigéria. La Suisse a désormais placé sous contrôle, ce produit. (28)*

Non seulement ces médicaments sont en vente libre (souvent à l'unité), mais en plus il font l'objet de publicité. Exemple le Dogmatil est vanté dans plusieurs revues africaines "comme efficace dans le traitement de l'inadaptation scolaire, des troubles du comportement de l'enfant ou même des syndromes psychiques liés à la malnutrition".

La "toxicomanie" la plus répandue en Afrique est l'alcool plus psychotrope.

"A la différence des stupéfiants, les détournements à partir de circuits licites sont importants, pour les psychotropes, et se chiffrent à plusieurs tonnes par an".

Pierre-Yves Rodiguet - OICS

Saisies totales en Afrique pour 1987 : 16 millions d'unités d'anti-dépresseurs, 213.000 unités de stimulants.

Au Nigéria 60% des "médicaments" en circulation sont : soit périmés, soit de mauvaise qualité, soit des contrefaçons. L'usage de ces médicaments aurait déjà affecté la santé de 30 millions de Nigériens - Monde Diplomatique - Mars 1991.

En 1991 le ministère de la coopération a investi 6 millions de francs dans le cadre du comité interministériel de lutte contre la drogue - essentiellement pour la répression : contrôle des postes frontières, formation du personnel

spécialisé dans les services répressifs...Mais la question se pose de savoir si cette répression accrue n'est pas en train d'ajouter une catégorie supplémentaire d'ayant droit à la corruption : Mars 1991 - le patron de la NDLEA (National Drug Law Enforcement Agency), service de lutte contre les stupéfiants au Nigéria, est suspendu sur-le-champ de ses fonctions, pour corruption. Les trafiquants savent jouer des antagonismes entre police civile, police militaire; police spéciale, police judiciaire... (33) (37) .

En définitive c'est le doute sur les capacités de faire respecter la loi, voire sur la loi elle-même, qui est porté.

A la géographie de la culpabilisation qui voudrait que les drogues soient produites au Sud et consommées au Nord; il nous faut opposer le constat des drogues produites au Nord (alcool, tabac, médicaments) et commercialisées au Sud.

Les régimes juridiques de ces drogues sont très différents, pour des coûts sanitaires et sociaux aussi catastrophiques; les unes étant licites (alcool, tabac, médicaments) et les autres étant illicites (drogues naturelles).

Certains antiprohibitionnistes pensent que les drogues du Nord seraient les drogues licites et les drogues du Sud seraient les drogues illicites. Les unes étant créditées des bienfaits de l'économie de marché, les autres étant entachées du trafic clandestin. L'attitude initiale interdisant dans les pays du tiers-monde les drogues traditionnelles n'a fait qu'accélérer, favoriser, la diffusion des drogues occidentales : alcool, tabac, médicament, psychoactif.

La dichotomie juridique ne faisant que stigmatiser les clivages historiques (colonialisme) et sociaux (riche/pauvre); dans cette perspective, il semble pertinent de s'attarder sur les sources du droit de la drogue. (cf. § V : Le droit de la drogue)

CONCLUSION : SUR LA PRODUCTION :

Force est de constater que la culture des drogues naturelles s'est étendue, malgré les "guerres à la drogue".

Pour le paysan, "cette plante" s'enracine dans son environnement traditionnel; souvent défendue avec obstination, au risque de sa vie, cette culture ne lui permet qu'un rendement de "survie", impuissant à réaliser une alternative de production dans la confrontation des économies locales et internationales.

Pour les Etats, le discours sur la drogue ne peut se résumer à un problème sanitaire puisque devant intégrer des phénomènes de développement économique mal contrôlés et des dysfonctionnements démographiques.

Pour les Etats du Sud, les marges de manoeuvres sont d'autant plus faibles que leurs obligations politiques et économiques sont doubles à satisfaire :

- de façon internationale : vis-à-vis des pays du Nord où les politiques de "guerre à la drogue" ne paraissent que des paravents pour masquer les rapports de force et une volonté d'autoprotection.
- de façon interne : où les risques d'explosion sociale sont toujours présents et accrus par la paupérisation. Les cultures de "drogue" apparaissent pourvoyeuses de dollars, donnant ainsi la souplesse financière pour répondre aux exigences économiques internationales et permettant de mieux "contrôler" les risques majeurs de conflits sociaux.

A côté des Etats, les grandes organisations criminelles apparaissent capables d'assurer par elle-mêmes la production de stupéfiants.

Si la production de drogues naturelles paraît liée à un problème de développement dans les pays du Sud, les liens sont étroits avec les pays du Nord. Renversant ainsi la logique d'une

géographie de la culpabilisation qui voudrait que : "le Nord consomme ce que le Sud produit". La production du Sud est liée au Nord :

- par l'économie et son histoire : la drogue devient un produit "régulé" par la loi de l'offre et de la demande car le monde vit sur une économie de type libéral "proposée" par les pays du Nord.
- par l'appel de la consommation : qui pourrait penser que la tarissement de l'approvisionnement entraînerait la suppression de la demande ? Tout au plus la diversification d'approvisionnement (synthèse), détournement ...
- par le transfert de technologie : le produit naturel est consommé, de plus en plus souvent de façon transformée. Diversification oblige - or les étapes ou processus de transformation nécessitent un "savoir" issu d'une technologie venant du Nord.

Mais plus qu'un "renversement" de la culpabilité on peut s'interroger sur une possible "INVERSION" de la culpabilisation : le Nord renforçant pour d'évidentes raisons économiques son arsenal technologique de synthèses de drogues, provoquant :

- une concurrence des substances synthétiques vis-à-vis de substances naturelles.
- un détournement de nombreux produits de synthèse licite de leur usage.
- une occidentalisation des modèles et une plus grande diffusion de ces modèles : le trafic précède la consommation.

Ainsi le Sud s'intoxique avec ses propres drogues naturelles ou les sous-produits de la chaîne de transformation (moins purs et moins chers); mais aussi avec les produits légaux: tabac, alcool, et en détournant de l'usage des produits légaux: médicaments ... d'origine du Nord.

Le "comportement drogue" dans le modèle occidental a été lui aussi exporté mais devrait trouver encore moins de contraintes à son développement au Sud.

Les solutions "militaires" rapides paraissent ainsi condamnées à quelque chose de plus grave qu'à un simple échec.

Les solutions "économiques" proposées par le FMI et les pays du Nord apparaissent constituer une partie de problème plus qu'une solution.

Que peut représenter une approche antiprohibitionniste - légalisation de l'offre et la consommation en matière de produits actuellement référencés comme stupéfiants - dans les pays de production des drogues naturelles ? Permettrait-elle une diminution de la production ?

En s'inscrivant comme une alternative à la "guerre à la drogue", les antiprohibitionnistes voudraient, en supprimant la répression en matière de consommation de stupéfiants, donner à penser qu'à des solutions humaines, seules des moyens humains peuvent y répondre.

Dans cette guerre, c'est aussi le processus de répression qui paraît résoudre les conflits à tous niveaux : du producteur au consommateur. Or celui-ci est traversé par la logique de l'exclusion. Il est clair que les pays actuellement producteurs de drogues verraient, dans la remise en cause de l'une des toutes premières lois à caractère mondial (issues de législation sur les stupéfiants de la convention de La Haye en 1912), une volonté de dialogue international.

Cette solution antiprohibitionniste aurait valeur de symbole dans les stratégies mondiales : aider à accéder à une vie plus digne, plutôt que de réprimer et condamner*.

Reconnaissant que la production de drogue a été dynamisée par la dette, la légalisation apparaît non pas comme "la" solution mais comme partie de la solution.

* Interdépendances. N°3 Mars 1991

Car le problème de la production de la drogue est lié surtout aux stratégies économiques mondiales (FMI, pays du Nord).

Pour autant il apparaît que pour les pays dans lesquels l'argent de la drogue constitue une manne unique ou majeure**, le coup serait dur si les conditions inégalitaires de développement ne s'amélioraient pas.

Aussi les antiprohibitionnistes ont-ils suggéré dans cette éventualité, de convertir les milliards dépensés pour la répression dans des programmes d'aide au développement.

En centrant leur analyse sur la nécessaire satisfaction de la demande, les antiprohibitionnistes cherchent à réduire la consommation.

En répondant à la demande des produits toxiques, ils espèrent aussi et surtout tarir la source de la grande criminalité.

Or de nombreux états doivent lutter contre cette criminalité - le coût en est exorbitant, tant sur le plan financier qu'humain (9) (23) (27) (33).

Débarrassés de cette grande criminalité, les états pourraient mieux satisfaire à leur fonction et les populations gagneraient en liberté.

** En 1987 sur 130 milliards de dollars d'argent de la drogue - 20 milliards allaient aux producteurs d'Amérique Latine, absorbés largement par les classes dirigeantes.

CHAPITRE II

LA CONSOMMATION

CHAPITRE II

LA CONSOMMATION

I - UNE QUANTIFICATION CRITIQUABLE

- a) PEUT-ON QUANTIFIER ? ET QUI/QUOI ?
- b) L'IMMUABILITE IDEOLOGIQUE

II - UN MONDE DE " JEUNES "

- a) RELATIVITE DU PHENOMENE
- b) DU PHENOMENE AU PROBLEME :
LA REPONSE PROHIBITIONNISTE

III - LE COUPLE MOTEUR DE L'ECONOMIE

- a) LE MARKETING MULTI-NIVEAUX (M.M.N.)
- b) L'INELASTICITE DE LA DEMANDE
- c) UN MARCHE REGULE PAR LA PROHIBITION

IV - LA POLYINTOXICATION

I - UNE QUANTIFICATION CRITIQUABLE

a) Peut-on quantifier ? Et qui/quoi ?

Pour l'instant, il nous faut considérer que l'appréciation du phénomène toxicomanie intéresse les pouvoirs publics à deux titres essentiellement :

- pour délimiter l'ampleur sociale du phénomène
- en chiffrer le coût

Corollaire : Peut-on quantifier le problème de la consommation de drogue ? La recherche de repère en cette matière peut-elle être faite par des données objectives et quantifiables, disponibles pour un travail statistique ?

Monique Pelletier, dans l'introduction de son rapport en 1978 note :

" La drogue est le monde de l'ambiguïté, sans frontières définies, d'où le cartésianisme semble à jamais banni." puis page 76 :

" Des réserves ont été faites ci-dessus (tableau des interpellations, décès, cambriolages...) sur la qualité de chacune de ces statistiques et sur leur croisement." puis page 79 :

" Le caractère changeant d'un phénomène pratiquement impossible à cerner statistiquement rend hasardeuse toute tentative pour dresser un tableau de l'usage des drogues en France."

Evelyne SULLEROT, dans son rapport de 1989 sur "les problèmes posés par la toxicomanie", annonce page 40 :

" Leur (pratique illicite) fréquence et les caractéristiques de leur évaluation ne peuvent donc donner lieu à aucune estimation quantitative fiable et exhaustive." suivent trois pages de mise en garde avant la lecture des statistiques.

D'autres auteurs, devant la trop grande incertitude de l'approche quantitative, décident "d'apprécier les comportements" plutôt que de dénombrer.

"Un certain nombre de statistiques sont disponibles, mais leur interprétation est souvent malaisée." (18)*

Le problème des critères d'analyse ne se pose-t-il pas alors de façon encore plus aiguë quand on cherche à corréler les données sociologiques et psychologiques ?

En 1980, l'INSERM fait paraître "toxicomanie et ses environnements". Page 6, les co-signataires écrivent que le nombre de toxicomanes est un "domaine où nous ne possédons (et dans aucune autre nation)** aucune statistique sérieuse."

Actuellement, la plupart des institutions existantes, pour affronter les phénomènes drogues, sont rattachées aux Nations-Unies.

L'organe suprême des Nations-Unies est son Assemblée générale. Les décisions sont élaborées par le Conseil Economique et Social (ECOSOC). A l'intérieur de l'ECOSOC, deux agences s'occupent des stupéfiants :

- 1) La Commission des Stupéfiants, qui est responsable des décisions politiques et législatives,
- 2) Le Bureau International de Contrôle des Stupéfiants, dont la fonction est d'évaluer et de contrôler l'application des décisions. Deux autres agences des Nations Unies s'occupent également des stupéfiants;

Autres organismes des Nations Unies :

- 1) L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dont fait partie le Comité d'Experts sur les Stupéfiants, qui relève de la Division de Pharmacologie et de Toxicologie, et qui réalise un travail d'expertise scientifique.

* p.18

**La Hollande ?

2) Le Fonds des Nations Unies pour le contrôle de l'Abus des Drogues, créé au début des années 1970 pour financer des programmes destinés à résoudre les problèmes d'abus de drogues.

Une autre agence internationale en matière de stupéfiants est le "Groupe Pompidou", qui est rattaché aux Commissions européennes.

En France, parmi les statistiques officielles, on peut citer :

- celle du Ministère de la Santé
- celle du Ministère de l'Intérieur
- les enquêtes de l'INSERM

Toutes ces organisations bénéficient dans l'opinion publique d'une image objective, du fait de leur statut, surtout au niveau international, comme si ces institutions étaient au-dessus de la mêlée. Mais la "présence de représentants de divers Etats n'assure pas nécessairement cette articulation d'opinion qui est la seule garantie d'un débat objectif" (Revue n° 6).

Ne reflètent-elles pas essentiellement la tendance de leur pouvoir ?

b) L'immuabilité idéologique

La seconde difficulté n'est pas liée aux Hommes et à leur fonction, mais à la définition de "l'objet". Disons simplement que toute tentative de définition des drogues, et des comportements vis-à-vis des drogues, s'effectue avec un "lien obligé à l'évolution socio-culturelle donnant la dimension dynamique du phénomène ou des modes d'approche" (29)*.

Comment donc attribuer une valeur aux statistiques quand le concept "évolue" et que le discours ne prend pas les mêmes références ?

De plus, les antiprohibitionnistes font valoir que le divorce entre objectivité scientifique et politique de la drogue est théorisé au plus haut niveau de l'appareil de décision en matière de lutte contre la drogue. Le délégué français de la Commission Internationale des Stupéfiants en 1973 l'a érigé en un véritable principe d'IMMUABILITE.

"La question de la relative innocuité de diverses variétés de cannabis, de la prise de drogues en petites doses, etc... avait sans doute un intérêt théorique et clinique et l'OMS devrait certainement continuer ses recherches dans ce sens, mais on ne devrait pas permettre à ces recherches d'influencer de quelque manière que ce soit le contrôle international."

C.U.N. : DOC E/CN 7/SR 727

Cette attitude est motivée par un présupposé, celui de s'opposer à la drogue vécue comme un fléau social, raz de marée devant lequel on ne doit pas réfléchir, l'urgence commandant l'action.

La dichotomie sciences/politique se mue en idéologie lorsque le débat est censuré : " l'ONU décourage l'utilisation de tous les termes et les concepts suivants : 'utilisation récréative' de drogue, 'utilisation responsable' de drogue, 'décriminalisation' ainsi que la distinction entre drogues 'dures' et 'douces'. " U.N. 1987,p.49 cité in psychotropes Revue n°6.

Le problème relatif aux institutions a été affronté par la Commission gouvernementale des USA 1973 paragraphe intitulé " la perpétuation du problème".

"C'est à cause de l'importance de la préoccupation de l'opinion publique et de l'émotivité liée au problème de la drogue que tous les niveaux de gouvernement ont été poussés à l'action, disposant ainsi de peu de temps pour la planification. La pression politique (...) a concentré les ressources publiques sur les aspects les plus immédiats de l'abus de drogue, soit une initiative qui ne risque pas de se

confronter à une quelconque résistance politique. Il en résulte la création de bureaucraties toujours plus grosses qui effectuent des dépenses d'argent toujours croissantes et qui diffusent de la publicité pour faire savoir au public que quelque chose se fait. Peut-être, la conséquence la plus importante de cette politique a été la création au niveau fédéral, étatique et privé d'un intérêt de la part de ceux qui donnent et reçoivent les fonds pour que se perpétue le problème (...). Durant ces dernières années, les programmes pour la drogue sont devenus une industrie de plusieurs milliards de dollars qui administre ses propres exigences en plus de celles qui sont liées à son fonctionnement".

"Dans le contexte de ses efforts intenses afin de bien faire quelque chose (...), cette société pourrait avoir institutionnalisé de façon imprévisible un projet sans fin." (Nat. Comm., 1973, p.27).

Le rapport établi par Mme PELLETIER (14) rappelle pour sa part dans son introduction que "les représentants des Nations Unies indiquaient que : "peut-être constaterait-on que les personnes qui ont à connaître des problèmes de la drogue sont plus nombreuses que les drogués".*

Dans cette perspective, il est significatif que les agences de l'ONU tentent de grossir les aspects menaçants du problème. Nous allons retrouver constamment ce "doute" vis-à-vis des travaux de "repérage", que ce soit au niveau international ou national.

Les observateurs constatent que le "mystère s'épaissit à mesure que l'on avance dans le dédale des indicateurs". (9)**

L'OMS annonce le chiffre d'environ 4,8 millions de "drogués" dans le monde, y compris les consommateurs de drogues illicites de synthèse (1988). Mais on parle d'un consommateur "régulier" lorsque sa consommation est

hebdomadaire, pour les Européens, alors qu'il s'agit d'une consommation mensuelle pour les Américains!

Les instances nationales n'échappent pas à cette guerre des chiffres. Aux USA officiellement, on a trouvé 500.000 héroïnomanes en 1984, se répartissant les 6 tonnes estimées de la consommation, soit un gramme par mois pour chacun d'eux...Un nombre élevé de drogués impressionne l'opinion sur le "mal"; (donc débloque des crédits) tout en sous-estimant la consommation en tonnage, afin de ne pas ridiculiser les efforts de répression... (9)*

En France, F. DAVIDSON, du groupe de travail sur le recueil des statistiques générales en matière de toxicomanie, écrit :

"Ces statistiques donnent un tableau descriptif détaillé des actions de police ou douane en matière de toxicomanie, et permettent d'étudier l'évolution de ces actions au fil des années. Elles donnent une mesure indirecte de la toxicomanie en quantifiant les interventions de la police ou des douanes dans ce domaine. L'interprétation des résultats doit donc être faite avec prudence, en tenant compte du fait que cette statistique mesure des actes et non des sujets, et sans méconnaître les effets que peuvent produire sur les activités des modifications d'effectifs, d'attributions ou de consignes, données par les services intéressés." (18)**

Pour les statistiques en matière de santé/toxicomanie, REYNAUD et COUDERT notent : " Il faut savoir qu'il est extrêmement difficile de recueillir des données utilisables, et ce pour plusieurs raisons :

- réticence des cliniciens, voire manque de formation,
- instabilité de la population,
- respect de l'anonymat et du secret professionnel,
- et du côté des toxicomanes, méconnaissance fondamentale dans l'appréciation de la mesure de leurs actes (doses, qualité des

produits, pourcentage, dénomination) sans oublier leur propension à la mythomanie". (22)*

Même les statistiques sur les overdoses sont sujettes à caution - pression familiale, conséquence secondaire etc ...

Conclusion : En plus des difficultés inhérentes aux problèmes de toutes analyses épidémiologiques, l'analyse quantifiée du problème est biaisée par des considérations d'ordre politique et de pouvoir institutionnel, tant au niveau international que national.

Pour les abolitionnistes le caractère "idéologique" des instances décisionnelles ou administratives bénéficie de la complexité d'un problème que la loi a de plus rendu "souterrain" donc quasiment inquantifiable.

II - UN MONDE DE "JEUNES"

"Très souvent, ce sont les caractères qui sont perçus comme propres à certains groupes d'utilisateurs de drogues et les raisons qu'on impute à cette utilisation qui détermine la nature et la partie de la réaction à cet emploi, plus que la nature de la substance consommée." (40)**

a) Relativité du phénomène :

L'histoire de la drogue en Europe, puis dans le monde est concomitante avec l'invention d'une imagerie sociale de la déchéance. Le spectacle de la Chine a joué un rôle déterminant dans cette perception de la drogue comme fléau, génératrice de pauvreté et de décadence, à la fin du XIXème siècle.

Depuis les années cinquante aux USA, la drogue réapparaît dans le quotidien, mais la rupture ou l'affolement baptisé 'grande épidémie' date de la seconde moitié des années soixante.

En l'espace de 3 ans, l'engouement de la drogue se répand en occident chez les jeunes. L'image d'une épidémie, d'une marée montante, voire d'un danger pour notre civilisation, diffuse dans la société : "Ils" sont de plus en plus jeunes, de plus en plus nombreux, ils risquent de mourir, ils pourraient être nos enfants...

L'image sacrificielle de la toxicomanie s'est constituée : cohortes de jeunes semblant s'enfoncer dans la déchéance. En France, le choc correspond aux années 1969/1970. (14)*

Les chiffres ne venant certes pas confirmer cette vision apocalyptique du fléau toxicomanie.

Le rapport établi par Monique PELLETIER en 1978, pose la question de la relativité du comportement drogue :

"Il n'est pas nécessaire pour ranimer les énergies, d'en exagérer l'ampleur ou de refuser de le mettre en perspective avec d'autres fléaux sociaux..." (14)**

D'autres auteurs comparent :

| | |
|-----------------|---------------------------------|
| "1985 en France | 12 363 morts par suicide |
| | 9 985 par accident de la route |
| | 15 269 attribués à l'alcoolisme |
| | 28 550 attribués au tabagisme |

et seulement 172 morts par surdose.

Il est donc évident que la réalité du nombre de morts ne justifie en rien la première place de la toxicomanie au palmarès des fléaux. Reste la qualité de ces morts ... c'est leur signification que sans doute nous ne pouvons pas supporter" ? (5)***

Quand à l'intensité du phénomène, le rapport PELLETIER prévient qu'il s'agit "d'un mouvement extrêmement profond, dont il faut s'accommoder pour une longue période."

L'évidence est là, l'utilisation de drogue, gagne des secteurs nouveaux de la population, en particulier les jeunes par opposition aux adultes mais aussi des groupes qui ne sont ni de condition modeste, ni minoritaires.

L'interrogation va vers les sociologues - que se passe-t-il ? "L'occident rajeunit et change de peau ... Les Etats-Unis comptent deux cents millions d'habitants (1967); 46% ont moins de 24 ans ; et près d'un américain sur cinq a entre 15 et 25 ans. Les nouveaux venus ont largué les amarres ... pour tous ces insurgés de l'idéal, la drogue, instrument de lutte et adjuvant, s'exhibe et se revendique." (3)*.

Force est de constater que les rapports privé/public ont été retravaillés, l'un l'autre et l'un vis-à-vis de l'autre, que les revendications des hippies de Haight Ashburg se sont banalisées :...reconnaissance de la Jeunesse comme âge de la vie, promotion de la femme, prise en compte des minorités etc...sauf la drogue!

b) Du phénomène au problème :

La réponse prohibitionniste

Pour les antiprohibitionnistes le "phénomène" drogue s'est transformé en "problème", avec tout son poids et son potentiel de destructibilité individuelle et sociale suite à la manière avec laquelle on a apporté une solution au dit "problème".

"Qu'est il arrivé ?" se demande Amato Lamberti - professeur de sociologie à l'université de Naples.

"Les Etats, devant une demande sociale de drogue - je dis "sociale", parce que provenant de nombreux individus de différentes origines, souvent liés seulement par une similitude d'âge - n'ont pas su donner d'autre réponse que l'éloignement et la généralisation de la criminalisation, avec la conviction, peut-être que cela suffirait pour en annuler l'existence et pour en empêcher la reproduction." (Revue 6).

C'est donc la réponse erronée des Etats qui a permis une monopolisation par les grandes organisations criminelles des réseaux mondiaux de distribution de drogues : son enracinement dans le monde.

Pour les antiprohibitionnistes, l'argumentation de la diffusion de la consommation de stupéfiant ne peut être attribuée à des malaises individuels ou/et sociaux mais à la législation prohibitionniste et aux organisations criminelles.

Lorsque le crime organisé a commencé à s'emparer de l'offre de drogue, les dimensions de la demande étaient relativement basses - si la prohibition de l'alcool se soldait par un échec, celle des drogues, jusqu'au seuil des années soixante passe pour une réussite certaine - l'engouement d'antan pour les produits disparaît (21) (33).

"Dans les années cinquante, les toxicomanies classiques, de papa, avaient pratiquement disparu en France" Pr. DENIKER.

Il paraît évident que les organisations criminelles ne pouvaient pas se contenter de satisfaire une demande aussi "pauvre" et limitée, spécialement dans une situation de monopole absolu du marché. Aussi en plus d'inciter à la demande de drogues légères, elles ont différencié l'offre, en introduisant sur le marché d'importantes quantités d'héroïne, qui jusqu'alors circulait en quantité réduite et à travers des canaux d'approvisionnement individuels ou de petits groupes de consommateurs. Une drogue qui probablement aurait continué à circuler en petite quantité à travers de petits réseaux isolés, a été rendu disponible à tout le monde et en quantité extraordinaire.

La consommation n'aurait pu se répandre sans l'exploitation de la caractéristique du produit : sa capacité à entretenir une "dépendance".

Après l'héroïne, les organisations criminelles ont différencié l'offre en introduisant la cocaïne, puis le crack etc...

La cocaïne a vu sa diffusion facilitée, car cette drogue est intégrée aux valeurs sociales (dépassement individuel, compétition ...) donc possède de ce fait un bas niveau d'alarme social.

III - LE COUPLE MOTEUR DE L'ECONOMIE : PROHIBITION/REPRESSION

"Je n'ai jamais vu la couleur d'un grain d'héroïne et j'ignore l'odeur d'une boulette d'opium. Je ne connais que des ordres d'achat et de vente : mon quartier général est une banque" Vieux Renard (2)*.

a) Le Marketing Multi Niveaux (M.M.N.)(3)**

La demande de drogue ne se manifeste jamais spontanément. Comme pour n'importe quel produit le marché est créé par le vendeur. La drogue est un produit comme un autre, avec des caractères propres d'un point de vue économique :

- L'offre doit rencontrer la demande, qui alors déterminera le prix au bénéfice maximal des deux parties en présence (3) (21).

La législation actuelle - prohibitionniste - ne sait détruire ce marché, mais remplit un rôle économique important en laissant le seul fournisseur maître du contrôle du trafic. La politique commerciale des fournisseurs s'est adaptée à la nature prohibée du produit.

La prohibition implique la rareté et le monopole.

La prohibition justifiant la rareté du produit, et le risque encouru par la répression permet d'obtenir un prix optimal au bénéfice du vendeur en fonction de la capacité financière du vendeur.

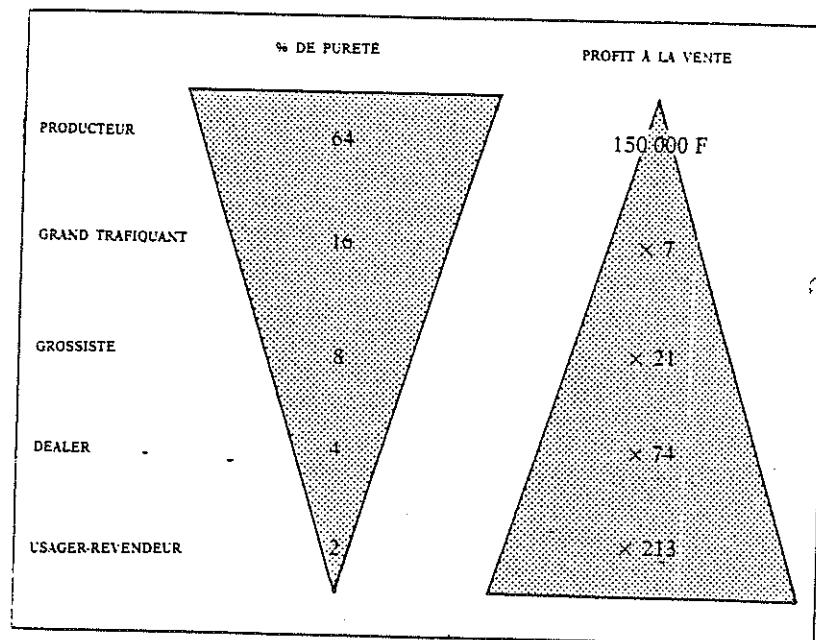
(Lors de l'achat dans les pays producteurs de la drogue, la méconnaissance joue encore en faveur du trafiquant).

La concurrence est limitée par la répression ainsi que tout recours à un arbitrage juridique par la prohibition donc l'offre impose son prix à la demande.

TABLEAU I : LA DROGUE EN CHIFFRES

RAPPORT DEGRÉ DE PURETÉ/PROFIT

D'après le tableau de Bernard Leroy, tribunal de grande instance d'Evry, 1987.



- Comment comprendre l'accroissement de la demande ?

Les prix très hauts auraient dû limiter cette demande qui n'aurait pu être honorée.

Or les organisations criminelles ont adopté la technique du marketing multiniveaux (M.M.N.) : c'est la technique de parrainage des consommateurs type : Tupperware, Amway etc ...

Dans le cadre légal de distribution le consommateur exige un prix bas et stable et c'est l'offre qui cherche à diminuer sa marge et son revendeur qui accroît le marché.

Dans le cadre du marché illégal la technique est semblable mais la logique est inversée. (3)*

Le prix élevé au départ du produit doit inciter le consommateur à rechercher dans son entourage des consommateurs potentiels de ce même produit, lui permettant après vente d'obtenir un bénéfice suffisant pour acquérir son produit: c'est le dealer.

"A l'inverse du secteur légal où les fournisseurs veulent toujours baisser leur prix pour rencontrer la demande la plus large, il faut et il suffit dans le secteur interdit qu'ils les augmentent régulièrement pour stimuler la demande par l'intermédiaire des consommateurs amenés à se faire vendeurs."

Bien sûr, la technique du prix d'appel peut être intéressante - voire même de proposer la gratuité du produit, mais c'est d'habitude la vente avec prime qui est proposée.

Pour cela il faut consentir au consommateur un crédit, puis jouer sur les prix en incluant le coût de son crédit et ainsi le rendre dépendant financièrement : ici pas de contrôle comme dans une vente à crédit, mais un monopole créé par la loi.

Le vendeur commerce ainsi pour satisfaire l'acheteur dans son prix puis le rend dépendant en lui imposant le prix, la menace de la répression étant suffisante pour éviter le risque de toute cessation de paiement.

Concrètement, le dealer vend un produit dont la qualité diminue mais cette baisse de qualité/effet a pour signification commerciale d'inciter à acheter plus, donc de transformer l'acheteur en dealer etc ... ou alors l'acheteur va se tourner vers un autre produit - effet supérieur !

"Le rêve se poursuit au-delà du prévisible : on vend plus cher et en quantités plus grandes un produit qui coûte moins cher à fabriquer, et qui de surcroît prépare le terrain pour la vente d'un produit haut de gamme, encore plus rentable."

* p.15 et suiv.

"La répression dynamise" cette économie souterraine en "justifiant" l'état de manque du produit du vendeur vis-à-vis de l'acheteur - voire même du producteur ou vendeur en utilisant la menace policière (vraie ou corruption ou fausse).

La répression permet ainsi, en "utilisant la menace, de diminuer le prix d'achat du producteur ou vendeur et en justifiant le prix élevé du vendeur à l'acheteur de renforcer le monopole du vendeur trafiquant" et de garantir sa fidélité d'achat et de paiement. (3)*

La répression permet aussi la concurrence entre trafiquants : les triades chinoises ont par exemple usé de contrefaçon à l'envers (faire un produit en parfaite imitation du concurrent). Elle ont imaginé pour déloger la mafia sicilienne du marché américain, de glisser dans leur propre héroïne le composant de la sicilienne!, indiquant ainsi à la police où "devait" avoir lieu la répression ...

b) L'inélasticité de la demande :

Comme les autres marchés de matières premières celui des stupéfiants vit aujourd'hui une crise de surproduction : "si l'ampleur des saisies reflète l'ampleur du trafic (données centralisées de l'O.N.U.) avant 1982 jamais plus de 12 tonnes/an dans le monde, 1986 on passe à 126 tonnes pour la cocaïne. Ne faut-il pas admettre que celui de la cocaïne a doublé de 1984 à 1986? se demande J.F. COUV RAT. (9)**

Or le prix de la cocaïne est tombé de 60000 à 12000 dollars le kilo de 1984 à 1988. Plus de drogue au même prix. On ne devient pas drogué du jour au lendemain simplement parce que le prix de la drogue a chuté, et inversement un "accroc" ne renoncera pas tout de suite à sa dose.

Cet état de dépendance "physiologique" fait dire aux économistes que la demande est inélastique au prix, - comme pour le pétrole : le niveau de la demande ne varie pas en

fonction du prix, mais de l'organisation des besoins de la consommation. La loi de l'offre et de la demande n'est pas seule explicative.

Or le prix de gros de la cocaïne est passé de 50.000 \$ à 33.000 dollars le kilo, de 1983 à 1986 - le prix de détail a diminué de 12,5 et la pureté augmenté de 30 à 60%!

De sorte que le prix du produit pur au détail a chuté de moitié.

Ce phénomène semble contradictoire avec l'inélasticité du prix. En fait il permet d'écouler la production et surtout à moyen terme la meilleure qualité permet de stimuler la demande, le risque est grand de voir apparaître un détournement vers des produits de substitutions. Mais la répression peut servir à relancer le principe de base de la rareté et donc faire augmenter les prix ...

La surproduction risque de ruiner les producteurs et petits trafiquants mais sûrement pas quelques gros fournisseurs qui se trouveraient encore plus fortunés et dominateurs sur le marché de la drogue → telle l'Arabie Saoudite qui a accru ses revenus pétroliers lorsque les prix ont chuté. La répression sur la production "reviendrait à bombarder les champs de pétrole et les tankers lorsque l'O.P.E.P. est toute puissante" (9)*

c) Un marché régulé par la prohibition :

Ainsi les trafiquants/fournisseurs maîtrisent-ils les lois économiques, lois économiques, dans lesquelles le couple prohibition/répression joue le rôle à la fois de multiplicateur vis-à-vis de la demande, des prix et des bénéfices pour les trafiquants mais aussi de régulateur dans les filières de la drogue et entre ces filières.

Cette régulation interne permet d'obtenir une obéissance sans faille sous peine de dénonciation aux forces répressives,

* p. 109

tout autant qu'une sélection des revendeurs les plus compétents pour une promotion interne.

L'autre échec de la répression est la publicité faite au produit : drogue. C'est en utilisant adroitement l'émotion causée par la saisie d'un produit (en annonçant la quantité ou la nouveauté) tout autant que en entretenant le discours sur la drogue que se crée l'image du produit et du consommateur "Il existe un concept sociologique de "déviance provoquée" : c'est le processus par lequel une société ou un groupe donné qualifie tel ou tel autre comportement de déviance grave et, ce faisant, introduit précisément la déviance et la dissidence dans le comportement en question ; les groupes ou les sociétés, au sein desquels l'utilisation non médicale ou illicite de certaines substances n'est pas encore très répandue, devraient s'en préoccuper sérieusement. A définir l'utilisation de la drogue comme un "problème majeur", on risque de contribuer à lui donner ce caractère de gravité" (40)*

De plus, cette régulation se fait vis-à-vis du public qui n'achète jamais ces produits et qui est rassuré par cette répression. Ce qui offre un champ plus large de manoeuvre aux trafiquants, dans leurs véritables résultats et politiques commerciales.

"Bien involontairement, la police et la justice remplissent ainsi de cette façon, pour l'entreprise clandestine de drogue, certaines des fonctions essentielles, dans le domaine légal, d'un service de communication et de ressources humaines". (3)**

L'intérêt de la répression se manifeste aussi pour ces filières souterraines en "ressuscitant" la concurrence entre elles : "elle élimine les canards boiteux et les entreprises devenues des trusts" - L'affaire du cartel de Médélin en est un récent exemple - Le cartel de Cali ayant pu prospérer au moment où celui de Médélin est tombé. Cette mort peut

ressembler aussi à une élimination des trafiquants : c'est ce qui se passe en Afrique (28) ou ce qui s'est passé avec la mafia sicilienne en 1963. (3)

"Mettre sur pied des réseaux de commercialisation ou installer des cultures demande infiniment moins de temps que d'organiser les administrations capables de les réprimer". (3)*

CONCLUSION :

Hier encore marginal, le marché de la drogue a atteint le rang d'économie internationale ; justifiant de ce fait les analyses économiques. Les mécanismes régissant le trafic de stupéfiants permettent de montrer le rôle déterminant du couple prohibition/répression dans la dynamique économique actuelle de ce trafic.

L'analyse économique ne peut, à elle seule, dicter une solution, mais force est de constater que la force économique issue de ce couple dynamique n'aurait pas vu le jour dans un régime de distribution légale des drogues : prix bas, demande satisfaite, centrale de qualité, économie transparente, délinquance évitée etc ... "Une erreur importante sur le plan économique ruine à coup sûr la politique par ailleurs la mieux inspirée". (3)**

IV - LA POLYINTOXICATION :

A court terme et à moyen terme la demande est inélastique: le niveau de la demande ne varie pas en fonction du prix; il ne baisse pas quand le prix s'élève et la demande n'augmente pas en proportion quand le prix baisse.

Diversifier est alors le maître mot à tous niveaux.

* p. 45

** p. 72

Le cartel de Medellin a par exemple offert de nouveaux produits : en Amérique Latine le "bazuko" (mélange de cocaïne, d'éther et de sulfate), à effet fulgurant mais bref, aux Etats-Unis et en Europe "le crack". Face à cette surproduction, les paysans essaient de "surproduire" pour rattraper le prix et surtout se mettent à raffiner ...

Le trafiquant cherche à s'adapter à la demande - produit d'appel "bon marché" pour les pays du tiers monde ou du quart monde - mais aussi à la demande du corps social tout entier. La cocaïne correspond à la drogue des "valeurs" de notre société : une drogue qui ne désocialise pas, favorise l'ardeur au travail, de dépassement de soi ... La drogue des "Golden boys" - Une drogue qui respecte les clivages de notre société : pur pour les riches - sous produits pour les pauvres ...

Mais désormais le savoir faire est aux mains, non plus des seuls laboratoires mais des trafiquants. "Les drogues totalement synthétiques peuvent avoir des caractéristiques de mieux en mieux adaptées à l'usage que les trafiquants voudront faire".

Nous l'avons déjà vu, la répression conduit les consommateurs vers d'autres drogues. En France, la guerre contre l'héroïne a conduit des consommateurs vers des toxicomanies de type médicamenteuses ... n'abandonnant leur drogue que le temps où celle-ci n'est pas disponible. La polyintoxication rend le problème sanitaire encore plus complexe.

"Le nombre de substances utilisées comme drogues, s'accroît, et les substances nouvelles sont généralement plus toxiques que celles qu'elles remplacent". (14)*

Cette polyintoxication, nous en reparlerons dans le modèle social du toxicomane. Mais disons qu'actuellement notre société, multipliant les produits pharmaceutiques et industriels, n'a pas la possibilité d'enrayer les pratiques

qu'elle suscite de façon légale et qui interfère avec des pratiques illégales - La prohibition concourt, par ses effets, à brouiller les frontières entre produits légaux et illégaux et à favoriser une polyintoxication.

SECONDE PARTIE
ANALYSE COMPARATIVE

CHAPITRE III
LA TOXICOMANIE

CHAPITRE III

LA TOXICOMANIE

I - HISTOIRE D'UN CONCEPT : LA TOXICOMANIE

- A LA VERTU
- B LA VERTU ET LE VICE
- C PUNIR ET/OU SOIGNER
- D L'APPROCHE CLASSIFICATRICE
- E ENTRE CLASSIFICATION ET DEFINITION :
LA PSYCHANALYSE
- F UNE DEFINITION SOUS DEPENDANCE

II - EXISTE-T-IL UN MODELE SCIENTIFIQUE ?

- A LE MODELE BIOCHIMIQUE ET THERAPIE
- B LA THEORIE DE L'ESCALADE
- C TOUS LES DROGUES NE SONT PAS TOXICOMANES

III - LA PROHIBITION :

UN AVANTAGE POUR LES SOIGNANTS ET LES SOIGNES

- A LE MODELE BIOCHIMIQUE ET LA THERAPIE
- B LES EXPERIENCES DE LA TOLERANCE

- a) L'"EXPERIENCE" NEERLANDAISE
- b) L'"EXPERIENCE" DE LIVERPOOL
- c) L'"EXPERIENCE" DE ZURICH

CONCLUSION

I - HISTOIRE D'UN CONCEPT : LA TOXICOMANIE

A) LA VERTU

A la faveur des échanges au premier siècle de notre millénaire, de nouvelles plantes et épices furent introduites en Europe par les marchands et les croisés.

La THERIAQUE, mixture inventée par le médecin crétois de Néron, perfectionnée par Galien, réapparaît après une longue éclipse durant le moyen âge. Tandis que Paracelse, sauveur d'Erasmus, crée le "spécifique anodin" qui se répand dans l'Europe après sa mort en 1541. Paracelse ouvre la voie à l'approche expérimentale et au travail pharmaceutique.

Thomas SYDENHAM - l'Hippocrate anglais - en 1660, reprend la formule du spécifié anodin, la simplifie et la commercialise sous le nom qu'utilisa Paracelse pour une substance "supérieure à toute substance héroïque" : LAUDANUM.

A sa mort en 1689, Sydenham en aurait ordonné plus de 8 tonnes* à ses patients : "Parmi les remèdes qu'il plut à Dieu de donner à l'homme, aucun n'est plus efficace que l'opium."

L'histoire de la drogue en Europe commence par l'histoire de la souffrance.

De 1800 à 1845 la drogue est souvent exotique, fascination pour l'Orient, ses produits et ses techniques.

Moreau de Tours n'est pas le premier "scientifique" à parler de la modification des états de conscience par la drogue, mais le premier explorateur de ces états avec un groupes d'amis : Delacroix, Daumier, Baudelaire, Gauthier, Nerval etc...

Pinel avait fait tomber la folie sous la compétence des médecins - est fou celui qui justifie de l'internement...

* dose mortelle estimée à 15 grammes.

Les causes de folie peuvent être physiques. "L'abus, l'usage même des médicaments qui agissent sur le système nerveux ont aussi causé la folie, chez les individus qui d'ailleurs y étaient prédisposés." ESQUIROL (Des maladies mentales - p19. 1938)

Elève d'Esquirol, Moreau de Tours, au cours d'un voyage de trois ans au Proche Orient découvre le Haschisch. En 1845, il publia "Du haschisch et de l'aliénation mentale", dans lequel à partir de son auto-observation sous haschisch, il pense pouvoir déterminer le mécanisme fondamental du délire.

Pensant la folie (délire = aliénation mentale = désordre de l'esprit) comme affection uniquement nerveuse, à la différence d'Esquirol pour lequel la folie est "absolument identique" à l'état de rêve.

Un débat s'instaure sur l'identité de la folie naturelle et la folie artificielle (haschisch). Si cette dernière est d'une autre nature, la voie ouverte par Moreau de Tours demeure sans issue...La première étape de l'histoire des rapports des médecins avec les narcotiques est franchie. L'histoire commence, les acteurs se mettent en place, l'imagerie sociale s'invente.

LES PRODUITS

En 1827 Heinrich Emanuel MERCK, pharmacien à Darmstadt sous l'enseigne "A l'ange", fait savoir aux médecins et pharmaciens de la région qu'il peut fournir en grande quantité de la morphine. La chimie des drogues et des colorants synthétiques croise leurs dynamismes. La diffusion devient industrielle. L'épidémie commence à la porte des officines...

LA VERTU

Le rôle social du médecin est d'autant mieux établi, qu'il est l'acteur d'une médecine qui a fait ses preuves. Si

en 1839, VELPEAU ironise : "éviter les douleurs dans les opérations est une chimère qu'il n'est plus permis de poursuivre aujourd'hui. Instrument tranchant et douleurs sont deux mots qui ne se présentent point l'un sans l'autre à l'esprit des malades, et dont il faut nécessairement admettre l'association." En l'espace de 10 ans, la médecine aura vaincu la douleur.

1842 : Description des propriétés anesthésiques de l'éther.

1846 : Première anesthésie (dentaire) sous protoxyde d'azote

1850 : PRAVAZ invente la seringue hypodermique et PASTEUR découvre l'aseptie

L'éther, comme la morphine, éloigne le spectre de la souffrance; le bon côté de la science est en marche. C'est l'aventure de l'efficacité de la chimie sur le corps et la pensée, c'est aussi l'avènement d'une société nouvelle qui devra redéfinir l'image qu'elle a du corps, tout comme s'impose à elle des personnages nouveaux : les hommes de science.

En voulant vaincre la douleur, les médecins se font les diffuseurs de l'intoxication en délivrant les produits et leurs techniques d'injection. Il faut désigner ce mauvais sceau, envers du bon, également en marche : antalgique. Or ceux qui doivent "dire" sont les plus touchés par cette intoxication. L'utilisation des opiacées, pour usage personnel, fait du personnel de santé la catégorie sociale la plus touchée.

B) LE VICE ET LA VERTU

Le toxicomane type d'après le relevé de la littérature médicale de 1870 à 1900 (31)* est un homme, dans les deux tiers des cas environ, médecin ou proche du monde médical, ce qui fournit pas loin de 40 % des cas de toxicomanie.

* p.42

Que l'on parle à leur égard de "responsabilité" ou de "légèreté"; l'idée est que "les médecins paient un lourd tribut à la toxicomanie, qu'ils subissent comme une épidémie. Le produit étant pareil au microbe, il contamine qui le touche. Les médecins trop curieux, les malades trop dolents (maladie du soldat), les esthètes trop audacieux etc... sont morphinisés.

"Pour soutenir que le besoin morbide de morphine est une maladie mentale, il faudrait au préalable démontrer que toutes les personnes qui en souffrent ont véritablement leur intellect ou leurs sentiments troublés. Ce n'est absolument pas le cas. Je connais nombre de gros consommateurs de morphine qui sont en même temps, non seulement en pleine possession de leurs moyens, mais qui ont atteint, et qui conservent une place de choix dans le monde des Arts ou des Sciences. Des autorités militaires, des artistes, des médecins, des chirurgiens, tous de la plus haute réputation en sont atteints, sans que leur renommée en soit le moins du monde ternie. Jamais leur intellect n'a souffert un seul instant de la moindre aberration; au contraire, il est totalement absorbé par leur art ou leur profession; et ils remplissent de manière irréprochable leurs devoirs envers le gouvernement, leur famille, leurs concitoyens..." LEVINSTEIN 1875 - Ber.Med. Gesell 1975.

L'origine thérapeutique s'appela : morphinisme. On l'associait à l'idée d'intoxication et on le différenciait ainsi de la morphinomanie qui atteint le dégénéré, l'être vicieux ou pervers.

En 1849, HUSS publie à Stockholm : "malade alcoolique chronique", la méthode et les buts de l'ouvrage feront école : recenser les manifestations pathologiques et les attribuer à une cause.

Entre 1880 et 1890 sur le modèle de Huss, quatre médecins allemands précisent " ce qu'il faut entendre par morphinomanie "

Dépassant le cadre de l'intoxication à la morphine, le morphinisme des années 1870 - on attribue à cette intoxication une " manie " .

Les " manies " faisaient partie de l'une des quatre catégories que Pinel avait isolées dans les aliénations mentales, avec la mélancolie, la démence et les idioties. Esquirol différencia dans les manies, les " monomanies " dont il dit que ce sont des manies sans délire qui n'affectent pas totalement l'esprit. Ainsi fut-il le premier à parler de " monomanie d'ivresse " et d'en envisager la cause dans " l'hérédité " .

La catégorie des "morphinomanes" tentait de caractériser et d'expliquer l'engouement d'un groupe qui ne cesse d'augmenter à côté des morphinisés, ceux qui se jettent sur le produit par goût ou par appétence morbide, ce que les techniciens français qualifient de "passionnels".

"Ils sont allés chercher eux-mêmes le poison qui doit les consumer." PICHON 1888. (2)*

Si le terme "morphinomane" fut créé en 1879 par Levinstein, pensant que l'appétence pour la morphine étant irrépessible, le morphinomane n'a plus l'exercice de son libre arbitre. Celui de "dégénéré" fut créé antérieurement par B.A.MOREL avec son "traité de dégénérescence" en 1857.

L'étiologie de cette appétence pour la drogue y était repensée à travers les notions de terrain favorable, des déséquilibres dits contagieux puis nommés héréditaires, les causes prédisposantes occasionnant l'éclosion des folies, les causes déterminantes occasionnant la chute dans telle ou telle morbidité.

En 1886, dans son ouvrage " Du morphinisme et de la responsabilité pénale chez le morphinomane ", le Docteur GAUDRY dit des morphinomanes qu'ils sont " des névropathes, des caractères bizarres et curieux, inquiets, avides de sensations nouvelles, d'organisation mal équilibrée, des

héréditaires, des dégénérés. Ceux-là ne méritent ni respect, ni condescendance, ils sont inexcusables". (31)*

Ainsi on commence à mettre sur le compte de la structure psychologique, toute fixation à la drogue. L'équation : drogué = hystérique est fréquent chez les médecins de cette fin du XIXème siècle, tout comme hystérique=femme.

Ne parle-t-on pas de "fée grise" pour la morphine ou de "naïve idole" pour l'opium, puis de "fée blanche" pour l'héroïne ?

Le spectacle de la Chine joue un rôle déterminant dans une perception de la drogue comme génératrice de pauvretés et de décadences.

Aux "paupérologues" qui tentent d'expliquer ce nouveau monde qui se met en place avec l'industrialisation naissante, la fin du XIXème siècle découvre les causes strictement sociétales : les maladies sociales.

Le XIXème siècle est déconcerté par ces changements, les actions réformatrices foisonnent, "le monde" finit son extension "naturelle", il rentre dans une ère d'organisation, de gestion sociale. L'approche positiviste reformule de tout son pouvoir pragmatique et technique le jeu social. Charge aux sciences et aux politiques de réintroduire un ordre et une morale.

Ainsi, malgré l'absence de dénombrement sûr, qui permettrait de compter les adeptes de la morphine et des autres drogues, le danger de l'extension de la toxicomanie y est un thème récurrent.

L'imagerie de l'épidémie, appliquée à la drogue rend compte de la diffusion de la morphine : le produit est semblable aux microbes, donc le drogué est contagieux. De plus, le fléau semble attaquer les faibles et les dégénérés, les femmes nerveuses et les malades, les tarés et les vicieux.

L'imagerie sociale - représentation sociale traversant les ans et tenant lieu d'explication des phénomènes sociaux - se cristallise autour de l'idée "produit contagieux et population fragile" - son rendement explicatif ne cessera pas jusqu'à nos jours. La notion de dégénérescence en étant la clé de voûte, évitera tout requestionnement.

L'idée de dégénérescence est une catégorie à succès dont médecins, hommes politiques, juristes, journalistes, romanciers se sont emparés. De plus dans le dernier quart du XIXème siècle, trois usages se superposent pour faire fonctionner cette imagerie :

- persistance des drogues opiacées
- extension souterraine
- envahissement de substances nouvelles

Le toxicomane apparaît comme un élément de la dégénérescence sociale, alors même que le médecin cherche le contenu de ce concept, avec d'un côté l'élite qui s'intoxiquerait et de l'autre le peuple qui se convulserait.

"Nous admettons qu'il y a des races inférieures comme les nègres et les maltais. Quel est l'effet de l'opium chez ces individus ? Il est le même que celui que nous remarquons chez les animaux. Au lieu de narcoses, apparaissent des convulsions". CALVET - LABORDE 1877.

Dans son ouvrage couronné par l'Académie de Médecine en 1897, RODET écrit :

"L'intoxication morphinique des races européennes s'opère beaucoup plus rapidement que celle des races inférieures."

Le fléau vécu comme dégénérescence sociale va être réajusté dans sa représentation "sociologique" sur le thème de l'affaiblissement de la race, peur qui se surajoute à celle provoquée par l'alcoolisme ; qui de toute évidence est un "fléau" vécu plus intensément à cette époque.

Le procès du "traite Ulmo" en octobre 1907 - pour espionnage au profit de l'Allemagne, va permettre une amplification certaine de ce thème de dégénérescence sociale chez quelques médecins. (31)* (2)**

Il a été accusé d'avoir tenté de vendre à l'ambassade d'Allemagne un code secret de la marine et ce sont les autorités allemandes qui, scandalisées, l'ont dénoncé aux services de contre espionnage français, l'accusé ayant construit son système de défense autour de son opiomanie, les experts médicaux le reconnaissant pleinement responsable.

En fait l'opinion négative des médecins sur ce qui est devenu un "malade" devient moins fréquente au fur et à mesure que la notion de toxicomanie s'autonomise.

Son étiologie n'est pas connue même si l'idée persiste que : "n'est pas morphinomane qui veut" JOUET 1883, ou que "l'on entre dans la toxicomanie par la porte de la douleur, par celle de la volupté et par celle du chagrin" Ball.

C'est l'opinion publique la première qui s'empare du mot "toxicomanie" en cette fin du XIXème siècle. Le terme fut créé en 1885 par REGNARD (la revue scientifique - mai 1885) il n'est repris qu'en 1894 pour la première fois dans une revue médicale et qu'en 1909 comme titre d'un texte. (31). Le terme ne figure pas dans le manuel de KRAEPLIN, ni dans le "traité de psychiatrie" de BLEULER en 1916, ni même dans aucun autre dictionnaire technique du début du XXème siècle. VIEL en 1909 parle de désignation "commode" pour tous ceux qui "par habitude, s'intoxiquent avec des produits divers, dans le but de se procurer des sensations agréables." Viel : La presse médicale (15 décembre 1909).

De fait, il faudra attendre les années 1930 pour voir la commission des stupéfiants de la S.D.N. "tenter en vain" de

donner une définition officielle univoque de ce concept, puis les essais de l'O.M.S. en 1957 et 1965.

Mais croire que le monde est dégénéré n'est pas renoncer à agir pour le changer. Comment faire face à ce danger ?

C) PUNIR ET/OU SOIGNER ?

a) PUNIR

A l'image de l'agent pathogène qui envahit le corps, le médecin va se transformer en hygiéniste. Armé de la statistique sociale, le médecin se fait sociologue et son nouveau rôle est alors : protéger la santé publique. Il devient acteur dans les règles du jeu social en devenant EXPERT auprès de l'Etat, troquant en pouvoir les contraintes qui caractérisent la légitimité de ses nouvelles fonctions.

Le premier combat sera contre les empoisonneurs : punir les bricoleurs de poison et briser les circuits des nouveaux produits en les contrôlant. Pharmaciens et médecins définiront les règles de leur profession dans l'approvisionnement et la délivrance de drogues.

La loi du 19 juillet 1845*, qui semble mieux appliquée au début du XXème siècle que durant la seconde moitié du XIXème, est complétée par des décrets. Celui d'octobre 1908, suite à l'affaire du "traître d'Ulmo" réglemente l'importation et la vente de l'opium en France. Les grossistes n'ont plus le droit de le vendre au particulier et les droguistes n'ont plus accès à ces substances, les pharmaciens doivent enregistrer toutes transactions...

L'imagerie de l'épidémie incriminant la substance, l'idée de devoir créer un cordon sanitaire qui protège la population de son contact fait son chemin ... La prohibition

* Loi de 1845 : donne une réglementation sur les substances vénéneuses concernant la vente, l'emploi et l'achat. (Prépondérance du rôle du pharmacien).

paraît une politique obligée, d'autant que le traitement du morphinisé comme du morphinomane demeure décevant.

Pour les médecins, la stricte application de la loi existante leur paraît suffisante pour contrôler l'approvisionnement des toxicomanes. Ils sont opposés à la pénalisation du consommateur et ne se mobilisent que très peu à l'appel de la loi de 1916*. L'information des professionnels de santé et l'interdiction de la vente des seringues leur semblent suffisants, surtout que l'usage de la cocaïne et de l'opium est marginal, tandis que la morphine reste un médicament inestimable et à ce titre symbolise l'ordre médical et pharmaceutique.

"Les médecins qui ont fait de la toxicomanie une maladie majeure, vont être acculés à pathologiser plus encore les consommateurs, pour conserver, mais aussi défendre ceux que la loi leur arrache en partie, dès lors qu'on les transforme en coupables." (31)**.

Mais punir ne soigne pas : que proposent les médecins/cliniciens à leurs patients ?

b) SOIGNER

Les conceptions du traitement se divisent essentiellement en deux méthodes d'intervention : méthode substitutive et méthode brusque ou progressive.

Suivant que les cliniciens mettent l'accent sur :

- l'aspect intoxication : au-delà d'un certain seuil, le morphinisé qui ne se soigne pas, dérive vers la maladie mentale, cette approche est issue de l'école allemande.
- l'aspect "aliéniste", correspondant à l'approche française, s'accorde à voir dans le passé du morphinomane un état de manque, de déséquilibre permettant d'expliquer sa manie, la toxicomanie est du domaine du psychiatre.

* Loi de 1916 : sont envisagés les classements par tableaux A,B,C, le principe du renouvellement des ordonnances et la règle des sept jours ; sont érigés en infractions pénales : l'usage en société, l'incitation de l'usage, la détention sans motif légitime.

** p.63

Selon le milieu d'origine du client, selon la possibilité des lieux, le clinicien choisira l'une ou l'autre méthode...

La méthode substitutive

Au tout début, 1880, l'internement ne semble pas nécessaire pour une clientèle d'origine sociale aisée mais l'éloignement de la substance/microbe semble nécessaire. Surpris et scandalisés par les ruses et les supercheries de leurs patients pour se procurer leur morphine, les médecins vont avoir recours à toutes sortes d'établissements. L'asile d'aliénés n'étant pas prévu pour des malades qui viennent de leur plein gré; de plus le fonctionnement asilaire ne semble pas correspondre à ces malades fortunés. Les médecins demandent l'ouverture d'établissement spéciaux. La France et la Grande-Bretagne leur refusent, en Allemagne et aux USA des établissements s'ouvrent, expérimentant la méthode de substitution. On administre au morphinomane de la cocaïne, résultat : on observe des cas de morphinococaïnisme !

Le vin, l'alcool, l'éther, l'opium, l'héroïne ont été utilisés dans cette méthode. Le danger de provoquer une autre accoutumance s'entrevoit très vite, mais l'idée de trouver un médicament "antidroque" n'a cessé d'apparaître jusqu'à nos jours. (30)* , tant persiste l'idée d'une origine thérapeutique ou organiciste de la toxicomanie.

Si l'on conserve un certain espoir de guérison pour les non pervers et les non déséquilibrés constitutionnels, en ce qui concerne la masse des toxicomanes constituée de déséquilibrés, l'optimisme diminue...

On continue à miser sur des découvertes de médication (héroïne, dionine, pantopon, barbituriques...) sans y croire, d'autant que l'inefficacité de la loi a convaincu les médecins de l'appétence toxicophilique !

La méthode brusque

Issu de l'école allemande, qui pense qu'en supprimant le produit, on supprimera la "manie", d'autant que l'échec de la méthode précédente le laisse croire; ce procédé met le patient dans une affreuse souffrance qui peut durer des mois avant qu'il ne récupère. (2)*

Mais l'évolution de la clientèle, plus démunie, plus marginale, pousse à moins adoucir les épreuves. C'est cette méthode qui réapparaît après la guerres de 1914-1918, de façon préférentielle.

Méthode d'arrêt progressif

Le Dr ERLENMYER propose sa méthode de "suppression rapide" consistant à réduire les doses en un temps strictement limité, sous contrôle médical avec soutien des proches.

"La première condition du succès, c'est que le malade soit résolument et fermement décidé à échapper à son esclavage" (2)**

Mais que penser d'un traitement dont l'issue dépend du bon vouloir d'un malade, dont la volonté est justement défaillante...

Cette substitution dans le traitement entre une passion "morbide" par une passion "normale", ne convient qu'aux "morphinomanes intelligents". De fait tous ces traitements sont des fiascos qui montrent que la relation médecin/malade n'a pour base que la soumission du malade aux injonctions autoritaires - appelé au début du XXème siècle "psychothérapie" !

On peut parler non pas de traitement médical mais de traitement moral. Ce traitement sera de fait la référence, quelqu'en soit la technique. Le médecin éloigné de sa culpabilité de "prescripteur" abandonne ce patient

décourageant à son triste sort, incapable de soumission aux conseils et encouragements des médecins.

On retrouve ce type de traitement moral dans la période 1920-1945 rebaptisé "orthopédie mentale", "réduction orthopédique", "traitement de l'état mental" ou plus souvent "traitement psychothérapeutique".

D'autres méthodes dites de suggestion hypnotique ont eu leur temps de vogue avec le Dr BERILLON, tandis que d'autres insistèrent sur l'absence de toutes contraintes...

D L'APPROCHE CLASSIFICATRICE

"Il n'est pas sur la terre de substance (aliments exceptés) qui ait été aussi intimement associée à la crise des peuples, dans tous les pays et dans tous les temps." dit LEWIN à propos des produits psychotropes. Souhaitant fonder une science des impressions subjectives, il va chercher à regrouper et classer ces produits qui ont en commun d'agir sur l'esprit.

Comprenant bien que les critères chimiques sont insuffisants : un même produit possède des effets opposés selon son dosage ou des produits chimiques différents ont des effets comparables; LEWIN propose en 1924 une classification distinguant 5 groupes :

La distinction entre les cinq groupes répertoriés est assez mouvante : éther et chloroforme peuvent devenir narcotiques, coca et cocaïne sont parmi les calmants alors qu'il s'agit de stimulants...

L'apparition de substances synthétiques inconnues en 1824 a amené DELAY à proposer une nouvelle classification.

Si LEWIN est partisan d'un déterminisme par le produit, il insiste sur l'importance de l'individualité quant aux effets.

Si Lewin ne considère pas le produit psychotrope comme un symbole du groupe utilisateur, le fait important est qu'il pense qu'il y a nécessairement autre chose que de la "pharmacologie" dans la définition de la drogue.

L'idée qu'une drogue puisse être "choisie" par tel ou tel type de personnalité plutôt que par tel autre, n'est pas nouvelle puisque en 1890, Valle va jusqu'à dire que la piqûre, quelqu'en soit le contenu séduit le morphinomane et RODET en 1897 parle d'équivalence entre piqûre et orgasme vénérien.

Ainsi l'auteur de "phantastica", LEWIN, sera-t-il pour l'usage récréatif des drogues les moins dangereuses : prenant même la défense du bétel, dont le suc alcalin pallie les manques en azote de la nourriture des peuples d'Extrême Orient, ou condamnant l'action des missions presbytériennes contre le kawa-kawa, dont le résultat a été la diffusion de l'alcool !

De même quand l'Amérique introduit la prohibition de l'alcool, Lewin y est hostile (2)*.

En 1931 le suisse FOREL propose une classification en distinguant : excitants, sédatifs, narcotiques, stupéfiants, alcool, tout en énonçant que le problème de la spécificité des toxiques est des plus délicats, en raison des réactions individuelles si marquées.

Pour sa part, LINET précise que les effets dépendent à la fois de la drogue et du terrain, voire de l'orientation préonirique. Il n'y a que Delay pour affirmer en 1944 que les toxiques "ne donnent guère que ce qu'on leur apporte !"

L'idée que le pouvoir toxique d'une drogue ne soit pas dû aux propriétés intrinsèques de cette drogue apparaît dès cette époque de façon claire.

"C'est tout à la fois l'état physiologique et psychologique du moment, les raisons pour lesquelles il prend la drogue, les effets qu'il attend, le cadre physique et social dans lequel il l'absorbe, ont souvent plus d'importance

pour la détermination des effets d'une drogue que n'importe quelle caractéristique de la drogue elle-même."

On perçoit la limite de telle classification en remarquant que rien n'est dit sur le plaisir particulier de tel ou tel produit selon son mode d'utilisation, la pratique de son administration ou sur la manière qui entoure son absorption (social, solitaire...). Rien n'est dit sur ce qui rendrait compte du choix en fonction de l'effet attendu, supposé, et des fantasmes induits par le type de prise etc...

En classifiant, le médecin ne s'institue-t-il pas hygiéniste, médecin du corps projeté dans une société, oubliant qu'il a d'abord affaire à des individualités parlantes ?

En 1966 DENIKER écrira :

"Lorsqu'on définit et classifie des substances psychotropes, il faut garder à l'esprit le caractère artificiel d'un tel travail qui a surtout un intérêt didactique et pour la communication entre CHERCHEURS."

La classification Delay-Deniker n'est pas conçue dans l'optique d'un usage abusif du toxicomane, mais en vue d'application "médicale". C'est pourquoi les stupéfiants, l'alcool et le tabac en sont exclus.

De plus il nous faut remarquer ici que ces classifications sont faites à partir de produits chimiquement purs, or du fait de la légalisation prohibitionniste, par le jeu de divers mécanismes déjà vus (cf. Consommation), les toxicomanes utilisent souvent des produits adultérés par l'addition d'autres substances, et à des dosages très fantaisistes ou inconnus, donc peu "classifiable" d'un point de vue chimique/pharmacologique.

E ENTRE CLASSIFICATION ET DEFINITION : La psychanalyse

Dans les années 1930, la drogue la plus prisée semble être l'héroïne - inhalée ou injectée - (première citation de l'héroïne en I.V. en 1932 par DUPOY et PICHARD).

Dans le monde médical bien qu'encore très touché par la toxicomanie, une démocratisation et une féminisation se fait sentir. La tranche d'âge des moins de vingt ans ne semble pas touchée, quoique certains disent, en se référant aux USA :

"Les marchands ont l'audace d'offrir le poison à la jeunesse à la sortie des universités et des lycées. Les premières doses sont offertes gratuitement, car les pourvoyeurs sont certains de retrouver dans la suite l'argent avancé."

COURTOIS - SUFFIT et GIROUX

Bulletin de l'académie de Médecine - juillet 1922.

Si certains désirent une prohibition vis-à-vis de toutes drogues jusqu'à l'alcool, la plupart des médecins s'exprimant dans les revues médicales de cette époque juge la loi injuste, comparativement à l'alcool, inefficace et favorisant la polyintoxication par recherche de substitutif. La loi gêne, mais c'est sa reformulation et non sa suppression qui est demandée :

"En fait la loi a méconnu la caractère pathologique de toxicomanes, a aggravé les modes de leur intoxication, sans parvenir à la diminution de leur nombre. Nous pensons qu'elle serait à reprendre sur des bases médicales mieux appropriées à la réalité des faits."

BUSSEL - thèse Paris 1936.

L'idée contradictoire resurgit : il faut une loi, tout en admettant que le toxicomane est un malade qui ne se soigne pas et ne pourra être guéri que s'il réclame librement une cure.

Les propositions de services dit "ouverts" (1923) ou l'idée de "travail social" : aller au devant des toxicomanes (1935) sont avancées. Ces projets ne seront repris qu'à partir de 1945 et institutionnellement en 1955, pour trouver une expression législative en 1960, pour voir le jour lors du début de la sectorisation en 1969 ... Ces propositions montrent bien les difficultés que rencontrent les médecins à

pouvoir soigner le toxicomane, être sans statut valorisé, déjà marginalisé, quant à l'étiologie de la toxicomanie ...

Si les médecins s'accordent sur l'idée que l'effet, l'accoutumance, le besoin sont très dépendants de la culture, de l'individu et des circonstances; ils se divisent sur l'idée que le toxicomane est un délinquant ou "un anti-social".

L'attention au caractère social de la toxicomanie diminue, l'étiologie de la toxicomanie se normalise. On parle de "névrose ordinaire", la nature serait "toxicophilique" la psychanalyse commence à jouer un rôle dans la recherche de l'étiologie. Le thème de la dégénérescence et les conceptions organo-génétiques disparaissent à partir de 1945, on ne dit plus que l'on naît "toxicomane", on abandonne le terme de toxicomane, mais celui de toxicomanie se maintient, alors même que l'idée qu'il s'agit d'une pratique symptomatique ne se discute pas, d'autant que la psychanalyse a donné à la notion de symptôme un statut nouveau, qui permet d'en faire un discours individuel, au-delà des ressemblances.

Alain Delrieu note que seulement 11 auteurs sur 179 publications médicales concernant la toxicomanie font référence aux théories freudiennes, entre les deux guerres.

Est-ce pour autant que les médecins ont l'espoir de "guérir" leurs patients toxicophiles ?

La théorie freudienne a surtout permis la résurgence de l'espoir de faire surgir les affects, les complexes oubliés, réprimés, refoulés par l'emploi de divers stupéfiants. Les expériences ont été menées, essentiellement et de façon spectaculaire, aux USA avec le L.S.D. En France cette situation fut plus réduite dans la mesure où ces expériences sont en contradiction avec les conceptions freudiennes de l'association verbale, dont la valeur thérapeutique n'est pas dans la "libération verbale" aussi

dense et rapide soit-elle du patient mais dans la modalité du processus verbal.

En ce sens la psychanalyse, décriée, a joué son rôle dans l'énoncé : "la toxicomanie est un symptôme".

Sans l'influence de la psychanalyse en acceptant que le symptôme soit un discours de l'être sexué et en ne séparant plus radicalement le normal du pathologique, les catégories de toxicomanies et toxicomanes ne survivent plus que du seul point de vue de la logique juridico-sociale voire politique et policière. (31)*

E UNE DEFINITION SOUS DEPENDANCE

L'OMS qui décrit la toxicomanie comme "l'état d'intoxication périodique et chronique (...) engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique" et "les drogues engendrant la toxicomanie sont celles qui peuvent déterminer l'état de toxicomanie". In. médico-psych. Janvier 1953 - p.111.

Oeuf ou Poule ?

La définition est révisée en 1957. Celle-ci repose alors sur la distinction entre deux états voisins : accoutumance ou habitude et assuétude ou toxicomanie.

Définition de l'accoutumance et de la toxicomanie par l'OMS. (1952-1957) :

L'accoutumance (en anglais habituation) est un état résultant de la consommation répétée d'une drogue. Ses caractéristiques sont notamment :

1° un désir (mais non une obligation) de continuer à prendre de la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre;

2° peu ou pas de tendance à augmenter les doses;

3° une dépendance d'ordre psychique à l'égard des effets de la drogue, mais absence de dépendance physique et par conséquent pas de syndrome d'abstinence;

4° des effets nuisibles qui, s'ils existent, concernent avant tout l'individu.

La toxicomanie ou assuétude (en anglais addiction) est un état d'intoxication chronique ou périodique engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique. Ses caractéristiques sont notamment :

1° un invincible désir ou un besoin de continuer à consommer de la drogue et de se la procurer par tous les moyens;

2° une tendance à augmenter les doses;

3° une dépendance psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue;

4° des effets nuisibles à l'individu et à la société.

Cette définition peut convenir aux dérivés de l'opium (morphine, héroïne), mais convient mal aux autres drogues naturelles, qui ne créent qu'une simple accoutumance (Coca, cannabis, peyotl ...).

Or cette définition ne peut convenir aux substances classées comme stupéfiants depuis 1912 et 1925 qui englobent chanvre indien et feuille de Coca.

Le problème est de faire coller une définition pharmacologique avec la norme juridique...il faudrait inventer un concept après coup, la norme juridique étant formulée plus de trente ans avant le concept de la toxicomanie.

En 1963, le comité d'experts recommande l'abandon des termes précédemment proposés pour les remplacer par la notion de dépendance et tolérance.

Définition de la dépendance et de la tolérance par le Comité d'Experts de l'OMS :

La dépendance psychique est un "état dans lequel une drogue produit un sentiment de satisfaction et une pulsion

psychique exigeant l'administration périodique ou continue de la drogue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise".

La dépendance physique est un "état adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou que son action est contrecarrée par un antagoniste spécifique. Ses troubles, c'est à dire les symptômes de sevrage ou d'abstinence, se composent de symptômes et de signes de nature physique ou psychique qui sont caractéristiques de chaque drogue".

La tolérance est la propriété que possède l'organisme humain de supporter, sans manifester de réaction, l'administration de doses habituellement actives d'une substance déterminée.

En matière de drogue, cette tolérance peut conduire à une augmentation des doses afin de retrouver l'effet recherché.

La distinction est claire dans son principe puisqu'elle se fonde sur l'apparition d'un symptôme de sevrage ou de privation, donc repérable.

Ce ne sont plus les notions pharmacologiques qui orientent l'énoncé des définitions mais celles du droit. Car en passant de la toxicomanie à la dépendance, la notion de drogue s'est élargie, permettant de passer du contrôle des stupéfiants à celui des produits pharmaceutiques, chimiques, à l'alcool et au tabac, qui tous suscitent une dépendance psychique au sens où l'entend l'OMS. (6)*

En 1969 le comité d'experts propose le terme de "pharmacodépendance", toujours en vigueur, dont le but est de réunir en une seule définition toutes les précédentes.

En 1971, le contrôle des substances s'étend à celui des "psychotropes" ...

Définition de la pharmaco-dépendance proposée par le Comité d'Experts de l'OMS :

La pharmaco-dépendance est un état psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique, de façon à retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments.

Dans la mesure où cette définition n'intègre pas la notion de nocivité sociale ou individuelle, elle n'a pas de sens. Exemple : l'homme est dépendant de l'eau - il peut en absorber plusieurs fois par jour, de façon répétée, abusive (curiste), même en mourir (pathomanie) mais l'eau n'est pas une drogue! De plus cette appétence pour le produit n'est en rien différente de celle repérable dans toute forte attirance : ne s'agit-il pas de s'emparer d'un objet métonymiquement lié à l'objet qui cause le désir? Comment sommes-nous liés aux choses ?

Si la "toxicomanie est une métonymie" (22)*

La polytoxicomanie existe-t-elle ? Possible mais non infinie. (31)**

"Tout sujet a affaire en tant que sujet désirant à un type d'objet spécifique, à repérer dans un fantasme ou cet objet et le rapport du sujet à celui-ci se trouvent inclus. De ce fantasme le sujet (inconscient) ne sait rien, mais cela le lance dans une quête, plus ou moins détournée, selon les angoisses, résistances ou défenses liées à ce désir et aux interdits qui l'environnent, qui s'actualise ou se nie dans la rencontre avec d'autres objets, métonymiquement ou métaphoriquement en relation avec l'objet "premier", compte tenu de ce que propose et permet la société dans laquelle vit l'individu".

Comment penser alors que tout le monde se piquera ou tentera de s'halluciner ou recherchera l'onirisme etc ? Certains précéderont telle ou telle "drogue".

Quête du Graal ?

Ainsi l'idée d'une polytoxicomanie (comme d'une extension infinie de la toxicomanie) laisse à penser que faire obstacle à l'accès d'une drogue évite au moins ce mal. Mais la polytoxicomanie est due en fait à la privation du produit électif à un toxicophile, drogue substitutive. Or pour les drogues comme l'alcool, on peut dire que l'abus d'alcool n'est pas généralisé ni croissant.

La demande se déplace jusqu'à la découverte d'un substitutif licite qui satisfera, et dont les conséquences se révéleront peut-être pires (solvant etc ...) d'un point de vue physiologique et difficile d'un point de vue social (vol, promiscuité etc). Or notre société multiplie, en abondance et en nouveauté les produits chimiques (pharmaceutiques et industriels), encourage le contact avec ces produits et n'a pas trouvé les moyens d'enrayer les pratiques qu'elle suscite, d'autant que son idéologie lui "interdit" d'envisager la terreur à l'égard des déviants, ni même de ralentir les "mouvements" économiques.

Fantasme de "drogue" du drogué mais aussi de celui qui s'emploie à la combattre; la science peut-elle "aider" la loi ? La loi aide-t-elle le médecin ?

II - EXISTE-T-IL UN MODELE SCIENTIFIQUE ?

On peut considérer qu'il existe trois façons d'aborder le problème des toxicomanies actuellement, sans compter celle qui la nie.

- Approches centrées sur le produit :

S'il y a toxicomanie, c'est qu'il y a un produit toxicomanogène à l'origine.

La distinction structurale des produits où des effets physiologiques permet un repérage précis fondé sur la chimie. Ce type d'approche permet des recherches dans le domaine moléculaire ou neurobiologique. Intérêt pour le monde scientifique mais aussi pour les toxicomanes qui s'identifient volontiers aux substances et à leur mode d'utilisation ... Inconvénient : si ce modèle est explicatif il ne dit rien du sujet : pourquoi avec le même produit, certains sont toxicomanes d'autres pas ?

- Approches centrées sur le sujet :

Elle est issue du modèle psychanalytique - "c'est la toxicomanie qui fait la drogue" FREDA Hugo.

Avantage : humanise le problème, le relativise et réintroduit le travail d'une demande clinique avec le toxicomane.

Inconvénient : n'est-ce pas nier que le problème est multifactoriel ? ne risque-t-on pas de culpabiliser le toxicomane et d'en faire un bouc émissaire ?

- Approches centrées sur la conduite :

Ce type d'approche est celui de l'OMS, il s'agit de fonder des discours plus divers : biologique, éducatif, médical, psychologique, juridique etc ... Ce modèle est évolutif car lié à l'évolution socio-culturelle - mais c'est ici l'aspect "bonne conduite" qui est privilégié - l'aspect juridique.

Un consensus en France semble se dégager à partir de l'approche centrée sur la conduite.

* la toxicomanie est définie par la notion de dépendance (ou pharmacodépendance)

* "la toxicomanie est la rencontre d'un produit, une personnalité et un contexte socioculturel" C.Olivenstein.

A Le modèle biochimique :

Avec la mise en évidence des récepteurs morphiniques en 1973, par CANDACE - PERT et SNYDER et des systèmes enkephalinergiques et endorphiniques, un nouvel essor a été donné à l'approche biochimique.

Chez l'animal, les récepteurs ont été localisés en forte densité dans diverses structures du système limbique, expliquant les modifications émotionnelles qu'entraînent les opiacées.

"Les causes de la toxicomanie sont encore plus complexes que les processus d'action des opiacées sur les sensations." SNYDER (19)*

De fait le modèle biochimique explique les phénomènes de tolérance et de dépendance physiques qui se manifestent lors du sevrage.

Si ces deux premiers composants de la toxicomanie - tolérance cellulaire et dépendance physique sont faciles à mettre en évidence chez l'animal traité par les opiacées, la troisième composante qui correspond au comportement de recherche effréné de la drogue est difficile à observer chez l'animal et pour certains scientifiques il s'agirait d'un phénomène spécifiquement humain - serait-ce un phénomène sociologique ? S'agirait-il d'un phénomène biologique un peu comme le diabétique dépendant de l'insuline ?

Cette dernière hypothèse est celle de G.NAHAS, testée sur des singes, qui se traduit par une auto-administration du produit. (18)* ou celle du professeur PICKENS testée sur des rats (41)**.

Un rat qui a goûté à la drogue ne pourra plus s'en passer, car il n'a plus le choix, et il s'auto-administrera la drogue si on le laisse faire. Son organisme est devenu biologiquement dépendant de la drogue, pour les tenants de cette thèse. La prise de drogue modifierait le cerveau de l'homme et détruirait sa liberté de choix de façon probablement irréversible. Toutes les drogues auraient ce pouvoir, à des degrés divers. Pour l'héroïne et la cocaïne, la proportion serait de l'ordre de 30 à 50 % des usagers qui deviennent biologiquement malades, le cerveau subissant une transformation qui en fait un cerveau malade biologiquement.

A la question de savoir pourquoi certains individus résistent à la drogue et pas d'autres, Pickens pense qu'il y a là un facteur génétique; "un gène de l'excès" qu'il recherche (41)***.

Cette attitude est combattue par d'autres scientifiques qui ont avancé plusieurs études portant non pas sur des individus mais sur des populations.

1) L'étude du corps expéditionnaire américain au Vietnam.

Selon les schémas classiques fondés sur la nocivité des produits, les soldats auraient dû rester "accrochés", apportant avec eux la menace d'une expansion massive de l'héroïnomanie; puisque 40 % d'entre eux consommait l'opium sous diverses formes au Vietnam. Une fois rentrés aux Etats-Unis, le taux de toxicomanie au sein de cette population est spontanément redevenue infime.

Rapport du National Institute of Drug Abuse.

NIDA Avril 1980 et (15).

2) Les études de ISSBEL et JEZINKI citées par OLIVENSTEIN (25)****, montrent que du haschich injecté de manière massive et répétitive à un certain nombre d'individus, n'a pas mis en

évidence le moindre signe de dépendance. "Cela se trouve vérifié, par les 2 à 300 millions de personnes qui dans le monde fument régulièrement des dérivés du cannabis, on n'a jamais assisté au moindre phénomène de manque."

3) "Après avoir traité des rats et des souris par la morphine de façon chronique pendant des années variables, et étudié dans le détail les propriétés biochimiques de leurs récepteurs aux opiacées, nous n'avons découvert aucune altération qui puisse expliquer la toxicomanie" SNYDER (19)*.

Par ailleurs l'expérience de Pickens sur les rats n'aurait pas été confirmée par des chercheurs de Toronto - ces derniers proposant aux rats le choix entre les drogues et d'autres "distractions". De plus les rats n'ont pas choisi de se droguer, ils ont été conditionnés par l'expérimentateur pour se droguer (41)** , mais surtout curieuse manière que de comparer le psychisme des hommes à des animaux ENFERMES.

Comme le note le rapport établi par Monique PELLETIER (14), "il n'existe pas de corrélation entre la description scientifique des substances généralement retenues comme drogues, les définitions couramment reçues dans l'opinion, et la définition légale de l'usage de drogue".***

B - La théorie de l'escalade :

La théorie du modèle biochimique a pu paraître aux prohibitionnistes et au public, comme la caution scientifique de leur intervention sociale, ce modèle permettant de comprendre la théorie de l'escalade dans la thèse de l'épidémie.

Cette théorie de l'escalade a une base "scientifique apparente mais fragile : c'est la constatation que parmi les usagers d'héroïne aux USA, beaucoup avaient été aussi des fumeurs de marijuana, d'où l'idée d'une progression obligée, au moins pour une partie des usagers, du cannabis vers l'héroïne". (14)****. Tout utilisateur d'une drogue illicite est un héroïnomanie en puissance.

* p. 19

** p. 240

*** p. 47

**** p. 142

Ces études montrent que 26% des fumeurs de marijuana progressent vers d'autres drogues toxicomanogènes (L.S.D., opiacées, amphétamines) alors que seulement 4% des usagers de drogues licites (Alcool, tabac) et 1% des abstinents de toute drogue en font autant.

- Cette théorie ne peut être établie que s'il existe une dépendance ... de plus cette théorie ne correspond à aucune logique pharmacologique dans la mesure où le cannabis (hallucinogène), la cocaïne (stimulant) et l'héroïne (dépresseur) n'appartiennent pas à la même famille de psychotropes.

- D'un point de vue psychanalytique "on peut penser que les grands "toxicos" ont en commun d'autres traits plus profonds.

- Une carence affective, une fragilité particulière, etc, le fait d'avoir, à un moment donné, été des usagers de haschich.

L'escalade n'est pas une loi, même si l'usage du cannabis comporte un risque d'escalade, parce qu'il fait entrer l'usager dans un circuit de distribution où circulent des produits plus dangereux. Un dealer en "rupture" de haschich proposera d'autres drogues à son client. La légalisation éviterait cet obstacle ...

La véritable escalade est donc le passage d'une drogue licite à une drogue illicite, c'est une escalade juridique et non pharmacologique.

De plus la demande de drogue dure peut "naître" directement - ce fut le cas à Marseille lors de la première "épidémie" d'héroïne.

Selon cette thèse on devrait voir croître le nombre de toxicomanes à l'héroïne, or celui-ci semble se maintenir.

"Le fantasme de la "chute" inéluctable du toxicomane est une projection de notre sadisme latent, engendré par la peur de leur ressemblance et celle de reconnaître notre propre fragilité face au désir et au plaisir" "mais plus profondément nous leur en voulons peut-être d'infirmier - par un retour éventuel à la normale - la possibilité d'une transgression, l'existence d'un "au-delà de la banalité" REISINGER M. (30)*

"Force sera d'admettre que la légalité n'est en rien déterminée par des notions scientifiques, mais par des notions sociales" REYNAUD (18)** Ce qu'éclaire SNYDER en affirmant "on peut considérer que les drogues psychédéliques sont à l'origine d'un état de conscience plus riche et "bon" ou au contraire déformé et "mauvais". c'est l'affaire de jugement et d'évaluation des données scientifiques." (19)***

Se pose le problème du pouvoir toxique - l'effet de dépendance - d'un point de vue scientifique. C'est cette caractéristique qui a été retenue par l'OMS pour motiver l'interdiction des drogues, d'après le NIDA : "théories on drug abuse" 1980, on recense 43 théories de la dépendance : 12 théories psychologiques, 8 théories biologiques, 12 théories sociologiques et 15 théories mixtes. Mais on ne trouve nulle part LA CERTITUDE que les produits psychotropes actuellement interdits engendrent automatiquement une dépendance à leur toxicité.

Le professeur PELICIER dit que "la drogue est un objet totalitaire qui consomme autant qu'il est consommé." (D'une toxicomanie à l'autre - DELAGRANGE - 1990). "Introduire des qualités humaines à un objet, finit par établir une conception anthropomorphique des drogues qui efface la fonction des hommes, qui les interdisent ou les vendent, pour ne laisser subsister que leurs qualités substantielles, réelles ou prétendues". (3)

Le rapport établi par M. Pelletier (14) indique : "l'on connaît, à côté de l'héroïnomanie marginalisée que dépeignent les

médias, des héroïnomanes non désinsérés, apparemment mieux maîtres de leur toxicomanie et qui poursuivent une existence sociale normale, parfois brillante"*.

OLIVENSTEIN constate aussi : "j'étais frappé par exemple aux USA, ou en Amérique du sud notamment, par la façon dont beaucoup d'individus négociaient leur vie avec une prise régulière, occasionnelle de drogue dure ou douce" (25)**.

"De même j'avais vu les neuf dixièmes des drogués idéologiques, consommateurs de LSD, de Haschisch, d'hallucinogènes, pour qui MARMOTTAN, à l'origine, avait été créé, déserté la maison peu à peu, sauf quand ils maintenaient avec moi un lien personnel. C'est qu'ils connaissaient parfaitement ceux-là, le pourquoi et le comment de leur rapport à la drogue, et qu'ils avaient appris à vivre en établissant leur économie sociale et personnelle autour d'elle" (25)***.

Francis CURTET a reproché à son ancien patron d'avoir écrit qu'il existe des consommateurs de drogues "dures" qui contrôlent et gèrent leur consommation.

"Ce n'est pas à proprement parler une idée fausse mais plutôt une observation qu'il eût mieux valu maintenir dans le champ clos de spécialistes", ajoutant "que nous sommes bien loin de posséder le recul suffisant pour pouvoir certifier qu'ils pourront le maîtriser indéfiniment"****.

Pourquoi penser que le public n'est pas "raisonnable", qu'il faut nous mentir pour que nous nous comportions de manière raisonnable ? Serions-nous dans une guerre des convictions plutôt qu'une démocratie ? Ce qui fait dire à Isabelle STENGERS et Olivier BALET :

"Lorsqu'il s'agit des problèmes complexes posés par la société, un expert ne fait autorité que lorsqu'il se trouve

* p.100

** p.100

*** p.299

**** CURTET F., 1982. Idée fausse sur la défonce? Flammarion.

l'allié du pouvoir qui a pris sur lui de définir la manière dont le problème "devait" être posé". (24)*.

Le problème de la valeur scientifique de l'information se pose en même temps que celui de la nature du consensus moral qui dit : "il ne faut pas se droguer". La drogue constitue-t-elle un problème discutable ou le problème constitue-t-il l'objet d'une conviction qu'il s'agit de partager ?

C Tous les drogués ne sont pas des toxicomanes :

Une analyse sociologique de ses patients a permis à OLIVENSTEIN de faire un tri dans la toxicomanie entre drogués toxicomanes et drogués non-toxicomanes. Entre la "démésure" du toxicomane et "la mesure du drogué récréatif" (25)**.

OLIVENSTEIN fait la distinction entre le recours à la drogue chez les usagers "récréatifs", qu'il assimile à un acte de transgression, une réponse à une contrainte sociale ; "contrainte et non pas loi : la loi est réparable (...) Je l'appellerai religion de la norme, non pas seulement au sens de normes morales, mais en tant que modèles obligés, bien que souvent non dits, d'existence et de comportement".

Face à ce modèle normatif, une majorité de jeunes y trouve son compte, mais une part "grandissante" entre en rupture, qui en société d'abondance, aurait été capable de s'y plier, mais qui n'est plus porteuse d'avenir à leurs yeux.

Parler d'usage récréatif revient donc à parler d'époque.

La seconde catégorie de drogués dit toxicomane serait constituée d'individualités n'ayant pas franchi l'étape psychologique du "miroir", la drogue étant un moyen pour "vivre" ce passage.

* p. 53

** p. 298

Tout enfant à sa naissance vit dans un état fusionnel avec sa mère. A un moment, l'enfant va se détacher de sa mère et percevoir dans son identité propre - le miroir - symbolise ce moment, réel ou imaginaire, dit LACAN. C'est dans ce miroir que l'enfant se reconnaît comme différent, et donc se pose comme un "je" comme un "moi". Si l'étape du miroir ne se réalise pas, la fusion persiste. Pour le toxicomane c'est comme s'il n'avait fait qu'entrevoir le miroir, comme si celui-ci s'était brisé dans le moment même où il commençait à s'y reconnaître.(25)*

Le toxicomane va donc demeurer dans une sorte d'incomplétude, avec une personnalité "morcelée". Le futur toxicomane est constamment renvoyé à la brisure et à l'éclatement de son identité. Son univers intérieur est fait de succession d'équilibre instable qui se déploient entre personnalité normale et psychotique (d'où le désarroi des thérapeutes psychiatres). Le futur toxicomane va constamment halluciner le réel à travers le jeu ; vécu comme une contrainte pour pallier un manque, jeu sexuel dans la masturbation vécue comme transgression de la loi - puis recherche d'une sexualité qui ne saura colmater le manque - puis (à condition qu'il y ait la rencontre) - la drogue -cette rencontre sera fulgurante : l'unité retrouvée.(25)**

"Le toxicomane est un homme recrée, par l'acharnement toxicomanique qu'il apporte à colmater la béance qui fonde son destin" C.OLIVENSTEIN.

Entre le toxicomane réel et l'usager récréatif on peut concevoir des degrés intermédiaires.

En postulant que :

- l'expérience vécue par le toxicomane est une expérience unique, fulgurante comme une révélation.
- qu'elle ne touche que certaines personnes "prédisposées" de par un manque (stade miroir brisé).

- que tout drogué n'est pas toxicomane et que nombreux sont les drogués qui le sont dans un rapport à un moment social.

- que la polyintoxication n'est que le "résultat de la censure par rapport aux vrais toxicomanes" et que "n'iront au bout que les gens qui ne peuvent pas faire autrement" (22)*.

Ceci laisse à penser que le thérapeute n'a pas à intervenir sur le choix social, sur un monde répressif - mais "qu'il s'agit d'organiser dans des conditions de légalité une toxicomanie la moins mauvaise possible" (22)** qui soit faite POUR le toxicomane et non pas une stratégie de société des couches dirigeantes.

Et comme OLIVENSTEIN (25) le demandait, ne serait-il pas temps de "rendre les toxicos aux toxicothérapeutes" qui s'efforceront de "proposer aux toxicos des moments de vie qui seraient aussi forts que leur duo avec le produit"***

Préférant une médicalisation plutôt que la criminalisation - il pense que l'opinion publique est farouchement hostile à l'abolition de la prohibition, le risque étant alors, pour lui, trop grand de voir toutes mesures de libéralisation dans ce domaine être exploitées par des mouvements populaires.

* p. 31

** p. 31

*** p. 324

III - LA PROHIBITION : UN AVANTAGE POUR LES SOIGNANTS ET LES SOIGNES ?

La réactualisation du phénomène drogue repose celui des traitements.

Nous ne reviendrons pas sur le traitement "moral", si ce n'est pour le dénoncer (17 - 25 - 30 - 31 etc ...) De nouveau très en vogue, il s'est "modernisé" à travers les thérapies comportementalistes - basé sur un détournement des expériences de MILLGRAM et d'autres - aboutissant à un système de dressage antidrogue dont l'impressionnante diversité institutionnelle - de SYNAMON aux communautés du PATRIACHE - n'a d'égal que les degrés d'aliénation et de soumission qui y est demandé ! (10).

Commodes et rassurantes pour les familles, en passant par les escrocs, les paternalistes et certains dirigeants, ces théories sont de véritables entreprises "antitoxicomanie" dont les résultats qu'elles nomment "succès", ne résistent pas à l'analyse (25)*.

Est-ce étonnant que le souhait des tenants de cette approche morale, soit une prohibition plus forte ?

Nous ne reviendrons pas sur l'approche psychanalytique, que ce soit sur ceux qui insistent sur le rôle du Père/Loi ou ceux qui désirent substituer le temps thérapeutique au temps de la toxicomanie.

Nous chercherons plutôt à comprendre comment le modèle biochimique est inscrit dans la thérapie.

A LE MODELE BIOCHIMIQUE ET THERAPIE

Sur la base de ce modèle Marc REISINGER propose "d'arrêter l'héroïne". Considérons que "l'héroïnomanie se trouve dans un état neurophysiologique et psychologique tel qu'il ressent une envie irrésistible d'héroïne. Cet état, qu'il me

* p.288

paraît primordial de comprendre et de traiter adéquatement, constitue la dépression de sevrage". Jean COCTEAU parlait, lui, "du pire moment, le pire danger. La santé avec ce trou et une tristesse immense. Les docteurs vous confient loyalement au suicide". Journal d'une désintoxication. Stock. 1930 rééd. 1987.

Mais cet état de dépression de sevrage "on ne peut, dit REISINGER, se contenter de le traiter comme s'il était purement psychologique". Il serait d'origine neuro-hormonale, d'où l'idée d'une cure de substitution avec un agoniste-antagoniste : la buprénorphine. La BUPRENORPHINE (temgesic^R), cette substance paraît prometteuse "meilleure que la méthadone qui est toxicomanogène".

Actuellement les études et les avis des toxicothérapeutes laissent à penser que les héroïnomanes sous buprénorphine ont une "amélioration significative de leur style de vie". Le taux global de "guérison" se situe aux alentours de 25%, ce qui correspond à ce qu'obtiennent toutes les institutions, quelles qu'elles soient (25)* - (30)**

On ne peut empêcher que dans un tel programme de substitution, la volonté du thérapeute d'être "près" de son patient, de donner une plus grande "disponibilité" vis-à-vis de la pratique toxicophilique, induit les résultats positifs - 57% de guérison dans les patients réguliers ! 57 % de guérison chez qui veut guérir. Ne retrouve-t-on pas l'idée que "la guérison n'est impossible si elle n'est pas demandée" par le toxicophile (31)***

L'efficacité de ces traitements substitutifs est démontrée dans :

- la réduction de la consommation d'héroïne (donc moins de problème financier, éloignement du milieu, meilleure gestion de sa toxicophilie, meilleure disposition à l'environnement, reconnaissance de son état etc ...)

- réduction de l'usage de seringue

- réduction du risque de Sida

- réduction des actes criminels
- meilleure réinsertion socio-professionnelle. (30)*

Ainsi l'introduction du modèle biologique comme base de traitement paraît s'inscrire dans une possibilité de faire obstacle aux stratégies de disqualification, de "détuméfier le bouc émissaire". De fait, la découverte du système endorphinique nous rappelle que nous sommes tous égaux, même devant la toxicophilie. "La découverte des récepteurs morphiniques ne pose-t-elle pas le lien du plus profond de l'homme à la plante (...): non-autonomie. La drogue n'a pas d'origine..." (22.)**

Cette approche médicale n'exclut en rien l'approche psychologique et sociale du problème - En France beaucoup de psychanalystes y sont opposés (24) (30) (36).

L'opposition classique entre éthique et technique se fonde sur l'idée qu'une solution technique serait par nature étrangère au "vraiment" humain (24).

Seule la loi restreint la liberté du thérapeute, ou au mieux ne parle que de "cure d'entretien" ou de "maintenance".

Créée en 1941, la méthadone est apparue comme thérapeutique pour les héroïnomanes en 1948. Ce n'est qu'en 1964, au titre de thérapie de substitution, que son usage s'est développé, son extension ne s'est faite qu'en 1972 aux USA soit 30 ans après sa découverte.

Pour la buprénorphine, le médicament fut mis sur le marché en 1978 en Angleterre. La NIDA publia en 1978 sous la signature de son directeur le Dr. JASINKI un avis favorable pour les cures de sevrage. Mais l'absence de budget, l'hostilité du milieu thérapeutique (crainte et jalousie), sans compter que "les fabricants du médicament n'avaient aucun intérêt à financer des recherches sur le traitement des héroïnomanes" a aboutit au fait que les possibilités de développer une recherche sur ce traitement sont quasiment bloquées aujourd'hui en Europe.

* p. 141

** p. 56

"Le ministère de la santé avait promis, en 1976 de légaliser l'usage de la méthadone, cela n'a jamais été fait et deux services hospitaliers, qui y ont recours à Paris, le font dans l'illégalité.

Une expérience devait être tentée en 1975 à laquelle devaient participer 9 centres : cette expérience n'a jamais été menée. Si bien que tous les rapports que les ministères successifs ont publié concernant la méthadone, sont des rapports tronqués quand ils ne sont pas faussés." Léon SCHWARTZENBERG (30)*.

B LES EXPERIENCES DE LA TOLERANCE :

a) L'expérience NEERLANDAISE

Si la désintoxication pour les drogues est laborieuse, elle ne semble pas impossible, mais désintoxiquer les Etats de la guerre à la drogue paraît plus difficile. L'originalité de la position néerlandaise en Europe est connue.

En 1972, le rapport BAAN, propose de retenir comme critère d'interdiction ou de réglementation, le risque que l'usage de la drogue en question cause à la société. Le choix se fait d'un certain pragmatisme en faveur de l'idéologie d'abstinence. Avant l'arrivée d'ENGELSMAN, sociologue de formation, au ministère de la santé, la pratique était comme ailleurs : la répression. ENGELSMAN proposa la voie de la "Normalisation" afin de supprimer le circuit illicite et "encercler" la contre-culture, qui lui était associée, l'originalité du modèle étant la distinction radicale entre drogues douces (marijuana, haschich) et drogues dures (cocaïne, héroïne).

Pour les usagers, la loi prévoit que la possession d'une quantité de drogue dure à usage personnel (0,5g d'héroïne - morphine - cocaïne et une dose de LSD) est punie d'une peine d'un an de prison et/ou d'une amende (20.000 florins). Pour le cannabis la possession de 30g au plus, n'est plus qu'une

contravention, punie d'un mois de prison ou d'une amende (10.000 Florins). Pour les trafiquants de drogue dure, la loi renforce les punitions de la loi de 1928 :

- si trafic avec l'extérieur du pays : 12 ans de prison et 250.000 Florins.
- si trafic à l'intérieur du pays : 12 ans de prison et 100.000 Florins.

Pour le cannabis, la loi s'assouplit :

- si trafic avec l'extérieur du pays : 4 ans de prison et 50.000 Florins.
- si trafic à l'intérieur du pays : 2 ans de prison.

En fait les recommandations du rapport BAAN ne furent pas suivies par le législateur à cause de la ratification de la convention unique.

En pratique le haschisch est en vente "tolérée" dans les coffee-shops* ou les fournisseurs domestiques**. D'où vient la drogue (haschisch) ? Culture sous serre ou d'ailleurs...ce qui intéresse la police, indifférence calculée, c'est la drogue dure, pas le haschisch...là commence la tolérance, limite de la loi !

L'objectif de cette politique est d'empêcher que les jeunes ne fassent connaissance avec les drogues plus dures, en séparant artificiellement le marché des drogues douces.

"L'expérience" néerlandaise de tolérance vis-à-vis du cannabis paraît avoir stabilisé la demande, l'avoir fait diminuer. Car dans les statistiques sont compris les "touristes de la drogue".

Les autorités affirment que les usagers habituels du cannabis âgés de 13 à 25 ans ont diminué en 10 ans de 15 à 12%.

* Coffee-shops : lieux où est "tolérée" la vente au public de haschisch. Maximum autorisé : 30 gr.

** Fournisseur domestique : vendeur de haschisch à l'identité "connue" exerçant son marché dans un lieu public, auprès de clients "connus".

Pour les héroïnomanes de moins de 22 ans, les chiffres sont de 14,4% en 1981 à 3,4% en 1988; de plus dans cette population, le taux de contamination pour le virus du sida n'a plus augmenté depuis 1986, d'après le Ministère de la Santé (24)*. Selon ENGELSMAN, la population susceptible de se droguer paraît plus ou moins constante. Les drogues ne font que se substituer les unes aux autres à l'intérieur de cette population fixe. Pour ENGELSMAN la répression de la drogue apparaît comme plus nocive que la drogue elle-même. Le cas de l'ectasy en serait significatif. "Parce que les bureaucrates chargés de lutter contre la toxicomanie ne peuvent légitimer leur fonction qu'en réglementant toujours plus". L'ectasy a été classé au tableau des drogues interdites pour l'ensemble des pays signataires de la convention unique. Dès lors l'ectasy change de nature, d'artisanale, la production d'ectasy a été abandonnée aux gangs ; de plus l'interdiction développe l'offre. Selon ENGELSMAN, l'interdiction de l'ectasy fait plus de mal que la substance elle-même. Cette pression subie par la Hollande, par le reste de la communauté (européenne surtout), a été l'occasion de nombreux dénigrements. L'exemple de l'ouverture, à Enschede, ville frontière, d'un CENTRE avec fournisseur domestique (personne qui vend du cannabis dans un centre de Jeunes, aux clients habituels avec l'accord de la direction, sans publicité) en est révélateur. La R.F.A. réagit vivement, car la municipalité affiche sa tolérance vis-à-vis de ce commerce. Le consensus international risquait de se briser, si une autorité d'Etat distribuait les substances contrôlées. Dès 1985, la loi de 1976 est renforcée dans son appareil punitif, extension des pouvoirs des juges, augmentation de la répression. Pour Eddy ENGELSMAN, comme pour les experts hollandais, le modèle hollandais n'est qu'expérimental. De fait l'expérience néerlandaise montre qu'il est impossible à un seul pays de mener une politique contraire à l'ordre international. La consommation de cannabis est à peu près contenue, l'héroïne plus ou moins sous contrôle mais amphétamines et cocaïne progressent.

* p.22 et 108

La tolérance hollandaise attire les trafiquants, mais pour ENGELSMAN "le nombre important de prisonniers ne démontre pas que la drogue conduit au crime, il démontre seulement que la drogue est chère. Le taux d'incarcération est en relation directe avec le prix du marché. Par conséquent, si toutes les drogues étaient libres, les prix baisseraient, entraînant une chute de la criminalité" (41)*.

A noter que parler d'expérience hollandaise revient à méconnaître la situation très différente d'une ville à l'autre, l'interprétation du "modèle" est très variable d'un magistrat à l'autre. De plus un procureur hollandais n'est pas obligé, de par la loi, de donner suite à une infraction "il peut abandonner les poursuites s'il pense que l'Etat et le transgresseur en tireront tous deux profit." (revue n°6 - psychotropes).

De plus un des buts des organismes de protection de santé est de créer plusieurs types de soins aussi accessibles que possible à un maximum d'usagers potentiels.

Parler "d'expérience hollandaise" n'est-ce pas faire un instrument de plus dans la guerre entre tenants de la prohibition et de l'antiprohibition ? En fait la politique de la drogue aux Pays-Bas est une application des grands principes de l'administration sociale caractérisée par :

- 1) une limitation de la répression pénale
- 2) une création d'organismes spécialisés les plus proches des usagers possible
- 3) le fait qu'il n'y ait pas d'ostracisme de groupes sociaux les uns vis-à-vis des autres
- 4) une base économique pour tous les citoyens, malgré le statut social ou le niveau de déviance.

* p. 109

Ce que l'on peut constater, c'est qu'en voulant aborder de façon pragmatique ce problème, comme celui d'autres déviations, l'administration hollandaise s'est constitué un arsenal statistique, incomparable à celui d'autres pays, car ces derniers n'en possèdent souvent pas!

"Nous combattons les statistiques néerlandaises avec la rhétorique latine" Emanuele MAROTTA - Chef de la lutte contre les narcotiques à Rome.

Que les experts néerlandais disposent de chiffres n'est pas un hasard, mais le résultat de ce que les néerlandais considèrent comme leur plus grand succès.

Comme si la prohibition n'avait pas besoin de chiffres pour évaluer, comparer, mesurer les phénomènes liés à la drogue. Suffit-il de croire dans ce domaine ?

En quoi, ce regard des chiffres fournis par le ministère néerlandais de la santé, cette politique "libérale", constitue-t-elle une menace pour les politiques étrangères en matière de drogue ?

N'y a-t-il pas occultation des réussites hollandaises plutôt qu'échange et discussion ? Le rôle des représentants français n'est pas neutre dans cette attitude (24)*.

Mais ce sont les "fameux" programmes "méthadone" qui symbolisent avec le plus de force le scandale néerlandais.

Eux qui représentent moins de 5 % du budget drogue/santé, appartiennent à ce processus d'invention, de discussion et d'évaluation des dispositifs socio-techniques, destinés à aider les toxicomanes.

Au total, 1200 toxicomanes sont concernés, dont un bon tiers d'étrangers (allemands et français), la plupart des "clients" néerlandais dont des immigrés du Surinam (41)**.

Ce programme de "distribution contrôlée" de méthadone vise la prise en charge socio-médicale des toxicomanes aux drogues dures.

Les autorités n'ont pas comme vocation de guérir mais seulement de réduire les effets pervers du trafic (prison, agression, maladie...) car on n'exige rien de ceux qui demandent de la méthadone. Ce programme est dit de "maintenance". C'est l'expérience du bus-méthadone qui stationne tous les jours devant la gare, de 11 heures à midi, depuis 1982.

La méthadone est distribuée gratuitement par une infirmière, une dose buvable sur place, l'inscription sur un fichier, un examen médical et la fourniture, une fois et une seule, d'un échantillon d'urine est nécessaire pour prouver la prise d'opiacées antérieurement.

Le programme dit d'"exigence haute" est proposé à ceux qui le demandent, afin d'arrêter leur consommation. Ceux-là doivent fournir, à chaque demande de méthadone, un échantillon d'urine sans opiacée - ils peuvent bénéficier d'autres soins dans les centres adaptés.

Depuis 1982, la fréquentation des programmes de désintoxication et de resocialisation a plus que doublé (24) selon le ministère néerlandais de l'aide sociale. La plupart des clients de ces centres ont été clients des programmes de méthadone avant de s'inscrire en désintoxication.

De plus, l'échange des seringues usagées contre des seringues neuves se pratique dans le bus. Le fait de distribuer gratuitement les seringues a contribué à une diminution du sida. C'est au vu de ces résultats que le gouvernement français s'est décidé à suspendre son interdiction de vente des seringues. Pour les néerlandais, la transmission du virus de l'hépatite B par les seringues a été un argument suffisant pour que soit organisé un programme de distribution de seringues stériles, d'abord aux associations de Junkies, puis par les pouvoirs publics.

Cela montre aussi que les toxicomanes ne sont pas forcément définis par une logique suicidaire, ils tiennent aussi à leur santé...Aux Pays-Bas, les overdoses sont très rares.

Des programmes de traitement à la méthadone ont été instaurés ou élargis dans certains pays : Suisse - Allemagne. En France, le Dr OLIVENSTEIN, qui fut opposé au traitement à la méthadone, estime actuellement qu'il faut "commencer à élargir le champ de la distribution de la méthadone". (Le Monde. 30 novembre 1988)

En France, les hôpitaux Sainte-Anne et Fernand Widal traitent chacun 20 patients ! Dans un rapport fait à l'OMS en 1988, l'équipe de Fernand Widal dit : "Les faibles cohortes de patients ne permettent pas de tirer une quelconque conclusion statistique(...).

L'expérience française n'est pas un outil scientifique, épidémiologique ou statistique. Elle permet de mieux comprendre la philosophie générale des praticiens français vis-à-vis des traitements de substitutions".

Ce qui fait dire à REISINGER(30) : "Une philosophie générale", sans bases scientifiques, peut-elle traduire autre chose que des préjugés ? Le rapport continuant en disant :

"Il ne s'agit en aucun cas de mettre (nos données) en parallèle avec les états américains ou néerlandais : en réalité nous ne parlons pas de la même chose(...), nous n'avons pas le même concept d'humanité...Nous ne pouvons pas prétendre qu'ils ont les mêmes besoins et surtout les mêmes demandes que les toxicomanes d'autres pays"*.

Si les héroïnomanes français n'avaient ni envie, ni besoin de méthadone, pourquoi était-il nécessaire de limiter à priori l'accès à ce traitement ?

Ainsi, il n'a pas été demandé aux experts français de savoir si l'intérêt légal était le meilleur des moyens pour arriver à un idéal d'abstinence, mais seulement de témoigner de "l'extrême nocivité" des substances incriminées.

* p.127 et suiv.

b) L'expérience de Liverpool

"Qu'est-ce qui est le plus grave - demande O'Hara Patrick, directeur au Drug Center de Liverpool du Harm Reduction Program (limitation du mal) : le sida ou la drogue ?" (41)*

L'arrivée du sida a opportunément sauvé de la fermeture le Drug Center de Liverpool, menacé par la politique prohibitionniste de l'Etat anglais et la pression internationale antidrogue depuis le début de la décennie.

Résultat, le taux de toxicomanes atteints du sida est le plus bas à Liverpool, de la Grande-Bretagne et l'un des plus bas d'Europe. En serait-il autrement sans le centre ? Comment le prouver ?

Deuxième résultat, la criminalité des toxicomanes a baissé ainsi que le nombre d'overdoses.

Comment prouver qu'il y a eu baisse ou hausse du nombre de toxicomanes aux opiacées sur Liverpool ?

Il y a environ 3000 personnes incluses dans ce programme de maintenance, leur âge est d'environ la quarantaine, ce qui fait dire à O'Hara que la toxicomanie n'est pas une maladie, mais un comportement dont...on se lasse ! Il estime la durée d'une toxicomanie de dix à douze ans ! (Contre cette hypothèse: (30)**).

Les patients se rendent au centre (après un long cheminement juridico-médical), on leur demande de prouver leur dépendance et selon leur état, le médecin leur donnera méthadone ou héroïne.

Accompagner le toxicomane dans son comportement afin d'en limiter les risques et d'en atténuer les effets néfastes (sida, enseignement des piqûres...)

"Ma démarche est pragmatique, distincte du débat théorique sur la législation" dit ce fonctionnaire anglais, qui préserve le fragile équilibre de son institution.

c) L'expérience de Zurich

Si l'attitude anglaise, ou autrichienne, correspondent à une approche "réservée et pragmatique" en matière de toxicomanie, la Suisse, elle, vient de dépasser cette "frilosité" pour mettre en place des projets pilotes.

A Zurich, c'est par référendum populaire qu'a été adopté un budget municipal finançant la distribution de seringues et une équipe de médecins conseils pour les toxicomanes de la ville. L'argumentation établie par le Docteur Artur GROB a fait constater que la prise en charge d'un seul sidéen avait le même coût que celui d'une "prévention municipale".

Il suffirait de "sauver" un seul toxicomane du sida pour justifier le coût du budget annuel de l'équipe sanitaire. La "frilosité" vis-à-vis du sida a entraîné la tolérance...

"L'expérience" de la municipalité de Zurich n'étant que l'aboutissement de nombreuses années de répression qui ont acculé les toxicomanes au PLATZPITZ - résultat des replis des toxicomanes dans la ville, suite aux plaintes des riverains et des répressions - ailleurs laissés à eux-mêmes, donc aux pouvoirs des organisations criminelles. Concentrés et oubliés, les toxicomanes n'éveillèrent la "frilosité" de la population qu'avec l'arrivée du sida, d'où le vote zurichois de mai 1990.

Mais cette situation "d'ouverture", similaire à la Hollande, attira une clientèle extérieure (la fréquentation étant de 3 à 4000 personnes par jour) aboutit alors à la fermeture de Platzpitz en février 1992. La ville ouvrit alors des FIXER-RAÛME, comme à Bâle et Berne - locaux où le toxicomane peut se piquer proprement.

L'apport positif essentiel de cette "ouverture" est celui d'avoir montré que la toxicomanie était aussi un phénomène social en démontrant que :

- la "cité" devait et pouvait donner une réponse à ce phénomène.

- tous les citoyens pouvaient être touchés par la toxicomanie, car beaucoup de "cols blancs" fréquentaient PLATZPITZ...

A Fribourg, "bien avant la fermeture de PLATZPITZ", la question de la distribution d'héroïne et de méthadone fut débattue - déclare le Docteur René PERROUD, chef du département du Service de Santé Publique du canton :

"Plus qu'un problème d'ordre éthique, il s'agit d'un problème de société qui doit répondre à la question suivante : comment s'accommoder du marché noir de la drogue ?". (René PERROUD - Impact médecin n°149).

Le Conseil Fédéral y a répondu en autorisant sous surveillance médicale, des projets pilotes de distribution d'héroïne.

En juin 1992, cinq cantons sur les vingt trois concernés ont répondu être intéressés. Dans chaque centre, pas plus de 50 personnes, soit 250 personnes au total sur les 25.000 toxicomanes recensés, officiellement devaient être concernés. Le 15 novembre 1992, 13 cantons ont eu l'autorisation du Conseil Fédéral pour une expérience de 3 ans. A terme, le programme de traitement par méthadone touche 1500 personnes.

"Nos résultats sont positifs, affirme le Dr Antoine J. SEIDER, médecin cantonal du Service d'Hygiène. 20 % de nos toxicomanes, suivis par méthadone, ont décroché et sur les 4 % qui n'avaient pas d'emploi, plus de la moitié ont réintégré une vie sociale". (Impact médecin - novembre 1992).

A Berne 4000 praticiens sur les 18.000 ont accepté de suivre des toxicomanes sous méthadone. Suite à la distribution gratuite de seringues, le taux de séropositivité des toxicomanes a reculé de 30 % en six ans. De plus, les centres accueillent une assistance médicale, embryon de "survie sociale"...

Si la Suisse reste divisée sur cette "initiative", les représentants français sont unanimes pour dire avec le Docteur CURTET : "l'argumentation des médecins ne reflète que leur échec

à la toxicomanie. En France au moins 50 % des toxicomanes qui nous demandent de l'aide, s'en sortent. En fait, ce projet est l'équivalent de l'horreur de PLATZPITZ, mais dissimulée cette fois par des murs". (Impact médecin n° 149 mai 1992).

Le Docteur OLIVENSTEIN lui ne parle que de 30 % quelle que soit la méthode, mais n'assistons-nous pas en fait à une prise de conscience du phénomène en Suisse, qui n'existe pas en France ? N'y a-t-il pas eu "mobilisation des institutions et de la population différemment en Suisse qu'en France ? N'assistons-nous pas plutôt aux prémices d'une prise en charge du phénomène drogue dans la société ?... Les Suisses se posent de nombreuses questions : problèmes de critères de sélection de toxicomanes, problèmes du rôle du médecin dans cette approche sociale etc...

Y a-t-il un questionnement, l'amorce d'un débat en France sur le problème de la toxicomanie ? Les Docteurs OLIVENSTEIN et SCHWARTZENBERG le souhaitent...

CONCLUSION

La prohibition présente-t-elle un avantage pour le médecin ?

Ne devient-il pas absurde et dangereux de pénaliser une appétence, même si elle peut coûter cher à qui s'y livre et à sa société ?

Absurde car :

- cette appétence est générale, tout comme le sont les produits industriels, dont l'alcool fait partie, et qui nous prouve que l'on peut boire modérément - toute "dépendance" n'est pas catastrophique.

- nous sommes tous toxicomanes ou autrement dit, nul n'est à l'abri d'une toxicophilie, surtout avec la multiplication des produits de façon industrielle.

- diminuer le produit ne diminue pas le nombre de toxicomanes, peut-être même l'interdit en attire-t-il d'autres et valorise-t-il celui qui en prend - goût des difficultés - goût du risque (??)

- diminuer l'accessibilité de certains produits, c'est prendre le risque d'une polytoxicomanie.

- qui fera (qui fait !) le tri entre bon et mauvais ? Est-ce le rôle du médecin ? de la science ?

Dangereux car :

- la répression aggrave le problème en favorisant la déchéance psychologique, le repli sur soi... et sociale, de ceux qui sont "dépendants" des drogues.

- en les marginalisant, on les rend plus dépendants, donc plus vulnérables. Au cercle vicieux de la criminalisation, on ajoute d'autres pratiques à risque (pour trouver l'argent - qualité du produit - absorption)

- mais surtout la répression rend le travail du soignant inopérant :

* en isolant la drogue en France... elle est à la charge de quelques médecins, quelques politiciens, quelques magistrats, auxquels leurs collègues, et sans doute l'opinion toute entière, naturellement portée à personnaliser les choses, s'en remettent du soin de porter le fardeau "

(14)*

* le dépossédant du malade, car c'est la loi qui "s'empare" de ces patients; il perd au regard de son éthique professionnelle. Il peut même devenir "médecin des lépreux", donc être lui-même marginalisé. Qui veut prendre ce risque ?

(30)**

* car sa part d'autonomie médicale diminue :

° socialement, car la catégorie toxicomane ne subsiste que par l'effet juridique.

° juridiquement, car l'usage de certains médicaments est restreint par la loi et dans la pratique, car marqué du "mauvais sceau".

- l'ensemble des dispositifs de traitement et d'aide sociale mis en place n'a plus la "pratique" du toxicophile. Cet ensemble risque d'échouer à sa mission, se faisant juge plutôt que soignant.

"Ce sont des cas "ingrats, perturbant le fonctionnement des services" (14)*.

Le récit d'humiliations et de mesures arbitraires prises à l'égard des toxicomanes sont innombrables.

Etant d'abord toxicomane, il est exclus s'il ne le dit pas par peur, n'est-ce pas la confirmation de son "caractère dissimulateur" ? (30)**

- poussé vers la polyintoxication, sa désintoxication ne sera que plus difficile, d'un point de vue toxicologique (reconnaissance des produits, dosage, effets biologiques) et psychologique.

- par l'augmentation de la pathologie :

* overdose : elles sont dues essentiellement à la prise de produit impur ou à des difficultés de dosage.

* maladie "secondaire" : que l'on pense aux infections, aux hépatites et au sida.

* p.65

** p.44

CHAPITRE IV
ATTITUDE SOCIALE
FACE A LA TOXICOMANIE

CHAPITRE IV

ATTITUDE SOCIALE FACE A LA TOXICOMANIE

I - DU BIOLOGIQUE AU SOCIAL

- a) REGARD ANTHROPOLOGIQUE - DU DEDANS
- b) CONCEPT PHILOSOPHIQUE - AU DEHORS
- c) L'IMAGE DE L'ARTISTE
- d) LA FULGURANCE
- e) NORME MEDICALE - SYMPTOME SOCIAL ?

II - NAISSANCE D'UN ETRE SOCIAL

- a) DU BOUC EMISSAIRE
- b) AUX IDEOLOGIES
- c) COMME UN (AUTRE) COMPORTEMENT

III -LA CRISE PARADIGMATIQUE

- a) "QUI S'EST PIQUE, SE PIQUERA"
- b) LE SIDA COMME REVELATEUR

CONCLUSION

I Du biologique au social

a) Du regard anthropologique ... Du dedans :

Le modèle biochimique lié aux récepteurs morphiniques, permet actuellement de comprendre, dans sa description actuelle les comportements d'auto-addiction, dans le sens que l'on pourrait se "droguer" en mettant en jeu les systèmes endorphiniques par n'importe quelles activités les mettant en jeu : du jogging, en passant par le plaisir de jouer avec un ordinateur, ou les expériences de Kafka qui "par l'insomnie, l'anorexie ou par cette espèce d'état second de solitude dans lequel il plongeait la nuit, (il) vivait en fait une expérience similaire à celle du toxicomane" (22)*. Certains auteurs parlent alors de dépendances positives (jogging, danse, méditation ...) en les opposant aux dépendances négatives (héroïne, ...), la "fulgurance" traduisant la différence entre ces états.

Ces dépendances, les anthropologues les déchiffrent dans d'autres sociétés : là ce seront d'autres "techniques" sans médiation de la drogue qui produiront des effets "toxicomanogènes" : certaines danses en Afrique, le jeûne et l'immobilisation prolongée en Orient, les prières répétitives en Europe ...

Les anthropologues nous parlent aussi de la variabilité des effets par rapport au "contexte", une même drogue donnant des effets différents dans deux sociétés différentes et des drogues différentes donnant des effets semblables dans des sociétés véhiculant les mêmes références socio-culturelles !

"Les hallucinogènes ne recèlent pas un message naturel dont la notion même apparaît contradictoire ; ce sont des déclencheuses et des amplificateurs d'un discours latent que chaque culture tient en réserve et dont les drogues permettent ou facilitent l'élaboration... "LEVI-STRAUSS**

**Chapitre XII - Anthropologie structurale deux - PLON.

* p.18

Ainsi "l'amanite muscarienne qui suscite des comportements paisibles et bienveillants dans les populations sibériennes des KORIAKS, aurait été associée chez les Vikings à la fureur de BERSEK, associant la violence assassine et suicidaire culturellement déterminée" (22)*.

Johanes WILBER, s'intéressant aux relations entre le tabac et l'extase choamanique chez les indiens WARAO (Vénézuéla), dit "qu'il y a de toute évidence un conditionnement culturel en vue de la réalisation d'expériences extatiques spécifiques, qui ne doit rien à l'action chimique de la plante de tabac elle-même" (29)**.

L'histoire du "voyage" serait déjà programmée culturellement. Le produit serait en fait, moins important que "la manière" de le consommer, à travers le contexte culturel. Le culturel l'emporte sur le naturel.

Le problème n'est-il pas alors de savoir s'il existe une "culture de la drogue" dans notre société ? Comment se construit ce discours ? Peut-on parler de comportement social pour les drogués ? Et osons le demander : "Y-a-t-il à apprendre des "drogués" et de la manière dont nous les "intégrons" à travers le réseau relationnel social ?"

b) ... Au concept philosophique - Au dehors :

La drogue apparaît donc comme un concept; "comme celui de toxicomanie, le concept de drogue suppose une définition instituée, institutionnelle. "Ce concept, dont la base n'est pas scientifique, paraît ne "comporter aucune possibilité de description ou de constat, c'est un mot d'ordre." Jacques DERRIDA. (22)***

D'après cet auteur, deux conclusions "éthico politiques" peuvent être tirées de tels prémices :

* p.45 ** p.392 *** p.200

- L'une serait naturaliste dont le mot d'ordre serait : revenons à la liberté naturelle, au droit naturel qui permet à chacun de disposer de son désir, de son corps, de son âme. Ainsi faudrait-il se détacher de la loi prohibitive que l'histoire, des conventions et des normes, a inscrit à travers le concept de drogue.

- L'autre serait artificielle : reconnaissant que ce mot d'ordre est institué, il faudrait assurer la logique de cette convention répressive, donc penser que notre société, notre culture nos conventions requièrent cet interdit. Déployons-le donc avec conséquence, il y va de la sécurité, de la productivité, de la santé. Cette loi permettrait de protéger nos institutions et la responsabilité des sujets à cette loi.

En fait la première conclusion ne fait que permettre ce que l'artificiel ne permet pas. Etant elle-même culturellement définie, la "nature", n'est pas plus naturelle que n'importe quel conventionnalisme. Ce qui semble fonder ces deux systèmes dans leur opposition apparente Nature/Institution, c'est la notion d'authenticité. Cette authenticité peut être appropriée simultanément dans la confusion ou successivement dans la négation aux valeurs, de normalité (naturelle ou symbolique de vérité) de rapport effectif à la réalité du vrai, de subjectivité libre et responsable, de productivité (22)*.

Ce qui est reproché aux toxicomanes ce n'est pas la jouissance même, mais le plaisir pris à des expériences "sans réalité".

"Il s'incorporerait ainsi non seulement du plaisir, mais aussi du vrai". O.JULLIARD -(Universalis 1985 p.411)

Mais cette expérience du "vrai" dans la toxicomanie serait en dehors de la "réalité" instituée. Le toxicomane prendrait sans rien produire ! Il détournerait le réel de son sens, il serait l'homme du simulacre où l'entend DERRIDA dans la "pharmacie de Platon", car privé de vérité. En s'appropriant un

* p.205

corps étranger, il se constitue récepteur de quelque chose qui va transformer sa "vérité", la projetant au-delà de ce qui est vécu comme vérité par le groupe. Le toxicomane à travers son geste, se réapproprie sa subjectivité, son expérience propre, qui le porte, l'emporte et ne rapporte rien. Ne rapportant rien, il est désocialisé dans le sens où il menace le lien social produisant du sens, sans travail, la société le disqualifie : c'est ce "non-travail" qui le disqualifie.

"La question du partage, qui est "la" question de la drogue, est prégnante, mais assimile excellemment l'homme et l'objet : qui est responsable ? (22)*.

c) L'image de l'artiste :

Ce serait donc au nom d'un éloignement au monde que l'interdit serait prononcé en toxicomanie. Le corps social met en avant le devoir d'efficacité et de productivité.

"L'attitude du toxicomane qui se retranche, qui "déréalise", ce qui l'entoure est inconsciemment vécu comme une agression, tout comme le suicide qui ne tue pas seulement son auteur mais également cette part du monde qui était sa conscience. Ainsi le toxicomane pose une question au droit, celle d'être absent" D.CHARVET (Magistrat) Ancien président de la Mission Interministérielle de la lutte contre la toxicomanie (MILT).

L'artiste, lui, remplit son contrat d'efficacité dans la mesure où il se laisse réinstitutionnaliser. Il réintègre l'ordre moral de la production intelligible : nos institutions. Il produit et sa production est source de vérité.

"Il y a une fonction de fermeture qui peut exceptionnellement être synonyme de créativité" Félix GUATTARI (22)**.

L'emploi de la drogue chez les artistes permet ainsi de renforcer leurs fonctions voulues et dirigées comme telles par la société : explorateurs de l'au-delà, de l'ailleurs ; mais

comme tout explorateur, on attend son retour tandis que la drogue apparaît semblable à une "passion muette".

Dans ce devoir d'efficacité, le corps organique doit obéir à l'obligation de besoin: l'auto-conservation. Nos sociétés de consommateurs paraissent craindre de rencontrer dans cette remise en cause, les limites de leur rationalité. La drogue vient détruire l'image de toute auto-conservation, brisant la linéarité cartésienne: besoin-plaisir-désir. Il y a confrontation entre la "réalisation" du corps et ce nécessaire ailleurs (la mort) non voulu, corps dont l'existence sociale est niée.

D'où l'idée d'une "apparence" de vérité vue de l'intérieur de la société, et d'une "réalité" vue par le toxicomane. La subjectivité est à l'oeuvre.

"Tout homme est juge, et juge exclusif de la quantité de douleur physique ou encore de vacuité mentale, qu'il peut honnêtement supporter". A. ARTAUD - Lettre à Monsieur le législateur de la loi sur les stupéfiants - La révolution surréaliste - 1925.

L'homme devient juge et partie .

Cette problématique de la réappropriation du subjectif, la société semble l'avoir tolérée dans ce que l'on nomme actuellement "toxicomanie médicamenteuse".

Nouvel élan de répression ou nouvelle médiation médicale ?

"Le discours médical se contente le plus souvent de mettre le plaisir du côté de l'illusion, à l'opposé de la réalité qui, elle, finit par avoir force de loi." O. JUIILLARD - (Ency. Universalis p.409).

Mais ainsi :

"A mon sens un malade normal est tenu de manifester un comportement de soumission, d'ordre quasiment éthologique dans

le rapport médecin/malade et c'est précisément ce que font rarement les toxicomanes (...). Il y a une sorte d'arrogance à l'égard de la personne qui se propose de venir les assister. C'est un type de rapport de force qui décourage souvent les "blouses blanches" traditionnelles" F. GUATTARI psychanalyste (22)*.

Cette peur de nos limites, fussent-elles fragilités de nos désirs et nos plaisirs, c'est le devoir d'efficacité qui le symbolise le mieux.

C'est le thème développé à travers la "fulgurance" de l'effet.

d) La Fulgurance :

Souvent comparé à l'orgasme, le "flash" s'en distingue cependant dans la plupart des discours sur les drogues :

"Du flash à l'orgasme, il y a inversion du crescendo et du decrescendo, de la montée du plaisir et de la descente, avec la poudre, le flash est immédiat, tandis que dans la sexualité, l'orgasme est l'aboutissement d'une tension." A. JAUBERT & N. MURARD - (Recherches n° 39 bis 1977).

C'est le "je veux tout, tout de suite" dont parle OLIVENSTEIN, comme du fait de la toxicomanie, formule raccourcie elle-même, pour parler de cette "rébellion et refus d'un temps vécu et défini par la norme." (22)**

Cette recherche du plaisir est vécue, avec l'héroïne comme indépendante de l'environnement. Curieusement, la dépendance de l'héroïne est moins "visible" que celle de l'individu ordinaire aliéné à son travail, à ses projets, à sa famille, mais elle est plus "sensible" (c'est-à-dire ressentie plus fortement).

Son plaisir est lié à un rituel simple (sniffer, fumer, injecter...) et non pas à des processus compliqués et fastidieux

(comme travailler 8 heures par jour, écrire un livre ou composer une symphonie). Il évite les médiations nécessaires pour accéder au plaisir par les circuits longs. Toute l'impasse de la toxicomanie réside peut-être dans ce raccourci vers le plaisir." (30)*

Cette fulgurance existe avec l'héroïne mais pas avec d'autres drogues. "Nous sommes dans la culture du vin et de l'alcool, mais je suis sûr que si on proposait à d'innombrables alcooliques, de l'opium par voie injectable ou fumée, ils prendraient de l'opium parce que c'est mieux." "Ceci" me renvoie, moi, au fait que la répression sociale est terrifiante (...) ces toxicomanies actuelles ne sont que le résultat de la censure par rapport aux vraies toxicomanies." OLIVENSTEIN (22)**

Le système de perception semble investi directement par le désir du toxicomane. Quelle est la valeur propre du système Espace/Temps dans le plaisir toxicomane ? Miroir brisé ?

"Il n'en reste pas moins que cette description s'arrête ou change de sens la rencontre fulgurante de ce personnage avec le produit. Il se passe ce qu'Henri ATLAN appelle un "blanc", quelque chose qui n'est pas dans l'histoire causaliste" OLIVENSTEIN (22)***

Ce blanc correspond à un ineffable, celui de l'impossible correspondance entre des systèmes différents de perception, de pensée qui coexistent ensemble, une sorte de principe d'exclusion d'HEISEINBERG appliqué à la pensée causaliste, rationnelle.

Pour H.ATLAN, la modernité se définit au XVIIIème siècle en affirmant la suprématie de la connaissance par la raison et en excluant la connaissance par le rêve/l'art et le sacré. Peut-on, se demande H.ATLAN, se réapproprier notre subjectivité sans remettre en cause ce choix de la modernité, d'un ordre philosophique ?

Le risque d'une réappropriation de la subjectivité serait, pour certains auteurs, de fabriquer une subjectivité déconnectée du point de vue social, d'où dégradation, désocialisation dans le rapport à l'autre, une perte des pratiques sociales et des pratiques individuelles. A travers ces molécules nouvelles "leur personnalité s'effrite, leurs intentions deviennent vite sans consistance, la qualité de leur rapport à autrui s'émousse." F.GUATTARI (22)*.

Cette vision responsabilise-t-elle ceux qui fréquentent ces substances ? Pourtant il existe des associations de toxicomanes, peu en France, qui organisent leur sociabilité : exemple "PARE" (Prévenir Autrement et Réfléchir Ensemble). Interdépendance (n°3 p.10).

"Nous sommes perçus extrêmement négativement, la toxicomanie c'est la délinquance. Les médias, le cinéma n'arrangent pas les choses. Pourtant je connais des toxicos qui travaillent, qui vivent comme tout le monde."

Encore loin des "associations de JUNKIES"; ces associations créent un espace social pour les toxicomanes. Beaucoup de personnes du corps médical, ou juridique pensent que cet espace est impossible dans notre société ou non souhaitable. Mais existe-t-il ?

"Nous vivons une époque où l'espace (ou le vide) pour la drogue a énormément augmenté(...) et cela parce que la culture(...) est détruite ou en voie de destruction." Pier Paolo PASOLINI. In Esprit - 1980.

En affirmant que l'autre est "dépendant" on affirme sa propre "autonomie". Dépendance par rapport à un produit, une position sociale (délinquance) ou par le "vide" dans lequel il tombe...autant de difficultés qui opposent une catégorie à une autre, souvent l'individuel ou collectif.

L'enjeu est-il de reconnaître que l'autonomie individuelle est subordonnée à l'autonomie collective ?, ou plutôt de proposer une alternative à un "mot d'ordre"?

e) Norme médicale, symptôme social :

L'introduction de la prohibition marque socialement l'interdit grâce à la norme médicale qui, d'un côté isole des symptômes, et de l'autre les collectivise.

* En isolant des symptômes :

- On crée des communautés, groupe de personnes ayant les mêmes symptômes; "les toxicomanes eux-mêmes s'identifient volontiers par les substances utilisées" (29)* et "en fréquentant ces centres (de traitement), les toxicomanes rencontrent d'autres toxicomanes. Ils peuvent échanger des adresses, ils trafiquent parfois, et ils parlent énormément de drogue." (30)**

- La fascination pour les symptômes est renforcée. "La drogue et toute la subculture qui l'entoure, facilite la communication entre les individus qui s'y rattachent" (30)*** Le toxicomane intériorise le discours de la drogue et le discours de l'interdit, Jean BERGERET décrit cette recherche d'une identité de groupe comme un palliatif aux différents manques. Le terrain est occupé précocement par cette fascination; comment s'en détacher?

- Le toxicomane ne se perçoit pas comme un individu, avec son identité propre, son histoire originale...il s'identifie au groupe de consommateurs ou à l'institution, à tous les acteurs de la répression, en jouant le jeu dominé/dominant. Le savoir médical est basé sur les "effets" du produit, non de la personne. Quand on parle de la personne, c'est pour nier sa volonté...L'être n'existe pas dans le discours de l'interdit...ce qui rend la tâche de toxicothérapeute encore plus complexe. Certains démontrent qu'il n'y a pas concurrence entre psychanalyste et fournisseur.

* Par la collectivisation des symptômes :

- C'est renforcer l'idée de transgresser pour certains et rendre plus grand cet attrait ; "un élément intrinsèque du processus de criminalisation et l'étiquetage et la stigmatisation qui

frappent les toxicos. Certains jeunes sont assez paradoxalement attirés par l'excitation et le prestige associés à la déviance" (24)*.

- L'idée de passage "obligé", de dimension "ordalique" dont parle Marc VALLEUR (22)**: jugement de Dieu, épreuve longtemps à recommencer comme rite initiatique, de passage à la naissance socialement ritualisé...devient la "relecture" de la loi pour certains. "Le toxicomane est renvoyé à des attitudes datant d'une époque antérieure à l'apparition de l'intime". (3) mais rencontre "l'intime conviction" de juge...d'autres voies ne seraient-elles pas possibles plutôt que ce "jugement de Dieu" ?

- Crée une dramatisation du phénomène "qui est de toute façon inefficace. Elle ne peut qu'augmenter l'inquiétude de ceux, ainsi que de leur environnement qui, sous la pression de groupe ou par désir d'expérience, ont essayé une fois ou deux pour "voir à quoi cela ressemble". Elle ne permet pas, en tout cas, de résoudre les problèmes de ceux qui, par des comportements variés et répétés, expriment leur mal-être et leur difficulté d'existence".

(Document INSERM 1992 - Drogues illicites et attitudes face au sida).

- Isole le toxicomane des manifestations sociales ", de la sorte, elle engendre une dépendance au produit interdit en incitant à répéter leur consommation, jusqu'à ce que les conséquences dramatiques de celle-ci brisent les murs du silence où l'on veut enfermer le drogué". (3)***

- On enchaîne la liberté du toxicomane qui devient un être irresponsable, incapable, voire un accusé..."C'est parfois vrai dans certaines périodes difficiles, mais pas en permanence". (PARE, Interdépendance n°3 - mars 1991).

Ainsi est donnée une fonction déculpabilisante pour la société qui évite tout questionnement...

En stigmatisant le toxicomane dans le réseau social, on l'oblige à se taire, mais "faire taire celui qui dit un symptôme, n'est pas le contraindre à le dire de plus en plus fort, de plus en plus souvent ?"(3)****; enfermé dans cette situation, il n'a d'autre issue que de consommer. On peut dire

* p.88

** p.122

*** p.188

**** p.187

que la dépendance sociale se crée à travers ce regard juridico-médical, par la réduction des capacités réactionnelles. La relation sociale en vient à être remplacée par le toxique. Souffrir encore plus paraît être la seule issue possible. "La drogue est un antidote au désespoir" (22)*. Et si la mort n'est pas inexorable, ce n'est peut-être pas "par le fait que l'expérience répétée de l'échec confirme que l'on se trompe" ou "que cette mort elle-même est un leurre, l'équivalent exact du psychotrope, qu'elle remplace quand celui-ci manque ou qu'il est pris en trop grandes quantités", mais le fait que cette souffrance devienne un langage qui permet d'être entendu".

Aussi pouvons-nous penser que "c'est moins la situation sociale proprement dite et les souffrances qu'elle entraîne que le discours dominant environnant qui rend une situation sociale toxique" (3)**.

Quels sont, à travers la double étiquette malade/délinquant du toxicomane les enjeux qui se distribuent dans la société ?

II NAISSANCE D'UN ETRE SOCIAL

1) Du bouc émissaire

Sur les bases de l'analyse de René GIRARD (20), de nombreux auteurs ont proposé de voir dans le toxicomane : la victime émissaire.

"Les hommes ne sont capables de se réconcilier qu'aux dépens d'un tiers(...), la violence fondatrice substitue une victime unique à tous les membres de la communauté."

(chapitre X).

Le rôle du bouc émissaire étant d'être le récepteur "choisi" par le groupe, sur lequel l'agressivité de l'ensemble des membres du groupe va être déchargée, afin de maintenir la cohésion dans le groupe. Stigmatisé comme un bouc émissaire, il sera exclu.

La violence permet de repérer le rôle de la victime émissaire.

"L'arbitraire est ici fondamental" (p.383). Cette violence ne se désarme pas, même lorsqu'un toxicomane cherche à se soigner.

"Il arrive que des douaniers frustrés de ne pas trouver de drogue sur des toxicomanes confisquent les médicaments avec lesquels ils se soignent." (30)*

ou encore :

"Quelle que soit l'affection dont il souffre, l'étiquette de toxicomane est mise en avant au point d'aveugler parfois le soignant." (30)**

Les exemples sont nombreux de sévices, d'attitudes hostiles, de préjugés sadiques, d'évictions arbitraires etc...vis-à-vis des toxicomanes quand ce n'est des thérapeutes.

Les thérapeutes s'intéressent au bouc émissaire, celui-ci doit lui-même être coupable, lépreux parmi les lépreux. (30)***

"Mais il ne s'agit nullement d'apaiser quelques névroses ou de flatter quelques "sentiments de culpabilité", il s'agit d'obtenir des résultats hautement concrets." René GIRARD.

Ce résultat hautement concret, c'est ce que certains auteurs appellent "l'idéologie sécuritaire", tel CHOISEUL-PRASLIN; "le dogme de la prohibition" Thomas SZASZ ou encore "stratégie de disqualification" ZAFIROPOULOS et PINELL etc...

2) Aux idéologies

L'idéologie sécuritaire peut se résumer ainsi, comme toute idéologie, il s'agit de distribuer des rôles et des fonctions ici autour de l'idée de sécurité. La notion de sécurité divisant "le monde entre ceux pour lesquels elle est un droit, tous ceux qui la mettent en danger, les voyous de toutes sortes." (3)****

Le toxicomane comme bouc émissaire devient ainsi la clef de voûte d'une idéologie sécuritaire.

* p.144

** p.145

*** p. 142

**** p.156

La notion de toxicomanie est issue d'une mise à l'écart du médical, dans la turbulence politique au profit d'une mise en place de pratique juridico-policière, nouvelle donne sur l'échiquier des compétences, nouvelles répartitions des territoires, nouveau fonctionnement dans les échanges entre professionnels et pouvoirs publics.

"Toute politique sociale possède un pouvoir exorbitant, s'il n'est pas précisément codifié et négocié: définir ses cibles, nommer ses bénéficiaires, désigner ses ennemis." (3)*

La machine d'intervention s'est reconstruite autour de l'idée de toxicomanie, il suffit de suivre la trace d'un personnage comme ANSLINGER pour s'en convaincre.

En 1930, il prend la direction du "Federal Bureau of Narcotics Drugs" où il demeure pendant trente ans; soit durant le passage de six présidents des U.S.A. malgré le "SPOIL SYSTEM", qui impose le renouvellement de l'administration à chaque réélection du président. (2) (33)

A travers le concept de la prohibition, c'est toute une nouvelle utopie sociale qui cherche à se mettre en place: la régulation, la gestion du comportement des individus au profit de "l'ordre" dont les mots clés sont: efficacité et rendement. Comme le dira le maître des behavioristes: SKINNER (26).

"Le vrai problème c'est l'efficacité des techniques de contrôle".

Le discours sur la drogue s'identifie à cette volonté de contrôle. En renouvelant l'idée sécuritaire, le discours sur la drogue va lui donner une "assise théorique" à la fois plus sérieuse (l'arbitraire est moins marqué que dans un discours politique, car ici objectivé par la toxicité des produits.) et plus séduisante (la frontière entre bon et mauvais étant clairement définie; entre possession et non possession du produit, et l'idée de menace principalement défini autour des enfants, donc du noyau familial).

Le discours de la drogue permet d'augmenter la répression (policière et pénale) en faisant l'amalgame entre consommateurs, petit délinquant et grand trafiquant. On a une linéarité de répression, le fait de possession ou de trafic étant supérieur aux causes de ces trafics, que le grand trafiquant soit peu touché par celle-ci renforce l'idée d'une insuffisance de la répression. Il suffit à bon escient de réactiver "la machine" en touchant quelques gros bonnets ...

Avec la drogue, l'idéologie sécuritaire qui montre l'honnête homme, victime des voyous rapaces, évite le débat des causes sociales ou autres, qu'inspire l'identification avec le coupable ou la solidarité. Car étant délinquant, il est l'inverse de l'honnête homme, donc cette pitié se transforme en colère envers le vendeur de drogue, donc stimule la demande de répression.

Ainsi le discours sur la drogue "représente le moyen terme parfait entre les dénonciations trop vagues de l'insécurité générale et les confrontations trop précises entre acteurs sociaux(...). La drogue constitue un phénomène à la fois assez précis et concret pour susciter un véritable épouvantail, et assez vague en général pour ne provoquer aucune réaction de défense ou de solidarité." (3)*

Ainsi le toxicomane doit aimer vers sa personne toutes les tensions intérieures, toutes les haines et rancunes accumulées, il fait taire la violence sociale en empêchant les proches de se battre, mais surtout il pose la vérité de l'homme à l'extérieur de l'homme. Il pose la vérité du discours de l'institution qui doit d'abord trouver les moyens de sa permanence et le discours qui justifie sa nécessité dans toutes les situations. (3) (20) (30)

Au "n'est pas morphinomane qui veut" de SENLECO (1885) (31)** l'on peut répondre que ce n'est pas dans l'effet des produits, ni pour de simples raisons pathologiques individuelles, mais que c'est socialement, que l'on apprend à

* p.162

** p.51

devenir toxicomane, à travers la dépendance économique créée par la prohibition (le drogué laissé aux mains des trafiquants et des vendeurs) et à travers la dépendance sociale et politique qui a injecté dans son idéologie sécuritaire, le discours sur la drogue "enfermant le toxicomane dans une situation où il n'a d'autre issue que de consommer de façon compulsive pour se faire entendre." (3)*

De la dépendance psychique, miroir brisé, nous retiendrons qu'elle l'abandonne aux soins et aux profits des nombreux acteurs créés par la prohibition : dealers, policiers, gardiens de prison, juges, soignants...

2) Comme un (autre) comportement

Mais nous avons du drogué, la perception médicale essentiellement, ou celle du juge, toutes deux parlent de moment de crise. Elle réduit la vie du toxicomane à sa "pathologie", dont nous avons vu que, semblable à toute passion, elle peut devenir unique. "Ce qui caractérise la drogue est la rigidité de la relation avec un objet totalitaire" Pelicier M. (13)** mais ne peut-on dire que "sa vie est simplement organisée autour d'une passion, comme le joueur, le sportif ou le businessman" ? (2)***

C'est en 1947 que naît avec le travail de LINDESMITH, l'idée que le drogué sait construire sa vie autour de sa passion. Au quotidien, il peut être actif et sa dépendance est un travail au sens plein du terme. Dans les travaux de PREBLE et CASEY de New York 1969 (in 2)****, il est noté que sur 124 noirs d'Harlem, usagers quotidiens d'héroïne, plus de 3/4 se réveillent de bonne heure, se lavent et s'habillent comme tout un chacun, 1/4 travaillent régulièrement, plus de la moitié ont des activités rémunérées sans relation avec la délinquance ou l'escroquerie. Le soutien financier de la famille et des amis joue un rôle important. La violence paraît systémique plus que psycho-pharmacologique (due à la prohibition ?).

* p. 195

** p. 13

*** p. 477

**** p. 477

Les toxicomanes apparaissent comme des gens "normaux". La toxicomanie s'apparenterait à une conduite et non à un "symptôme", une conduite à haut risque, dont le changement de mode de vie est la seule "guérison".

"Sur les 130.000 à 150.000 toxicomanes, recensés en France en 1991 par la Délégation pour la lutte contre la drogue et la toxicomanie, un quart au minimum exercent une activité en entreprise." Impact médecin -(22 mai 1992).

Au minimum...cet article envisage le contrôle de la toxicomanie en entreprise. On peut noter que le nombre de toxicomanes est suffisamment développé pour envisager un "contrôle" et que lorsqu'il s'agit de contrôler la toxicomanie, par un dépistage, l'on trouve "au minimum" des toxicomanes socialisés ! ; mais que lorsqu'il s'agit de montrer les dangers des drogues, l'on ne fait que très rarement référence à cette sociabilité des drogués : l'on insiste sur les notions de délinquance et de dangerosité. Cette contradiction se situe dans ce que l'on peut qualifier de "crise paradigmatique".

III LA CRISE PARADIGMATIQUE

1) "Qui s'est piqué se piquera"

L'adage "qui a bu boira" est le fondement du modèle de thérapie en alcoologie, qui implique l'idéal d'abstinence à tout traitement à la dépendance est perçue comme inhérente au produit. C'est en postulant le divorce entre volonté et désir que le modèle de maladie (oeuvre de JELLINEK) s'est démarqué du modèle moral.

La conception de l'alcoolisme comme maladie est à la base des critères de diagnostics des troubles liés à l'alcool, proposé par le DSM III (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), le seul traitement connu étant l'abstinence, donc l'IRREVERSIBILITE à la prise d'alcool sans risque de recours de nouveau à la prise progressive d'alcool.

"Face à ce désordre que le sujet s'inflige à lui-même, et dans lequel le désir tient une place importante, les scientifiques, formés au matérialisme pur et dur des schémas expérimentaux, sont forcément déstabilisés. Ils se voient forcés d'accepter les bienfaits thérapeutiques de la foi et d'une croyance, comme celle de se dire "allergique à l'alcool"; mais cette conception de l'alcoolisme permet à de nombreux alcooliques d'arrêter de boire et cela devient, par le fait même, une donnée scientifique." Louise NADEAU (5)*.

La remise en question de cette notion de progression et d'irréversibilité du boire en alcoologie, constitue le creuset de la "révolution paradigmatique".

Ainsi de nombreux travaux, justifiant en 1977 une publication, par un groupe d'experts de l'OMS, d'un rapport technique proposant une autre conception de l'alcoolisme, avancent l'idée que certains sujets qui présentent une dépendance à l'alcool (malgré les possibilités de facteurs héréditaires et de vulnérabilité biologique), peuvent (re)boire de manière non pathologique.

Le modèle "apprentissage social" est ainsi proposé en alcoologie, remettant en question les notions de : dépendance progressive, perte de contrôle, irascibilité, les credos du modèle maladie.

L'opposition des concepts des deux modèles forme la crise paradigmatique.

En toxicomanie, n'en sommes-nous pas à ce même stade de "crise paradigmatique" ?

Sur le même adage que "qui a bu boira", il est convenu de penser "qui s'est piqué se piquera". Formule datant de la fin du siècle dernier, proposée devant les résultats décevants de guérison de toxicomanie à la morphine, actuellement les taux de guérison étant aux alentours de 25 %...

* p. 199

Les propos du Docteur Francis CURTET*, vis-à-vis de son ancien patron, témoignent de cette crise paradigmatique; CURTET reproche à OLIVENSTEIN d'avoir écrit (25)** qu'il existe des consommateurs d'héroïne qui contrôlent et gèrent leur consommation. Ce qui fait écrire à REISINGER : "avec un peu de recul aujourd'hui, nous pouvons constater que ces héroïnomanes "non désinsérés" vivent leur dépendance avec un peu plus de facilités que d'autres, mais qu'ils ont autant de difficultés que les autres à sortir de cette dépendance. D'autant plus que rien, dans le système de soins actuel, ne semble répondre à leur demande spécifique." (30)***

Mais combien n'ont jamais eu affaire avec le quadrillage médico-juridique ?

Ces cas, qui ne demandent rien aux institutions, et dont OLIVENSTEIN dit en avoir rencontré quelques-uns au hasard de la vie, ne reprennent-ils pas l'infirmité du modèle maladie appliqué systématiquement, un peu à l'identique de ce qui se passe dans le domaine de l'alcoologie ?

L'alternative ne serait plus entre punir et soigner, dont le rapport établi par Monique PELLETIER dit : "la loi n'a pu choisir entre deux conceptions : celle du malade et celle du délinquant, et qui ne veut à la fois guérir en réprimant et réprimer en guérissant" (14)**** ; mais que "c'est davantage dans l'examen de valeur intrinsèque de chacun des modèles, plutôt que dans la perpétuation de luttes intestines, que se trouve le filon à l'avancement de ce savoir et de cette pratique". (5) Louise Nadeau (Fondatrice du Certificat de Toxicomanie de l'Université de Montréal en 1978).*****

* CURTET F., 1982. Idées fausses sur la défonce. Flammarion.

** p.265

*** p.36

**** p.111

***** p.199

2) Le sida comme révélateur de crise

"La disponibilité des seringues et l'accessibilité aisée de la méthadone, apparaissent comme des facteurs corrélés avec la prévalence du sida chez les toxicomanes." (30)*

TABLEAU II : Influence de la politique de soins des toxicomanes sur l'épidémiologie du Sida dans neuf pays européens.

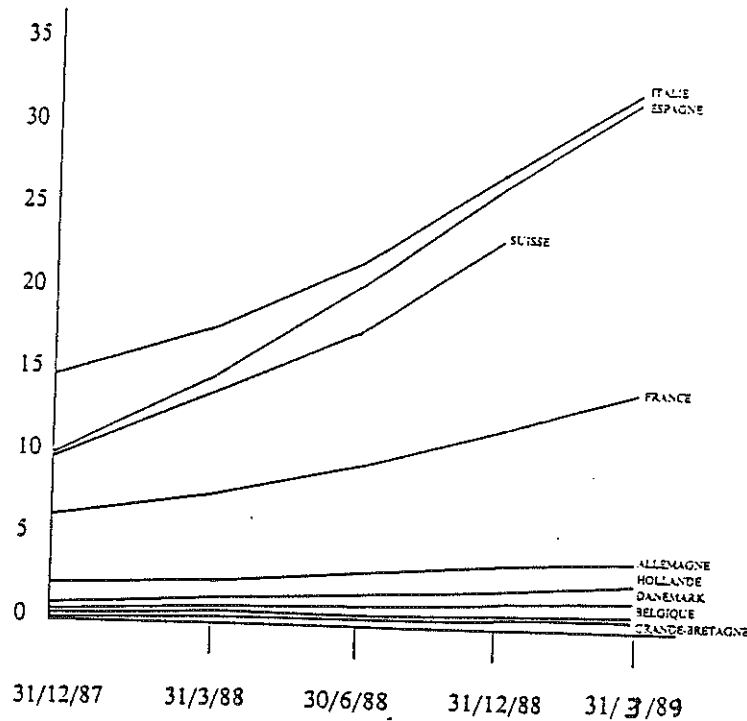
(Source des données épidémiologiques : Centre Collaborateur OMS Paris. Prévalences au 31/12/88 ; Sida pédiatriques : 31/6/88).

| PAYS | TRAITEMENT À LA MÉTADONE | | | SERINGUES EN VENTE LIBRE | CAS DE SIDA (par million d'habitants) | TOXICOMANES ATTEINTS DE SIDA (par million d'habitants) | CAS DE SIDA DÛS À LA TOXI- COMA- NIE (%) | TOXI- COMANES SERO- POSITIFS (%) | ENFANTS ATTEINTS DE SIDA (MÈRES TOXICOMANES) |
|----------|--|--|---|-----------------------------------|---|--|--|--|--|
| | DANS LES CENTRES SPÉCIA- LISÉS | EN DEHORS DES CENTRES SPÉCIA- LISÉS | TOXI- COMA- NES EN TRAI- TEMENT (%) | | | | | | |
| GB | + | + | 7,5 | + | 34,9 | 0,7 | 2,0 | 10-15 | 0 |
| BELGIQUE | + | + | 5 | + | 42,8 | 0,8 | 1,9 | | 0 |
| DANEMARK | + | + | 6 | + | 70,2 | 2 | 2,8 | | 1 |
| HOLLANDE | + | + | 25 | + | 47,5 | 3,1 | 6,5 | | 1 |
| RFA | - | - | - | - | 45,6 | 4,5 | 9,9 | 20-35 | 15 |
| FRANCE | - | - | - | - | 101,7 | 15,1 | 14,8 | | 28 |
| SUISSE | + | + | 5 | - | 93 | 24,6 | 26,5 | 50-60 | 7 |
| ESPAGNE | + | - | 5 | + | 55,5 | 33,4 | 60,2 | | 30 |
| ITALIE | + | - | 7,5 | + | 52,4 | 34 | 64,9 | | 48 |
| Moyenne | | | | | | 13,1 | | | |

TABLEAU III : Toxicomanes atteints de Sida.

(Par millions d'habitants).

(Sources : Données du Centre Collaborateur OMS Paris).



Ces tableaux, largement commentés par Reisinger (30), montrent l'influence de la politique de soins des toxicomanes sur l'épidémiologie du sida. Plus que d'une politique de soins, ne peut-on parler d'une politique, au sens général du terme ?

Analyse des tableaux

Le cas de l'Allemagne est significatif? D'après le parlement européen, le nombre de toxicomanes est moins fort en Allemagne qu'ailleurs, mais le taux de séropositifs au sida y est supérieur aux quatre pays du Nord (le nombre d'enfants, de mères séropositives toxicomanes, atteints de sida, confirme l'extension du virus HIV chez les toxicomanes allemands).

"La prévalence inférieure de la toxicomanie en Allemagne, pourrait être liée à la prospérité économique et au faible taux de chômage du pays, qui contribueraient à faire de la toxicomanie un phénomène marginal".

Etant donnée la durée d'incubation de la maladie, la prévalence actuelle du sida reflète essentiellement les conditions épidémiologiques présentes au début des années 1980. C'est en 1986 que les pays ont modifié leur politique en fonction du problème du sida/toxicomanie.

Quatre facteurs ont été envisagés pour expliquer le contraste nord/sud :

- 1° Le virus HIV a pénétré plus tôt dans les pays méditerranéens.
- 2° Ces pays du Sud ont un problème de toxicomanie plus important.
- 3° Il existerait des subcultures différentes et des réactions sociales différentes entre Nord et Sud.
- 4° Les pays du Nord ont un meilleur dispositif de soins des toxicomanes.

Ayant retenu cette hypothèse, Reisinger^{(30)*} propose 2 facteurs explicatifs qu'il analyse:

- 1° la disponibilité des seringues
- 2° l'utilisation de méthadone

"En conclusion, les pays où ces deux facteurs étaient positifs, ont une prévalence inférieure à la moyenne. Les pays où ces deux facteurs étaient négatifs, ont une prévalence supérieure à la "moyenne".

Voici ce qu'il en est du côté de la catégorie socio-médicale des toxicomanes. Mais qu'en est-il de cette contamination sociale ? En quoi le sida va-t-il déplacer "le regard social" de la toxicomanie, comme le fait celui des soignants ?

En reprenant l'exposition des modèles "ethico-politiques" de DERRIDA, celui-ci conclut que "dans ses données et dans ses limites, le code de ces paradoxes est promis à un séisme. Il y est en vérité déjà soumis". (22)** car le problème de la drogue est subordonné désormais à celui du sida. L'ennemi n'est plus identifiable socialement. La donnée technique du dépistage s'avère insuffisante de par le délai d'apparition, le

* p.151

** p.213

coût prohibitif etc... pas plus qu'il n'est délimitable - à la différence de celui de la drogue : par les faits de simple possession - c'est que ces deux modèles vont être soumis à une crise qui est celle de la "naturalité".

Cette crise existe de fait, à travers tous les problèmes biotechnologiques, à travers toutes les possibilités artificielles de manipuler la vie. "Comme si la limite entre la nature et son autre pouvait se laisser objectiver". Ces deux systèmes vont devoir revoir leur discours. Il va devoir y avoir un "déplacement de ces deux idéologies adverses à la fois en leur commun métaphysique".

En ce qui concerne l'avènement du sida, à la différence d'autres sujets comme la drogue ou l'insémination artificielle, des banques de sperme, des mères porteuses, de l'euthanasie, des greffes d'organes, du changement de sexe etc..., ce sont "les modes, le temps et l'espace de cette contamination de la mort" qui "nous privent désormais de tout ce que le rapport à l'autre, et d'abord le désir, pouvait inventer pour protéger l'intégrité et donc l'identité inaliénable de quelque chose comme un sujet dans sa séparation et son secret absolu (...), cette possibilité est donc installée au coeur du lien social comme intersubjectivité (...) mais le sida assure une lisibilité massive et effective, quotidienne (...) à ce que les discours canoniques (conclusion éthico-politique), dont nous parlions plus haut, devaient dénier, étaient en vérité destinés à dénier, construits qu'ils étaient par cette dénégation même" (22)*

Ainsi, le sida a considérablement modifié les perspectives sur la question des drogues. En faisant du sida l'ennemi premier, on ne pouvait laisser véhiculer - au risque d'une diffusion - le virus par la catégorie du "groupe à risque" des toxicomanes.

Il fallait dès lors accepter de voir ce groupe disparaître ou/et voir diffuser la maladie, en accord avec les principes de notre société démocratique, penser que ce groupe pouvait - devait - se prendre en charge, afin d'enrayer la progression du virus. L'obligation sanitaire devait, soit se résoudre à l'impuissance, à l'encontre de ses principes, soit éduquer.

Or éduquer n'est possible qu'à la condition que l'on considère l'être à éduquer comme responsable et autonome. L'Etat reconnaît tout à la fois sa faillite dans la gestion de l'interdit des drogues qu'il impose et reconsidère, d'une analyse nouvelle, ceux qu'il excluait comme marginaux et délinquants, en acceptant de les éduquer, ou en acceptant leur comportement.

Cette attitude de l'état ne fut pas celle de la Hollande où la seule transmission du virus de l'hépatite B, a suffi à justifier un programme de distribution de seringues stériles.

En France, l'état s'est retrouvé contraint à une "complicité" à laquelle il répugne.

Les bons résultats hollandais sur le "front" du sida rendant plus contraignante la démarche de l'Etat Français.

CONCLUSION

Est-ce le pressentiment de ce type de "déplacement" qui a fait agir les Hollandais plus vite que d'autres ?

"Dans le choix des attitudes possibles vis-à-vis de la drogue, les dirigeants néerlandais ont adopté successivement toutes les modes (...)" . Dirk KORF. Directeur du Centre d'Etudes de la Criminologie à l'Université d'Amsterdam (41)*

ou encore :

"Les néerlandais, comme les autres peuples, supportent mal les déviations sociales; or la toxicomanie est la barbarie extrême (...) quand des syndicats de toxicomanes se sont constitués à Amsterdam, nous ne partageons par leurs intérêts, mais nous avons jugé utile de les "encercler" par la négociation, en leur proposant - entre autre - de participer aux échanges de seringues". ENGELSMAN. Ministre de la Santé néerlandais (41)**

* p. 303

** p. 304

Nous sommes bien loin d'ARTAUD et de la réappropriation du "subjectif" - stratégie - pragmatisme - seraient-ils plutôt les mots d'ordre en Hollande ?

"Le terme "normalisation" sonne mal aux Français, car "normaliser" s'entend "rentrer dans le rang" et s'oppose au "droit à la différence"(...). Or la "normalité", au sens néerlandais, permet de mettre en lumière ce que présuppose, sans le dire, cette critique : si l'état considère comme "normal" la différence, celle-ci restera insignifiante. (...) Selon les néerlandais, l'état n'a pour rôle, ni de sanctionner les différences, ni de les "normaliser". La "normalisation" est conçue comme un processus social spontané : l'existence d'un groupe "différent" devient "normale" pour l'ensemble de la société, et ce groupe produit ses propres "normes" de fonctionnement" (24)*.

Il est vrai que des groupes d'experts en France n'ont accepté la remise en vente libre des seringues que contraints et forcés, car cherchant à influencer les "normes" du groupe des toxicomanes. Les experts ont hésité pendant deux ans (22)** et un "pharmacien sur deux refuse la vente des seringues aux toxicomanes" d'après ROZENBAUM - (impact médecin n°13 - Décembre 1991). Et comment le font ceux qui l'acceptent : avec des conseils, un dialogue ?...

Pour ce qui est des problèmes de distribution de méthadone, nous pensons avec Reisinger : "Nous ne voyons pas pourquoi il faudrait refuser de répondre à ces demandes (de traitement à la méthadone), sauf si l'on considère que le traitement à l'aide de médicaments n'en est pas un (en dépit des multiples évaluations réalisées à ce jour), ou si l'on estime que les toxicomanes doivent être privés du droit de choisir leur propre traitement. Espérons que l'épidémie de sida contribue à dissiper ces présupposés aussi peu rationnels que peu démocratiques" (30)***

Comment le social va-t-il intervenir ?

"C'est une question de volonté, de confiance, de mobilisation. Si on arrive à mobiliser tous les parents de ce

pays, pour qu'ils puissent se situer dans un dynamisme; le problème sera réglé (...). Ce n'est pas l'argent, mais la mobilisation des hommes qui gagnera l'argent de la drogue". G. DUFOIX - Le journal des pharmaciens et des laboratoires - (29 mars 1990).

Cette attitude est très éloignée des partisans d'une révision de la politique antidrogue qui "espèrent, eux, qu'une réglementation adéquate aura une influence favorable sur les normes de consommation". Ce n'est pas une résignation à l'impuissance qui est attendue, ni une volonté de se mobiliser dans une "logique de guerre, qui a pour corollaire le consensus, et pour adversaire, la démobilisation ou la trahison. La mobilisation, lorsqu'elle renvoie à une collectivité qui s'organise pour ne plus subir, a pour corrélat, la lucidité et l'imagination, et pour adversaire, les rapports de croyance et de fascination" (24)*.

Ainsi, il n'est pas ici question de "croire", pas plus qu'il n'est question d'envisager la loi comme toujours "mauvaise", en opposition avec un état sauvage "bon". Il s'agit ici de mettre en place des "lois humaines, des lois qui garantissent la responsabilité et donc la liberté de chacun". Marco PAMELLA - (Créateur de la ligue anti-prohibitionniste)**

* p. 99

** Revue n° 6 . p.158

CHAPITRE V
DROIT DE LA DROGUE ?

CHAPITRE V

DROIT DE LA DROGUE ?

I - DES USAGES ANCIENS ET MODERNES

II - DES USAGES AU REGIME DU DROIT

III - FONDEMENT DU DROIT DE LA DROGUE EN FRANCE

a) L'ARGUMENT MORAL

b) L'ARGUMENT PSYCHANALYTIQUE

c) L'ARGUMENT DE LA LIBERTE

IV - VOLONTES ET PROPOSITIONS ANTIPROHIBITIONNISTES

a) LES LIBERTAIRES

b) LE CAS ESPAGNOL : DEPENALISER

c) LEGALISER MAIS COMMENT ?

LE DROIT DE LA DROGUE

Avec l'événement du Sida, les états vont devoir se séparer de leurs stratégies punitives et de leurs cortèges d'exclusion, bousculés par ce qui est incontrôlable : la diffusion du virus.

La stratégie sanitaire de gestion de cet "incontrôlable", fait apparaître une composante nouvelle à la définition de la toxicomanie; en sus de la maladie vient s'ajouter l'idée d'un comportement social.

On peut penser que ce nouveau regard, introduit par la stratégie médicale, va modifier la représentation, la place même du toxicomane dans la société; en introduisant la notion de responsabilité dans l'acte de la toxicomanie.

L'acceptation de la toxicomanie comme un comportement est encore une conception qui apparaît dans la société sous la pression d'une menace - diffusion du virus - il ne s'agit pas encore de reconnaissance véritable. Cependant certains auteurs, telle Martine XIBERAS écrivent : "puisque la communauté des toxicomanes existe déjà virtuellement, qu'elle contient en son sein l'ébauche de rituels et de représentations qui tendent à protéger ses sujets, c'est sur ces tendances qu'il est nécessaire de parier. Renforcer la communauté, l'aider à se constituer en tant que telle, permettrait sans doute à des idées pour le moment dispersées et sans force, de se construire comme un discours cohérent de revendications" (43).

I - Des usages anciens et modernes :

Les civilisations anciennes faisaient des substances psychotropes, des usages qu'elles semblent avoir maîtrisés. On ne peut dire que le recours à ces substances ne met en jeu que la substance psychoactive et le consommateur.

"Le rapport substance/individus s'inscrit toujours dans un contexte historiquement et culturellement déterminé. Dès lors, l'usage de substance psychoactive est comme élément d'un ensemble plus vaste qui compte entre autres les valeurs,

les attitudes, les composantes, les conceptions de la réalité, les connaissances de l'individu consommateur et du groupe auquel il appartient, bref ce qu'il est convenu d'appeler la dimension culturelle. A ce vaste ensemble s'ajoute la dimension sociologique, avec des variables telles que le statut économique, le niveau d'éducation, le type de résidence (urbain, rural) auquel il faut ajouter le contexte économique et politique propre à chaque époque et à chaque lieu" (5)*.

Aussi nous paraît-il intéressant d'établir l'inventaire des similitudes entre les modes anciens et actuels de l'usage des produits psychotropes.

CHOISEUL-PRASLIN identifie quatre rubriques sur les similitudes (3)**.

- 1er) La volonté de "revenir" à une période antérieure et initiale de sa vie personnelle. Si aujourd'hui nous dévalorisons ce retour vers les premiers âges, l'inverse de l'adulte, les rites primitifs assuraient, eux, complètement ce retour aux sources de la vie.

"Il se dépouille de son enveloppe d'adulte pour retrouver l'état natif de fils du soleil, pour devenir semblable à un petit enfant (...) ce n'est pas assez de retrouver le paradis perdu de l'enfance : il faut être de "l'autre monde", les portes de la perception de la face spirituelle du monde" (11)***.

- 2ème) "La seconde rubrique consiste en une manière apparemment analogue d'abolir certaines distinctions, qui paraissent s'imposer de façon pressante dans la vie courante" (3)****.

- 3ème) Sur les rythmes de la vie sexuelle, l'on observe des moments d'exaltation et des moments d'abstinence. Les toxicomanes parlent souvent de l'équivalence entre le flash et l'orgasme.

* p.21

** p.198 et suiv.

*** p.149

**** p.200

4ème) L'abstinence sexuelle s'accompagne souvent d'abstinence alimentaire.

Nous pouvons dire que ces phases sont culturellement maîtrisées dans les rites d'initiation traditionnels ; à la différence des toxicomanes, et surtout qu'une fois arrivé à ces différents états, le retour n'est pas chez ces individus, programmé, ce qui laisse à penser qu'ils ne le font qu'involontairement :

"Nos modes de consommation et les modes primitifs comportent par ailleurs des différences essentielles, repérables, dans l'état psychique de l'utilisateur, dans ses relations avec la communauté et dans la fréquence de ses prises" (3)*.

Ainsi CHOISEUIL-PRASLIN note trois grandes différences entre les modes anciens et actuels de l'usage de produits psychotropes :

1) "La place" - Toute prise de produit psychoactif s'effectue dans un contexte de société et il n'y a de "voyage" que si l'on sait d'où l'on part. Ce positionnement est demandé ou précisé par l'initiateur. Or dans nos sociétés modernes, c'est bien souvent parce qu'il n'a pas de place, que le drogué s'adonne à sa drogue, "la drogue est l'antidote du désespoir. On se drogue non par désespoir, mais pour lui échapper" (22)** Or dans notre société nous consommons (drogue, médicament, nourriture ...) dans "le but de remédier au sentiment de ne pas être à sa place et de ne pas savoir comment se situer" (3)*** C'est "le manque" qui créerait le besoin ...

2) Les anciens ne font usage de substances psychotropes que de façon collective, ou dans ce sens. Ce qui est violemment combattu par la loi moderne, celle-ci jetant le drogué à "l'égoïsme" de son environnement (trafiquant, dealer...).

* p.202

** p.72

*** p.203

3) Le support culturel serait fondamental, or notre culture rejette l'idée d'une connaissance autre que par la raison. La pauvreté de notre imaginaire serait-elle à l'origine du "malaise du drogué ?"

L'on peut ajouter deux autres différences :

4) La mort, - parfois le retour n'a pas lieu, tant dans le voyage traditionnel que moderne, lors de la consommation de substances psychoactives. Mais pour l'un il s'agit d'un possible échec, tandis que pour l'autre ce serait une issue fatale, liée à l'idée même de toxicomanie.

Les doses, elles, sont perçues comme dissuasives et souvent décroissantes pour les anciens ; elle ne sont là que pour renforcer le psychisme à travers le rituel. La prise du produit est proportionnelle à l'effort exigé pour atteindre le but ritualisé, le résultat étant repéré et connu culturellement et communautairement. Mais il existerait une "politique dure, réservée à une minorité, et une pratique douce, à portée de tous. La première aurait une partie collective, la seconde serait limitée aux plaisirs individuels" (3)*.

Ainsi la loi ne servirait pas l'idée d'une consommation sans danger de substances psychoactives, mais renforcerait la toxicité du produit en influençant des comportements de rejet, d'appauvrissement etc ... en rapport avec la consommation de ces substances.

Incapable d'apporter une maîtrise de la diffusion des substances psychoactives au sein de la société, la loi, dans sa dimension répressive contrarierait un développement possible d'un "savoir faire", maintenant une sous-culture de la drogue.

Mais la loi pourrait-elle inverser une stratégie de la connaissance ? La loi dans sa formulation répressive est-elle à même d'affirmer "qu'aucune drogue n'est aussi stimulante que la tentation maîtrisée de la drogue" (41)** ? Y a-t-il opposition entre drogue et vérité ? En quoi serions-nous si

différents des "anciens", des "primitifs" dans nos recherches, nos questions sur la vie, pour admettre l'arbitraire de la loi?

II - Des usages au régime du droit :

Il nous faut reconnaître que la toxicomanie dépasse le cadre de l'expertise médicale. Le médecin n'a pas su et pu dégager un concept scientifique, sur l'usage des substances psycho-actives. Tout au plus les drogues ont elles-mêmes servi d'outils d'investigations psychiatriques et ont pu être classées de façon plus didactiques que scientifiques.

On peut noter que si toutes les drogues sont des psychotropes, tous les psychotropes ne sont pas des drogues, les classifications "scientifiques" étant connues dans le but d'une application médicale non pas juridique.

D'un point de vue juridique on peut dire que ces classifications "scientifiques" n'ont pas eu "d'incidence véritable (sur le droit), dans la mesure où les drogues ne sont pas classées par le droit en fonction de leurs effets sur le système nerveux central" (6)*.

En 1971 - l'OMS propose une classification, dont la principale faille provient de la volonté de ne pas y intégrer les drogues légales (tabac, alcool, ...), tandis que le rapport de M. PELLETIER contourne cet obstacle en proposant une classification "des principales substances à usages toxicomanogènes", appliquée à l'ensemble des drogues juridiquement contrôlées, licites et illicites. Mais "cela conduit à exprimer certains doutes sur leur bien fondé, d'autant que la dangerosité sociale des drogues licites ne le cède en rien à celle de certaines drogues illicites". Le rapport établi par Monique PELLETIER envisage la distinction entre drogue dure et drogue douce, mais estime que ceci est un "faux débat". (14)**

Or comme le note CABALLERO : "la distinction entre drogue dure et drogue douce recoupe donc presque parfaitement

* p.14

** p.141

celle entre drogue naturelle cultivée et drogue industrielle fabriquée" (6)*.

Pour sa part la convention de Vienne de 1971, cherche à établir la différence entre psychotropes et stupéfiants, le psychotrope étant défini en droit international par l'appartenance à la liste des psychotropes...

Ainsi le classement n'est pas fonction de la dangerosité sanitaire et sociale mais du critère de l'utilisation thérapeutique - médicale et scientifique - l'usage détourné y étant condamné.

Le refus de classement de l'alcool et du tabac parmi les psychotropes montre bien le caractère arbitraire de ce droit :

"En d'autres termes, ce n'est pas la notion qui commande le régime, mais le régime qui commande la notion(...), il en résulte des incohérences sanitaires et sociales de nature à affaiblir leur crédibilité" (6)**.

Le critère sanitaire, médical est détourné de sa vocation en servant de justification au droit, devenant ainsi inopérant dans sa formulation, (dont nous avons vu qu'il a fallu plus de 100 ans pour la mettre en place à travers le concept de toxicomanie), et devenant inefficace par son alliance avec le droit répressif.

Nous percevons bien que la notion entre drogues licites et illicites repose sur un critère économique, où le marché licite bénéficie de l'économie de marché et les drogues illicites des méfaits du trafic clandestin.

Ces considérations laissent à "imaginer les jeux de pouvoir et d'intérêt qui ont animé la grande foire d'empoigne que sont devenus les débats sur la drogues, débats d'ailleurs, qui se sont poursuivis pendant et après la convention de Vienne sur les substances psychotropes" (5)***.

Marie Andrée BERTRAND, professeur de criminologie à Montréal, identifie "ces groupes hostiles au changement dans les lois sur les drogues et favorisant donc la prohibition" :

- les corps policiers
- les grands laboratoires de produits pharmaceutiques
- les brasseries et les distilleries
- les compagnies de tabac (jusqu'à ce que certaines comprennent, par exemple, qu'elles pouvaient tirer parti de la législation et fabriquer des cigarettes de marijuana, ce qui fut, en 1970 et pour un bref moment, le cas de Virginia Tabacco, aux Etats-Unis).

- certaines associations de médecins
- les pharmaciens
- les alcooliques anonymes
- les narcomanes anonymes

et à un moindre degré :

- les associations de parents-maîtres, de psychologues, de magistrats de la jeunesse...

Pour T.SZASZ* la distinction entre drogue licite et illicite reproduit en définitive le clivage Nord-Sud. Au Nord les drogues licites - au Sud les drogues illicites.

On peut remarquer que nombreuses sont les drogues de synthèse classées comme stupéfiants (héroïne, cocaïne, LSD, ...) mais on ne peut nier que "les psychotropes traditionnels du tiers monde (opium, cannabis, coca, ...) sont en effet les victimes d'une discrimination historique par rapport aux psychotropes acceptés en Occident (tabac, alcool, tranquillisants) (6)**

Ainsi le régime des drogues licites reste longuement dominé par des critères économiques au détriment des impératifs sanitaires.

* Les rituels de la drogue - Payot - 1976

** p.36

D'un point de vue juridique, du début du siècle à 1961, date de la convention unique, l'on observe :

- une extension de "l'universalité" du mouvement répressif
- une diminution des restrictions et prérogatives pour certains pays
- une augmentation de la liste des produits soumis à contrôle
- un renforcement des contraintes et sanctions relatives aux stupéfiants
- une extension des mesures de contrôle de la source productrice des produits
- une limitation et restriction de l'usage scientifique et médical
- une mise en place d'un organe permanent qui centralise les données - les échantillons - contrôle les exportations et importations, et les soins
- une mise en place d'une aide financière.

De la convention unique de 1961 nous dirons que :

- 1) seulement 115 pays sont signataires (non signataires en 1991 : Chine - Bolivie - Uruguay - Libye - Soudan - Laos ...)
- 2) 108 plantes et substances sont classées en 4 tableaux
- 3) Un seul article mentionne le toxicomane : lors de l'imposition de la création de service de soins, (dans la mesure où les parties signataires ont les ressources qui le permettent).
- 4) Mise en place d'une organisation mondiale assurant la coordination de la répression : l'organe central.

Ainsi, la totalité des pays n'adhère pas à la convention. De nombreux pays du Sud font valoir des réserves dans leur adhésion, trouvant la convention injuste. Ainsi le protocole de Genève en 1972 "infléchit la convention unique dans un sens plus rigoureux, sans toutefois donner vraiment

satisfaction aux thèses américaines" qui demandent un renforcement des pouvoirs de l'organe sur les pays producteurs. Sont acquis le principe de l'arrachage de culture illicite et les mesures d'extradition pour les trafiquants, mais le contrôle de l'organe ne peut se faire qu'à travers les structures des Etats (3)*.

En France, le texte de référence reste la loi du 31 décembre 1970 "qui s'ordonne autour de quatre principes qui sont le fruit de compromis entre "les médecins" d'un côté et "les magistrats" de l'autre". rapport SULLEROT - 1989.

1er principe : l'usage de drogue illicite doit être réprimé.

2ème principe : l'usage de tous les stupéfiants est interdit.

3ème principe : priorité à l'action médico-sociale (le toxicomane est un malade avant d'être un délinquant, ce principe est devenu "l'injonction thérapeutique").

4ème principe : anonymat et gratuité des soins.

La première partie de la loi relative à la répression du trafic a été modifiée en 1987, en renforçant la répression, tandis que "la seconde partie, relative aux usagers toxicomanes(...) n'a pas été modifiée depuis près de 20 ans(...) les projets de modification qui ont été évoqués en 1986 et abandonnés en 1987 ont été l'occasion de constater un attachement des parlementaires de tous horizons à cette loi, pourtant très mal connue" (42)**.

Nous allons voir quels sont les fondements de cette loi "très mal connue" dont le rapport SULLEROT dit qu' "en dernier ressort, sa (la loi) justification-même repose sur le postulat que la toxicomanie est une maladie que l'on doit traiter et que l'on sait traiter" (??)

Nous l'avons dit, la toxicomanie n'est pas une maladie, sinon comment comprendre les seuls 30% de réussite annoncés par les médecins, et autres thérapeutes?

Les arguments sont autres que "sanitaires", pour justifier cette législation prohibitionniste.

* p.55

** p.66

III - Fondement du droit de la drogue en France :

Les arguments favorables à la législation actuelle en matière de drogue sont issus de trois approches : morale, psychanalytique, philosophique.

a) L'argument moral :

Le plus ancien et encore le plus important des fondements du droit de la drogue. Il a sa source dans la morale protestante du XIXème siècle, qui fait de l'abstinence un idéal de vertu. Cet idéal justifie la prohibition - qui veut faire de la suppression de l'offre, la réponse au "problème" de la drogue.

La modération est injustifiée, car la nature humaine est faible, mais surtout face à un idéal, l'absolu est la valeur fondamentale. Peut-on mentir un peu? Peut-on mentir raisonnablement? Non car le sens de l'absolu serait perdu.

A cette morale prohibitionniste, on peut dire que s'est substituée une morale de modération, d'autant que les interdits sociaux ont notablement reculé (sexe, jeu, avortement, homosexualité, euthanasie ...)

De plus toute consommation n'aboutit pas à un abus. Sans compter que la mise en pratique de cette morale n'a pas offert, dans l'histoire, de réalisation concrète :

- l'histoire de la prohibition du tabac ayant échoué en Russie, sous le Tsar Michaël FEDOROVITCH, ou dans l'empire Ottoman sous le Sultan MOURAD IV, ou en 1691 en Allemagne à LUNEBERG ; comme le GIN ACT de 1736 n'aboutit qu'à une augmentation de la consommation de la bière en Angleterre, ou à une substitution par l'éther en Irlande; ou encore "en 1984, chaque américain consomme 8 litres d'alcool par an, presque comme en 1906...

Nul ne s'en soucie plus. La drogue trouble le sommeil de la Majorité Morale. L'alcool coule à flot et n'empêche plus personne de dormir" (2)*

* p. 408

La morale aurait-elle affaire avec l'intérêt particulier? N'y-a-t il pas à distinguer entre le droit et la morale? Les antiprohibitionnistes invoquent les valeurs de tolérance et le respect des droits de l'homme; tandis que Thomas SZASZ veut plaider "pour la fin de la plus longue guerre de XXème siècle : la guerre contre la drogue", qu'il qualifie d'immorale! Car cette guerre est "un rituel séculier qui amuse, fascine, terrorise et satisfait aujourd'hui tout comme les combats de gladiateurs et les miracles chrétiens fascinaient et satisfaisaient les romains" (Revue 3)*.

Tout comme est invoquée la tolérance dans la remise en cause de la rationalité :

"S'il y a pourtant un problème de drogue, c'est qu'il est défini comme tel par les instances qui ont le pouvoir et dont on ferait bien d'examiner les méthodes, les préjugés et les intérêts. Je ne m'attacherai qu'à la méthode, qui repose sur la primauté de la conscience rationnelle et de la causalité scientifique - par définition, en sont exclus les états de conscience qu'on attribue aux enfants, aux fous, aux femmes, aux primitifs et aux artistes" (5)**.

b) L'argument psychanalytique :

La loi serait "un point de repère structurant des jeunes en difficulté. Les jeunes en difficulté ont en commun d'avoir des parents qui ne les ont pas aidés à intégrer la loi au sens profond. L'interdit au dire des psychiatres a un effet structurant sur les jeunes". Rapport établi par M^{me} TRAUTMAN***.

Il y aurait ainsi adéquation entre la loi symbolique et la loi juridique, cette dernière assurant ce que la famille n'a pas su faire : marquer l'interdit - la loi du juge compenserait la loi du père.

Nous constatons que cet argument est très développé en France, et qu'il ne fait pas l'unanimité chez les psychanalystes et chez les juges Apap -(revue n°6).

* p.74

** p.17

*** p.205

Cette consécration au rôle d'expert de la psychanalyse vis-à-vis de l'Etat, ne ferait que renforcer l'effet de transgression pour certains toxicomanes.

"Tout système juridique implique sanction carcérale, surveillance policière tatillonne, et non seulement inutiles mais encourage, excite les toxicomanes pas encore invétérés à narguer par jeu un tel système et donc à persévérer" F.DOLTO*

On remarque donc un désaccord sur ce jeu d'identité entre loi juridique et psychanalyse, mais aussi une complexité accrue dans la pratique du psychanalyste vis-à-vis du toxicomane par l'introduction de la loi dans la Loi symbolique :

"Le mythe du père social que croit devoir jouer la justice confirme, chez ces adolescents vrais ou restés tels, le rôle fascinant et dérangeant qu'ils jouent et qui flatte encore leur narcissisme aux heures de leur lucidité" F.DOLTO*

L'interdit légal ne serait pas en faveur d'une simplification du déroulement d'une thérapie...

Le risque existe aussi de ne pas cesser d'intérioriser le discours de la société, d'où la difficulté de s'en détacher (par la dépendance à ce discours et aux acteurs de ce discours), s'il y a création d'une transgression par la loi, la loi en créant le système consommateur-vendeur, aurait créé "en plus de sa fonction économique une fonction psychique" en satisfaisant par la manipulation le désir et le besoin du toxicomane (3)**

L'on peut aussi constater que la double identité de la loi, introduit un réductionnisme dans les rapports du toxicomane à la drogue. En affirmant l'unicité de cette double identité de la loi, n'est-il pas affirmé que seul le comportement du toxicomane est en jeu dans sa relation à la drogue?

* F.DOLTO préface à Eduardo VERA OCAMPO - l'envers de la toxicomanie - Paris - Denoël - 1989 - P20-21 ; In 3 p.191

** p.190

Le drogué ne serait ainsi victime que de lui-même, effaçant de ce fait tous les intérêts, les enjeux sociaux et économiques dont il est l'objet. Poser cette unicité des lois revient à nier l'environnement du drogué. En pensant qu'il ne fait du mal qu'à son propre arbitre, n'est-ce pas oublier qu'il fait du bien à d'autres (mafia, expert etc...) (21) (37).

Par la consécration du psychanalyste en expert, on fait du viol de la loi, le viol de la loi symbolique, mais cette transposition, cette extrapolation peut-elle s'appliquer à tous les toxicomanes? Cette analyse ne s'applique-t-elle pas surtout "au type de patient qui peuvent franchir la porte de leur (psychanalyste) cabinet et à cette toxicomanie-là. L'on parle avant tout de ce que l'on rencontre soi-même" (3)*.

Ainsi le psychanalyste n'est il pas en train d'oublier la singularité de son savoir? :

C'est qu'une élucidation de ce genre ne vaut qu'à l'intérieur du processus analytique et ne constitue en rien une vérité générale exportable" (24)**.

De plus si pour ces toxicomanes il y a nécessité de transgresser cette loi symbolique, ne pourraient-ils le faire autrement? La loi ne jette-t-elle pas le drogué/transgresseur dans les mains de son dealer et du système des organisations criminelles? La loi ne "pousse-t-elle" pas à transgresser de cette façon, justement en posant son interdit ici - entre loi juridique et loi symbolique?

Au juge l'on pourrait répondre que tout interdit moral n'est pas systématiquement devenu interdit juridique. Exemple de l'inceste entre deux adultes, qui n'est pas puni par la loi mais l'est socialement. De plus l'interdit judiciaire ne s'applique pas de façon identique entre la loi civile et la loi pénale. Pourquoi choisir le pénal?

"L'appel à l'aide" du drogué comme justificatif de la loi. La recherche du père, comme structurant social - apparaît

être "une curieuse dérive au sein d'un pays démocratique qui confère à l'Etat un rôle "paternel" que la psychanalyse lacanienne se refuse d'ailleurs d'attribuer à quiconque, elle qui tire justement une partie de sa puissance fascinatorie de ne pas confondre le père et le papa, le phallus et le pénis, l'instance du surmoi et les différentes autorités incarnées en ce monde" (24)*.

c) L'argument de la liberté :

La pertinence et l'efficacité de la présence du juge et du discours du droit face aux toxicomanes serait "non pas la répression qui les accompagne mais par utopie de la liberté qui les fonde(...) l'usage de substances portant atteinte au libre arbitre est contraire aux impératifs d'autonomie et de dignité de la personne humaine(...) il existe un droit de regard sur l'intime quand celui-ci est destructeur(...) le juge a à proposer ce projet "civique" c'est-à-dire de la cité, ce qui signifie l'autre, mais aussi la fin de l'absence" ; nous dit D.CHARVET, ancien directeur du M.I.L.T (22)**(35).

Or "à suivre ce raisonnement, la conclusion s'impose : Ce ne sont pas tellement les consommateurs de drogues illicites, mais tous ceux qui "s'absentent" grâce à tout produit quel qu'il soit (ou sous produit du tout), qui devraient rencontrer le juge" (22)***

Ainsi le juge serait en prise avec l'intime, le juge devient thérapeute. Punir/soigner - La loi devient non pas respect mais adhésion. N'y a-t-il pas "confusion entre le pouvoir judiciaire et le pouvoir policier" or en société démocratique la séparation est de principe. Après l'injonction thérapeutique, il y a "injonction paradoxale à l'assujettissement à l'autonomie". N'est-on pas plus près d'un pouvoir totalitaire dans ce type d'ordre que celui d'une société libérale qui "reconnait à chacun le droit d'agir librement, si périlleux que puissent être ses choix individuels, à condition que ceux-ci ne comportent pas de risque à autrui" (3)****

* p.67

** p.68

*** p.69

**** p.100

L'injonction thérapeutique porte en elle ce paradoxe du juge qui ordonne les soins alors qu'aucun soin ne peut avoir de réussite s'il n'est pas accompagné d'une démarche consciente et volontaire du toxicomane :

"C'est chose illusoire par exemple que d'envisager la prise en charge de sujet qui se trouve en pleine lune de miel avec la drogue. S'il "plane" ou perd son temps. Il n'y a en l'occurrence, qu'une seule démarche utile : prendre date et leur annoncer ce qui les guette, de sorte que, le moment venu ils verront que nous connaissons notre affaire et auront confiance en nous." OLIVENSTEIN (25)*.

N'est-il pas plus pertinent dès lors de revenir à une notion du droit comme "technique de solution pacifique des conflits (...) instrument de travail quotidien (qui) organise la traduction de situations de conflit" ; ou le juge retrouverait son rôle de garant de l'esprit sur la lettre et en face de lui "un sujet individuel autonome et que celui-ci se situe personnellement par rapport à cette règle".

Mais alors le pouvoir doit accepter "l'existence de ce sujet individuel de droit" (3)**.

Dans l'éventualité d'une révision de la logique actuelle de la loi - quelles seraient les solutions des antiprohibitionnistes ?

Quelles drogues vendriez-vous ? Qui vendrait ? A quel prix ? Avec quelle concertation ? Et aux enfants ?..

Toutes ces questions ne reflètent-elles pas, plutôt qu'une véritable interrogation, une logique. La logique qui porte à ces questions, est issue de la finalité des chemins de la drogue. Est-il possible d'imaginer un système qui soit une remise en cause de l'Ordre - réseau de compréhension et d'explication de notre monde - sans trahir les prémices de cette remise en cause : tolérance, respect de l'autre, ouverture aux désirs de l'autre...?

Pour SZASZ, "en fait, étant donné que cette guerre est une guerre contre les pulsions profondes de l'homme, elle ne peut, dans le sens le plus significatif de ce terme, être gagnée". (Revue n°3)*

Tandis que pour Bruce K.Alexander, "la véritable naïveté de ce siècle, c'est de croire qu'il puisse exister des solutions belliqueuses à de profonds problèmes de structures" (Revue n°3)**

IV VOLONTES ET PROPOSITIONS ANTIPROHIBITIONNISTES

Les réformes peuvent se situer sur une palette aussi large que la remise en cause de nos fondements culturels jusqu'aux propositions de révisions des structures des institutions.

a) Les libertaires

Nous avons noté que certains antiprohibitionnistes situaient leurs critiques dans le champ du culturel, envisageant un modèle qui serait "le droit de se droguer".

On peut citer parmi eux Timothy LEARY et SZASZ.

Les approches doctrinales de Timothy LEARY, veulent voir dans la drogue, le moyen, en les domestiquant, de faire émerger d'autres niveaux de conscience. Le modèle qui s'en approche, est celui de "l'usage socialement intégré" qui, en faisant la distinction entre l'usage et l'abus, parie sur les capacités humaines d'organiser un contrôle social des effets des drogues. L'information suffirait à éviter l'abus...

D'autres auteurs s'attachent à reprendre la distinction existante dans le droit de la drogue entre usage et trafic, et cherche à proposer une "restructuration" du système, en introduisant une libéralisation dans tel ou tel domaine de la loi.

* p. 75

** p. 47

Si on s'accorde avec le rapport établi par Mme PELLETIER, qu'il est vrai que la répression de l'usage de la drogue, pour peu que l'on veuille en expliquer le bien fondé, ne semble pas reposer sur des bases incontrôlables" (14)* ; il est intéressant de voir ce qu'il advient dans un système où la dépénalisation touche l'usage : le cas espagnol.

b) Le cas espagnol : dépénaliser

En Espagne la réglementation assimile l'alcool à un stupéfiant - ou vice versa - pour ce qui est de l'ivresse en matière de conduite automobile depuis 1950.

La loi du 25 juin 1983 mit fin à la discussion de la loi de 1971 qui incriminait "la culture, la fabrication, la préparation, le transport et la détention, la cession à titre gratuit ou onéreux, ou de façon générale le trafic de drogue toxique ou stupéfiant ainsi que tout acte visant à promouvoir, favoriser ou faciliter leur usage" (article 344 code pénal). Le mot détention pouvait être interprété dans un sens large donc à usage personnel ou plus restrictif à usage de trafic.

La nouvelle loi faisant apparaître que "la possession pour usage personnel est définitivement exclue du champ de l'incrimination" (3) ; de plus aucune quantité n'est fixée à la différence de la Hollande, et la répression est atténuée dans le cas de trafic de stupéfiant. Fait aussi très important, la loi se refuse à distinguer entre les catégories de produits. Ce qui a conduit à une augmentation de la demande, au profit des organisations criminelles, le nombre de décès par overdose à l'héroïne ayant augmenté de façon dramatique :

1981 : 34.

1986 : 189.

La loi du 24 mars 1988 tente de renforcer les peines pour le trafic mais aussi ceux qui profitent financièrement du trafic - bien qu'aucune mesure de confiscation ne soit prévue, étant ainsi moins répressive que la loi américaine ou française.

"Il convient de dire que c'est de façon tout à fait démagogique que les gouvernements se préoccupent des organisations criminelles spécialisées dans le trafic de drogue." (revue n°6) - Sanchez GARCIA (Fonctionnaire de police dans la répression du trafic des drogues en Espagne).

La solution espagnole paraît la plus dangereuse d'un "libéralisme" sans garde fou. Il n'est donc pas concevable actuellement de considérer la drogue comme inoffensive - on ne peut s'en "remettre à la loi pour nous débarrasser des drogues" (2).*

Dépénaliser partiellement ou en totalité, laisser place au trafic. L'idée même de n'agir qu'en dépénalisant n'est-elle pas nourrie d'une lassitude des forces répressive devant leur échecs ou d'une méconnaissance des relations entre toxicomanes, vendeurs, organisations criminelles ?

Peut-on parler de la demande en occultant l'offre?

De son côté la Hollande, nous l'avons vu, a choisi la voie de la dépénalisation de l'usage tout en renforçant la répression vis-à-vis de l'offre, du trafic. Ici c'est le juge qui est institué arbitre des rapports sociaux ...

A la différence de la dépénalisation qui se satisfait de la tolérance des autorités judiciaires et répressives, la légalisation demande que soit impliquée la commercialisation dans la loi.

c) Légaliser mais comment? :

La légalisation peut être l'objet d'une revendication culturelle ou sociale, l'exemple en est le NORM (National Organisation for Reform of Marijuana Laws), créée dans les années 60 ou à travers le mensuel américain "High Times" véritable "bible" de cotation de marijuana "on y trouve la cotation de l'herbe au gramme ou à l'once, des concours pour les meilleures graines de l'année ou des publicités sur les

avantages des champignons hallucinogènes à la maison".
 (3) ou du C.I.R.C.* (Collectif
 d'Information et de Recherche Cannabique) en France.

D'autres auteurs insistent sur la nécessité économique d'une légalisation, il faut ruiner le trafic illicite et répondre aux besoins du marché, c'est la ligne éditoriale adoptée depuis mars 1988 par "The Economist" - et dont Milton FRIENDMAN est le théoricien. Pour ces derniers, le seul enrichissement légitime doit être réalisé dans l'ordre marchand, celui-ci étant assimilé à un ordre spontané où les lois de l'offre et de la demande seraient seules capables de réguler les rapports sociaux. En centrant le problème sur le plan économique, les antiprohibitionnistes ont induit une réaction immédiate des Etats au sommet de l'Arche, en décidant la création d'une commission chargée de traquer l'argent sale...

La légalisation du cannabis pourrait servir de banc d'essai, mais la "guerre à la drogue" n'est-elle pas elle-même une conséquence de la "guerre économique" dont les bases sont le libéralisme ? Faut-il redouter une troisième guerre de l'opium??

Ces thèses libérales posent bien sûr le problème de l'approvisionnement face à la demande. Où la demande trouverait-elle à s'approvisionner ? Y aura-t-il de la publicité ? Qui fixera le prix ? Pourra-t-on conduire sous "l'influence" de ce produit ? Faudra-t-il se faire immatriculer ? Qui décidera de la prise ?

Le problème principal n'est-il pas de s'accorder qu'il n'y a pas pire système que le marché noir, aux mains des organisations criminelles pour le toxicomane et pour la société?

La légalisation n'apparaît pas comme "la" solution à la demande de drogue mais comme un système moins pire. C'est ce que propose Francis CABALLEROS dans sa théorie du commerce d'état passif :

* C.I.R.C. 118 - 130 Iv. J.JAURES - 75169 Paris Cedex 19.

"La solution proposée intermédiaire entre la prohibition irréaliste et la banalisation irresponsable, peut se caractériser sur le plan théorique par l'idée de commerce passif... (qui) est un commerce privé de certains attributs du commerce actif et fonctionnent suivant certaines règles spécialement adaptées à la dangerosité des drogues" (6)*.

Par le biais d'un monopole, passant des contrats de production qui contrôlent ainsi les cultures ou les synthèses, le commerce international est contrôlé et les opérateurs clairement repérés.

La commercialisation se ferait sans la reconnaissance du droit de marque, ce qui empêcherait la fidélisation d'une clientèle et la promotion des produits, ce qui faciliterait l'interdiction de cette dernière, quelqu'en soit le type (démarchage, parrainage etc...). Les lieux de distribution ne devant porter ni enseigne, ni accès sur la voie publique.

L'information des consommateurs devrait être plus incisif qu'une simple "note" - on peut imaginer une mention spéciale "ceci est une drogue" sur le conditionnement, ce qui donnerait à celui-ci une présentation adaptée à la dangerosité du produit.

"Cependant, les dérives sont à craindre. L'expérience montre qu'une activité commerciale licite cherche toujours à utiliser les moyens modernes de communication pour étendre sa clientèle"; il en est ainsi du tabac et de l'alcool. Aussi F.CABALLEROS suggère d'appliquer un principe de réparation médiatique - une sorte de droit de réponse dans les médias accordé aux organisations de lutte contre la drogue.

Le statut de l'utilisateur serait défini par la loi, avec interdiction de provocation et d'incitation, notamment pour les mineurs ainsi que l'obligation d'un usage discret hors des lieux publics, les infractions étant punies selon les termes du droit commun.

L'usage pourrait être contrôlé pour les drogues dures par une délivrance médicale, ce qui "est impensable pour les drogues douces" (6)**.

L'idée d'une application de la théorie du principe "qui nuit. paie" pourrait se traduire par une taxation proportionnelle à la dangerosité sociale - une vignette antidrogue, le coût social de la toxicomanie étant, partiellement, pris en charge par les toxicomanes et non réparti sur la collectivité des assurés sociaux non responsables (6)*.

Mais le prix ne devrait pas entrer dans le compte de l'indice des prix, tout comme la "vignette". "Cette exclusion permet d'agir sur l'offre et la demande sans être soumis à d'autres contraintes que les impératifs sanitaires" (6)**.

Il apparaît que l'application de la théorie du commerce passif aux drogues licites correspond en partie à celle des produits pharmaceutiques, mais pour ces derniers, la libre circulation est reconnue comme un droit d'où : droits aux marques, publicité médicale...

La réglementation qui s'en approche le plus, est réalisée en Hollande, mais le trafic, comme l'importation y reste prohibé donc aux prises des organisations criminelles.

Mais les questions que nous nous posons face à la mise en place d'une réglementation de type antiprohibitionniste ne pouvant trouver de solutions qu'à la faveur d'un débat auquel Claude OLIVENSTEIN appelle, mais qui actuellement n'a pas lieu...

"En l'état actuel de la société française, toute mesure de libéralisation serait horriblement mal perçue...on risque de fragiliser et de faire basculer dans le camp des répressifs une frange importante de la population(...). Je pense qu'un jour on le pourra..." (22)***

Contribuer à ce débat, l'animer, le provoquer n'est-il pas un enjeu d'avenir pour les pharmaciens ?

* p. 131 / 195

** p. 129 / 195

*** p. 38

CONCLUSION

CONCLUSION

Ce travail s'inscrit dans la volonté de connaître l'origine des rapports entre les professions de santé et les drogues, mais aussi de comprendre ce qui motive les vues répressives de la loi en matière de drogue.

Au cours de nos premières lectures qui nous ont permis de donner des éléments de réponse à nos interrogations formulées dans notre introduction, nous avons rapidement vu combien le phénomène drogue était une interrogation sociale éclatée : la compréhension du phénomène renvoyant à divers thèmes. Une analyse peut s'envisager par comparaison des arguments développés à travers chacun de ces thèmes. Deux approches dominent les débats : le prohibitionnisme et l'antiprohibitionnisme.

Ces deux approches se voulant des réponses à la volonté d'endiguer, voire d'éradiquer, les drames que génère la drogue.

Ces deux réponses se réfèrent toutes deux à un modèle juridique qui organise les rapports entre le produit et divers acteurs sociaux, mais de façon contradictoire dans leurs principes.

A l'attitude prohibitionniste correspondent les politiques menées depuis le début de ce siècle de par le monde; tandis que l'attitude antiprohibitionniste n'est pas encore appliquée de façon globale par un Etat. Peuvent seulement y être assimilées certaines pratiques menées ici et là.

Comprendre l'une et l'autre de ces attitudes était l'objectif que nous nous sommes donnés pour but dans ce travail, en faisant la synthèse des principaux arguments et en les analysant en parallèle à travers les discours économiques, médicaux, sociologiques et juridiques.

Si nous avons emprunté dans la première partie la trame du discours économique, ce n'était que pour mieux préciser les conséquences contradictoires qui surgissent en considérant soit l'étape de la production, soit celle de la consommation comme l'étape la plus importante liée au phénomène drogue.

L'histoire récente nous a chargés de la lourde responsabilité d'avoir à assurer les conséquences d'une diffusion mondiale du commerce de la drogue. La loi actuelle s'est mise en place comme une réponse au phénomène de consommation en Occident. En faisant de l'étape de la commercialisation (production-transport-distribution), l'étape motrice du phénomène drogue, les antiprohibitionnistes considèrent que la consommation doit bénéficier d'une législation non répressive.

Dans la première partie de notre travail, nous avons montré combien était important le risque d'une extension de cette production par le passage des rendements agricoles à des rendements chimiques.

En mettant en perspective les formes de production actuelles et futures de quelques drogues, nous avons vu les difficultés, voire l'impasse, que rencontrent les politiques prohibitionnistes, cela malgré une répression qui semble atteindre son paroxysme dans une véritable "guerre". Cette guerre à la drogue a été intensifiée depuis 1980, avec des moyens énormes. Nous avons vu combien les pratiques guerrières en matière de drogue peuvent être des alibis d'autres volontés et servir d'autres intérêts que ceux d'une éradication du problème drogue, suivant l'avis de divers observateurs.

Il existe aussi des risques importants pour la justice démocratique par la reconnaissance du droit d'exception dans la loi, comme ce fut le cas en France avec le droit d'infiltration des réseaux, accordé aux forces répressives (douane et police). Une opération d'infiltration ne peut

exister que sur une longue durée, donc dans un premier temps , on laisse prospérer le trafic afin d'en connaître les ravages (34).

Ce droit est même étendu aux U.S.A., à un droit de provocation et d'incitation, qui consiste à introduire de la drogue sur le marché pour démasquer une filière, c'est le "sell and bust" (je vends et j'arrête) qui complète le "buy and bust" (j'achète et j'arrête).

Si le risque est de voir un jour un flagrant délit dans lequel le vendeur sera un policier et l'acheteur un douanier (!), il l'est surtout de voir les pratiques d'exception être cautionnées par la loi sous prétexte que l'on ne fait pas d'omelette sans casser d'oeufs (!).

Sur le terrain de la production, l'échec de ces politiques guerrières est patent :

- du fait de l'établissement de connections de plus en plus étroites et multiples entre groupes d'acteurs licites et illicites (banques - mafia - politiciens) (38).
- du fait d'un recours fréquent à des pratiques illégales devant les pressions économiques internationales (ex : dette des Etats).
- du fait d'une augmentation et d'une diversification croissante et continue, de la production de drogues s'appuyant sur une technologie des plus modernes.

Si le front de la production semble de plus en plus difficile à endiguer; sur celui de la consommation, la loi ne semble pas donner des résultats plus évidents.

Si le monde de la drogue n'est pas contrôlable par les moyens que mettent en jeu les principes de la loi actuelle, nous devons nous poser la question de savoir s'il peut être contrôlable et comment ?

Ainsi nous nous sommes intéressés à approfondir les propositions des antiprohibitionnistes. Nous avons cherché à évaluer de façon synthétique leurs démarches dans les domaines médical, sociologique et juridique, et à présenter quelques répercussions possibles d'une modification de la loi dans ces mêmes domaines.

Mais ouvrir le débat au sein des professions de santé nous semble désormais la démarche la plus logique à mettre en oeuvre devant ce qu'il est convenu d'appeler actuellement le "problème de la drogue".

Remarquer qu'il n'y a pas de débat public actuel sur ce thème est une évidence, adhérer au consensus qui s'affiche à travers les slogans des diverses campagnes antidrogues, semble la seule nécessité demandée. Or être contre la drogue ne semble pas lié à l'adhésion à de tels slogans et encore moins à une adhésion aux politiques prohibitionnistes.

Dans le milieu médical, un germe de débat existe actuellement et se situe sur le thème du traitement du drogué par les méthodes de substitution à la méthadone ou autre.

Nous l'avons vu, le problème de la drogue n'est pas celui de la consommation, et dans l'étape de la consommation, tous les usagers ne relèvent pas du pouvoir médical. Le recours à la drogue semble parfois doubler le recours à la maladie :

"La maladie, l'état de maladie plutôt, car il n'est pas nécessaire d'être objectivement malade pour se sentir malade, devient un recours tout à fait comparable à la toxicomanie ou à l'alcoolisme. Etre reconnu malade par son groupe est une manière de retrouver une identité sans avoir à satisfaire aux critères impitoyables de la lutte sociale, c'est une parenthèse autorisée" (38). Le drame du recours à la drogue, c'est aussi celui de ne pas satisfaire à une parenthèse autorisée.

Là aussi, comme pour la maladie, l'on ne fait pas semblant longtemps, "il y a toute la pression sociale qui renforce le signifiant. Le cauchemar commence lorsqu'au lieu de retrouver une identité, on retrouve à la perdre..." (38)

D'où vient l'attachement des professionnels de soins à la politique prohibitionniste ?

Peut-être au fait qu'ils ne sont plus moteurs dans la construction du problème, cela à cause des résultats des traitements...

Ce que l'on peut dire des résultats, c'est qu'ils interrogent la cohérence interne du discours médical. Dire d'un traitement thérapeutique qu'il est efficace à environ 30% n'est-ce pas avouer les 70% d'échecs ? Si la loi semble permettre une moralisation des relations avec la drogue, et conforter l'idée d'abstinence, s'attacher à l'esprit de la prohibition, n'est-ce pas partager la croyance qu'aux 30% de succès des traitements pourraient/devraient s'ajouter 30% de succès de morale médicale ? Resteraient encore 40%...

L'insuccès des traitements est une menace pour la cohérence du discours médical, cette menace n'est-elle pas une remise en cause des "règles du jeu" ?

Répondre par l'affirmative à cette question "est plus abstrait que la demande habituelle. Il est plus concret d'accuser des personnes que des règles du jeu. Cela d'autant plus que les mécanismes que ces dernières déclenchent, conduisent, contrairement à l'intuition du sens commun, le collectif à avoir des propriétés opposées à celles de l'individuel" (34)*.

Les propositions antiprohibitionnistes semblent satisfaire une recherche de nouvelles règles du jeu, mais aussi remettre en cause l'organisation des relations des différents acteurs et leur discours.

Actuellement, les réalités dans les pratiques de soins se déplacent :

1) du fait des grands courants sociologiques qui tendent à vouloir dénier tous les droits à une biomédecine au profit d'une médecine qui soit en prise avec les spécificités socio-culturelles, ce que certains nomment : l'ethnomédecine.

2) du fait de nouveaux agents pathogènes provoquant le sida, auquel antibiotiques et vaccins ne peuvent répondre, introduisant de nouveaux rapports entre médecin et malade, plus particulièrement les toxicomanes dits du groupe à risque.

Face à ces changements, des professionnels de soins peuvent-ils être moteurs en proposant des pistes de réflexion pour un nouveau discours ?

Il y a une interrogation importante à laquelle la loi ne répond pas : "comment ai-je acquis cette science qui me permet de répondre pour l'autre, qui suis-je pour répondre ?"

Il semble qu'à cette question, les professionnels de santé doivent répondre à travers la mise en place d'un débat qui débouchera sur une nouvelle formulation des problèmes et peut-être sur de nouvelles formations pour leur pratique de soins...

S'il doit y avoir un débat, c'est aussi par volonté de provoquer les réaménagements, plutôt que de les subir. Donc de comprendre au mieux, et suivant des principes démocratiques, les nouvelles répartitions des compétences, des rôles et des fonctions. Dans le débat, l'obligation d'interrogation n'implique pas une obligation extérieure, mais interne, de chacun des participants à la mise en place de nouveaux discours.

Le discours qui implique le partage de conviction est affaire de croyance et ne peut être celui de la loi sociale qui cherche à répondre à des problèmes sociaux.

La loi ne doit-elle pas satisfaire les impératifs de tous et refuser d'être génératrice d'exclusion ?

Comment doit-on regarder celui qui nous demande des produits catalogués comme drogue : comme un être hors-la-loi, ou comme un malade, ou autrement ?

Dire qu'il faut changer la loi, c'est dire aussi qu'il faut changer la "toxicomanie".

Là encore, les professionnels de santé doivent participer à ce débat et satisfaire les interrogations par des réponses appropriées et limitées à leurs champs de compétences.

Les politiques prohibitionnistes ont conduit à une vision du toxicomane qui est soutenue par la population à 80%, (dans les mêmes proportions pour les médecins, combien pour les pharmaciens ?).

Cette vision paralyse les relations de soins plutôt qu'elle ne permet de solutionner le problème, quand elle ne nuit pas à la collectivité directement.

Qu'est-ce qu'une loi qui nous empêche de répondre à la souffrance ou qui crée d'autres souffrances sous prétexte d'en soigner une ?

Dans le cadre officinal : les ventes de temgésic^R (Buprénorphine) ont chuté de 60% pendant les deux premiers mois qui ont suivi l'obligation du carnet à souche pour sa délivrance au malade. Il est difficile de croire que seuls les toxicomanes ont fait les frais de la restriction, le traitement de la douleur en a pâti aussi...

Ouvrir le débat, c'est aussi s'interroger sur la souffrance des êtres et non se replier sur nos certitudes, nos craintes...car il n'est rien qui ne puisse faire l'objet d'une réflexion collective.

Devant l'impossible endiguement du problème de la drogue, devant les risques de "débordements" multiples que provoquent les lois prohibitionnistes, il nous paraît raisonnable de devoir participer à l'ouverture du débat sur une révision de la loi actuelle en matière de drogue. Les professions de santé nous semblent pouvoir et devoir accorder leur participation soutenue à un tel débat qui, de toute évidence, serait une remise en cause de leur position sociale au bénéfice de meilleures pratiques de soins, donc de santé.

Il est clair que les solutions qui se donneraient des moyens non conformes à leurs fins, ne pourront que générer des "débordements" devant leur incapacité à répondre au problème.

Les propositions antiprohibitionnistes, de manière constructive, semblent pouvoir orienter ce débat qui nécessite l'avis de tous.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALAIN A., 1973 .
Hallucinogènes et société.
Payot.
- 2 - BACHMANN C. & COPEL A., 1989 .
Le dragon domestique.
Albin Michel.
(= La drogue dans le monde - Albin Michel -1991)
- 3 - de CHOISEUL-PRASLIN C.H., 1991 .
La drogue, une économie dynamisée par la répression.
Presse du CNRS.
- 4 - BOUGNOUX M.C., 1988 .
Contribution à l'étude de la toxicomanie en Limousin.
Thèse de pharmacie. Université de Limoges.
- 5 - BRISSON et Coll., 1988 .
L'usage des drogues et la toxicomanie.
Ed. Gaëtan Morin.
- 6 - CABALLERO F., 1989 .
Droit de la drogue.
Dalloz.
- 7 - CHAMPAGNE G., 1970 .
Après la drogue.
Seuil.
- 8 - Code de la santé publique, 1990 .
Ordre National des Pharmacies.
- 9 - COUVRAT J.F./PLESS N., 1988 .
La face cachée de l'économie mondiale.
Hatier.

10 - ENGELMAJER, 1983 .

Le Patriarche

Le Pâtre.

11 - FURST P.T., 1972 .

La chair des dieux.

Seuil.

12 - A l'Ecole : La drogue mythe ou réalité, 1983 .

Ministère de l'Education Nationale.

13 - PELICIER Y./THUILLIER G., 1988 .

La drogue.

Q.S.J. PUF.

14 - PELLETIER M., 1978 .

Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des
problèmes de la drogue.

La Documentation Française.

15 - LERT F. & FOMBONNE E., 1989 .

La toxicomanie.

INSERM. La documentation française.

16 - KALI P., 1982 .

Neurologie des comportements d'Agression.

PUF.

17 - CHASSAING-COUDERT R., 1989 .

Les toxicomanies médicamenteuses.

PUF.

18 - RAYNAUD & Collaborateurs, 1984 .

Les toxicomanies.

Maloine.

- 19 - SYNDER S., 1987 .
Les drogues et le cerveau.
Belin.
- 20 - GIRARD R., 1972 .
La violence et le sacré.
Grasset.
- 21 - ZIEGLER J., 1990
La Suisse lave plus blanc.
Seuil.
- 22 - L'esprit des drogues, 1989 .
Autrement n°106.
- 23 - DELBREL G. & Collaborateurs, 1991 .
Géopolitique de la drogue.
La découverte.
- 24 - STENGERS I./BALET O., 1991 .
Drogues : Le défi hollandais.
- 25 - OLIVENSTEIN C., 1983 .
La drogue ou la vie.
Laffont.
- 26 - SKINNER, 1972 .
Par delà la liberté et la dignité.
Laffont.
In autrement n°4 1975.
- 27 - de VERICOURT G., 1992 .
Mort annoncée d'un chroniqueur.
RAMSAY.
- 28 - FOTTORINO E., 1991 .
La piste blanche.
Ballond.

29 - COUDERT A.J. et REYNAUD M., 1987 .
Essai sur l'art thérapeutique.
Synapse.

30 - REISINGER M., 1990 .
Arrêter l'héroïne.
Complexe.

31 - DELRIEU A., 1988 .
L'inconsistance de la toxicomanie.
Navarin.

32 - POROT A. et P., 1987 .
Les toxicomanies
Q.S.J. PUF.

33 - LACEY R., 1992 .
Le parrain des parrains.
Payot.

34 - DUPUY J.P. & KARSENTY S., 1974 .
L'invasion pharmaceutique.
Seuil.

35 - Collectif l'Intime, 1986 .
Autrement.

36 - Collectif l'Ethique, 1987 .
Autrement.

37 - BORDE P., 1992 .
Enquête aux Frontières de la loi.
Laffont.

38 - ISSAAD R. & GREMILLON M., 1992 .
La dictature d'Hippocrate.
Denoël.

39 - GEORGE S., 1992 .

L'effet Boomerang.

La découverte.

40 - NOWLIS H., 1987 .

La drogue démystifiée.

UNESCO.

41 - SORMAN G., 1992 .

En attendant les barbares.

Fayard.

42 - SULLEROT E., mai 1989 .

Les problèmes posés par la toxicomanie.

Rapport du Conseil Economique et Social.

Journal officiel de la République Française.

43 - XIBERAS M., 1989 .

La société intoxiquée.

Méridian. Klinckiek

ARTICLES

1) Actuels :

- Trafic d'Ectasy - Novembre 1990

- Où est passé le milieu à Paris ? - Mai 1992

2) Impact médecin

- Les dossiers du praticien - Droque.

Guide pratique n°92 - Février 1991.

- Ados : comment les soigner - 22 mai 1992.

- Distribution d'héroïne - 22 mai 1992.

- Toxicomanie en entreprise - 22 mai 1992.

REVUES

- 1 - Croissance des Jeunes Nations.
Drogue : L'or blanc des pays pauvres - septembre 1989
 - 2 - Témoignage chrétien. 4ème trimestre 1989
Drogue.
 - 3 - Libération. Hors série 1990
Drogue : Guerre mondiale.
 - 4 - Inter dépendance.
Bimestriel des alternatives Nord-Sud.
Aux drogues et aux toxicomanies.
 - 5 - Actualités Pharmaceutiques.
Pharmacien et Toxicomanie.
- N° 284
N° 215
N° 213
- 6 - Psychotropes.
Acte du colloque international sur l'antiprohibitionnisme
en matière de drogue.
Volume V - N° 1 et 2. 1988.
 - 7 - L'information pharmaceutique.
Législation de l'usage de certaines drogues, juin 1990.
 - 8 - Monde diplomatique.
Octobre 1989 - Avril 1990 p.24 et suivantes.
Mars 1991 p.22 et suivantes.

TABLEAUX

Tableau I : La drogue en chiffres.
Rapport degré de pureté/profit.

Tableau II : Influence de la politique de soins des toxicomanes sur l'épidémiologie du Sida dans neuf pays européens.

Tableau III : Toxicomanes atteints du Sida.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-------|
| <u>INTRODUCTION</u> | p. 1 |
| <u>PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX</u> | |
| CHAPITRE I : LA PRODUCTION DES DROGUES DU NATUREL AU SYNTHETIQUE | p. 10 |
| A - LA DROGUE : UN PRODUIT NATUREL? | p. 10 |
| LA PLANTE | p. 10 |
| L'HISTOIRE | p. 11 |
| L'USAGE | p. 12 |
| LA PREPARATION DE LA COCAINE | p. 12 |
| I - LES RACINES SOCIALES | p. 13 |
| 1) LA BOLIVIE | p. 13 |
| 2) LE PEROU | p. 18 |
| 3) LA COLOMBIE | p. 22 |
| II - L'ILLUSION DE L'ARRACHAGE | p. 26 |
| 1) L'OBSTACLE JURIDIQUE | p. 26 |
| a) SUR LA CULTURE | p. 26 |
| b) SUR L'USAGE | p. 27 |
| 2) L'OBSTACLE ECONOMIQUE | p. 29 |
| 3) L'OBSTACLE POLITIQUE | p. 31 |
| B - LES DROGUES : DES PRODUITS DE SYNTHESE ? | p. 35 |
| I - UNE TECHNOLOGIE DU NORD | p. 35 |
| 1) LE CRACK | p. 36 |
| 2) LE SHABU | p. 38 |
| 3) L'ECTASY | p. 39 |
| 4) LA TECHNIQUE A L'AIDE DE LA NATURE : LE CAS DU CANNABIS | p. 40 |
| II - AUX DROGUES DU NORD | p. 43 |
| 1) HEROINE, CANNABIS : LA VEINE COLONIALE | p. 43 |
| 2) UN ALCOOL SOUS LICENCE : LA BIERE | p. 45 |
| 3) LES PSYCHOTROPES | p. 47 |
| C - CONCLUSION | p. 49 |

| | |
|---|-------|
| CHAPITRE II : LA CONSOMMATION | p. 53 |
| I - UNE QUANTIFICATION CRITIQUABLE | p. 53 |
| a) PEUT-ON QUANTIFIER ? ET QUI/QUOI ? | p. 53 |
| b) L'IMMUABILITE IDEOLOGIQUE | p. 55 |
| II - UN MONDE DE " JEUNES " | p. 59 |
| a) RELATIVITE DU PHENOMENE | p. 59 |
| b) DU PHENOMENE AU PROBLEME : LA REPOSE PROHIBITIONNISTE | p. 61 |
| III - LE COUPLE MOTEUR DE L'ECONOMIE | p. 63 |
| a) LE MARKETING MULTI-NIVEAUX (M.M.N.) | p. 63 |
| b) L'INELASTICITE DE LA DEMANDE | p. 66 |
| c) UN MARCHÉ REGULE PAR LA PROHIBITION | p. 67 |
| IV - LA POLYINTOXICATION | p. 69 |

SECONDE PARTIE : ANALYSE COMPARATIVE

| | |
|---|-------|
| CHAPITRE III : LA TOXICOMANIE | p. 72 |
| I - HISTOIRE D'UN CONCEPT : LA TOXICOMANIE | p. 72 |
| A LA VERTU | p. 72 |
| B LA VERTU ET LE VICE | p. 74 |
| C PUNIR ET/OU SOIGNER | p. 80 |
| D L'APPROCHE CLASSIFICATRICE | p. 84 |
| E ENTRE CLASSIFICATION ET DEFINITION : LA PSYCHANALYSE | p. 86 |
| F UNE DEFINITION SOUS DEPENDANCE | p. 89 |
| II - EXISTE-T-IL UN MODELE SCIENTIFIQUE ? | p. 94 |
| A LE MODELE BIOCHIMIQUE ET THERAPIE | p. 95 |
| B LA THEORIE DE L'ESCALADE | p. 97 |
| C TOUS LES DROGUES NE SONT PAS TOXICOMANES | p.101 |
| III - LA PROHIBITION : UN AVANTAGE POUR LES SOIGNANTS ET LES SOIGNES ? | p.104 |
| A LE MODELE BIOCHIMIQUE ET LA THERAPIE | p.104 |
| B LES EXPERIENCES DE LA TOLERANCE | p.107 |
| a) L'"EXPERIENCE" NEERLANDAISE | p.107 |
| b) L'"EXPERIENCE" DE LIVERPOOL | p.114 |
| c) L'"EXPERIENCE" DE ZURICH | p.115 |
| IV - CONCLUSION | p.117 |

CHAPITRE IV : ATTITUDE SOCIALE FACE A LA TOXICOMANIE

| | |
|---------------------------------------|-------|
| I - DU BIOLOGIQUE AU SOCIAL | p.120 |
| a) REGARD ANTHROPOLOGIQUE - DU DEDANS | p.120 |
| b) CONCEPT PHILOSOPHIQUE - AU DEHORS | p.121 |
| c) L'IMAGE DE L'ARTISTE | p.123 |
| d) LA FULGURANCE | p.125 |
| e) NORME MEDICALE - SYMPTOME SOCIAL ? | p.128 |

| | |
|----------------------------------|-------|
| II - NAISSANCE D'UN ETRE SOCIAL | p.130 |
| a) DU BOUC EMISSAIRE | p.130 |
| b) AUX IDEOLOGIES | p.131 |
| c) COMME UN (AUTRE) COMPORTEMENT | p.134 |
| III - LA CRISE PARADIGMATIQUE | p.135 |
| a) "QUI S'EST PIQUE, SE PIQUERA" | p.135 |
| b) LE SIDA COMME REVELATEUR | p.137 |
| IV - CONCLUSION | p.142 |

CHAPITRE V : DROIT DE LA DROGUE ?

| | |
|---|-------|
| I - DES USAGES ANCIENS ET MODERNES | p.145 |
| II - DES USAGES AU REGIME DU DROIT | p.149 |
| III - FONDEMENT DU DROIT DE LA DROGUE EN FRANCE | p.154 |
| a) L'ARGUMENT MORAL | p.154 |
| b) L'ARGUMENT PSYCHANALYTIQUE | p.155 |
| c) L'ARGUMENT DE LA LIBERTE | p.158 |
| IV - VOLONTES ET PROPOSITIONS ANTIPROHIBITIONNISTES | p.160 |
| a) LES LIBERTAIRES | p.160 |
| b) LE CAS ESPAGNOL : DEPENALISER | p.161 |
| c) LEGALISER MAIS COMMENT ? | p.162 |

| | |
|-------------------|-------|
| <u>CONCLUSION</u> | p.166 |
|-------------------|-------|

| | |
|----------------------|-------|
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | p.174 |
|----------------------|-------|

Ce travail cherche à faire la synthèse des principaux arguments développés par les antiprohibitionnistes à l'encontre de la politique répressive actuelle en matière de drogue :

- la prohibition se définissant comme l'interdiction par la loi de l'usage et de la commercialisation des drogues,
- l'antiprohibition par leur légalisation.

La première partie présente un état des lieux, les circuits de la drogue ainsi que les réactions de divers acteurs sociaux face à la prohibition ; l'analyse des effets pervers de la loi actuelle et de ses bénéficiaires est précisée au travers des critiques des antiprohibitionnistes.

La seconde partie présente une analyse comparative cherchant à mettre en valeur les arguments antiprohibitionnistes à travers divers champs spécifiques de connaissance : médical, sociologique et juridique.

Les propositions antiprohibitionnistes d'une révision de la loi sont exposées, permettant l'amorce d'un débat sur les façons d'arrêter réellement les méfaits de la drogue.

MOTS-CLÉS :

Drogues

Polyintoxication

Stupéfiants

Toxicomanie