



n'ont jamais eu affaire à la justice pénale et, surtout, la France reste un des pays les plus consommateurs de cannabis, notamment parmi les jeunes. C'est un des arguments mobilisés par les détracteurs du cadre légal actuel. Rappelons cependant que l'interdit d'usage posé par la loi de 1970 fait l'objet d'une controverse aussi ancienne que récurrente. Le débat sur la dépénalisation du cannabis a émergé en France dans le sillage des critiques de la loi de 1970 qui ont, dès les premières années, souligné ses difficultés pratiques d'application. Il a été ravivé dans la période de forte

diffusion du produit au cours des années 1990-2000². La revendication d'un changement du statut légal du cannabis, voire d'autres drogues illicites, réapparaît de façon sporadique dans le débat public, au gré de l'actualité médiatique créée autour de prises de positions individuelles, d'initiatives législatives ou des évolutions observées dans d'autres pays.

2. Entre 1992 et 2010, le niveau d'expérimentation du cannabis parmi les adultes (18-64 ans) est passé de 13 % à 33 % et l'usage dans l'année d'à peine 5 % à 8 %.

Mécanismes de convergence de la régulation des drogues licites et illicites

Henri Bergeron
Étienne Nouguez
Chargés de recherche
Centre de sociologie
des organisations
(Sciences Po Paris –
CNRS)

Depuis le début des années 1990, un mouvement de convergence des modes de régulation¹ des drogues licites (alcool, tabac) et illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines...) semble s'épanouir. Ce mouvement ne concerne pas tous les pays et tous les produits de la même façon, et ne se traduit pas par une identité des politiques menées. Il porte plus volontiers sur les cadres cognitifs et normatifs qui guident ces politiques, et qui sont jugés « adéquats » ou « appropriés » par les pouvoirs publics et les professionnels qui ont la charge de la gestion des problèmes (tant sanitaires que sociaux) soulevés par ces produits. L'évolution de ce que l'on peut appeler des « paradigmes de l'action publique » conduit ainsi non seulement à redéfinir le statut juridique, sanitaire et social des différentes substances psychoactives, mais aussi les politiques mises en œuvre pour réguler leur production, leur commerce et leur usage.

Après être rapidement revenus sur le paradigme ayant fondé la séparation entre drogues licites et illicites, nous aimerions analyser plus précisément les deux paradigmes qui ont présidé à une convergence entre les politiques de régulation des drogues licites et illicites : le « paradigme de réduction des risques », apparu dans les années 1990, qui a fait des risques sanitaires entourant l'usage de drogues l'unité de mesure à l'aune de laquelle hiérarchiser les drogues, les usages et leurs politiques de régulation ; le « paradigme libéral-marchand », apparu dans les années 2010, qui s'intéresse en priorité aux coûts économiques et sociaux liés la prohibition des drogues.

Aux origines de l'illégalité : une convergence internationale autour de la prohibition des drogues

Pour mieux saisir les mouvements de convergence entre drogues licites et illicites à l'œuvre depuis les années

1990, il faut revenir sur le paradigme qui a présidé à la prohibition de certaines substances psychoactives. Comme le rappelle François-Xavier Dudouet, le principe qui gouverne les accords internationaux sur les drogues a consisté à définir l'usage médical et scientifique des drogues comme seul licite : « *La politique internationale des drogues n'a jamais eu pour but d'interdire les drogues, mais celui de limiter leur offre aux seuls usages médicaux et scientifiques. [...] Ainsi, la distinction entre drogues licites et drogues illicites ne repose pas sur les propriétés des substances mais sur les conditions sociales de leurs usages* » [26].

Loin d'interdire tout commerce de drogues, l'histoire du contrôle international des drogues décrit donc plus volontiers la construction progressive de deux espaces : un commerce légal à destination des usages scientifiques et médicaux et un commerce illégal pour les autres usages. Les conventions de 1961 et 1971, qui régissent encore aujourd'hui la politique internationale des drogues, classent ainsi les stupéfiants (et leurs précurseurs, molécules biochimiques qui entrent dans la composition des drogues) en fonction de leurs dangers pour la santé, du risque d'abus qu'ils présenteraient et de leur plus ou moins grande valeur thérapeutique [11]. La Convention internationale de La Haye qui a posé en 1953 les bases de la régulation internationale du commerce de drogues, a ainsi résulté de la rencontre de trois mouvements convergents mais non nécessairement coordonnés :

- la professionnalisation des médecins et des pharmaciens qui les a amenés à revendiquer le monopole de la distribution des médicaments ;
- l'affirmation des mouvements de tempérance, en particulier britanniques et américains, qui ont fait de l'opium et de l'alcool leurs chevaux de bataille ;
- la volonté des pays occidentaux de contrôler un commerce mondial très lucratif.

1. Nous avons dans ce texte un entendement extensif de la régulation, qui peut ainsi comprendre des mesures d'interdiction.

À partir de 1925, la plupart des pays signataires des conventions ont prohibé l'usage, la possession, la production et le commerce de drogues à des fins non médicales et, à partir des années 1960-1970, élaboré des dispositifs légaux autorisant les poursuites judiciaires contre ces différentes activités. L'adoption de sanctions pénales pour les délits de trafic n'a guère suscité de débats ou controverses entre les États signataires et l'Organe international de contrôle des stupéfiants (chargé du suivi de la mise en œuvre des conventions) : la détention pour trafic, le trafic, l'achat, la délivrance ou la mise en vente, etc., sont partout conçus comme des délits graves pour lesquels des peines privatives de liberté peuvent être prononcées. Dudouet [26] dessine ainsi les contours d'un processus mondial d'harmonisation des politiques pénales et répressives du trafic, qui aurait été, entre autres, déclenché par la diffusion d'un discours alarmiste sur l'existence supposée d'une criminalité globalisée liée à la drogue. Tel n'est pas le cas des sanctions devant être appliquées pour l'infraction d'usage simple (ou possession pour usage personnel), pour laquelle une relative indétermination dans la rédaction et l'interprétation des conventions internationales s'est traduite par une grande variabilité des politiques nationales adoptées en la matière. Mise en place entre les années 1920 et 1970, cette politique internationale de drogues a fait l'objet d'une contestation croissante autour d'un nouveau paradigme.

Une convergence autour de la sanitarisation des drogues ? (années 1990-2000)

Les années 1990 ont vu se former en Europe, un mouvement convergent de sanitarisation [29] des approches des drogues licites et illicites autour de ce que de nombreux auteurs ont appelé « le paradigme de la réduction des risques ». L'apparition et l'extension de l'épidémie de sida a en effet déplacé la focale des intervenants et des politiques des drogues vers une prise en compte des usages de drogues en termes de santé publique et de risques pour la santé plutôt qu'en termes de violation des lois, d'ordre public, d'aliénation mentale ou de déchéance sociale. Trois éléments peuvent ainsi permettre de caractériser ce paradigme (qui ne s'est toutefois qu'imparfaitement incarné dans les lois) :

- les drogues sont désormais comparées et distinguées à l'aune de leurs risques pour la santé individuelle et collective, tels qu'ils sont identifiés par la science et la médecine ;
- les usages de drogues sont eux-aussi comparés et distingués selon leurs degrés d'engagement et leurs risques pour la santé : usage simple et abus (dans le DSM) ou usage simple, usage nocif et dépendance (dans la CIM 10) ;
- enfin les politiques de lutte contre les drogues sont de manière croissante élaborées et évaluées à l'aune de leur capacité à réduire les risques associés à la prise de drogue plutôt qu'à leur ambition affichée d'éradiquer la consommation de drogues.

Le paradigme de la réduction des risques a profondément modifié les modalités de conception et d'application des politiques de régulation des usages des drogues à deux niveaux. Sur le plan juridique, s'il est indéniable que les États membres de l'Union européenne manifestent des situations contrastées en matière de traitement juridique de l'infraction d'usage et que les dispositions adoptées n'ont rien d'homogène sur le territoire européen, un certain nombre de mouvements juridiques observés récemment témoigneraient cependant, d'une tendance partagée à considérer l'usage comme un délit ne devant plus, ou le moins possible, être sanctionné par des peines privatives de liberté. Ainsi, dans un nombre important de pays européens (Espagne, Italie, Portugal, République tchèque, Belgique, Irlande, Luxembourg), la loi ne prévoit plus, pour le cannabis ou pour l'ensemble des drogues illicites, de peines de prison pour usage simple (ou détention pour usage personnel, sans circonstances aggravantes et souvent pour la première infraction de ce type), mais plutôt des avertissements, des amendes, des suspensions de permis de conduire ou de permis de séjour pour un étranger. Dans d'autres pays (Autriche, Allemagne, France, Danemark, Hongrie, Pays-Bas) les lois, les circulaires ou d'autres instruments juridiques, limitent la possibilité de l'emprisonnement à des situations particulières ou donnent une plus « grande marge d'appréciation » aux autorités publiques, pour décider de sanctionner ou non l'usage par des peines d'emprisonnement, et recommandent notamment de s'abstenir de prononcer pareille peine quand il s'agit de détention de petites quantités pour usage personnel, quand le délit est considéré comme « mineur » ou quand les usagers n'ont pas commis d'autres délits.

Sur le plan médical, alors que les États occidentaux avaient jusqu'alors opté pour une politique principalement curative des drogues visant à agir sur les causes de la prise de drogue (avec un objectif d'abstinence), certains pays ont mis en œuvre des mesures visant à agir sur les conséquences sanitaires de l'usage de drogue : contrôle de la qualité des produits dans les *Rave parties* ou dans d'autres lieux de sorties des jeunes, lieux de soins de première urgence, distribution de matériel d'injection stérile, ouvertures de salles de consommation, extension de la fourniture des produits de substitution (méthadone ou buprénorphine), et, dans certains États européens seulement (comme la Suisse ou les Pays-Bas), distribution contrôlée d'héroïne aux quelques toxicomanes qui ne peuvent se limiter à la prise de produits de substitution.

Si l'irruption de l'épidémie de sida a sans doute constitué une fenêtre d'opportunité pour les défenseurs du paradigme de « réduction des risques », elle ne suffit pas à expliquer la convergence des politiques européennes autour de ce paradigme, aboutissant à sa reconnaissance le 18 juin 2003 dans une recommandation du Conseil de l'Union européenne adoptée à l'unanimité par les États membres. Trois éléments



Les drogues illicites en questions

semblent pouvoir être avancés pour expliquer cette convergence :

- la formation de « coalitions de cause » et de réseaux de politiques publiques, regroupant des acteurs aux origines diverses mais aux croyances convergentes (médecins humanitaires, associations d'usagers et d'anciens usagers, certains professionnels du soin de la toxicomanie, médecins spécialisés dans la prévention du VIH et le traitement du sida, sociologues, etc.), qui ont cherché à occuper des positions-clés dans les centres décisionnels et les rouages administratifs des États occidentaux ;
- la mise en œuvre d'expérimentations dans certains pays « pionniers » comme les Pays-Bas ou la Suisse ;
- l'action de la Commission européenne et de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies qui, à défaut de pouvoir réglementaire en la matière, ont développé une politique d'influence, fondée sur le *benchmarking* des politiques de régulation à partir d'indicateurs statistiques tous inspirés du paradigme de la réduction des risques, sur des réunions de partage d'expériences, et sur la formulation de recommandations [11].

Ainsi, même si tous les pays européens n'ont pas adopté en même temps et dans les mêmes proportions des politiques de réduction des risques, une tendance à l'uniformisation des réponses sanitaires dans tous les pays de l'Union européenne s'est dégagée dans les années 2000 (surtout dans les 15 premiers États membres). Pour autant, ce paradigme semble désormais laisser la place à un autre paradigme, lui aussi conséquentialiste, qui n'insiste pas tant sur les conséquences sanitaires que sur les conséquences économiques des politiques de répression des drogues.

Une convergence autour de l'économicisation de la question des drogues ? (années 2010)

Un deuxième mouvement de convergence de la régulation des drogues licites et illicites semble apparaître récemment autour d'un paradigme que l'on pourrait qualifier de « libéral-marchand ». Bien qu'il concerne uniquement le cannabis et qu'il soit loin de toucher tous les États selon la même ampleur, ce paradigme tend à occuper une place croissante dans les discours politiques et les traitements médiatiques. Ce paradigme promeut une approche qui évalue les politiques de lutte contre les drogues à l'aune de leurs coûts sociaux et surtout économiques. On peut identifier plusieurs dimensions de ce paradigme.

À un premier niveau d'analyse, les années 2000 et 2010 ont vu fleurir de nombreux rapports, le plus souvent produits par des économistes, visant à mesurer les coûts financiers de la politique de lutte contre le trafic et la consommation de cannabis. Ces coûts sont de trois ordres : ils mesurent d'abord les coûts directs générés par la lutte contre les drogues, qu'il s'agisse des frais de police, de justice ou d'emprisonnement ; ils mesurent ensuite les coûts indirects (tangibles et intangibles) engendrés par le développement d'activités

mafeuses ou criminelles mais aussi par les usages problématiques de drogue (alcool ou cannabis au volant...) ; ils mesurent enfin les coûts d'opportunité, c'est-à-dire la perte financière pour l'État engendrée par la non-taxation de ces activités illégales (par comparaison au tabac ou à l'alcool). À un deuxième niveau, ce paradigme s'appuie sur le développement d'une vision libérale de l'État, dont le rôle ne serait plus tant de protéger les citoyens contre eux-mêmes, mais de s'assurer que leurs activités n'aient pas de conséquences négatives sur autrui et la société, et en particulier de protéger l'espace public.

Enfin à un troisième niveau, la dépénalisation dans certains pays (comme les Pays-Bas ou la Californie aux États-Unis), la légalisation dans d'autres (Uruguay ; Colorado et État de Washington aux États-Unis) a favorisé l'apparition d'acteurs tirant des revenus importants de la vente du cannabis, qu'il s'agisse des producteurs (l'industrie du tabac investissant de manière croissante le secteur) ou des États (qui perçoivent des taxes sur ces activités), et qui promeuvent de manière extensive son développement.

Bien qu'il soit prématuré de parler de rapprochement entre les régulations du cannabis et des autres substances (licites ou illicites), sur le fondement de cet influent paradigme, deux mécanismes pourraient conduire à une telle convergence. Un premier mécanisme que l'on pourrait appeler de « contagion marchande » semble être à l'œuvre aux États-Unis. Ainsi, bien que la culture, la production, la vente et la consommation de drogues restent illégales au niveau fédéral (promoteur et signataire des conventions internationales sur la régulation des drogues), cinq États ont légalisé le cannabis pour tous ses usages, onze l'ont légalisé pour des usages thérapeutiques et quinze l'ont dépénalisé, ce qui tend à fragiliser la position fédérale. Les facteurs expliquant cette contagion sont pluriels. Les citoyens des différents États peuvent s'inspirer du succès rencontré par des pétitions publiques adoptées dans certains États pour militer en faveur de telles pétitions chez eux. Des acteurs industriels se développent dans les États où le cannabis est légalisé et cherchent à étendre leur marché aux autres États en faisant du lobbying pour modifier la régulation. Les États eux-mêmes peuvent trouver dans ce « *nouvel or vert* » un moyen de consolider leurs finances et éventuellement de développer une industrie sur leur territoire [13]. Un deuxième mécanisme pourrait plutôt se réaliser par les conventions internationales qui déterminent le statut des drogues. L'adoption de mesures de légalisation du cannabis dans différents États du monde (au premier rang desquels se trouveraient les États-Unis) pourrait permettre la formation d'une coalition allant dans le sens d'une révision des conventions internationales.

Nous insistons néanmoins sur le fait que ce mouvement de convergence qui semble s'esquisser autour du cannabis n'en est qu'à ses débuts. Comme l'a montré à de maintes reprises l'histoire de la régulation des

drogues, rien n'indique que ce mouvement de convergence concerne tous les pays du monde, ni qu'il dépasse le cas du cannabis pour s'appliquer aux autres drogues illicites. Il faut donc se garder de toute tentation téléologique en la matière.

Par ailleurs, si nous avons parlé de convergence autour de paradigmes d'appréhension des drogues (en termes de risques sanitaires ou de coûts financiers), nous ne considérons pas pour autant que cette convergence

signifie une identité des politiques ou des moyens mis en œuvre par les États à partir de ce paradigme. De la même manière que les drogues licites comme l'alcool ou le tabac donnent lieu à des politiques d'intensité et de formes diverses, la régulation des drogues illicites adapte ces paradigmes aux traditions et aux institutions nationales et se réalise par la mise en œuvre d'instruments de politiques publiques souvent fort différents d'un État à l'autre. 🖋️