

**Livre à paraître aux Presses Universitaires du Mirail en
septembre 2014**

VERSION PROVISOIRE A NE PAS DIFFUSER SVP

Marchés contestés

Contestations morales et dispositifs marchands

Sous la direction de

Philippe STEINER et Marie TRESPEUCH

Chapitre 4

LES FRONTIÈRES DE L'INTERDIT LE COMMERCE DE CANNABIS

HENRI BERGERON ET ETIENNE NOUGUEZ

Si l'on devait établir un palmarès des marchandises contestées, les drogues occuperaient sans doute les tout premiers rangs. La simple évocation du terme « drogue » suscite encore chez de nombreuses personnes l'image d'un « junkie » tombé dans la déchéance, subjugué par la force envoutante du produit et ingérant la substance maudite dans un taudis sombre et glauque, ou l'image tout aussi repoussante du « dealer » profitant de la faiblesse et de la dépendance de ses « victimes » pour leur vendre à prix d'or une substance frelatée. Quels que puissent être les motifs et justifications invoqués, « la prise de drogue est, depuis longtemps déjà, moralement réprouvée, médicalement appréhendée et juridiquement sanctionnée » (Bergeron, 2009, p. 11). Au sein de cet univers des drogues, le cannabis occupe pourtant une place singulière. Si, depuis 1925, les traités internationaux et la plupart des législations nationales le classent, aux côtés de l'héroïne, de la cocaïne ou encore du LSD, parmi les produits stupéfiants ne présentant aucun intérêt médical mais de forts risques de dépendance, et prohibent en conséquence sa détention, son usage, sa production et son commerce, on ne saurait compter les circulaires, les lois nationales ou les jugements qui appellent à un traitement différencié des usagers (usage simple, sans circonstance aggravante) de ce produit considéré bien souvent comme une « drogue douce ». Il faut dire que, bien que l'usage et le commerce de cannabis soient *formellement* prohibés dans la grande majorité des pays occidentaux, la consommation de cannabis est devenue une pratique relativement banale, et même quotidienne pour un nombre conséquent de personnes. Ainsi, selon l'Enquête "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" menée en 2011, 7 % des jeunes européens âgés de 15 à 16 ans déclarent avoir consommé du cannabis lors du dernier mois (proxy pour une consommation régulière), ce chiffre montant à 15 % pour les tchèques et 24 % pour les français (Spilka et Le Nézet, 2011).

La catégorisation d'une substance comme « drogue » et son classement juridique comme « stupéfiant » n'est donc pas à chercher dans les propriétés qu'elle recèle mais bien plutôt dans un arbitraire culturel et social. Ce que signifie la notion drogue et ce qu'elle absorbe (ou non) comme substances dans son

périmètre doivent ainsi être considérés comme le produit, par nature provisoire, de luttes symboliques et scientifiques tout autant que politiques et sociales : la frontière partageant l'espace des drogues illicites et de celui des produits psychoactifs licites est une frontière fragile, instable, et régulièrement menacée. Ce sont les conditions de production et reproduction de cette « grande division » entre le légal et l'illégal, le moralement légitime et le moralement condamnable, le normal et le pathologique, que nous aimerions explorer dans cet article. Interroger cette frontière de l'interdit revient selon nous à poser deux questions complémentaires. D'une part, parce que cette frontière qui existe à un instant particulier entre le commerce non-contesté et le commerce contesté de cannabis s'inscrit dans les institutions autant que dans les représentations communes, il est essentiel d'explorer les motifs et les dispositifs qui contribuent à son maintien ou qui visent à la déplacer voire à l'évacuer. Dans la continuité des travaux en sociologie économique sur la qualité (Musselin et Paradeise, 2002) mais aussi des travaux interactionnistes sur la déviance (Becker, 1985), nous aimerions ainsi interroger les conditions politiques et institutionnelles favorables aux opérations de (dis)qualification du cannabis. D'autre part, nous aimerions explorer les conséquences de cette « frontière de l'interdit » sur la structuration interne du commerce de cannabis. Dans une optique de sociologie du marché, nous nous efforcerons de saisir les appariements existant entre des formes d'organisation du commerce de cannabis et ces modes de (dis)qualification du produit (Zelizer, 2013).

L'organisation de notre propos vise finalement à dessiner les contours de trois formes principales de (dis)qualification du cannabis, ainsi que les structures d'organisation du commerce qui leur correspondent. Nous nous intéressons tout d'abord à la prohibition du cannabis qui forme le socle normatif des traités internationaux et de la majeure partie des lois nationales encore aujourd'hui. Dans ce contexte juridique particulier, le cannabis est disqualifié comme un produit stupéfiant n'ayant aucun intérêt thérapeutique, aucun intérêt scientifique et comportant de forts risques d'abus ; la régulation du marché se réalise par une prohibition *formelle* totale de la détention, de l'usage, de la production et du commerce ; en réaction à cette prohibition, le commerce du cannabis se développe à l'ombre de l'État, c'est-à-dire contre l'État (et la répression policière) et sans l'État (et son rôle de régulation). Nous nous intéressons ensuite aux *politiques et pratiques* de « réduction des risques » et de décriminalisation de l'usage qui se sont développées en Europe depuis une vingtaine d'années. Dans ce cadre, le cannabis est désormais (re)qualifié comme une « drogue douce » dont l'usage, quoique toujours formellement prohibé, est effectivement toléré ; la régulation du marché passe par une tolérance variable vis-à-vis de la détention (pour usage personnel) et de l'usage mais s'accompagne d'une lutte intense contre la production et le trafic ; le commerce de cannabis se développe alors dans des « zones grises » entre tolérance et prohibition. Enfin, nous étudierons le

développement de marchés légaux de cannabis à destination d'usages médicaux et, très récemment, d'usage récréatifs. Dans cette dernière approche, le cannabis se trouve qualifié comme « traitement médical » ou « substance récréative » pouvant et devant faire l'objet d'un contrôle effectif par l'État et/ou la profession médicale ; la régulation du marché suppose ainsi la mise en place d'une réglementation sur les caractéristiques du cannabis et les modalités « acceptables » de production, de distribution et de consommation et, à travers elles, sur les modalités d'appropriation des bénéfices économiques qu'un tel marché peut générer.

UN COMMERCE A L'OMBRE DE L'ÉTAT. PROHIBITION DU CANNABIS ET ORGANISATION DU *DEAL*

Bien que l'interdit touchant certaines drogues semble remonter aux temps anciens, le système international sur lequel se sont élaborés la politique et le commerce de drogues que nous connaissons actuellement, ne remonte qu'au début du 20^e siècle. Fondée sur la reconnaissance de l'usage médical et scientifique comme seul légitime, cette politique a conduit à la prohibition d'un certain nombre de substances considérées comme dépourvues d'intérêt pour la médecine, et dangereuses pour la santé et l'ordre publics. L'intégration du cannabis à cette classe de substances a ainsi condamné à l'illégalité ce produit et ceux qui en font usage ou commerce. Dans cette partie, nous aimerions retracer, à grands traits, la genèse de cet interdit frappant le cannabis et montrer les conséquences de la prohibition sur l'organisation du *deal* de cannabis. En établissant une frontière de l'interdit, l'État a en effet contribué à réguler de l'extérieur le commerce de cannabis, poussant les consommateurs et les *dealers* à s'organiser contre et sans lui.

Une drogue ? Disqualification du cannabis et prohibition de tous les usages

Contrairement à une idée largement répandue, l'interdit touchant l'usage et le commerce de produits psychoactifs est le résultat d'une histoire relativement récente. Dans la majeure partie des sociétés traditionnelles, on utilisait ces produits comme des médecines permettant de guérir de multiples affections, des substances sacrées ou magiques permettant de communiquer avec le divin ou encore des substances récréatives consommées lors de fêtes collectives. La consommation de drogue, dès lors qu'elle s'inscrit dans un ensemble de normes, prescriptions sociales et rituels, permettrait à la fois d'« unifier le champ social » (Dugarin et Nominé, 1987) et de réaffirmer la hiérarchie sociale, son usage légitime étant, le plus souvent, réservé à un segment de la population (Bergeron, 2009). Le cannabis n'échappait pas à ces multiples usages, qu'il soit utilisé

comme une plante médicinale en Chine ou comme un moyen de favoriser le retrait du monde et la contemplation dans certaines castes indiennes (Cardinal, 1988). Ces usages non-anomiques n'ont pas empêché le cannabis de faire l'objet, dans d'autres lieux et d'autres temps, de contestations et de condamnations, qu'il s'agisse de celles exprimées par des théologiens musulmans du 14^e siècle, par les autorités sud-africaines au 19^e siècle ou encore par Napoléon lors de la campagne d'Égypte : ce produit réputé favoriser les comportements de fuite hors du monde ou de trouble à l'ordre public doit être strictement contrôlé si ce n'est simplement interdit.

Bien que différents États aient ainsi interdit la production, le commerce et la consommation de cannabis entre la fin du 19^e siècle et le début du 20^e siècle, ce n'est qu'avec la Convention Internationale sur l'Opium de 1925 que le cannabis fait l'objet d'une « interdiction » au niveau mondial (Ballotta, Bergeron et Hughes, 2008). Cette substance est alors intégrée dans la juridiction des dispositifs de régulation du commerce international des drogues, dont la Conférence de la Haye avait jeté les bases en 1912 (Cohen, 1994). Cette convention internationale a résulté de la rencontre de trois mouvements convergents mais non nécessairement coordonnés (Bergeron, 2009) : a) la professionnalisation des médecins et des pharmaciens qui les a amenés à revendiquer le monopole de la distribution des médicaments (Berridge et Griffith, 1982) ; b) 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 ; c) la volonté des pays occidentaux de contrôler un commerce mondial très lucratif (Courtwright, 2002 ; Dudouet, 2009). Comme le rappelle François-Xavier Dudouet, le principe qui gouverne ces accords internationaux consiste à définir comme seul licite l'usage médical et scientifique des drogues : « 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 » (Dudouet, 2009, p.15). Loin d'interdire tout commerce de drogues, l'histoire du contrôle international des drogues décrit 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 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 (Bergeron, 2009). La Convention unique de 1961 sur les « stupéfiants » comporte ainsi quatre tableaux regroupant les produits jugés « stupéfiants » en fonction des risques d'abus et de leur valeur

thérapeutique : le tableau I, qui porte sur les substances présentant un risque grave d'abus, comporte une centaine de substances dont l'opium, la coca, le cannabis et leurs dérivés ; le tableau II, porte quant à lui sur des substances dont le risque d'abus est tempéré par leur usage médical, et incorpore des substances comme le dextropropoxyphène et la codéine (un dérivé de morphine) ; le tableau III porte sur les préparations qui ne présentent pas de risque d'abus ou d'effet nocif ou qui sont difficilement extractibles ; enfin le tableau IV reprend six substances issues du tableau I (parmi lesquels l'héroïne et le cannabis) jugées comporter un potentiel d'abus fort, des effets nocifs importants et une valeur thérapeutique faible. Le cannabis semble donc faire l'objet d'un interdit aussi puissant que celui qui touche l'opium, la coca et leurs dérivés. Son appartenance aux tableaux I et IV de la Convention de 1961 le classe parmi les produits d'un faible intérêt thérapeutique mais pouvant entraîner un fort risque de dépendance, comparable à celui de l'héroïne ou de la cocaïne.

A 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 (2009) 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 (Colson, 2005 ; OEDT, 2005).

Finale­ment, les traités internationaux et la majeure partie des lois nationales établissent une frontière nette entre les commerces licites de drogues destinés à des usages médicaux et scientifiques, reconnus et organisés par les États, et les usages et commerces illicites destinés aux autres usages, qui donnent lieu, dans les droits nationaux, à des sanctions, qu'elles soient administratives ou pénales¹. Mais en disqualifiant et prohibant le commerce de cannabis, ces politiques

¹ Bien qu'il ait été intégré à ce régime général et ait donc été interdit dans la quasi-totalité des pays, l'usage de cannabis a en réalité fait l'objet de politiques publiques de répression d'ampleur très différente. Cf. *infra*

répressives n'ont pas tant empêché le développement de ce commerce qu'elles ont contribué à le structurer « de l'extérieur », poussant les *dealers* à s'organiser contre et sans l'Etat. Comment commercer lorsque l'État n'est plus un garant de la paix et de la justice des échanges mais représente un danger pour les échangistes ?

Commercer dans l'illégalité : le deal de cannabis contre et sans l'État

Sur un marché légal, l'État remplit plusieurs fonctions régulatrices. Il joue d'abord un rôle policier en assurant la sécurité des biens et des personnes. Ensuite, il joue un rôle de garant du respect d'un certain nombre de conventions portant sur la disponibilité de l'information, la qualité des biens ou la justesse des prix. Les acheteurs ou les vendeurs floués peuvent donc avoir recours à l'arbitrage de la justice et exposer leur cas sur une scène publique. Ces recours ne sont pas si fréquents mais l'existence de ces conventions assure à tous une confiance sur laquelle peut s'élaborer un rapport de marché. La plupart des marchés légaux sont aussi soumis à la publicité des produits et des prix symbolisée par la vitrine. Cette publicité permet aux consommateurs de faire jouer la concurrence et de choisir librement s'ils veulent acheter et à qui ils veulent acheter. L'action de l'État se manifeste ainsi sur les étiquettes des produits, dans la fixation des prix, dans les billets échangés et dans le sourire des commerçants.

Schématiquement, l'illégalité d'un commerce donne lieu à deux grands ordres d'actions structurantes de l'État. Le premier renvoie à la politique de répression de la consommation et du trafic. En décidant de s'attaquer à l'usage et au trafic de stupéfiants définis comme illégaux, l'État exerce une régulation externe, en ce qu'il tente de réduire l'extension du commerce et de dresser de coûteuses frontières à l'entrée : réduction et isolement de l'échange illégal sont au cœur des objectifs de l'action publique. Mais, dans le même temps, les trafiquants et les consommateurs s'adaptent pour maintenir leur commerce et leur consommation à l'abri de la menace répressive. L'État est donc présent négativement et cette présence se manifeste dans les contraintes que la politique répressive imprime au déroulement des échanges : le commerce se construit contre l'action publique. Mais l'État exerce aussi une action par son absence : en désertant le cœur de l'organisation du commerce (de cannabis), il laisse aux acteurs le soin de définir les normes et conventions qui vont gouverner les échanges; ceux-ci s'établissent alors sans l'action publique. Le commerce du cannabis, au même titre que les autres commerces prohibés, pose ainsi une série de questions à la sociologie économique : qui est chargé d'assurer le travail de police, défini par les économistes libéraux comme une des rares fonctions de l'État sur le marché ? Qui établit les conventions définissant et garantissant un (juste) niveau de qualité et de prix ? En somme, comment s'établit la confiance indispensable au fonctionnement durable du marché ?

Dans l'étude que nous avons consacrée au commerce du cannabis (Nouguez, 2002 et 2003), nous sommes partis de cette question de l'illégalité pour décrire deux types de *deal* que nous avons observés. Le *deal* de rue est la forme la plus connue et la plus visible de commerce de cannabis : il s'agit le plus souvent de jeunes hommes regroupés en bande qui vendent du cannabis (sous forme de résine ou d'herbe) au bas d'un immeuble ou dans certains lieux publics. Ce commerce repose sur une contradiction fondamentale : la publicité dont il fait l'objet est une condition essentielle pour attirer les consommateurs et se développer ; mais elle est aussi sa principale faiblesse puisqu'elle l'expose à la répression policière. Toute l'organisation du *deal* de rue vise à répondre à ces deux impératifs contradictoires. Parce qu'ils sont en contact permanent avec les policiers et qu'ils sont interpellés fréquemment, les *dealers* de rue savent jusqu'où ils peuvent étendre leur activité et dans quelles situations ils sont passibles de sanctions. Ils savent qu'ils risquent notamment d'être interpellés pour trafic de cannabis si les quantités qu'ils ont sur eux sont très importantes ou s'ils sont pris en flagrant délit de vente. Toute l'organisation du *deal* de rue vise à réduire ces deux principaux risques. Les quantités vendues ne dépassent que rarement dix grammes par transaction et les *dealers* n'ont jamais sur eux plus que cette quantité, le reste étant caché dans les recoins d'un mur ou d'une voiture. Quant au risque d'être pris en flagrant délit, les *dealers* de rue le limitent en ne commerçant que dans des endroits où la possibilité d'être vu est faible et en réduisant au maximum le temps de transaction. Certains *deals* de rue se sont organisés pour minimiser les interventions de la police ou, à défaut, leurs conséquences. Ainsi, une division du travail fortement hiérarchisée s'est développée dans laquelle le *dealer* recrute des plus jeunes pour assurer les fonctions de guet, de transport voire de vente directe du produit, chaque tâche donnant lieu à une rémunération plus ou moins élevée en fonction de la position dans la hiérarchie. Par ailleurs, certains « territoires » de *deal* particulièrement importants peuvent faire l'objet de « mesures de protection », qu'il s'agisse d'interdire l'accès aux policiers en tenue ou bien d'attaquer toute voiture ou toute personne non identifiées (et donc soupçonnées d'appartenir à la brigade des stupéfiants). Finalement, le *deal* de rue se construit dans un affrontement direct avec les forces de police et la loi autour du contrôle de l'espace-temps marchand défini à partir d'une logique territoriale.

À l'abri des regards, existe cependant un autre commerce qui concerne beaucoup plus de consommateurs : « le *deal* d'appartement ». Ce *deal* fonctionne à partir de réseaux de consommateurs (pouvant aussi être producteurs et vendeurs) le plus souvent unis par des liens familiaux ou amicaux qui, pour éviter les « dangers » caractérisant le *deal* au grand jour, s'organisent dans des lieux confinés, à l'abri des regards indiscrets pour s'approvisionner en grandes quantités de cannabis. Plus que la connaissance des risques encourus, c'est la faible probabilité d'être interpellé qui motive les *dealers*. Le *deal* d'appartement répond ainsi au risque policier par l'anonymisation de ses acteurs et

l'enfouissement de l'espace-temps marchand dans les relations sociales « ordinaires » (Noguez, 2003)².

Mais l'organisation du *deal* ne vise pas simplement à protéger les échangistes contre la répression de l'État. Elle vise tout autant à reprendre et internaliser les fonctions régulatrices remplies par l'État sur les marchés légaux, qu'il s'agisse de garantir la paix des échanges ou de normaliser le rapport qualité/quantité/prix (Noguez, 2002 et 2003). Dans le *deal* de rue, cette internalisation passe par la professionnalisation des *dealers* et du *deal* (Duprez, Kokoreff et Weinberger, 2001 ; Bergeron, 2009). Si les arnaques ou les vols sont fréquents lors de *deals* occasionnels (lieux de vacances, soirées festives...), certaines places de *deal* sont suffisamment institutionnalisées pour se transformer en véritables comptoirs équipés en objets « marchands » (comme par exemple une balance permettant de vérifier le poids du produit au milligramme près) et organisés selon une véritable division du travail (guetteur, rabatteur, receveur d'argent, distributeur de cannabis...) visant à orienter le consommateur et à garantir la paix et la justice des échanges. Dans le *deal* d'appartement, la confiance repose quant à elle sur les liens forts (au sens de la sociologie structurale) qui unissent les *dealers* aux consommateurs appartenant souvent aux mêmes groupes familiaux et/ou amicaux. Dans ce cas-là, l'opportunisme mais aussi la professionnalisation sont limités par l'encastrement du *dealer* dans les groupes amicaux ou familiaux et le commerce s'inscrit bien souvent dans des logiques de don ou d'échange non-marchand (Testart, 2001 ; Noguez, 2003).

Finalement, l'intégration du cannabis aux substances dont l'usage, la production et le commerce est illicite a donc contribué à dessiner un commerce régulé de l'extérieur par la police et la justice et de l'intérieur par les trafiquants et les consommateurs qui tentent à la fois de se protéger contre l'intervention répressive de l'État et de reprendre les fonctions de régulation assumées par ce dernier sur les marchés légaux. Se donne ainsi à voir « l'existence possible d'une importante structuration sociale, qui évacue l'image d'une économie et d'un marché a-structurés, gouvernés par les seules lois de l'intimidation, de la violence et du caractère captif d'une clientèle dépendante » (Bergeron, 2009, p.70). Pour autant, la qualification du cannabis comme une « drogue dure » similaire à l'héroïne ou la cocaïne par ses effets sur l'individu et la société a fait l'objet de multiples contestations, conduisant certains États (au premier rang desquels se trouvent les Pays-Bas) à aménager les sanctions encourues pour l'usage de ce

² Nous ne développons pas ici ce point mais il faut considérer un troisième rapport au commerce qui consiste à l'éviter, en recourant à l'autoproduction de cannabis. Ainsi, le commerce de manuels et de matériel destinés à la culture du cannabis (dans des *grow shops*) s'est fortement développé depuis une vingtaine d'années, certains producteurs se regroupant pour former des associations, légales ou non, dont les plus connues sont les « Cannabis Social Club ».

produit et à établir de véritables « zones grises » de commerce, ni *formellement* légales, ni *effectivement* interdites.

UN COMMERCE « NEGLIGE » PAR L'ÉTAT REPRESSIF. BROUILLAGE DES FRONTIÈRES ET DÉVELOPPEMENT DE « ZONES GRISES » DE COMMERCE

Le tableau de la politique répressive que nous venons d'esquisser a constitué et constitue encore à bien des égards un paradigme structurant pour de nombreux pays occidentaux dans leur politique de gestion des drogues. Mais, à partir des années 1990, ce paradigme « répressif » a été de plus en plus contesté et concurrencé par un autre paradigme dit « de réduction des risques », soulignant les effets dévastateurs de la prohibition et de la criminalisation des usages de drogues sur les plans sanitaire et social. Invitant, de manière plus ou moins explicite selon les groupes sociaux qui s'en réclament, à une décriminalisation de l'usage de toutes les drogues, ce paradigme a, *nolens volens*, contribué à requalifier le cannabis comme une « drogue douce » dont l'usage devrait faire l'objet d'un traitement policier et juridique proportionnel à son degré de dangerosité. Au sein des politiques qui se sont élaborées autour de ce paradigme, la politique néerlandaise est sans aucun doute celle qui a poussé le plus loin cette logique, non seulement en dépénalisant *de facto* (pas de sanction pénale appliquée pour infraction d'usage simple dans certaines conditions) l'usage du cannabis mais en autorisant/tolérant l'organisation d'un commerce de cannabis public : les *coffee-shops*. Ces commerces, effectivement tolérés sans être formellement légaux, offrent un cas particulièrement intéressant de marché contesté mais fortement régulé par l'État.

Une drogue douce ? Politiques de réduction des risques et dépénalisation de l'usage de cannabis

Les années 1990 ont vu se réaliser un changement de paradigme contribuant à une requalification substantielle des drogues et, des politiques publiques de lutte contre les drogues (Bergeron, 1999). Ce paradigme tend à préférer à la criminalisation et la répression qui avaient globalement prévalu jusqu'alors, la médicalisation (Conrad et Schneider, 1992) et la sanitarisation (Fassin, 1998) de la gestion des consommations qui doivent désormais plus volontiers être conçues, pour certaines, anomiques et intensives, comme une « maladie » ou un « trouble » à traiter et, pour toutes, comme une conduite à risque qu'il faut prévenir. Ce mouvement historique remarquable trouve une de ses origines dans les années 1970, lorsqu'explose la consommation de drogues dans les pays occidentaux et que sont adoptées des lois, qui, à l'instar de la loi française du 31 décembre 1970, reconnaissent au toxicomane le double statut de délinquant (à punir) et de malade

(à soigner)³. Un second mouvement de sanitarisaton se réalise lors de l'apparition et du développement du sida, quand l'usage de drogues (en particulier l'héroïne) est « de plus en plus saisi en termes de santé publique plutôt qu'en termes de violation des lois, d'ordre public, d'aliénation mentale ou de déchéance sociale. » (Bergeron, 2009, p. 102).

Deux distinctions fondamentales s'opèrent à cette occasion (Bergeron, 2006). La première distinction contribue à séparer les usages simples ou récréatifs, des usages toxicomaniaques (la toxicomanie), puis à partir de la deuxième moitié des années 1990, à reconnaître l'existence de différences importantes entre l'usage simple, les abus (Classification américaine psychiatrique : DSM) ou usages nocifs (Classification Internationale des Maladies de l'OMS : CIM 10), et la dépendance. L'idée d'une possible consommation récréative ou régulée, qui ne débouche pas sur la « nécessaire déchéance » d'une toxicomanie ou d'une dépendance commence à se diffuser plus manifestement dans l'espace public.

La seconde distinction sépare les drogues selon leurs risques pour la santé (y compris VIH, hépatite C, septicémie, neurotoxicité, etc.), même si les droits de beaucoup de pays européens ne prennent pas acte de ces distinctions médicales et scientifiques. Ainsi, assiste-t-on à la reconfiguration de la notion de « population fragile » avec une gradation des risques, selon les types d'usage : du point de vue des risques encourus, le consommateur de cannabis ne se situerait pas sur le même plan que le consommateur d'héroïne. Les vecteurs de diffusion de ces nouvelles catégories classificatoires sont polymorphes (discours politiques, rapports d'experts, rapports de commission parlementaire, articles de presses, etc.). On peut toutefois citer, parmi de nombreux autres exemples, le significatif Rapport remis par le Professeur Bernard Roques en 1998 au Ministre de la Santé, Bernard Kouchner, qui compare différentes substances psychoactives (héroïne et opioïdes, cocaïne, MDMA, psychostimulants, alcool, benzodiazépines, cannabinoïdes et tabac) sur cinq critères (dépendance physique, dépendance psychique, neurotoxicité, toxicité générale et dangerosité sociale) et qui fait des cannabinoïdes la substance la moins dangereuse, présentant un risque faible ou nul sur ces cinq critères, alors que d'autres substances légales comme l'alcool ou le tabac présentent des risques forts à très forts sur plusieurs voire la totalité de ces critères. Ainsi, les catégories jusqu'alors monolithiques de « drogues » et de « drogués » tendent à se dissoudre en autant de profils de produits et de conduites à risques hiérarchisés selon leur degré de dangerosité et de risques pour la santé individuelle et l'ordre public.

³ Ces lois prévoient, dans ce contexte, la possibilité de mesures thérapeutiques alternatives à une condamnation ou parties intégrantes d'une condamnation.

Ces nouvelles approches des drogues ont eu des conséquences majeures sur les politiques publiques menées en Europe. Développé originellement aux Pays Bas (Derksen et Wijngaart, 1996 ; Boekout Van Solinge, 2004), le paradigme dit de « la réduction des risques » a progressivement modifié les principes, outils et pratiques de la lutte contre les drogues. Perçue au départ comme un moyen de lutter contre la propagation du sida (ou de l'hépatite C) à travers l'échange de seringues infectées par les héroïnomanes, cette politique a visé plus généralement à permettre une amorce de réinsertion sociale et sanitaire. L'avènement de ce paradigme comme référentiel normatif des politiques de lutte contre la drogue en Europe n'a pas seulement permis que l'offre de soins s'étoffe et que des politiques de santé publique à destination des usagers, jusqu'alors faméliques, se développent. Il a également contribué à légitimer un mouvement de décriminalisation de l'usage de drogue. Le consommateur a progressivement cessé d'être *principalement* considéré comme un délinquant menaçant l'ordre social et sujet d'une répression légitime, pour devenir *plus volontiers* un malade à traiter ou une personne exposée à des risques qu'il faut informer et aider. Ces transformations, tout à la fois cognitives et normatives, se manifestent, d'un point de vue politique, en Europe, dans 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 (OEDT, 2005). Du constat de l'évolution de ces dispositions, on ne doit pourtant pas induire que les vellétés de contrôle de l'usage simple se soient estompées dans les pays européens, mais on peut plus certainement conclure que l'usage n'est plus considéré, dans de nombreux pays occidentaux comme une infraction suffisamment grave pour mériter la sanction la plus sévère que prévoient les dispositifs législatifs des pays démocratiques européens ; il convient au contraire de proposer des suivis thérapeutiques alternatifs aux poursuites (Bergeron, 2005 ; 2011) .

Dans le cas particulier du cannabis, ce changement de paradigme conduit à sa requalification comme « drogue douce » devant faire l'objet d'un traitement juridique adapté à sa dangerosité sanitaire et sociale. Ballotta, Bergeron et Hughes (2008) distinguent 4 types de « (dis)qualification du cannabis » ouvrant sur quatre types de politiques différentes en Europe. Dans certains pays (Italie, Chypre, Pays Bas et Royaume uni), la loi établit des listes de produits ouvrant à des sanctions graduelles, le cannabis ne devant pas faire l'objet de sanctions aussi lourdes que l'héroïne ou la cocaïne. Au Royaume-Uni par exemple, le cannabis est devenu en 2004 une drogue de catégorie C, ce qui rend possible les seules confiscations de la substance et la mise en garde de l'utilisateur interpellé par les forces de police (un dispositif qui a cependant changé récemment). Dans d'autres pays (Irlande, Belgique, Luxembourg et Espagne), la loi ne distingue pas le cannabis comme catégorie de produit spécifique mais sanctionne de peines moindres son usage, sa production ou son commerce. Dans d'autres encore (Danemark et Allemagne), la loi ne distingue le cannabis ni comme catégorie ni

comme traitement mais des circulaires ou d'autres instruments comparables enjoignent les magistrats à modérer la sévérité de leurs jugements pour l'usage de cannabis. Enfin, dans certains pays (France), les juges intègrent *de facto* la nature de la substance comme un des critères de délibération et de jugement. Le cannabis apparaît ainsi dans cette nouvelle politique de réduction des risques à la fois comme un produit faiblement dangereux (et devant donc faire l'objet d'une moindre répression) et comme un produit de substitution (et devant donc être séparé des substances considérées comme plus nocives à la santé comme l'héroïne ou la cocaïne).

Ces politiques de « dépenalisation » *de jure* ou *de facto* souffrent néanmoins d'une contradiction essentielle consistant à tolérer la possession de drogues pour usage personnel tout en interdisant leur commerce. Cette contradiction trouve sa traduction la plus forte dans la régulation de l'usage et du commerce de cannabis aux Pays-Bas avec la loi de 1976 sur l'opium (OFDT, 2001). Alors que la possession de plus de 30 grammes de cannabis est toujours passible théoriquement d'une peine de 2 ans d'emprisonnement et/ou d'une amende de 11 000 euros (cette peine étant de 1 mois et/ou 2000 euros pour des quantités inférieures), les textes d'application distinguent le cannabis des autres drogues depuis la loi de 1976 sur l'opium et incitent les juges à une plus grande tolérance concernant ce produit. Parallèlement, ces directives rendent possible la vente de cannabis dans les *coffee-shops*, des établissements qui sont tolérés et dont la licence spéciale peut être retirée à tout moment (jusqu'en 1999 par le seul ministère public et à partir de 1999 par les maires) au motif de nuisance à l'ordre public ou de commerce de « drogues dures »⁴. La tolérance concernant l'installation de *coffee-shops* visait à instaurer un double confinement : 1) confinement de l'usage du cannabis (aux adultes majeurs) dans certains lieux plus ou moins contrôlables par l'État pour assurer l'ordre social sur la voie publique ; 2) confinement du commerce de cannabis, ensuite, par rapport au commerce d'autres substances jugées plus nocives (en particulier l'opium) et par rapport à l'espace public (en interdisant notamment la publicité). Mais ce dispositif aménageant une inédite tolérance ne spécifie pas les conditions légales de l'approvisionnement des *coffee-shops* (voir plus loin). Cette politique ayant permis de stabiliser « l'épidémie » de consommation de drogue dures, le gouvernement a opté au cours des années 1980 pour une politique de « normalisation » qui *tolère* la consommation de cannabis comme une pratique sociale normale pourvu que pareil comportement ne nuise pas à la collectivité (concept de nuisance publique) (Bergeron, 2009, p. 94).

⁴ Les *coffee-shops* doivent, pour être plus précis, respecter 5 règles essentielles : a) Interdiction du commerce de drogues dures ; b) Interdiction de la publicité ; c) Nécessité de respecter l'ordre public ; d) Interdiction de vente à des mineurs ; e) On ne peut vendre plus de 5 grammes par personne majeure et par transaction.

La politique néerlandaise offre donc l'exemple le plus marquant d'une régulation mixte – hybride – visant à distinguer l'usage toléré du commerce interdit d'une part, le cannabis des autres drogues d'autre part ; elle construit cependant un isolat légal de l'usage dans l'océan d'un approvisionnement illégal⁵. Si cette politique semble être couronnée de succès sur le plan sanitaire, elle a ainsi grandement contribué à brouiller la frontière entre commerce licite et illicite de cannabis, créant de véritables « zones grises » de commerce, entre légalité et illégalité. Comment dans ce contexte développer un marché ?

Des « zones grises » de commerce. Les coffee-shops néerlandais sous une épée de Damoclès

Les *coffee-shops* sont un commerce d'une nature très particulière que signale leur nom-même. Tolérés, il leur est interdit de faire la promotion du produit qui fait le cœur de leur activité ; ainsi, officiellement ce sont des boutiques de café... Leur activité est de fait très fortement encadrée par les autorités publiques nationales et locales. Tout d'abord, après le développement croissant de ces établissements dans les années 1980 (leur nombre atteignant un maximum de 1200 au milieu des années 1990 avant de régresser), des mesures ont été prises afin de limiter leur nombre. L'ouverture comme la fermeture d'un *coffee-shop* est ainsi soumise à une autorisation du maire et, à la fin des années 1990 la majeure partie des villes néerlandaises avaient adopté le principe de la « tolérance zéro » consistant à refuser toute installation en centre-ville, ou bien à fixer un seuil maximal de *coffee-shops* au sein de la ville : ainsi en 1999, les 856 *coffee-shops* officiels (auxquels s'ajoutaient environ 150 établissements publics vendant de l'alcool et du cannabis) se répartissaient sur seulement 20 % du territoire néerlandais (OFDT, 2001) ; en 2011, ces établissements n'étaient plus qu'au nombre de 653 (soit une baisse de 23 % par rapport à 1999), installés dans 104 des 314 communes néerlandaises selon une étude de l'institut de recherche Intraval. Pour limiter les problèmes d'ordre public liés au développement d'un « tourisme de la drogue » dans les centres des villes frontalières de la Belgique et de l'Allemagne, les *coffee-shops* ont par ailleurs été cantonnés à la périphérie de ces villes⁶.

Ensuite, pour limiter les phénomènes de revente et protéger la santé des consommateurs, l'offre des *coffee-shops* fait l'objet d'une régulation très stricte :

⁵ Il faut noter par ailleurs que cette politique isole les Pays-Bas au sein de l'Union Européenne voire du reste du monde, en constituant une atteinte aux traités internationaux sur les drogues dont le pays est pourtant signataire. Cf. *infra*.

⁶ Cf. l'entretien réalisé en 2011 par Arnaud Aubron avec Wernard Bruining, le créateur du premier *coffee-shop* à Amsterdam en 1973 : Aubron, Arnaud, « Pays Bas : la réforme des coffee-shops jugée par leur inventeur », Blog *Les Inrockuptibles*, 27 juin 2011. [<http://blogs.lesinrocks.com/droguesnews/2011/06/27/pays-bas-la-reforme-des-coffee-shops-jugee-par-leur-inventeur/>]

depuis une directive de 1996 les *coffee-shops* ne sont pas autorisés à vendre plus de 5 grammes de cannabis par personne (contre 30 grammes précédemment) et ne peuvent stocker plus de 500 grammes dans leur établissement ; il leur est par ailleurs interdit de vendre ou de permettre la consommation d'autres drogues en leur sein et, dans la majeure partie des villes (dont Amsterdam), il leur est interdit de vendre de l'alcool. Ainsi, le propriétaire du plus grand *coffee-shop* néerlandais « *Checkpoint* » (qui accueillait 2000 à 3000 clients par jour), situé à Terneuzen, a été condamné à fermer son établissement en 2008 et à verser 10 millions d'euros d'amende, parce qu'il stockait 200 kilogrammes de cannabis au lieu des 500 grammes autorisés⁷. De fait, les *coffee-shops* peuvent être fermés pour cause d'infraction à la législation sur les stupéfiants (vente d'autres drogues ou d'alcool ; vente/possession de quantités trop élevées de cannabis) ou pour trouble à l'ordre public. Néanmoins, les pouvoirs publics ne peuvent intervenir directement sur l'approvisionnement en cannabis des *coffee-shops*, le trafic étant toujours sévèrement puni par la loi et objet de la lutte policière. Cette situation ambiguë met non seulement en question la pérennité économique de ces établissements, dont la survie est placée sous une épée de « Damoclès » (nom donné à la loi de 1999 qui donne de plus amples pouvoirs aux maires dans la gestion des *coffee-shops*), mais elle empêche aussi l'État d'intervenir sur une série de dimensions comme les modalités d'approvisionnement de ces commerces, la teneur en principe actif (TétraHydroCannabinol ou THC) du cannabis vendu, ou encore la taxation des ventes, puisque ces activités ne sont pas formellement légales⁸.

Une mesure récente a révélé au grand jour la place occupée aujourd'hui par les *coffee-shops* dans l'économie locale et nationale des Pays-Bas. Portée par une coalition des chrétiens démocrates et des conservateurs-libéraux (avec le soutien du parti islamophobe) et sous la pression des autres pays européens qui accusaient les Pays-Bas d'être la plaque tournante du narcotrafic en Europe⁹, le Ministre de la Justice, M. Opstelten a décidé d'instaurer une « carte herbe » (*wietpass*) réservant l'achat de cannabis dans les *coffee-shops* aux résidents néerlandais

⁷ Dépêche AFP du 25 mars 2010 reprise sur le site du Nouvelobs.com.

⁸ Comme le cannabis n'est pas un produit légal, les *coffee-shops* ne paient pas de TVA ou de taxe sur les ventes mais les propriétaires et les salariés payent tout de même l'impôt sur le revenu. En 2007, l'ensemble de l'économie néerlandaise liée au cannabis (production et vente) aurait généré un chiffre d'affaires estimé à 2 milliards d'euros (dont 80 % à l'exportation), employait 4 600 personnes et payait des impôts (sur le revenu) à hauteur de 400 millions d'euros. Cf. Nol Van Schaik (propriétaire de *coffeeshop* depuis 1991), « A little Coffeeshop Economy », 11 février 2012 [<http://www.coffeeshopnieuws.nl/index.php/artikelen/3-articles/31-a-little-coffeeshop-economy>]

⁹ D'après le commissaire néerlandais en charge de la lutte contre la culture du cannabis, 500 tonnes de cannabis, soit 80 % de la production néerlandaise, seraient exportées chaque année des Pays-Bas vers les autres pays européens, générant un chiffre d'affaires de 2 milliards d'euros en 2008. Cf. Aubron, Arnaud, « Pays-Bas : le cannabis exporté rapporterait deux milliards par an », *Les Inrocks*, 20 octobre 2008.

inscrits sur une liste¹⁰. Il s'agissait donc de « confiner » le commerce de cannabis à la consommation locale et lutter ainsi contre les « fuites » et les « troubles » générés par les touristes. Alors que ce projet devait être appliqué à l'ensemble des *coffee-shops* au 1^{er} janvier 2013, la fronde des propriétaires de ces établissements et des maires de grandes villes (notamment Amsterdam dont 10 % des touristes disent venir pour les seuls *coffee-shops* et 30 % pour les musées et les *coffee-shops*) et l'arrivée d'un nouveau gouvernement, libéral et travailliste, en septembre 2012, ont conduit les pouvoirs publics à amender fortement son contenu : les villes sont désormais libres d'appliquer ou non la mesure. Néanmoins, avant que le projet ne soit finalement abandonné, il avait été mis en place le 1^{er} mai 2012 dans les trois provinces du Sud des Pays-Bas : les *coffee-shops* devenaient des clubs fermés réservés aux néerlandais titulaires d'une carte de membre (chaque *coffee-shop* ne pouvant inscrire que 2 000 personnes)¹¹.

L'application du système a révélé au grand jour les conditions de fonctionnement et de réussite de l'économie contestée des *coffee-shops*. Ainsi, l'inscription des clients sur des listes semble avoir raréfié non seulement la clientèle étrangère mais aussi une large partie de la clientèle néerlandaise qui ne souhaitait pas « être fichée » sur ses pratiques de consommation. Ensuite, les conditions restrictives appliquées aux *coffee-shops* ont eu pour effet principal de renforcer leurs concurrents, qu'il s'agisse des *dealers* de rue (guettant les consommateurs à l'entrée des *coffee-shops* et accompagnant souvent la vente de cannabis d'autres produits comme la cocaïne), les *dealers* d'appartement (avec la mise en place de listes de numéro de téléphone pour permettre la livraison du cannabis) et l'autoproduction avec la hausse des ventes des *grow shops*, ces magasins spécialisés dans la vente de matériel pour cultiver le cannabis. Loin d'éradiquer le « narcotourisme », le système des *wiet pass* semble bien plutôt avoir renforcé l'économie illégale, faisant perdre aux autorités nationales et surtout locales le contrôle du commerce de cannabis et de ses bénéfices (notamment sur le plan du tourisme) et mettant à mal la politique de réduction des risques développée jusqu'alors. Souhaitant confiner le commerce aux frontières du territoire néerlandais, cette politique a finalement mis à mal la politique de confinement du commerce et de l'usage des drogues aux magasins de cannabis.

¹⁰ Pour une présentation détaillée de cette mesure, cf. Lap Mario, 2012 « Amsterdam : pas de wietpas ni de bannissement des étrangers dans les *coffee-shops* », article traduit par Laurent Apel pour le numéro 52 du journal d'Asud (Auto-support des usagers de drogue), avril 2013. [<http://blogs.rue89.com/drogues-et-addictions/2013/04/02/cannabis-les-pays-bas-ne-reculent-plus-229967>] et Cessou, Sabine, 2013, « Pays-Bas : revirement sur la carte cannabis dans les *coffee-shops* », RFI, 5 janvier 2013. [<http://www.rfi.fr/europe/20130104-pays-bas-revirement-carte-cannabis-coffee-shops-droguetourisme-wiet-pass>]

¹¹ Sur cette question, cf. Van der Bergh, Marcel, 2012, « Pays-Bas : les *dealers* sont de retour », *Courrier International*, 3 août 2012.

Le commerce néerlandais du cannabis offre donc un cas particulièrement heuristique de marché contesté, soumis à un ensemble de règles très strictes sans bénéficier pour autant d'une reconnaissance officielle de l'État. La politique néerlandaise a finalement moins contribué à déplacer les frontières entre licite et illicite, qu'à les brouiller, privant de ce fait l'État d'un certain nombre de leviers d'action et de régulation et empêchant les *coffee-shops* de bénéficier des protections inhérentes aux marchés légaux. Ce déplacement des frontières s'est plus manifestement opéré récemment, sous le coup d'une contestation que l'on pourrait qualifier d'« internaliste », en ce qu'elle s'exprime dans la langue même de l'ancien paradigme : si l'usage et le commerce (contrôlé) des seules drogues présentant un intérêt médical et/ou scientifique peut faire l'objet d'une reconnaissance légale, ne convient-il pas, de requalifier le cannabis comme « produit thérapeutique » ?

VERS UN COMMERCE D'ÉTAT ? REQUALIFICATION DU CANNABIS ET ORGANISATION D'UN COMMERCE LEGAL

Comme nous l'avons signalé précédemment, la construction de la politique et du marché internationaux des drogues est indissociable de la reconnaissance de l'usage médical et scientifique comme seul légitime. Mais le paradoxe souligné par Dudouet (2009) est que les médecins ont été peu associés à la définition de ces usages dans les traités internationaux. Or, dès sa mise en œuvre et de manière plus intense à partir des années 1990, la classification des substances adoptée par les traités internationaux a fait l'objet de nombreuses critiques de la part de certains médecins et scientifiques. Qu'elles visent à réévaluer la balance bénéfices/risques de certaines substances (comme le cannabis, l'alcool ou le tabac), à valoriser certaines formes de ces produits comme des substituts utiles dans la lutte contre la toxicomanie et l'addiction, ou à reconnaître la normalité des usages « récréatifs » des « drogues douces », ces différentes contestations se sont appuyées sur l'ambiguïté de la définition de l'usage médical pour contester la frontière établie entre usage licite et usage illicite. Cherchant à intégrer ces considérations, certains États ont ainsi développé des politiques publiques visant à déplacer la frontière pour étendre le champ de l'usage légitime et donc du commerce légal des drogues. Mais ce déplacement de la frontière a aussi des conséquences sur les modalités d'organisation du commerce : faut-il, en effet, privilégier l'autoproduction et l'échange à but non lucratif ou faire du cannabis une source de revenus pour les entreprises et l'État ?

Un médicament ? Le cannabis thérapeutique ou la requalification des produits, des usages et des usagers

En instituant les usages médicaux et scientifiques des drogues comme les seuls légitimes, et établir ainsi la frontière entre commerce légal et le commerce illégal, les conventions internationales ont laissé ouverte la possibilité d'un déplacement de la frontière et donc d'une extension du marché en fonction de la « découverte » de nouveaux usages médicaux. Si les dérivés de l'opium (morphine, codéine, etc.) ont donné lieu à de nombreux usages thérapeutiques et ont servi au développement de l'industrie pharmaceutique, le cannabis n'a pas eu droit, pendant longtemps, à la même reconnaissance de la part des industriels, des professionnels de santé et des autorités de régulation. Bien que ses dangers pour la santé et les risques de dépendance qu'il serait susceptible d'induire aient été qualifiés à de nombreuses reprises comme faibles, ils ont pendant longtemps été mis en balance avec un apport thérapeutique jugé inexistant. Ainsi, contrairement à la morphine dont les risques mais aussi les bénéfices thérapeutiques sont élevés et qui est donc qualifiée comme un médicament à manier avec précaution mais extrêmement précieux, le cannabis ne posséderait pas de caractéristiques thérapeutiques lui permettant d'accéder au statut de médicament. Pourtant, le cannabis a fait l'objet de recherches et d'usages médicaux tout au long du 19^e siècle en Europe comme en Amérique du Nord. Le cannabis appartenait ainsi à la pharmacopée américaine officielle de 1851 à 1937, date de passation du *Marihuana Tax Act* qui, sans prohiber le produit, imposa une taxe de 1 dollar à toute vente de cannabis (y compris pour un usage médical), le condamnant à disparaître du commerce légal. A la suite de la Convention Internationale de 1970 présentée précédemment, les États-Unis ont par ailleurs inscrit le cannabis et ses dérivés au Tableau I (sur cinq) des substances contrôlées (avec l'héroïne, le LSD, la mescaline, le peyotl et le psilocybe) qui présentent un potentiel élevé d'abus, aucun usage médical accepté et une absence de standards de sécurité lors de l'usage sous contrôle médical (Eddy, 2010, p.3). En France, le cannabis a été retiré de la pharmacopée officielle en 1953, sa production, sa prescription et son commerce étant formellement interdits¹², et il a fallu attendre 2013 pour voir un premier médicament à base de cannabis (le Sativex®) bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché.

Pourtant, depuis le début des années 1990, les possibles usages thérapeutiques du cannabis ont fait l'objet d'un intérêt croissant de la part des malades, des médecins et des scientifiques, notamment aux États-Unis. Dans le cadre du développement de l'épidémie de sida mais aussi des chimiothérapies contre le cancer, un certain nombre de malades et de médecins ont « découvert » la capacité du cannabis, en complément ou par substitution aux autres médicaments (et tout particulièrement la morphine), à alléger les souffrances liées à la maladie ou au traitement (dans le cas des chimiothérapies) et à stimuler

¹² Cette interdiction concerne jusqu'à l'homéopathie : alors qu'*Opium* fait partie des médicaments homéopathiques commercialisés, *Cannabis Indica* et *Cannabis Sativa* sont interdits à la production et la vente en France.

l'appétit. Des associations se sont ainsi créées dans différents États américains, et tout particulièrement en Californie, pour défendre l'idée d'un programme compassionnel utilisant le « cannabis médical » comme « un traitement palliatif pour les malades en phase terminale » (Dioun, 2013, p. 3). Ainsi, l'État de Californie a adopté en 1996 la proposition 215 baptisée « *Compassionate Use Act* » qui autorisait la possession, l'usage et la culture du cannabis pour les patients souffrant d'une maladie sévère et disposant d'une recommandation écrite ou orale de leur médecin. Ce premier « cadrage compassionnel » met en scène une population fragile (des personnes souffrant de maladies particulièrement douloureuses et/ou ayant atteint le stade terminal) qui ne recourt pas au cannabis pour un usage récréatif mais pour des raisons médicales (les autres traitements palliatifs sont moins efficaces ou présentent des effets secondaires plus sérieux) (Dioun, 2013). Pionnière en la matière, la Californie a été suivie par treize autres États américains qui ont autorisé en 2010 les patients concernés par l'usage médical à posséder et cultiver un certain nombre de plants de cannabis dans une limite fixée par la loi.

Ce cadrage compassionnel va être renforcé au cours des années 1990 et 2000 par un nombre très important d'études scientifiques qui ont mis en lumière les multiples propriétés du TetraHydroCannabinol (THC) et du Cannabidiol (CBD), deux principes actifs contenus dans le cannabis et susceptibles d'être mobilisés dans le traitement d'un grand nombre de pathologies : propriétés psychotropes (somnifère, anxiolytique, antidépresseur), propriétés analgésiques et anti-vomitiques (pour le traitement des douleurs chroniques et des effets secondaires des chimiothérapies), stimulation de l'appétit (pour le traitement des malades du sida et du cancer), propriétés vaso-dilatatrices (permettant de soigner les glaucomes ou les migraines)... (Grotenhermen, 2009)¹³ Ces effets positifs du cannabis thérapeutique ont été reconnus par l'Institut de Médecine de l'Académie Nationale des Sciences américaine en 1999 : « Les données accumulées suggèrent une variété d'indications, en particulier pour le soulagement de la douleur, la prévention des vomissements et la stimulation de l'appétit. Pour des patients atteints du SIDA ou subissant une chimiothérapie et qui souffrent simultanément de douleur aiguë, de nausées et de perte d'appétit, les médicaments contenant des cannabinoïdes pourrait offrir un soulagement à spectre large qu'on ne retrouve dans aucun autre traitement singulier » (cité dans Eddy, 2010, p. 10). Néanmoins, cette extension des usages médicaux du cannabis a fait l'objet de multiples critiques à l'intérieur du monde médical et de l'administration fédérale. L'*American Medical Association* ne cesse de rappeler depuis 2001 son opposition à l'usage médical du cannabis qu'elle juge non fondé scientifiquement et contraire aux accords internationaux sur les drogues. Parallèlement la *Federal and Drug*

¹³ Pour un recensement complet et détaillé de ces propriétés, cf. le site de l'Association internationale pour le Cannabis Médical [<http://www.cannabis-med.org/?lng=fr>]

Administration, en charge de l'autorisation de mise sur le marché et du contrôle des médicaments, a publié en 2006 un rapport soulignant que la marijuana n'avait pas fait l'objet du même processus d'essai et de contrôle que les autres médicaments et que sa consommation sous forme de fumée comportait des risques pour la santé¹⁴.

En dépit de ces critiques, la légalisation de l'usage médical dans différents pays a favorisé la production et de la commercialisation de cannabis naturel ou de principes actifs de synthèse. Ainsi, différents médicaments contenant du THC et/ou du CBD (Marinol, Sativex...) sont produits et/ou commercialisés dans plusieurs pays d'Europe (Pays Bas, Allemagne, Italie et Royaume Uni, France très récemment) sous forme de plantes séchées ou bien de spray... Le développement de ces traitements permet ainsi de déconstruire le cannabis en une somme de principes actifs pouvant être associés ou dissociés pour maximiser ou minimiser les effets (anxiolytique, hypnotique, antalgique, antiémétique, antispasmodique...) selon qu'ils sont recherchés ou indésirables.

Ainsi, la notion de « cannabis thérapeutique » permet à la fois de qualifier un type de produit (de la plante fumée au médicament en spray), d'usage (médical) et d'usager (le malade souffrant et/ou en fin de vie). Mais si cette notion permet de légitimer la légalisation d'un certain commerce de cannabis, elle n'en définit pas les modalités d'organisation : comment s'assurer que le commerce reste confiné aux usages légitimes définis par la loi ? À quel(s) acteur(s) la responsabilité et les éventuels bénéfices de la production et du commerce de cannabis doivent-ils incomber ?

Vers un marché légal du cannabis ? La difficile institutionnalisation d'un commerce contesté

Les États-Unis constituent un cas particulièrement intéressant pour étudier les conséquences de la légalisation du « cannabis thérapeutique » sur la structuration d'un marché qui reste fortement contesté. Deux enjeux majeurs ont en effet gouverné les débats sur les modalités de légalisation de l'usage et du commerce de cannabis.

Le premier enjeu renvoie à la question du confinement (et des éventuelles « fuites ») des usages et du commerce de cannabis : s'agit-il en effet de limiter la production, la commercialisation et l'usage du cannabis à la seule sphère médicale (*i.e.* des indications médicales et du contrôle médical) et locale (*i.e.* restreinte aux États l'autorisant), ou bien l'usage médical n'est-il que le « Cheval de Troie » permettant d'institutionnaliser un marché légal du cannabis dont les frontières

¹⁴ U.S. Food and Drug Administration, « Inter-Agency Advisory Regarding Claims That Smoked Marijuana Is A Medicine », communiqué de presse, 20 avril 2006. Sur cette question, voir Eddy, 2010, p.11.

dépasseraient largement celles de la sphère médicale et locale (s'étendant aux usages récréatifs, échappant au contrôle des médecins et se diffusant et à l'ensemble des États-Unis) ?

À un premier niveau, cette question du confinement concerne la définition des usages légitimes ouvrant droit au commerce légal. Les indications prêtées au cannabis s'apparentent à une « liste à la Prévert » donnant le droit à un très grand nombre de personnes de consommer du cannabis pour « motif médical »¹⁵. Pour limiter ce risque de « fuite » vers des usages non-médicaux du cannabis, certains États américains (comme le Rhode Island ou le New Jersey) ont défini des listes de maladies auxquelles sont limitées les possibilités de « recommandation » médicale. D'autres États (comme la Californie) laissent les médecins libres de statuer sur la nécessité de l'usage de cannabis. Enfin, en 2011 deux États (le Colorado et l'État de Washington) ont abandonné toute référence à l'usage médical et autorisé la possession d'une once de cannabis pour tout citoyen de l'État¹⁶. À travers ces différentes politiques, on voit ainsi se dessiner un spectre extrêmement large de définitions des usages du cannabis, allant d'un usage confiné au traitement médical d'un nombre limité de maladies à un usage non-défini et non contrôlé (médical, récréatif, toxicomane), et donc un périmètre très variable pour le marché légal.

À un deuxième niveau le confinement concerne les modalités de production, de prescription et de diffusion du cannabis. Tant que le cannabis n'était pas considéré comme un médicament officiel, il n'était pas possible aux États de donner aux médecins un pouvoir de prescription sous peine de les exposer à des poursuites fédérales. Les lois votées par les 14 États stipulent donc que les médecins « recommandent », par écrit ou par oral, l'usage du cannabis à des patients dont la condition sanitaire pourrait être améliorée par la consommation de ce produit. Par ailleurs, la majeure partie des États ont régulé la demande de cannabis médical, en mettant en place un registre des malades bénéficiant du « programme compassionnel » (et en distribuant éventuellement des cartes de « bénéficiaire ») et en définissant une quantité maximale de cannabis qu'ils sont autorisés à détenir. Enfin, les États ont statué sur les modalités d'approvisionnement des patients en cannabis, définissant ainsi les cadres d'un commerce légal. La majeure partie des États concernés autorisent les patients à cultiver un nombre maximal de plants de cannabis (entre 7 et 24 selon les États) à condition que cette culture fasse l'objet de mesures de confinement (culture en intérieur et fermée par un cadenas). Certains reconnaissent par ailleurs une fonction de « soignant » (*caregiver*) à des personnes, leur donnant la possibilité de

¹⁵ Selon une estimation reprise par Dioun (2013), il y aurait entre 500 000 et 1 million de « patients » sur le marché américain, générant un chiffre d'affaires total d'1 milliard de dollars par an.

¹⁶ Lesnes, Corine, « United States of Marijuana », *Le Monde*, 26 décembre 2012.

cultiver du cannabis puis de le revendre à des patients en échange d'« une compensation raisonnable » (Californie ou Michigan), quand d'autres confient cette fonction à des « unités de productions » disposant d'une autorisation officielle (Nouveau Mexique ou Colorado).

Enfin, à un troisième niveau (qui concerne tout particulièrement les États-Unis mais peut aussi s'appliquer à l'Union Européenne), le problème du confinement met en jeu l'articulation entre les niveaux étatiques et fédéraux dans la régulation du commerce de cannabis. L'initiative de légaliser l'usage du cannabis à des fins médicales n'est pas venue de l'État Fédéral mais de certains États américains et, dans la majeure partie des cas, de référendums d'initiative populaire (« *ballot initiative* »). Or, ces lois sont en contradiction flagrante avec la loi fédérale qui, en accord avec les traités internationaux, continue à considérer le cannabis comme une substance dangereuse et sans utilité thérapeutique, et à en prohiber la détention, l'usage, la production et le commerce. Ce *hiatus* a été au cœur d'affrontements juridiques et politiques entre les États « libéraux » et l'État Fédéral : alors que certains États ont reconnu la possibilité à des malades de posséder, de consommer voire dans certains cas de cultiver du cannabis s'ils bénéficiaient d'une recommandation médicale, les agents fédéraux de la *Drug Enforcement Administration* en charge de la lutte contre le trafic de drogues ont régulièrement interpellé ces mêmes personnes pour détention, consommation ou production illégale de cannabis et détruit leur plants de cannabis, ou ont fermé un grand nombre de dispensaires chargés de vendre du cannabis. Cette opposition entre les niveaux étatique et fédéral a été au cœur du procès « Gonzalès v. Raich » en 2005 (Eddy, 2010, p. 16). Deux patients et deux « soignants » (« *caregiver* » en charge de produire le cannabis pour des patients) dont les plants et le cannabis avaient été saisis et détruits par des agents du DEA ont saisi les tribunaux pour contester l'intervention fédérale sur une production et une consommation locales et donc relevant selon eux des lois de l'État californien et non de l'État Fédéral (ce dernier n'ayant le droit d'intervenir que sur le commerce inter-États selon la Clause de Commerce). La Cour Suprême a statué en juin 2005 et déclaré que le pouvoir du Congrès s'étendait jusqu'aux activités purement locales dès lors qu'elles portent sur un groupe économique ayant des effets substantiels sur le commerce entre États. Si la Cour Suprême maintenait donc le *statu quo* en ne condamnant ni la loi californienne sur le cannabis médical ni la politique fédérale de lutte contre la détention, la production et le commerce de cannabis, elle soulignait le risque de « fuites » inhérent aux différences de régulation du commerce de cannabis à l'intérieur de la Fédération¹⁷.

¹⁷ Le problème se pose dans les mêmes termes en Europe où les Pays-Bas ont été accusés par les autres pays européens d'alimenter leurs marchés noirs et de mettre à mal la politique prohibitionniste.

Un deuxième enjeu, qui s'est renforcé avec le développement du marché légal du cannabis dans certains États américains, concerne la distribution des droits de propriété sur le cannabis et des bénéfices inhérents à son commerce. Le développement de marché légaux de cannabis a en effet été à l'origine d'une véritable « ruée vers l'or vert » « dans laquelle l'industrie du tabac est prête à se reconverter »¹⁸. Il n'est de fait pas anodin que le débat autour de la légalisation du cannabis prenne une nouvelle ampleur au moment où la crise économique menace l'emploi et la croissance et où la dette des États semble s'envoler¹⁹. La question des ressources et des emplois que la légalisation du commerce de cannabis pourrait engendrer occupe désormais une place importante non seulement dans les rapports publics mais aussi dans les traitements médiatiques. Si l'on prend le cas français, Christian Ben Lakhdar (2007) évaluait le « coût social du cannabis » en France en 2003 à 919 millions d'euro (dont 523 millions d'euros au titre de la répression et 36 millions d'euros au titre de la prévention) soit 15 euros par habitant et par an (0,06 % du PIB) contre 599 euros par an et par habitant pour l'alcool (2,37 % du PIB) et 772 euros pour le tabac (3,05 % du PIB). Dans le même temps, la taxation des ventes de cannabis, à l'instar du tabac, pourrait rapporter à l'État plusieurs centaines de millions d'euros. Les mêmes arguments économiques qui avaient prévalu dans l'établissement d'une frontière entre commerce légal et commerce illégal au début du 20^e siècle semblent désormais servir à la contester.

CONCLUSION

Comme nous l'avons déjà suggéré, les variations historiques du statut du cannabis, tantôt poison, tantôt médicament (*Pharmakôn*), parfois drogue, parfois objet d'une consommation récréative, invitent à reconnaître, bien banalement, que la qualification sociale d'un produit ou d'un service (ici : une substance) relève d'un arbitraire social et culturel. Or, ce fait social est loin de laisser l'organisation du commerce indifférente : nous montrons, en effet, combien et comment ces opérations de qualification/classification cognitive (donc normative) des produits (services) jouent un rôle décisif dans le dessein et le destin des marchés sur lesquels ces produits circulent : non seulement ces qualifications sont déterminantes dans la genèse du type de marchés sur lesquels ces produits sont appelés à être échangés – marchés légaux ou illégaux – mais elles contribuent également à définir les répertoires des actions légitimes sur ces deux formes de

¹⁸ Lesnes, Corine, « United States of Marijuana », *Le Monde*, 26 décembre 2012.

¹⁹ Le fait historique, en 2010, que l'on considère légitime l'organisation d'un référendum en Californie sur la légalisation du cannabis, même si le « non » l'a finalement emporté, ne peut être compris sans référence à la situation budgétaire catastrophique de l'État ; on peut également rappeler que ce projet a été soutenu par le gouverneur républicain Arnold Schwarzenegger, guère réputé pour ses prises de positions libérales.

marchés (type d'instruments d'action publique (taxation, incitation, informations, etc.), stratégies des vendeurs, etc.). Ces quelques réflexions poussent ainsi à considérer ces opérations de qualification – qui contribuent à construire la légitimité du commerce de biens/services, ou au contraire à la saper – comme devant se situer au cœur des intérêts scientifiques de la sociologie économique et invitent à ne pas centrer son attention sur les seuls équipements cognitifs d'intermédiation marchande, rendus nécessaires une fois le marché légitime. La sociologie des marchés contestés a finalement ceci de supérieur à la sociologie économique des marchés légaux qu'elle invite à s'intéresser à des opérations sociales, aussi visibles que décisives, dont l'histoire ne s'est pas effacée, comme c'est souvent le cas pour les marchés de marchandises et services désormais incontestés, et qui l'ont pourtant un jour été (Zelizer, 2013). Elle pousse à re-historiciser les marchés légaux, en les situant dans une perspective longitudinale, et à interroger leurs conditions de possibilités, mais également celles de leur possible remise en cause, quand des mouvements sociaux contestent l'essence-même de ces biens et service et/ou leurs modalités de circulation.