



Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après

Ivana Obradovic, Marguerite de Saint-Vincent¹

NOTE DE SYNTHÈSE N° 2021-03
PARIS, JUIN 2021



Le Portugal est le premier pays du monde qui a opéré une réforme pénale visant, avant tout, à favoriser l'accès aux soins pour les usagers de drogues classées comme stupéfiants (cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, etc.)². À l'heure des soixante ans de la Convention unique sur les stupéfiants (1961), qui a consolidé le régime international de prohibition en vigueur aujourd'hui, le Portugal commémore vingt ans d'application de sa réforme sur les drogues.

Depuis le 1^{er} juillet 2001, date d'entrée en vigueur de la réforme introduite par la loi du 29 novembre 2000, la réforme portugaise fait prévaloir une approche résolument sanitaire des usagers de drogues : les consommateurs de drogues illicites sont considérés, aux termes de la loi, comme des malades plutôt que comme des délinquants, nécessitant une orientation vers des soins en cas d'usage

problématique. La consommation et la détention de stupéfiants en petite quantité (à des fins d'usage personnel) ne constituent plus un délit, passible de peines d'emprisonnement. Elles restent interdites mais il s'agit d'infractions administratives, hors du champ pénal. Surtout, la prise en charge des usagers s'inscrit dans une organisation nationale restructurée en 2000, pilotée par le Ministère de la santé (et non plus de la justice), qui s'efforce de « privilégier les réponses sanitaires plutôt que punitives » (Trigueiros *et al.*, 2010).

| | |
|--|-----------|
| Enjeux de la réforme et contexte d'adoption | 3 |
| La dépénalisation comme instrument d'une politique sanitaire : genèse du processus de réforme | 3 |
| <i>Une réponse à l'épidémie d'héroïne</i> | 3 |
| <i>Le changement dans la continuité : la réduction des risques comme principe directeur</i> | 4 |
| Une législation innovante | 7 |
| <i>Principaux objectifs de la loi</i> | 7 |
| <i>Une réponse graduée à l'usage de stupéfiants</i> | 8 |
| <i>Maintien des sanctions pour le trafic</i> | 10 |
| Vingt ans d'application de la réforme : tendances et bilan | 10 |
| Des niveaux de consommation contenus après la réforme | 10 |
| <i>Une consommation de drogues illicites qui reste en-deçà de la moyenne européenne</i> | 10 |
| <i>Persistance d'une prévalence élevée d'usage problématique d'opioïdes</i> | 13 |
| Des bénéfices tangibles en matière de santé publique | 13 |
| <i>Baisse drastique de la mortalité par surdose</i> | 13 |
| <i>Diminution des contaminations virales liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse</i> | 15 |
| <i>Accès aux soins et disponibilité accrue aux moyens de la réduction des risques</i> | 16 |
| Un impact visible sur le fonctionnement du système pénal | 16 |
| <i>Un effet immédiat de désengorgement des tribunaux et des prisons</i> | 16 |
| <i>Une transformation des représentations et des pratiques judiciaires</i> | 18 |
| <i>Une réduction de la délinquance liée aux drogues ?</i> | 18 |
| Effets sur le marché : vers un recul de l'offre et du trafic ? | 18 |
| <i>Une baisse des volumes saisis difficile à interpréter</i> | 18 |
| <i>Une évolution des prix et des teneurs semblable aux tendances européennes</i> | 19 |
| <i>Une réduction substantielle du coût social des drogues</i> | 20 |
| Conclusion | 20 |
| Bibliographie | 22 |

1. Auditrice de justice (promotion 2019) en stage à l'OFDT (mars-avril 2021).

2. Contrairement à ce qui est parfois affirmé, le Portugal n'est pas le premier pays qui a dépénalisé l'usage de stupéfiants et les infractions préparatoires à l'usage (détention de petites quantités) : l'Espagne (1983) ou encore l'Italie (1990) avaient déjà opéré ce type de réforme. Encore avant, d'autres avaient adopté ce type de réforme uniquement pour le cannabis : une dizaine d'États aux États-Unis dès les années 1970, suivis par plusieurs territoires d'Australie (entre 1987 et 1996), notamment sa capitale (1992). L'originalité portugaise réside surtout dans l'approche sanitaire.

Régulièrement convoqué dans le débat public comme un exemple de politique publique alternative à la prohibition, le « modèle » portugais des drogues a préfiguré un mouvement de dépénalisation de l'usage et de la détention en petite quantité de drogues illicites. Depuis les années 2000, une vingtaine de pays européens (une trentaine dans le monde) ont mis en place des réformes similaires, dont certaines se réclament directement du modèle portugais (par exemple la Norvège). L'approche portugaise des drogues est valorisée jusque dans l'enceinte des instances onusiennes, alors même que son adoption, mettant en question les conventions internationales sur les stupéfiants (ONUDC, 2009), avait suscité leur réprobation : après une première reconnaissance officielle de la politique portugaise en 2009³, en 2015 elle a été décrite par le président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) comme un modèle de bonnes pratiques (Sipp, 2015). Certains États américains s'y réfèrent pour leurs propres réformes (Gallagher, 2015), de la Californie en 2009⁴ jusqu'à, plus récemment, l'Oregon, qui a approuvé par référendum, en novembre 2020, la décriminalisation de toutes les drogues (sans distinction).

À la fois objet de curiosité internationale et source d'inspiration d'autres réformes sur les drogues, la politique portugaise est aussi souvent citée qu'elle est mal connue. Les représentations du « modèle » du Portugal révélées par le débat public méconnaissent souvent la réalité des faits objectivables. Par exemple, la réforme portugaise est parfois présentée, à tort, comme un exemple de « légalisation » des drogues. De même, elle est souvent décrite comme un changement radical de politique⁵, alors qu'elle s'inscrit dans la continuité d'une politique de réduction des risques et des dommages liés aux drogues mise en place dès la fin des années 1980. Afin d'éclairer le débat public avec des données fiables et contextualisées, cette note revient sur les apports et les effets de la loi de 2000. Elle montre que l'approche portugaise se singularise surtout parce qu'elle fait du droit l'instrument d'une politique sanitaire. Elle souligne aussi que l'interprétation des données disponibles révèle des usages instrumentaux des chiffres (Hughes et Stevens, 2012), qui s'inscrivent souvent dans une approche partisane (Greenwald, 2009).

Quel bilan et quelles leçons peut-on tirer de l'expérience portugaise ? On reviendra d'abord sur la genèse de la réforme, son contexte d'adoption et ses objectifs, avant d'examiner ses conditions d'application. Avec un recul de deux décennies, cette synthèse propose un aperçu des évolutions observées, sur la base des principaux indicateurs disponibles. Le cas du Portugal illustre deux phénomènes importants en termes d'analyse des politiques publiques : la difficulté d'imputer des changements de comportements d'usage à une réforme pénale en propre, dont les effets ne se comprennent qu'en relation avec des évolutions sociales, culturelles et politiques plus larges ; la capacité d'une loi à peser sur les représentations sociales en promouvant, dans la durée, une approche de réduction des risques pour traiter les problématiques d'usage de drogues.

3. En 2009, l'organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), gardien des conventions internationales, a validé l'approche portugaise en indiquant que la décriminalisation de l'usage de drogues opérée en 2001 répondait bien aux paramètres de la Convention unique des stupéfiants de 1954 : la possession de drogues reste interdite mais les sanctions sont de nature administrative, et non pénale.

4. La Californie a été le premier État américain à formaliser un projet de légalisation du cannabis, en février 2009, présenté comme une réforme inédite, allant bien au-delà de la réforme portugaise. Portée par le sénateur démocrate Tom Ammiano, la proposition a été soumise au vote d'une Assemblée d'État et rejetée en 2010. Cependant, en novembre 2016, un autre projet de légalisation a été adopté par référendum (*Adult Use of Marijuana Act*, Proposition 64).

5. Cette représentation est largement véhiculée dans les médias : voir par exemple l'article du quotidien britannique *The Guardian*, intitulé « Portugal's radical drugs policy is working. Why hasn't the world copied it? » (5 décembre 2017).

ENJEUX DE LA RÉFORME ET CONTEXTE D'ADOPTION

LA DÉPÉNALISATION COMME INSTRUMENT D'UNE POLITIQUE SANITAIRE : GENÈSE DU PROCESSUS DE RÉFORME

La réforme législative opérée au Portugal s'inscrit dans un contexte historique, politique et socio-culturel singulier en Europe. Elle intervient après une longue période d'isolement et de restriction des libertés liée à la période de dictature militaire (1926-1974), dans une société décrite comme conservatrice, marquée par une pratique traditionnelle du catholicisme, qui a été peu irriguée par les mouvements de contre-culture. Dans le régime autoritaire de l'*Estado Novo* né dans les années 1920 – dirigé principalement par António de Oliveira Salazar (1932-1968) –, qui a prévalu pendant près d'un demi-siècle jusqu'à la « Révolution des œillets » (Story, 1976), la fermeture du pays et la censure ont tenu le Portugal à l'écart des changements politiques, sociaux et culturels observés dans la plupart des pays occidentaux depuis la fin des années 1960 (Da Agra, 2009). Dans ce contexte, la « révolution démocratique » de 1974 est allée de pair avec un « effet de rattrapage ». L'augmentation rapide de la consommation de drogues, associées à la notion de liberté d'expression et d'indépendance, a été un des marqueurs de cette évolution, qui s'est traduite par une grave épidémie d'héroïne.

Une réponse à l'épidémie d'héroïne

La loi de novembre 2000 s'inscrit dans le contexte d'une augmentation rapide de la consommation de drogues, depuis la sortie de la dictature jusqu'à la fin des années 1990 (Nunes Dias, 2007). Dans un contexte d'essor de la mortalité des usagers de drogues injectables à partir des années 1980 – par surdose ou des suites du sida –, l'enjeu sanitaire de contrôle de l'épidémie d'héroïne est apparu central et urgent. La montée en charge de l'usage et des cas de dépendance à l'héroïne s'est également traduite par la multiplication des scènes ouvertes de consommation de drogues (Hughes et Stevens, 2010). La forte visibilité, dans l'espace public, des effets sociaux de l'épidémie a déclenché une prise de conscience collective, particulièrement vive dans un pays conservateur peu accoutumé aux manifestations de désordre public.

La progression de l'usage de drogues s'explique par plusieurs facteurs. Si, comme partout en Europe, la consommation d'héroïne s'est largement développée à partir des années 1980, sa dynamique d'expansion comporte des racines et des traits spécifiques au Portugal. D'abord, elle a émergé dans un contexte politique de démocratisation et de décolonisation, où la population accédait à certaines libertés (en particulier les jeunes générations) et où, dans le même temps, la fin des guerres coloniales et le retour au pays d'environ un million de Portugais des colonies d'Afrique et de soldats (Angola, Guinée-Bissau, Cap-Vert, Mozambique), où la consommation de cannabis (sous forme d'herbe, appelée *liamba*) était tolérée voire encouragée, a entraîné une diffusion et une popularité accrues de ce produit (Da Agra, 2009 ; Domoslawski, 2011 ; Landel et Zielinska, 2016). En parallèle, la consommation d'héroïne, qui ne touchait qu'un nombre très réduit de la population jusqu'au milieu des années 1980, a progressé très rapidement, accompagnée de l'usage de drogues de synthèse et de différentes formes de polytoxicomanie. Ainsi, à la fin des années 1980, on enregistrait au moins un décès par surdose par jour dans la capitale (selon l'Institut médico-légal de Lisbonne) et le nombre de toxicomanes, principalement des héroïnomanes, est passé de 30 000 en 1987 à plus de 100 000 en 1994. Cette diffusion rapide de l'héroïne a touché toutes les classes sociales, pas seulement les franges les plus marginales de la société. Selon certains observateurs, dans les années 1990, la plupart des familles avaient été endeuillées par les suites d'une surdose d'héroïne (Castel-Branco Goulão, 2018). Malgré la mise en place de politiques répressives, le nombre de consommateurs n'a cessé d'augmenter. La réponse du gouvernement a été, dans un premier temps, d'étendre et de renforcer la répression sur les consommateurs en leur infligeant de sévères peines de prison : à la fin des années 1990, les prisons portugaises comptaient pour moitié des détenus condamnés pour des ILS et, selon le quotidien *El Español*, les toxicomanes hésitaient à demander un traitement médical par crainte de sanctions judiciaires. L'épidémie d'héroïne a donc cristallisé une situation d'impuissance des pouvoirs publics, appelant une réponse adaptée.

Cette dynamique de consommation s'explique aussi par des facteurs d'offre. Dans les années 1980-1990, la disponibilité et l'accessibilité de toutes les drogues se sont considérablement élargies. Le Portugal est devenu une plaque tournante du trafic international de stupéfiants, du fait de l'ouverture croissante des frontières, après la fin de la dictature (1974) puis après son adhésion à la Communauté européenne (1986). L'ouverture des frontières a été mise à profit par les trafiquants, qui ont approvisionné le marché de l'héroïne : aux réseaux de distribution allemands, hollandais et grecs se sont peu à peu ajoutés les réseaux turcs qui, via la route Istanbul-Zürich-Lisbonne, ont tissé des liens avec les distributeurs établis au Portugal (Domoslawski, 2011). Cette offre élargie s'est traduite par une hausse des saisies, avec des prises d'envergure inédite, comme la saisie de 6,5 kg d'héroïne dans un quartier populaire de Lisbonne le 15 avril 1994.

La visibilité du phénomène a aussi été favorisée par la médiatisation des conséquences directes de l'épidémie d'héroïne. Les conséquences mortelles de ces consommations ont fait l'objet de relais médiatiques, soulignant le caractère universel des risques pour la jeunesse, touchant tous les milieux sociaux⁶. La presse nationale a aussi mis en avant la délinquance et les risques sociaux liés aux usages de drogues (De Menezes Ferreira, 2011). Selon le Procureur général, 60 % des délits contre la propriété étaient liés à la consommation d'héroïne au milieu des années 1990 : sur 745 vols à main armée recensés dans les centres urbains en 1993, une centaine avaient été commis sous la menace de seringues présentées comme « contaminées ». La question des drogues est donc devenue un enjeu politique majeur et une préoccupation sociale grandissante de la population (Domaslawski, 2011 ; Greenwald, 2009). Cette situation jugée « insoutenable » par l'opinion publique fait que la question des drogues, aux côtés de celles du logement et de l'insécurité, a été au cœur du débat des élections municipales du 13 décembre 1993. Elle a été constituée en **enjeu politique national**, amenant la majorité socialiste au pouvoir⁷ à changer d'approche, en 2000, pour favoriser l'accompagnement et le soin des toxicomanes, sous l'influence de mouvements de la société civile recommandant un changement de paradigme (De Menezes Ferreira, 2011). Ce qui était jusqu'alors considéré comme un problème judiciaire, pénal et moral, est alors institué comme un enjeu de santé publique. L'adoption de la loi de 2000 a donc été favorisée par le **large soutien de l'opinion publique**.

Du fait de ses conséquences très visibles dans l'espace public et de son impact auprès des jeunes générations, le phénomène d'usage de drogues a donc alimenté une « panique morale », alimentée par le constat de la hausse des consommations (Cohen, 1972). Pourtant, les données disponibles montrent que le Portugal détenait alors l'un des niveaux de consommation de stupéfiants les plus faibles d'Europe : en 2001, moins de 8 % des Portugais de 15 à 64 ans avaient consommé au moins une fois une drogue illicite dans leur vie, quatre fois moins que les Britanniques du même âge (34 %). Néanmoins, le Portugal se distinguait par une **prévalence d'usage problématique de drogues parmi les plus élevées d'Europe dès les années 1980-1990**⁸, particulièrement d'héroïne : **au milieu des années 1980, 1 % de la population portugaise (10 millions d'habitants) était dépendante à l'héroïne, soit 100 000 personnes** (Landel et Zielinska, 2016). Le nombre de consommateurs problématiques de drogues était alors le plus élevé de l'Union européenne (UE), atteignant 12,8 personnes pour 1 000 habitants entre 1996 et 1998 (EMCDDA, 2001). De surcroît, à la fin des années 1990, au sein de l'UE, le pays se distinguait par **la plus forte proportion de contaminations par le sida attribuables à un usage de drogues par voie intraveineuse**. Au deuxième rang européen en termes de prévalence d'usage de drogues par injection parmi les personnes séropositives (près de 60 %), le Portugal a vu les cas de sida progresser rapidement au fil des années 1990 : si 9 cas de sida y étaient rapportés en 1987, ce chiffre atteignait 434 cas en 1995 (environ 50 fois plus), puis 611 en 1999 (IDT, 2004). Le Portugal détenait également le **record de décès de sida liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse**. Le pays était également confronté à **l'augmentation continue des décès par surdose d'opiacés**. Le point culminant a été atteint en 1997 avec 235 décès par surdose, dont 224 liés aux opiacés, contre 22 en 1987 et 198 en 1995 (Presidência do Conselho de Ministros, 1999).

Face à la hausse conjointe des cas de VIH détectés chez les usagers de drogues, de la mortalité liée au VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse et des décès par surdose d'opiacés, une stratégie de réduction des risques a été adoptée dès 1999, avant la réforme pénale en tant que telle. Par ailleurs, le pays avait déjà engagé un tournant vers la prévention dès la fin des années 1980.

Le changement dans la continuité : la réduction des risques comme principe directeur

L'approche sanitaire introduite par la loi de 2000, décrite comme novatrice, s'inscrit en fait dans une réflexion de longue date sur la réduction des risques et l'institutionnalisation d'une politique des drogues (voir chronologie). Face à l'ampleur de la consommation d'héroïne et ses répercussions sanitaires et sociales dévastatrices, le gouvernement portugais, ainsi qu'une partie de la société civile (en lien avec des associations dans le giron de l'Église catholique), ont recherché des réponses adaptées dès la fin des années 1980. Se développe alors une nouvelle stratégie de traitement : en 1987 le programme *Projeto VIDA*⁹ crée un réseau de centres d'aide aux toxicomanes (CAT) sur le modèle du « Centre de Taipas » ; c'est également le Portugal qui a expérimenté, pour le

6. À l'image du décès par surdose de la fille du ministre de la justice.

7. Gouvernement dirigé par António Manuel de Oliveira Guterres qui s'était illustré, sous son premier mandat, par le ralliement du Portugal à la zone euro (dès mai 1998), l'organisation de l'exposition universelle de 1998 et la création de la Communauté des pays de langue portugaise, tout en relançant sa croissance et luttant contre la pauvreté. Il a notamment créé un revenu minimum garanti. La réforme des drogues intervient sous son second mandat (1999-2002), décrit comme une deuxième phase du pouvoir montrant un Premier ministre affaibli dans un pays en proie aux difficultés économiques. Sa lourde défaite aux élections locales de décembre 2001, puis aux élections législatives de mars 2002 perdues par le PS, l'amène à se retirer de la vie politique.

8. Définition de l'usage problématique : soit un usage par voie intraveineuse, soit une consommation sur le long terme d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines – l'ecstasy et le cannabis n'étant, à l'époque, pas inclus dans cette catégorie (EMCDDA).

9. Programme établissant des mécanismes de coordination nationale en matière de drogues et développant un certain nombre de mesures d'information, de réinsertion, de traitement, de prévention en matière de VIH, etc. (EMCDDA et al., 2011).

compte de l'UE, un produit de substitution à base de LAAM (Levo-Alfa-Acetil-Methadil), un opiacé de synthèse, destiné à favoriser l'accès au traitement des usagers dépendants à l'héroïne. La réforme de 2000 s'inscrit donc dans une tradition d'adaptation des réponses au problème des drogues : la première loi structurante en la matière avait été votée en 1970 et un premier service de traitement des addictions avait été ouvert dès 1973 (EMCDDA *et al.*, 2011). En réaction à l'augmentation rapide de l'expérimentation des drogues à partir de 1974, deux entités gouvernementales avaient été créées afin de développer la prévention et de réprimer le trafic, le CEPD (Centre d'études de la prophylaxie de la drogue) et le CICD (Centre de police spécialisée dans le combat contre la drogue), coordonnées par le Bureau pour la coordination et le combat contre la drogue (*Gabinete Coordenador do Combate a Droga*), créé en 1976 et placé sous la tutelle directe du Premier ministre dont l'agenda politique prévoyait le « combat » contre la drogue (Da Agra, 2009). L'idée d'une décriminalisation de l'usage des drogues, au profit d'un traitement clinique, avait donc émergé dès cette époque (EMCDDA *et al.*, 2011).

La loi de 1983, qui visait à adapter la législation nationale (après la ratification en 1979 par le Portugal de la Convention sur les substances psychotropes de 1971), avait déjà consacré l'approche sanitaire (voir chronologie). Au-delà du fait de durcir la répression du trafic de stupéfiants en maintenant l'interdit pénal de l'usage, elle appelait à considérer le consommateur comme un patient à traiter, avant de le punir, inscrivant – au moins en partie – les politiques publiques en matière de stupéfiants dans le giron du Ministère de la santé. La loi de lutte contre la drogue de 1993 a résolument conforté cette approche sanitaire. Si elle définit les sanctions pénales en matière d'usage et de trafic de stupéfiants, elle développe une approche nouvelle en affirmant, dans son préambule, que l'usager occasionnel ne doit pas être stigmatisé ou marginalisé et que tous les usagers doivent être encouragés à amorcer des soins. Elle dispose que, malgré l'interdit et les sanctions pénales, l'usager occasionnel peut bénéficier d'une dispense de peine et l'usager toxicomane d'une suspension de peine s'il accepte d'amorcer un traitement (Da Agra, 2009 ; Laqueur, 2015). L'adhésion à l'objectif de trouver un cadre légal rénové semblait donc assez large au sein des services d'application de la loi, afin de sortir de la criminalisation et de la marginalisation des usagers, considérées comme des facteurs aggravant les problèmes posés par la consommation (Murkin, 2014).

Mais cette politique de « sanitisation » (Bergeron et Castel, 2015) a surtout été consolidée par le recours aux données scientifiques et par les avis d'experts, qui ont préfiguré la loi de 2000. Cette démarche innovante de construction d'une législation sur la base des données scientifiques a démarré en février 1998 : face à la persistance du problème des drogues et à la préoccupation sociale grandissante, le gouvernement a mandaté un comité d'experts – médecins, sociologues, psychologues, juristes, travailleurs sociaux – chargé de dresser un rapport sur la situation nationale et de formuler des recommandations, afin de préfigurer une stratégie nationale. Après huit mois de travaux, le comité a recommandé d'envisager le consommateur de drogues non plus comme un délinquant qu'il convient de punir, mais comme un patient nécessitant des soins : il appelait à envisager l'addiction comme un enjeu sanitaire et un problème social, et non comme une problématique de justice pénale. Les experts soulignaient la répression jugée « disproportionnée » des comportements des usagers qui, s'ils nuisent à leur propre santé, ne constituent pas directement une atteinte à autrui. Ils pointaient par ailleurs les effets délétères de la réponse pénale qui, selon eux, empêche les consommateurs de rechercher spontanément une aide médicale, par crainte d'une sanction et des conséquences d'une condamnation sur leur vie sociale et professionnelle.

La proposition de dépénaliser l'usage, l'acquisition et la détention pour usage personnel de tous les produits stupéfiants, approuvée à l'unanimité par le comité, a ainsi été proposée à la majorité gouvernementale (Presidência do Conselho de Ministros, 1999). Elle a été présentée comme la manière la plus efficace de limiter l'usage des drogues et de réduire le nombre de personnes dépendantes tout en maintenant l'interdit – garantissant la conformité avec les conventions internationales – et en recherchant de nouvelles sanctions en dehors du champ pénal (Presidência do Conselho de Ministros, 1999). En parallèle, le comité préconisait que ce changement légal s'accompagne de mesures de prévention ciblées, d'éducation, de réduction des risques, ainsi que de développement de programmes de traitement et de réinsertion pour les toxicomanes.

Le 22 avril 1999, le Conseil des ministres a approuvé la stratégie nationale de lutte contre la drogue proposée par la Commission (résolution n°46/99). Cette stratégie a été présentée comme guidée par une série de principes, en particulier l'humanisme et le pragmatisme. Elle fixait plusieurs objectifs politiques à mettre en œuvre pour y parvenir : outre la dépénalisation de la consommation de drogues, la stratégie nationale et le plan d'action prévoyaient un doublement des investissements publics afin d'atteindre les objectifs fixés en termes de prévention, de réduction des risques, d'accès au traitement, de réinsertion sociale des consommateurs, ainsi que de lutte contre le trafic de stupéfiants. C'est en application de cette stratégie que la loi dépénalisant l'usage et la détention et l'acquisition aux fins d'usage a été rédigée puis votée, le 29 novembre 2000, en proposant de créer une nouvelle instance, en remplacement des tribunaux, les commissions de dissuasion de la toxicomanie, afin de répondre plus efficacement au problème de la consommation de drogues.

Chronologie de la politique des drogues au Portugal

| Jalons de la politique des drogues | Événements politiques et sociaux |
|---|---|
| <p>1970 : Première loi nationale sur la production, le trafic et l'usage de stupéfiants (décret-loi 420/70) : l'usage et la détention sont passibles de peines allant jusqu'à 2 ans d'emprisonnement et une amende de 5 000 à 50 000 escudos (équivalant à 25-250 euros).</p> <p>1971 : Ratification par le Portugal de la Convention unique sur les stupéfiants (1961).</p> <p>1973 : Ouverture du premier centre de traitement des toxicomanes.</p> <p>1975 : Le Ministère de la justice crée des centres de prévention et de traitement dans 3 grandes villes.</p> <p>1976 : Introduction de la notion de décriminalisation dans la législation nationale. Deuxième campagne portugaise contre la drogue. Création du Bureau pour la Coordination et le Combat contre la Drogue (<i>Gabinete Coordenador do Combate a Drogas</i>), sous la tutelle directe du Premier ministre : celui-ci coordonne le CEPD (Centre d'études et de la prophylaxie de la drogue) et le CIGD (Centre de police spécialisée dans le combat contre la drogue).</p> | <p>1955 : Le Portugal rejoint l'ONU.</p> <p>1974 : « Révolution des œillets » et fin de la dictature militaire.</p> <p>1976 : Promulgation d'une nouvelle constitution prévoyant un président de la République élu au suffrage universel mais disposant de pouvoirs limités. Mario Soares devient chef du gouvernement après la victoire du Parti socialiste aux législatives. Le Portugal est admis au sein du Conseil de l'Europe</p> |
| <p>1983 : La loi reconnaît l'usager de drogues comme une personne nécessitant des soins (décret-loi 430/83 qui transpose la convention sur les substances psychotropes de 1971 et renforce les peines pour trafic).</p> <p>1987 : Premier programme national de lutte contre les drogues (30 mesures). <i>Projeto VIDA</i> (1^{ère} communauté thérapeutique). Ouverture du Centro das Taipas à Lisbonne.</p> | <p>1986 : Mario Soares devient président de la République. Le Portugal entre dans la CEE.</p> |
| <p>1990 : Sous l'égide du Ministère de la santé, 40 centres de traitement sont ouverts à travers le Portugal.</p> <p>1993 : Première loi sur l'offre de drogues, qui transpose les principes de la convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 et crée 6 catégories de substances contrôlées (décret-loi 15/93 du 22 janvier 1993). Premier programme d'échange de seringues et premier programme de dépistage du sida. Création de l'observatoire européen des drogues (EMCDDA) inauguré à Lisbonne en 1995.</p> <p>1997 : Loi 7/97 qui définit un réseau public de traitement aux toxicomanes (unités publiques et privées).</p> <p>1998 : Montée en charge du débat public sur les drogues (au gouvernement, au Parlement, etc.). Nomination par le gouvernement d'une commission d'experts invités à formuler des recommandations pour une stratégie nationale des drogues (Résolution 46/99) : travail de 8 mois.</p> <p>1999 : Première stratégie nationale de lutte contre les drogues, qui définit 8 principes d'action (humanisme, pragmatisme, participation, etc.) et 13 axes stratégiques qui fondent encore aujourd'hui l'approche portugaise. Recompositions institutionnelles : création d'une structure de coordination nationale. L'Institut portugais des drogues et des addictions (IDT), qui coordonne les unités mobiles de prévention, est rebaptisé SICAD (<i>Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências</i>).</p> | <p>1998 : Exposition Universelle de Lisbonne pour le cinquième centenaire de l'expédition de Vasco de Gama. Le pont Vasco de Gama, le plus long d'Europe (12 km), est inauguré sur l'estuaire du Tage, au nord de Lisbonne.</p> <p>Janvier 2002 : L'euro remplace l'escudo.</p> <p>Juin 2004 : José Manuel Durao Barroso (Parti social-démocrate) devient président de la Commission européenne.</p> <p>Février 2005 : Élections anticipées remportées par le Parti socialiste.</p> <p>Septembre 2005 : L'UE accorde au Portugal un délai de trois ans pour réduire son déficit public (qui devrait dépasser 6 % en 2005) sous le seuil des 3 % et se conformer ainsi au pacte de stabilité et de croissance.</p> <p>11 février 2007 : les Portugais se prononcent à 59,3 % pour la légalisation de l'avortement. La participation (43,6 %) étant inférieure aux 50 % requis, c'est le Parlement, à majorité socialiste, qui adopte, le 8 mars, la loi dépenalisant l'avortement.</p> <p>2008 : « Crise financière ».</p> <p>27 septembre 2009 : Le Parti socialiste (centre gauche) du Premier ministre José Socrates remporte les élections législatives avec 36,6 % des voix mais perd sa majorité absolue au Parlement.</p> |
| <p>2000 : Loi 30/2000 du 29 novembre 2000 qui décriminalise toutes les drogues. Premier Plan d'action contre les drogues (2000-2004) qui met l'accent sur la réduction des risques (IDT, 2001).</p> <p>2001 : Décret d'application du 23 avril 2001 et entrée en vigueur de la loi 30/2000 du 29 novembre 2000 le 1^{er} juillet. Une loi pose les bases de la réduction des risques (décret-loi 183/2001 du 21 juin 2001).</p> <p>2002 : Création des commissions de dissuasion de la toxicomanie (CDT), rattachées au Ministère de la santé et non de la justice.</p> <p>2004-2005 : Évaluation externe de la stratégie nationale (Valadares Tavares et al., 2004).</p> <p>2005 : Plan 2005-2021, décliné en deux plans d'action : ■ 2005-2008 (87 objectifs, 250 actions) (IDT, 2006), ■ 2009-2012 (69 objectifs, 214 actions).</p> <p>2009 : Évaluation interne du Plan d'action 2005-2008. Lancement du Plan d'action contre les drogues et les addictions 2009-2012.</p> <p>2012-2013 : Évaluation finale des 2 plans d'action et du Plan national 2005-2012.</p> | <p>Janvier 2010 : Le Parlement adopte un projet de loi légalisant le mariage homosexuel mais interdisant l'adoption par les couples de même sexe. La loi est adoptée en mai.</p> <p>14 mai 2010 : Le Premier ministre José Socrates (PS) annonce un plan d'austérité sans précédent pour faire face aux records de déficits publics : 9,4 % du PIB en pour l'année 2009.</p> <p>Novembre 2010 : Le Portugal fait face à un « risque élevé » de devoir faire appel à une aide financière extérieure pour résoudre ses difficultés budgétaires, annonce le ministre des Finances.</p> <p>24 novembre 2010 : Les deux principaux syndicats organisent leur première grève générale commune depuis 1988. Ils protestent contre les mesures d'austérité censées réduire la dette et le déficit du pays.</p> <p>2015 : Après une motion de censure du Parti socialiste, du parti communiste et du Bloc de gauche (BE), le premier ministre Pedro Passos Coelho (Parti social-démocrate) est remplacé par António Costa (PS), ancien maire de Lisbonne, à la tête d'une coalition de gauche.</p> |
| <p>2021 : Évaluation finale de la stratégie nationale 2013-2020 (Nova IMS, 2020, 2021), après une évaluation intermédiaire en 2018 (SICAD, 2018) et un rapport d'étape en 2020 (SICAD, 2020b). Le Portugal dispose d'environ 170 centres de soins aux usagers de drogues pour 11 millions de citoyens.</p> | <p>2019 : La présidence du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe (41 États membres) est confiée au Portugal pour la période 2019-2022 : le Président est João Goulão Castel-Branco (ex-directeur du SICAD, directeur général du Service d'intervention sur les dépendances et les comportements addictifs, souvent présenté comme le principal architecte du « modèle portugais »).</p> |

UNE LÉGISLATION INNOVANTE

Principaux objectifs de la loi

Si la loi de 2000 constitue bien une réforme pénale, elle est adossée à une politique publique plus large, marquée par un certain volontarisme politique, revendiquant le respect des droits humains pour justifier la contestation des conventions internationales sur les stupéfiants et un tropisme sanitaire à l'égard des populations en difficulté. La réforme portugaise est l'exemple politique le plus connu de décriminalisation/dépénalisation des drogues (voir encadré), consistant à extraire du champ pénal l'usage de stupéfiants, la détention et l'acquisition pour usage personnel, pour apporter à ce type d'infractions une réponse administrative, sociale et sanitaire plutôt qu'une réponse répressive. Ses deux objectifs principaux apparaissent particulièrement ambitieux et novateurs dans le contexte européen de l'époque : éviter l'incarcération des usagers afin de réduire l'engorgement des prisons ; favoriser la prévention et faciliter l'accès aux soins et à la prise en charge sociale des usagers de drogues, en particulier d'héroïne. Pour atteindre ses objectifs, la loi de 2000 ne modifie substantiellement qu'un seul article de la loi précédente régissant les stupéfiants, qui datait de 1993, pour alléger les sanctions réservées aux usagers (voir tableau 1).

La loi n°30/2000 du 29 novembre 2000 (entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2001) abroge partiellement le décret-loi n° 15/93 du 22 janvier 1993, qui définissait les infractions pénales relatives aux stupéfiants et les sanctions, et fixe « les règles applicables à la consommation de produits stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi qu'à la protection sanitaire et sociale des personnes qui consomment de telles substances sans prescription médicale »¹⁰. Elle dépénalise la consommation et la détention (à des fins de consommation) de toutes les drogues classées au niveau international comme stupéfiants : cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines, etc. Les usagers sont distingués des revendeurs par un seuil de détention toléré, correspondant à « 10 jours de consommation ». Ce critère distinguant la « détention à des fins de consommation personnelle » de la « détention à des fins de trafic » correspond à des seuils quantitatifs bien définis¹¹ : 25 g pour l'herbe de cannabis, 5 g pour la résine de cannabis, 2 g pour la cocaïne, 1 g pour l'héroïne, l'ecstasy/MDMA et les amphétamines. En-deçà de ces seuils, la possession et l'usage restent interdits (et donc considérés comme des infractions) mais sont considérés comme des infractions administratives (et non plus pénales), au même titre que le non-port de la ceinture de sécurité en voiture. Au-delà, la possession de drogues peut être qualifiée comme une infraction de revente ou de trafic, de nature délictuelle (voir tableau 1).

Notions et définitions

Le langage courant assimile souvent dépénalisation et décriminalisation (anglicisme à partir du terme *decriminalization*, dont l'équivalent français est « dépénalisation »). Même si ces notions ne bénéficient pas d'une définition juridique stable, il est couramment admis que la décriminalisation/dépénalisation consiste à retirer le caractère d'infraction pénale à un acte, signifiant la sortie du comportement déterminé du champ pénal, au profit d'une autre forme de sanction, qui peut être administrative. Les notions de décriminalisation ou de dépénalisation désignent donc le plus souvent un processus de déclassement de l'infraction vers une catégorie d'infraction moins grave (transformation d'un crime en délit, ou d'un délit en contravention), entraînant une réduction de la peine encourue. À l'inverse de la légalisation, la dépénalisation va de pair avec le maintien de l'interdit.

En pratique, la dépénalisation des drogues regroupe tous les régimes d'application de la loi qui permettent d'éviter (en totalité ou en partie) l'application des sanctions pénales prévues pour une infraction d'usage ou de détention pour usage personnel. L'allègement des sanctions prévues peut s'imposer de deux manières : de fait (*de facto*) ou par la loi (*de jure*). Au moins trois stratégies de dépénalisation peuvent être identifiées :

1/ la suppression de toute sanction, en cas de détention d'une quantité limitée de substances selon des seuils définis par la loi (comme en République tchèque depuis 2010), ou « en actes, du fait des pratiques des procureurs (à l'image de l'absence de poursuites des usagers de cannabis aux Pays-Bas) ;

2/ le remplacement de la sanction pénale par une contravention (Australie, Italie, etc.) ;

3/ le remplacement de la sanction pénale par une sanction administrative (contraventions, amendes, etc.) mais surtout par une incitation aux soins. Ce processus peut être *de jure* (comme au Portugal) ou *de facto* (à l'instar du programme LEAD aux États-Unis).

Un des enjeux d'application de la dépénalisation en matière de stupéfiants consiste à distinguer la « détention pour usage personnel » (le fait de détenir une petite quantité de substances pour un usage à des fins personnelles) de la « détention à des fins de trafic » (notion légale visant à distinguer les consommateurs des revendeurs selon le critère de la quantité détenue).

10. Voir la traduction en anglais du texte de loi : http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/96/Decriminalisation_law_EN.pdf

11. Le décret de 1993 fixait la limite de possession déterminant l'incrimination pénale à 3 jours de consommation.

Tableau 1. Changements d'incrimination introduits par la loi portugaise du 29 novembre 2000

| | Avant 2001 | Depuis 2001 |
|--|--|--|
| Usage et détention pour usage personnel | | |
| Type d'incrimination | Infraction pénale | Infraction administrative |
| Sanctions encourues | En-deçà de quantités équivalant à 3 jours de consommation : amende ou peine d'emprisonnement maximum de 3 mois Au-delà de 3 jours de consommation : peine d'emprisonnement maximum d'un an | En-deçà de quantités équivalant à 10 jours de consommation : suspension de la procédure ou orientation vers des soins Au-delà de 10 jours de consommation ou en cas de réitération de l'usage : amende, prononcée par la CDT, dont le montant est variable selon le profil de l'utilisateur (de 25 à 150 euros) |
| Référence législative | Loi 15/93 du 22 janvier 1993 Chapitre IV, articles 40-41 | Loi 30/2000 du 29 novembre 2000 Article 2 (entré en vigueur le 1 ^{er} juillet 2001) |
| Production, vente, distribution, trafic | | |
| Type d'incrimination | Infraction pénale | Infraction pénale |
| Sanctions encourues | Peine maximum de 4 à 12 ans d'emprisonnement Sanction allégée lorsque le trafic est qualifié de « moindre gravité » (1 à 5 ans d'emprisonnement) ou si la vente vise à financer sa propre consommation. Sanction aggravée en cas d'« <i>association criminelle</i> » à des fins de trafic (10 à 20 ans d'emprisonnement) | Sanctions inchangées |
| Référence législative | Loi 15/93 du 22 janvier 1993 Chapitre III, articles 21-28 Chapitre IV, article 40 (culture pour usage personnel) | Loi 15/93 du 22 janvier 1993 Chapitre IV, articles 40-41 |

Une réponse graduée à l'usage de stupéfiants

La loi portugaise prévoit une réponse graduée aux consommateurs de stupéfiants. Lors d'une première interpellation, les usagers sont conduits au commissariat de police pour vérifier que la quantité détenue se situe en-deçà du seuil toléré. Si la quantité retrouvée ne dépasse pas la limite légale, l'utilisateur doit se présenter, sous 72 heures, devant une commission de dissuasion de la toxicomanie (CDT), créée par la loi de 2000 (voir encadré ci-dessous). La CDT géographiquement compétente se prononce sur la situation de l'utilisateur à l'issue de trois entretiens :

- Si l'utilisateur est jugé en situation d'usage non-problématique, la procédure est suspendue ;
- En cas de risque « modéré » d'usage problématique, une intervention brève peut lui être proposée (à titre facultatif), incluant une aide psychologique (*counselling*) ;
- Si le risque d'usage problématique et de dépendance est « élevé », l'utilisateur peut être orienté vers un service de traitement spécialisé (sans caractère obligatoire).

Au-delà de la première infraction d'usage ou en cas de détention dépassant le seuil toléré, l'utilisateur encourt une sanction administrative, sous la forme d'une amende, prononcée par la CDT, dont le montant (de 25 à 150 euros) tient compte de plusieurs facteurs : lieu de consommation (privé ou public), caractère habituel ou non de la consommation, situation financière de l'utilisateur, etc.

La réponse apportée à l'usage de drogues a donc été substantiellement modifiée par la réforme de 2000. Si l'usage de drogues reste interdit, en public comme en privé, la consommation, l'acquisition et la détention de petites quantités de stupéfiants ne constituent plus des infractions pénales. Certes, jusqu'alors, une dispense de peine pouvait être accordée au consommateur occasionnel et une suspension prononcée au bénéfice de l'utilisateur sollicitant un traitement. Néanmoins, la consommation pouvait être sanctionnée par une peine de 3 mois d'emprisonnement ou de 30 jours-amendes. En cas de détention, la peine encourue était variable selon la quantité détenue, pouvant atteindre jusqu'à un an d'emprisonnement ou 120 jours-amendes au-delà d'une consommation moyenne d'une personne pendant 3 jours. Après la réforme, un consommateur peut toujours être appréhendé par les forces de police, en particulier dans l'espace public, et se voir confisquer le produit (dès lors qu'il reste interdit), mais il peut échapper à des poursuites s'il accepte la convocation devant la CDT. S'il existe des soupçons de trafic ou si la quantité excède la limite fixée pour 10 jours de consommation, des poursuites pénales peuvent être engagées.

Une innovation légale : les commissions pour la dissuasion de la toxicomanie (CDT)

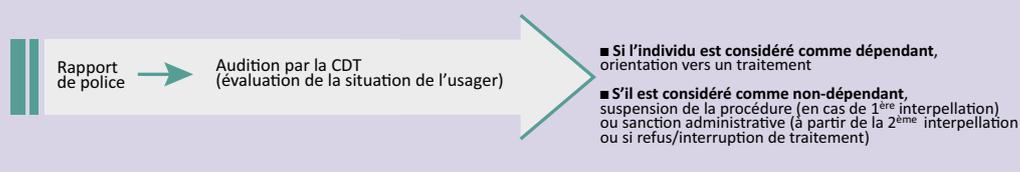
La loi de 2000 crée les commissions pour la dissuasion de la toxicomanie (CDT), dont le rôle est précisé par le décret 130-A/2001 du 23 avril 2001. Les CDT sont des commissions spécialisées, présentes dans chacun des 18 districts du pays et dans les 4 régions indépendantes de Madeira et des Açores, composées d'un panel de trois membres : un professionnel du droit (qui la préside) et deux représentants des professions médicales (médecin ou psychologue) et sociales (travailleur social ou sociologue). Leur rôle consiste, à l'issue de 3 entretiens individuels, à évaluer le niveau de consommation des personnes appréhendées et à leur offrir une information personnalisée sur les risques sanitaires encourus, mais aussi à fixer les sanctions à appliquer aux contrevenants si la quantité détenue les place en situation d'infraction administrative : montant de l'amende, interdiction d'exercer, etc. (SICAD, 2013). En identifiant les facteurs associés à la consommation, les CDT relèvent d'une approche de « prévention indiquée », visant les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème d'usage de drogues – par opposition avec la « prévention universelle », qui vise la population générale ou certains groupes sans tenir compte des risques individuels, et la « prévention sélective », qui vise les individus considérés comme les plus exposés au risque d'usage problématique, présentant un ou plusieurs des facteurs de risque connus. Seuls les consommateurs occasionnels peuvent se voir infliger une amende, tandis que les toxicomanes dépendants sont orientés vers des soins dans des centres spécialisés.

Pour juger de la réponse adaptée, la commission doit déterminer la nature et les circonstances de la consommation. Elle peut avoir recours à des examens médicaux, afin d'évaluer la toxicodépendance. La procédure peut être suspendue en cas de première comparution devant la CDT d'un consommateur jugé non-dépendant : elle sera archivée en l'absence de réitération pendant 2 à 3 ans. L'archivage concerne aussi les consommateurs reçus pour la première fois par une CDT, toxicodépendants, qui ont accepté et mené à terme le traitement proposé. Toute présentation devant une CDT fait l'objet d'une inscription au registre central des procédures de l'Institut portugais des drogues et des toxicomanies (IDT, devenu SICAD).

Les commissions de dissuasion ont pour objectif principal la prévention, le traitement et l'accès aux structures de soin. Une amende peut être prononcée à l'encontre d'un consommateur, uniquement s'il est non-dépendant : elle peut aller de 25 à 150 euros, voire au montant du salaire minimum légal, selon les substances en cause. Le critère de la solvabilité est pris en compte dans le choix du montant et l'utilisateur peut même être exonéré de l'amende en cas de faibles revenus. D'autres sanctions non pécuniaires peuvent être prononcées pour les consommateurs toxicodépendants, selon leur situation personnelle, les circonstances de consommation, le type de produit consommé, etc. : elles vont d'une simple admonestation jusqu'à une interdiction d'exercer une activité professionnelle, de fréquenter certains lieux ou certaines personnes ou de voyager à l'étranger, une obligation de suivi par la commission ou un travail d'intérêt général non rémunéré. Seuls les usagers jugés dépendants sont incités à amorcer un traitement mais sans moyen de coercition : les traitements proposés par les CDT ne sont pas obligatoires et peuvent être suppléés par des sanctions administratives ou par une suspension de la procédure, sous réserve de soins.

Entre 2001 et 2017, 136 980 procédures de « dissuasion » ont été enregistrées, mettant en cause 121 527 personnes (SICAD, 2017). La plupart d'entre elles (80 à 90 %) ont abouti à un jugement d'usage non-problématique, les autres ayant conduit à une orientation sanitaire (Castel-Branco Goulão, 2018). En 2019, les commissions ont enregistré 9 353 nouvelles procédures, pour la plupart en lien avec le cannabis (83 %) et ce dès les premières années, ce qui a surpris certains observateurs (Allen et al., 2004). Les décisions rendues concernent très majoritairement des usagers non-toxicomanes et représentent pour 78 % des suspensions provisoires (70 % à destination d'usagers non dépendants et 8 % à destination d'usagers toxicomanes ayant accepté de se soumettre à un traitement) (SICAD, 2020a). Seule une minorité des décisions prennent la forme d'une sanction. Les observateurs soulignent que la pratique des commissions répond avant tout à une fonction socio-sanitaire, plutôt que punitive (Brisson, 2020 ; Da Agra, 2009 ; Silvestri, 2014). Le taux de consommateurs répondant aux convocations des CDT reste élevé, stable autour de 92,7 % en 2015 (Ribeiro et al., 2017). Si l'utilisateur ne se rend pas à la convocation, les commissions peuvent prononcer une sanction en son absence, par exemple une amende, un travail d'intérêt général ou une révocation du permis de conduire. Globalement, le dispositif des CDT bénéficie d'une bonne acceptation (SICAD, 2017) et d'un rapport coûts-bénéfices favorable (Silvestri, 2014).

Trajectoire de l'utilisateur de stupéfiants



Maintien des sanctions pour le trafic

S'agissant des activités liées au trafic de stupéfiants, qui restent des infractions pénales, le régime légal antérieur reste applicable. Le trafic et la vente de stupéfiants continuent de relever de l'article 21 du décret-loi de 1993, de même que la détention ou l'acquisition de quantités supérieures à 10 jours de consommation. La peine encourue est de 4 à 12 ans d'emprisonnement et peut être allégée lorsque le trafic est qualifié de « moindre gravité », en raison notamment des circonstances, de la quantité ou de la qualité des produits vendus (la peine encourue est alors de 1 à 5 ans d'emprisonnement), ou encore lorsqu'un usager vend pour financer sa propre consommation. La peine est en revanche aggravée en cas d'« association criminelle » à des fins de trafic et portée à 10 à 20 ans d'emprisonnement (voir tableau 1).

VINGT ANS D'APPLICATION DE LA RÉFORME : TENDANCES ET BILAN

Avec deux décennies de recul, on peut mesurer des évolutions en matière de santé et de sécurité publiques. Cependant, toutes les évolutions observables ne sont pas imputables en propre à la réforme : il faut bien distinguer corrélation et causalité. Évidemment, les opposants comme les partisans de la réforme interprètent différemment les données disponibles, les premiers ignorant les bénéfices de la réforme, tandis que les seconds tendent à lui attribuer les évolutions favorables ou à en exagérer les mérites (Hughes et Stevens, 2012 ; Murkin, 2014). Néanmoins, un bilan des données disponibles permet de rendre compte de quelques évolutions solidement objectivées.

DES NIVEAUX DE CONSOMMATION CONTENUS APRÈS LA RÉFORME

Une consommation de drogues illicites qui reste en-deçà de la moyenne européenne

La première enquête nationale en population générale sur les consommations de drogues a été mise en place en même temps que la nouvelle législation (2001). Les données disponibles ne permettent donc pas de comparer la situation avant et après la réforme : on peut néanmoins rendre compte de l'évolution des prévalences d'usage de drogues illicites, sur près de 20 ans (de 2001 à 2017), mesurées grâce aux données d'enquête déclaratives fournies par 4 éditions de la même enquête (2001, 2007, 2012, 2016-2017).

Les chiffres révèlent une hausse globale des niveaux d'usage des drogues illicites en 20 ans, à la fois en termes d'expérimentation (consommation au moins une fois dans la vie), d'usage actuel (dans l'année) ou récent (dans le mois). Cependant, cette hausse s'avère discontinue et hétérogène selon les produits. Mais surtout, **les niveaux de consommation observés au Portugal sont restés en-deçà de la moyenne européenne, quel que soit le produit.** C'est particulièrement le cas parmi les jeunes : **au sein de l'UE, le Portugal enregistre les niveaux de consommation parmi les plus bas dans la classe d'âge des 15-34 ans (EMCDDA, 2021b).**

Tableau 2. Évolution des niveaux d'usage en population générale (15-64 ans) (2001-2017)

| | Au cours de la vie (expérimentation) | | | | Au cours de l'année (usage actuel) | | | | Au cours du mois (usage récent) | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|------|------|---------|------------------------------------|------|------|---------|---------------------------------|------|------|---------|
| | 2001 | 2007 | 2012 | 2016-17 | 2001 | 2007 | 2012 | 2016-17 | 2001 | 2007 | 2012 | 2016-17 |
| Alcool | 75,6 | 79,1 | 73,6 | 86,4 | 65,9 | 70,6 | 61,1 | 59,4 | 59,1 | 59,6 | 50,3 | 49,1 |
| Tabac | 40,2 | 48,9 | 46,2 | 48,8 | 28,8 | 30,9 | 28,2 | 31,7 | 28,6 | 29,4 | 26,3 | 30,6 |
| Toute drogue illicite | 7,8 | 12,0 | 9,6 | 11,7 | 3,4 | 3,7 | 2,7 | 5,4 | 2,5 | 2,5 | 1,7 | 4,4 |
| Cannabis | 7,6 | 11,7 | 9,4 | 11,0 | 3,3 | 3,6 | 2,7 | 5,1 | 2,4 | 2,4 | 1,7 | 4,3 |
| Cocaïne | 0,9 | 1,9 | 1,2 | 1,2 | 0,3 | 0,6 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,1 |
| Amphétamines | 0,5 | 0,9 | 0,5 | 0,4 | 0,1 | 0,2 | <0,1 | <0,1 | 0,1 | 0,1 | <0,1 | nd |
| MDMA/Ecstasy | 0,7 | 1,3 | 1,3 | 0,7 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | <0,1 |
| Héroïne | 0,7 | 1,1 | 0,6 | 0,5 | 0,2 | 0,3 | <0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | <0,1 | <0,1 |
| LSD | 0,4 | 0,6 | 0,6 | 0,4 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | <0,1 | <0,1 | 0,1 | 0,1 | nd |
| Champignons hallucinogènes | nd | 0,8 | 0,6 | 0,2 | nd | 0,1 | 0,1 | nd | nd | 0,1 | <0,1 | nd |

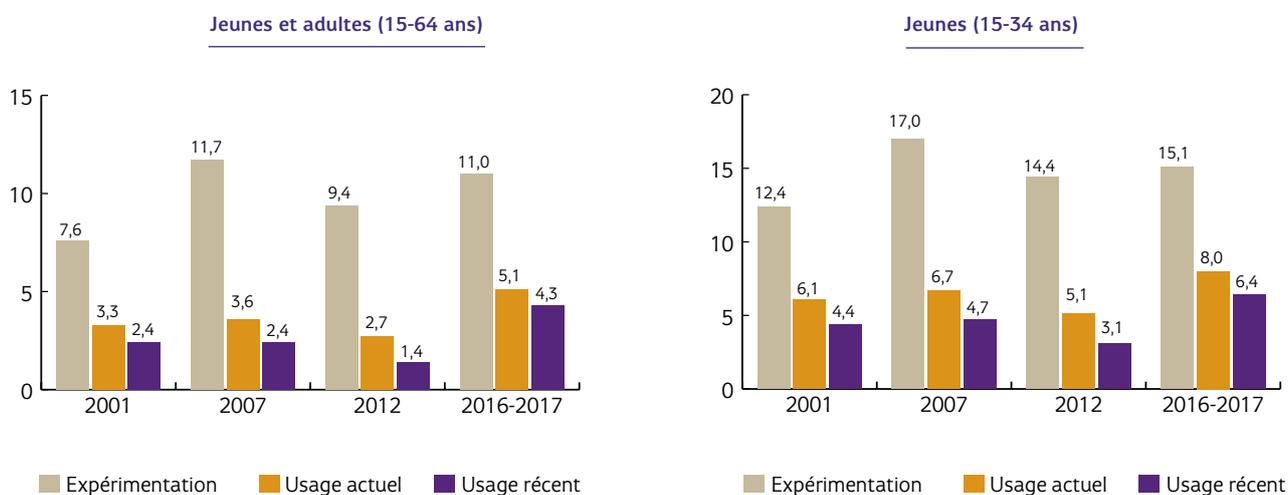
Source : SICAD, rapports nationaux EMCDDA, Institut des drogues et des addictions (IDT)

nd :

La diffusion des drogues illicites (toutes drogues confondues), mesurée par le taux d'expérimentation, s'est élevée entre 2001 et 2016-17, passant de 7,8 % en 2001 à 11,7 % en 2016-17 dans l'ensemble de la population (15-64 ans) et de 12,6 % à 16,0 % parmi les jeunes (15-34 ans) (EMCDDA, 2020). Dans le même temps, l'usage dans l'année est passé de 3,4 % à 5,4 % dans l'ensemble de la population et de 6,5 % à 8,4 % chez les jeunes. L'usage dans le mois concerne 2,5 % de la population générale et 4,6 % des jeunes en 2001 et touche désormais 4,4 % de l'ensemble de la population et 6,5 % des jeunes (Balsa *et al.*, 2018). Cette évolution, qui a été discontinue, traduit **deux tendances contradictoires : le recul des niveaux d'usage de toutes les drogues illicites, hormis le cannabis dont la consommation s'est progressivement élargie dans toutes les classes d'âge**. Il faut toutefois souligner que cette évolution s'inscrit dans une tendance générale européenne. L'augmentation globale de la consommation de drogues illicites s'explique par la prévalence d'usage du cannabis, dont la hausse n'est pas compensée par la baisse, en parallèle, des usages de toutes les autres drogues illicites, en particulier l'héroïne dont la consommation a été marginalisée (voir tableau 2).

L'interprétation des tendances de consommation de drogues illicites au Portugal constitue un sujet de débat. Si l'expérimentation a globalement progressé, traduisant une accessibilité et une diffusion accrues de produits qui restent interdits, les niveaux de consommation en tant que tels (mesurés par le fait d'avoir consommé dans la dernière année ou dans le dernier mois) ont reflué dans la première décennie suivant la réforme. Ils ont ensuite été rehaussés entre 2012 et 2016-2017, surtout du fait de la progression de l'usage de cannabis car la consommation d'autres drogues illicites n'a pas augmenté. Ainsi, près de 20 ans après la réforme, l'usage de cannabis (dans l'année et dans le mois) atteint son niveau le plus élevé au Portugal : 4,3 % d'utilisateurs dans le mois dans l'ensemble de la population (15-64 ans) et 6,4 % parmi les jeunes (15-34 ans). La dernière enquête nationale (2016-2017) montre un regain des consommations parmi les adultes comme parmi les jeunes, après une diminution marquée entre 2007 et 2012 (voir graphiques 1 et 2). Cependant, à l'exception (certes notable) du cannabis, les niveaux d'usage de toutes les drogues illicites ont globalement reculé en 20 ans.

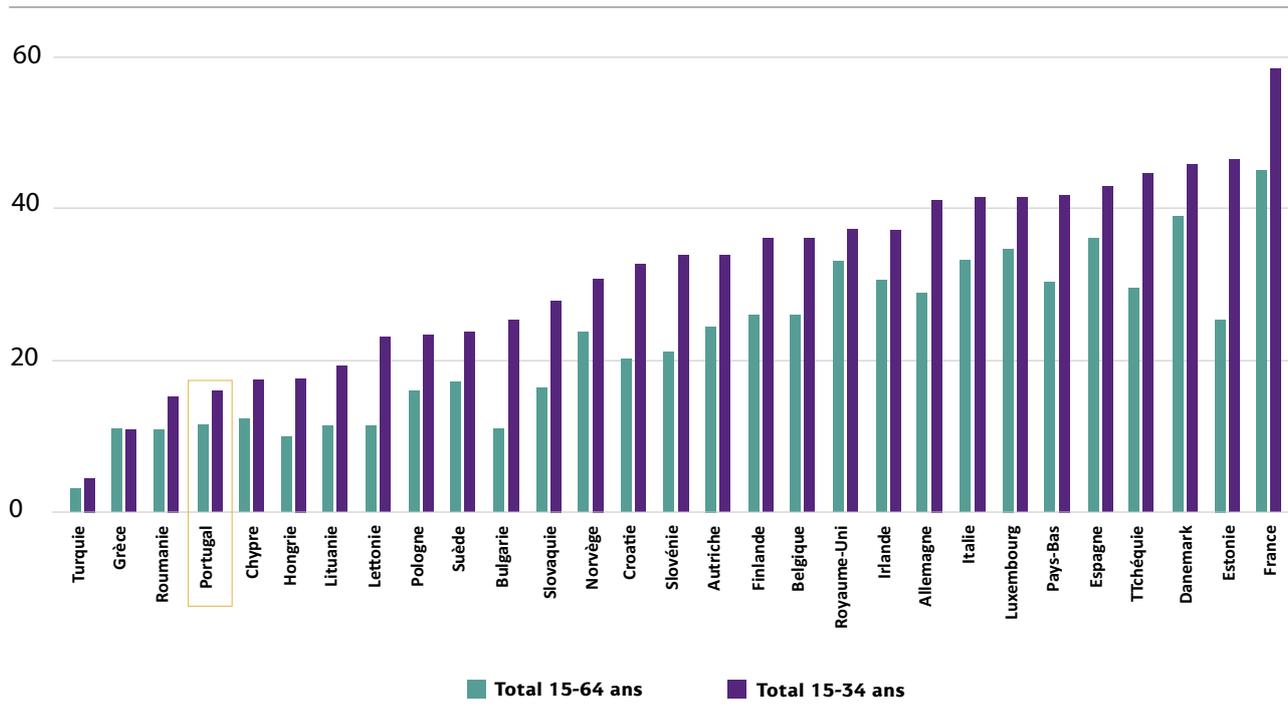
Graphiques 1 et 2. Évolution des prévalences d'usage de cannabis au Portugal en % (2001-2017)



Source : SICAD

Les prévalences d'usage de toutes les drogues illicites restent bien inférieures à la moyenne européenne. Ainsi, 11,7 % des jeunes de 15-34 ans ont consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, deux fois moins que la moyenne européenne (23,3 %) (EMCDDA, 2020). De même, le taux d'expérimentation de cocaïne plafonnait à 1,2 % en 2016-2017 (15-64 ans), soit 4 à 5 fois moins que la moyenne européenne (5,4 %). L'écart est encore plus marqué pour l'usage dans l'année parmi les jeunes (15-34 ans) : 0,3 % des jeunes Portugais ont consommé de la cocaïne au moins une fois dans l'année, contre 2,1 % des jeunes Européens (Balsa *et al.*, 2018 ; EMCDDA, 2020). **Pour toutes les drogues illicites, le Portugal se classe en bas du tableau européen pour l'usage dans l'année** (voir graphique 3).

Graphique 3. Proportion d'usagers de drogues illicites dans l'année par pays au sein de l'UE



Source : EMCDDA, 2020

Cette sous-représentation des usages de drogues, par rapport à la plupart des autres pays européens, se confirme parmi les plus jeunes. **l'enquête ESPAD, qui interroge tous les 4 ans les adolescents à l'âge de 16 ans en milieu scolaire, montre, en 2019, une diffusion des drogues illicites plus circonscrite au Portugal que dans les autres pays européens** : 13 % des adolescents y ont expérimenté le cannabis (en-deçà de la moyenne européenne de 16 %), 11 % en ont consommé dans l'année (vs 13 %) et 6,2 % dans le dernier mois (vs 7,1 %). En outre, l'évolution de l'usage de cannabis y est en recul continu depuis 10 ans (2011-2019). Pour tous les indicateurs d'usage de cannabis, le Portugal reste en deçà de la moyenne européenne (The ESPAD Group, 2020). Ce constat se confirme pour les autres drogues illicites. Le taux d'expérimentation à 16 ans reste en-deçà de la moyenne européenne sauf pour un produit : l'ecstasy/MDMA (3,2 % vs 2,3 %).

Cette diffusion limitée des drogues illicites parmi les jeunes s'explique surtout par des facteurs d'offre : **toutes les drogues sont perçues comme plus difficilement accessibles que dans la plupart des autres pays européens**. Ainsi, seul un quart des jeunes Portugais estiment qu'il leur serait facile de s'approvisionner en cannabis (25 % vs 32 % au niveau européen), deux fois moins qu'en République tchèque ou aux Pays-Bas (respectivement 48 % et 51 %). Du fait de cette accessibilité réduite des drogues illicites, l'initiation précoce y est plus rare qu'ailleurs. La part des adolescents qui ont expérimenté le cannabis avant 14 ans est comparable à la moyenne européenne (2,3 % vs 2,4 %) mais **la proportion d'adolescents précocement initiés au cannabis est deux fois inférieure à celle observée en France, qui détient le record européen (4,5 %)**.

Cette situation peut en partie s'expliquer par l'approche d'information et de réduction des risques développée dans le sillage de la réforme de la politique des drogues de 2000. En effet, celle-ci s'est accompagnée d'un changement de paradigme, en termes d'éducation et d'information : le Portugal est passé d'un modèle centré sur l'abstinence à une approche de réduction des risques.

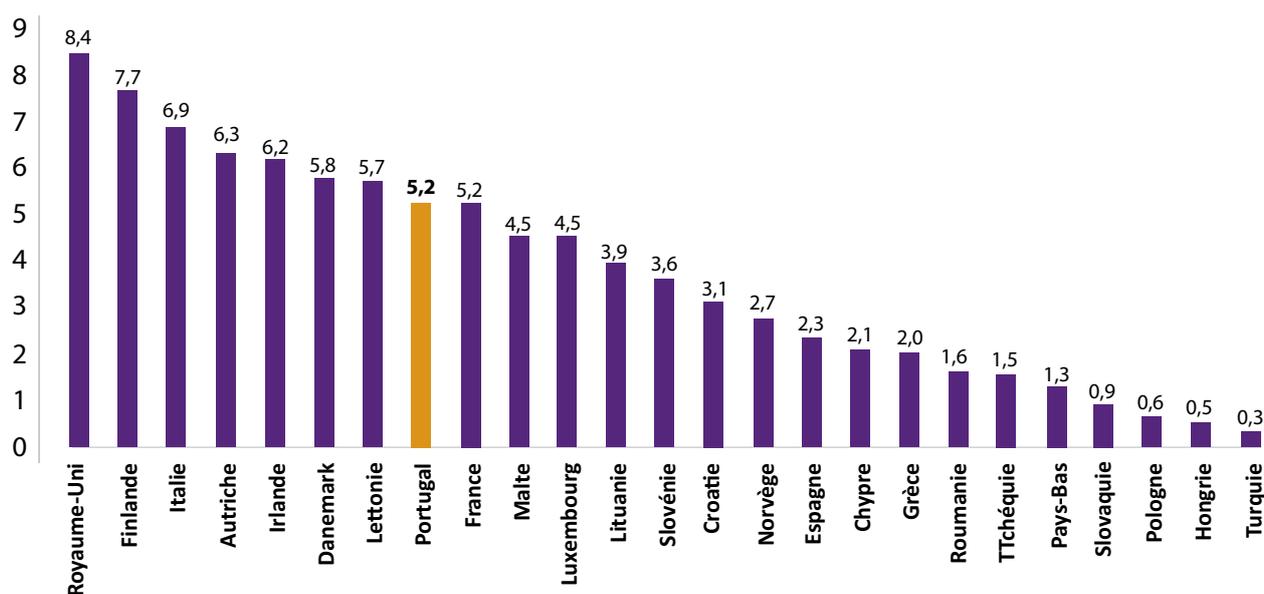
En somme, dans toutes les classes d'âge, les prévalences d'usage au Portugal restent globalement en-dessous de la moyenne européenne, s'agissant à la fois des prévalences d'usage de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy/MDMA, y compris parmi les jeunes (15-34 ans), plus enclins à consommer que les générations plus âgées. Ces données suggèrent que la dépénalisation de l'usage n'a pas eu pour effet une augmentation mécanique des niveaux de consommation. Conformément aux observations faites dans d'autres pays, **le cas portugais illustre l'absence de corrélation mécanique entre la sévérité de la législation et les niveaux de consommation de drogues illicites, en particulier de cannabis** (Hughes *et al.*, 2018). Comme le confirment d'autres travaux, les tendances d'usage sont plutôt susceptibles d'évoluer selon l'offre, l'accessibilité et le prix, des produits, l'image dont ils bénéficient, les représentations sociales de l'usage de drogues, autrement dit en fonction de facteurs culturels, économiques et sociaux plutôt que du fait du seul statut légal des produits (Murkin, 2014).

Persistence d'une prévalence élevée d'usage problématique d'opioïdes

Évidemment, les niveaux d'usage ne présagent pas des dommages induits par la consommation de drogues. C'est pourquoi l'usage problématique de drogues constitue un indicateur important pour rendre compte des conséquences sanitaires de l'usage de drogues à l'échelle de la société, particulièrement parmi les jeunes usagers de drogues par voie intraveineuse qui étaient le principal sujet de préoccupation des politiques publiques des drogues au Portugal, au début des années 2000, à la veille de la réforme. En 2018, le Portugal comptait environ 28 287 usagers d'opioïdes en situation d'usage problématique. Ce nombre a significativement baissé depuis 2001 : de 42 000 en 2005, leur nombre était estimé de 27 000 à 34 000 en 2012 et 33 290 en 2015. Le pays rapporte ainsi 4,5 usagers problématiques d'opioïdes pour 1 000 habitants (15-64 ans), un ratio en baisse au cours de la dernière décennie (4,9 en 2012, 5,2 en 2015) mais qui se maintient au-dessus de la moyenne européenne depuis les années 1990 (voir graphique 4).

Les réponses à cet usage problématique semblent moins souvent passer par la filière d'orientation policière. On constate en effet une baisse des renvois d'usagers en situation d'usage problématique vers une CDT, suggérant un recul de l'usage problématique de drogues – même si cette évolution peut aussi traduire un choix d'orientation de la police qui n'adresserait plus vers les CDT des usagers déjà en traitement (Stevens et Hughes, 2016). En 2018, 90 % des cas individuels ne relevaient pas d'un usage problématique (SICAD, 2020c, p. 7). Par ailleurs, la moitié des usagers d'opioïdes en situation d'usage problématique bénéficient aujourd'hui d'un traitement de substitution aux opiacés (EMCDDA et SICAD, 2019).

Graphique 4. Usage problématique d'opioïdes au sein de l'UE (ratio pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



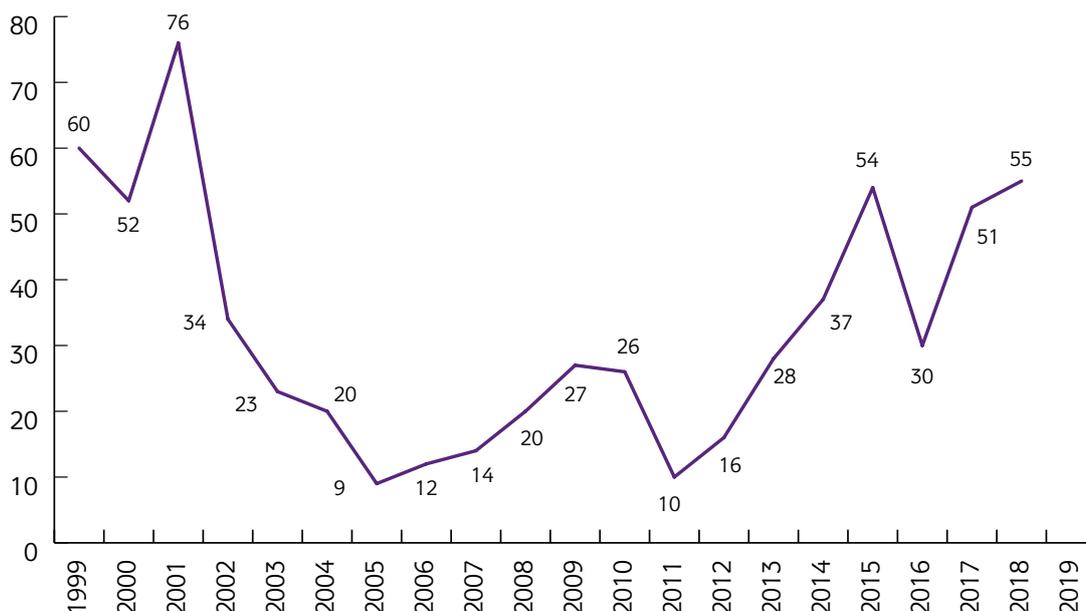
Source : EMCDDA (2021)

DES BÉNÉFICES TANGIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

Baisse drastique de la mortalité par surdose

La mortalité par surdose a nettement chuté après 2001, atteignant un niveau plancher en 2005, avec moins de 10 surdoses mortelles par an (voir graphique 5). L'inflexion a été très marquée dans les cinq premières années de la réforme (1999), rompant avec dix ans de hausse continue (1987-1999). Le nombre de décès par surdose a ensuite connu un regain, d'abord entre 2005 et 2010, puis depuis 2011. La mortalité par surdose connaît donc une certaine résurgence mais elle reste en-deçà des niveaux enregistrés avant 2001.

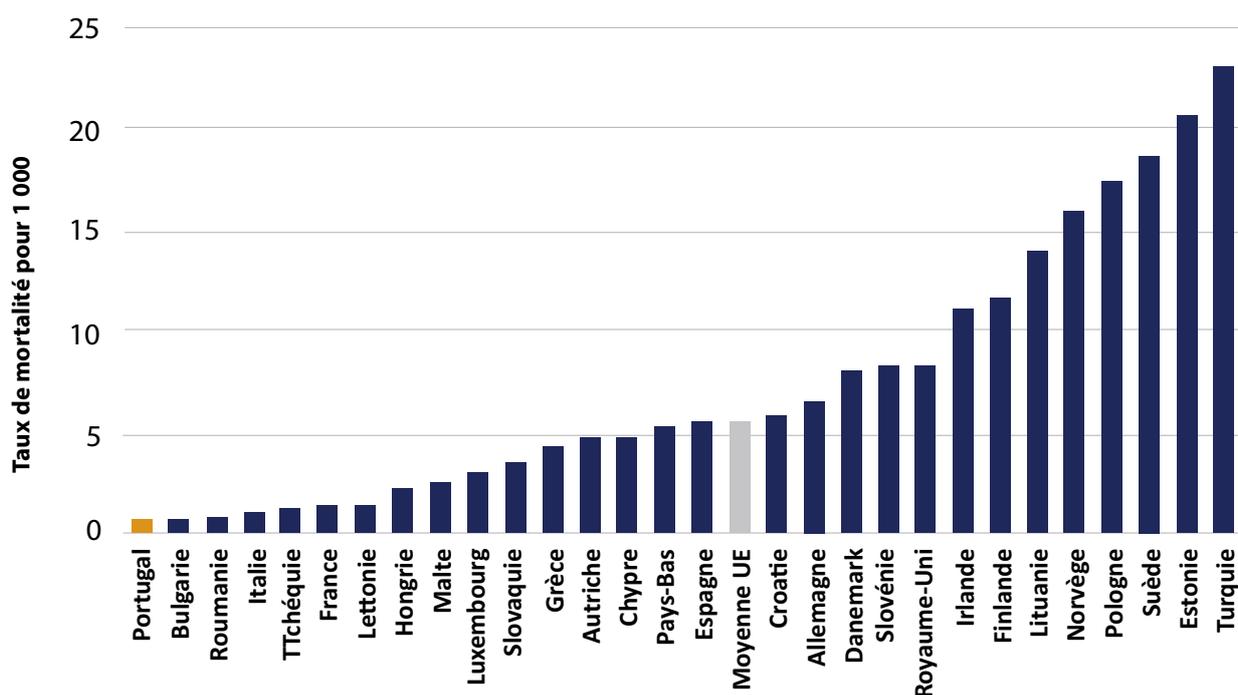
Graphique 5. Évolution du nombre de décès par surdose de drogues au Portugal (1999-2019)



Source : EMCDDA

Vingt ans après la réforme, le taux de mortalité liée aux drogues dans la population a considérablement baissé : il est passé de 34 décès pour 1 million d’habitants à la veille de la réforme (contre 4 aux Pays-Bas ou 8 en Espagne) à 6 décès pour 1 million d’habitants (15-64 ans) en 2019. **Le taux de mortalité liée aux drogues du Portugal est aujourd’hui le plus faible de l’UE, quatre fois inférieur à la moyenne européenne (23,7).** La mortalité liée aux drogues y est sans commune mesure avec les niveaux observés par exemple en Écosse (315 décès pour 1 million d’habitants de 15 à 64 ans), 50 fois supérieurs. Le Portugal a donc amélioré sa position au sein de l’UE puisque, en 2001, son taux de mortalité par surdose de drogues par voie intraveineuse était proche de la moyenne européenne. Cependant, depuis 2011, la tendance à la hausse de la mortalité est convergente au Portugal et en Europe, même si l’écart reste important et s’est encore creusé depuis la réforme (voir graphique 6). Ce gain s’explique notamment par la hausse des décès liés à la cocaïne (EMCDDA *et al.*, 2021).

Graphique 6. Évolution comparée de la mortalité liée aux drogues (ratio pour 1 000 usagers à risque d’opioïdes)



Source : EMCDDA, Eurostat, 2020 (données 2017)

Diminution des contaminations virales liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse

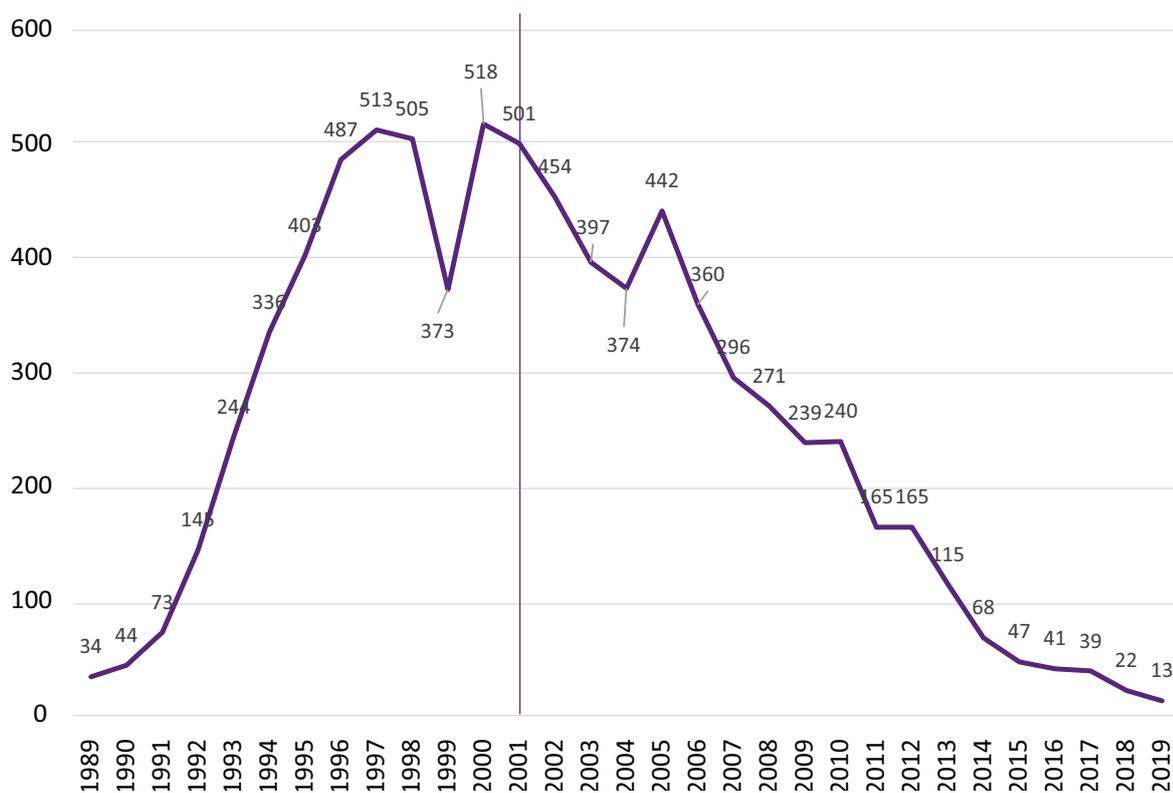
La réforme portugaise est allée de pair avec un renforcement des programmes d'échange de seringues, visant à réduire les risques de contamination virale (Sida, hépatites B et C) parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), utilisant des drogues injectables telles que l'héroïne. **L'accès élargi aux dispositifs de réduction des risques a permis de réduire considérablement l'incidence des virus transmissibles par le partage de seringues : sida (VIH), hépatites B (VHB) et C (VHC).**

On observe d'abord **un recul substantiel de la transmission du sida par le partage des seringues**. En 2001, le Portugal recensait 1 287 nouveaux cas de sida diagnostiqués attribuables à l'usage de drogues injectables, soit 50 % des nouveaux diagnostics de sida attribués à l'usage de drogues injectables dans toute l'UE, à l'échelle d'un pays regroupant 2 % de la population de l'UE. En 2019, cette voie de contamination avait quasiment disparu, avec seulement 16 nouveaux cas de sida par an attribuables à l'usage de drogues injectables (soit 80 fois moins en 20 ans) (Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019). Les nouveaux cas de sida consécutifs à l'injection représentent moins de 2 % du total de l'UE, où la baisse a aussi été substantielle mais nettement moins rapide et conséquente qu'au Portugal.

Toutefois, **le Portugal conserve une des prévalences de sida parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse les plus élevées d'Europe occidentale (13 %)** (HRI, 2020). **Le nombre de personnes contaminées parmi les injecteurs de drogues a fortement reculé en 20 ans, passant de 518 en 2000 à 13 en 2019** (voir graphique 7). Ce mouvement s'inscrit, là encore, dans une tendance européenne mais la baisse a été d'une amplitude bien supérieure au Portugal. En 2019, le Portugal comptait pour seulement 5 % des nouveaux cas de sida au sein de l'UE, 3 fois moins qu'en 2000 (15 %).

Le nombre de nouveaux cas d'hépatite B ou C a baissé de façon continue en 20 ans (EMCDDA, 2020). Cependant, la prévalence de l'hépatite B reste en-deçà de la moyenne européenne (HRI, 2020). **La prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse reste une des plus élevées d'Europe occidentale**, du fait de la persistance des pratiques d'injection à risque jusqu'aux années 1990 (Palladino *et al.*, 2018).

Graphique 7. Évolution de la prévalence du sida parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (1989-2019)



Source : ECDC.

Accès aux soins et disponibilité accrue aux moyens de la réduction des risques

Un des paris de la réforme portugaise était de favoriser l'accès au traitement pour les usagers de drogues en situation de risque ou de dépendance. Entre 2000 et 2009, l'offre de structures spécialisées a été rehaussée, passant de 50 à 79 structures ambulatoires (Stevens et Hughes, 2016). Pourtant, le nombre de personnes accueillies en traitement n'a cessé de baisser entre 2009 et 2018. Cette évolution s'explique par deux facteurs, à commencer par la baisse des moyens, consécutive à la réduction du budget de la santé et de la protection sociale consécutive à la crise financière de 2008 (SICAD, 2020a). Après l'absorption de l'organisme national indépendant (*Institute for Drugs and Drug Addiction*) par l'agence de santé nationale (*National Health Service*), lui-même soumis à une coupe budgétaire de 10 % en 2012, le budget dédié à la santé a été en recul jusqu'en 2015, jusqu'à s'abaisser à 9 % du PIB, contre 9,9 % en 2009 (WHO, 2014). Deuxièmement, la baisse des demandes de traitement des usagers de drogues s'explique par celle du nombre de personnes en situation d'usage problématique. D'après une étude comparant le profil des usagers d'héroïne admis dans les centres de soins avant et après la réforme, le public reçu compterait moins de personnes en situation d'usage problématique d'opiacés en 2013 qu'en 1992, et moins d'usagers nouvellement dépendants (Pombo et Félix da Costa, 2016). L'observatoire européen des drogues (EMCDDA) rapporte lui aussi un changement du profil des usagers accueillis en traitement : en 10 ans, les nouveaux entrants déclarent moins souvent un usage d'opioïdes, alors que les demandes de traitement au titre du cannabis ont fortement progressé.

En 2019, on comptait 16 867 usagers bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Selon l'EMCDDA, **la plupart des usagers problématiques d'opioïdes seraient donc pris en charge dans le cadre d'un TSO (environ 60 %), plus que la moyenne européenne (environ 45 %)** (Slade, 2021). Le nombre d'usagers bénéficiaires d'un TSO a toutefois baissé de 40 % en 10 ans (2009-2019)¹².

La réduction des risques était la ligne directrice de la réforme portugaise. En 2019, le taux de mise à disposition de seringues, visant à diminuer les risques de contamination virale, est un des plus élevés de l'UE. Si le nombre de seringues distribuées a été divisé par deux (passant de 2,6 millions en 2003 à 1,3 million en 2018), le Portugal propose aujourd'hui une offre élargie de réduction des risques : 2 137 programmes d'échange de seringues en activité, trois fois plus qu'en Espagne qui compte pourtant quatre fois plus d'habitants (HRI, 2020) ; deux salles de consommation à moindre risque (SCMR) fixes, ouvertes à Lumiar (au Nord de Lisbonne) et à Alcantara (une ancienne zone industrielle devenue l'un des quartiers les plus animés de Lisbonne) ; deux programmes mobiles de prévention des surdoses, expérimentés depuis 2019 à Lisbonne et à Porto (Taylor *et al.*, 2019). Néanmoins, il reste une marge de progrès importante en matière de réduction des risques : l'accès aux programmes d'échange de seringues reste difficile en milieu carcéral, le développement de programmes de naloxone pour traiter en urgence les risques de surdose d'opioïdes reste encore limité, la mise à disposition de kits d'inhalation demeure circonscrite (HRI, 2020).

UN IMPACT VISIBLE SUR LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME PÉNAL

Un effet immédiat de désengorgement des tribunaux et des prisons

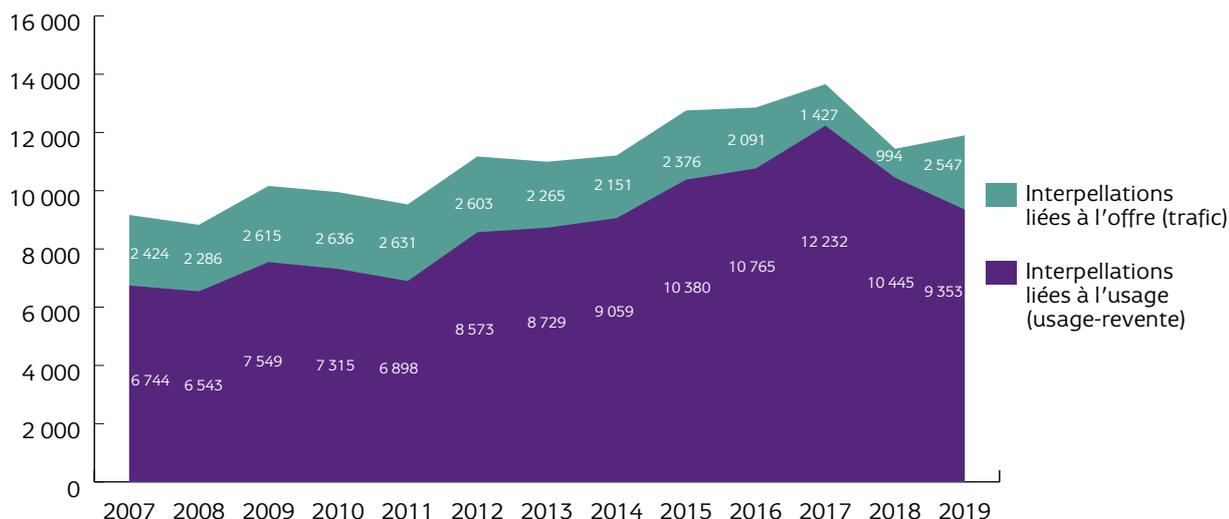
Logiquement, la dépénalisation des « infractions mineures » liées aux stupéfiants est allée de pair avec un recul des interpellations, des poursuites pénales, des condamnations et des incarcérations pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). Elle a induit un changement des procédures de traitement des ILS et de la structure des personnes condamnées et incarcérées.

En 2000, la majorité des actes de délinquance rapportés au Portugal étaient liés aux stupéfiants (70 %) : c'est nettement moins souvent le cas vingt ans après (Torres et Do Carmo Gomes, 2005 ; Torres *et al.*, 2016). La réforme de 2000 a conduit à sortir les infractions de consommation et de détention et acquisition à des fins d'usage personnel de la chaîne pénale. Elle a donc logiquement eu pour effet de réduire le nombre de personnes interpellées pour des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), qui avait fortement augmenté dans les années 1990 (passant de 3 586 en 1990 à 13 020 en 1999), avant de connaître une forte baisse puis de se stabiliser dans les années 2000, à la faveur de la réforme (autour de 5 500 à 6 000 interpellations par an en moyenne¹³). Plus récemment, ce nombre a encore diminué (voir graphique 8).

12. Source : EMCDDA, rubrique Data (https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/pdu_en).

13. EMCDDA 2004, cité par Laqueur, 2015.

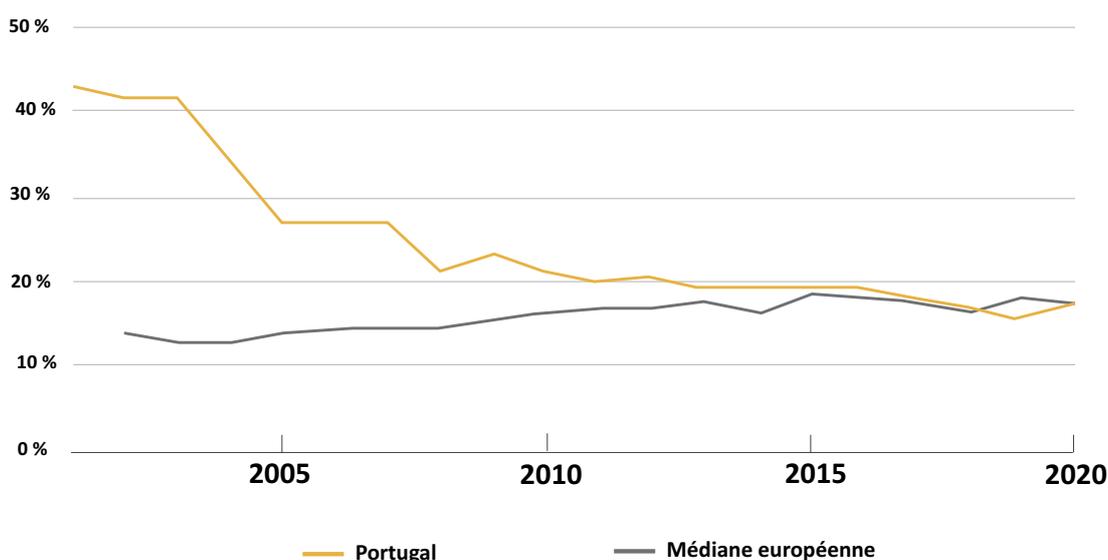
Graphique 8. Évolution des interpellations pour ILS, par type (2007-2019)



Source : EMCDDA

De même, le nombre d'incarcérations pour ILS n'a cessé de diminuer depuis la réforme : 3 829 en 2000, 2 294 en 2015, puis 1 862 en 2019. En 2000, les personnes incarcérées pour des infractions à la législation sur les stupéfiants représentaient 43 % de la population carcérale, une proportion très supérieure à la médiane européenne. Cette proportion a été divisée par deux en 20 ans, atteignant 17,7 % en 2020 (voir graphique 9) (IDT, 2005 ; SICAD, 2020a, 2021a). Ce reflux a eu pour effet de réduire le taux global d'incarcération dans la population (qui est passé de 132 à 101 détenus pour 100 000 habitants entre 2001 et 2008¹⁴, avant d'augmenter à nouveau pendant la décennie 2010). Ces chiffres ne peuvent être attribués directement à la réforme de 2000 puisque les incriminations pénales pour trafic de stupéfiants sont restées inchangées et que le nombre de personnes incarcérées pour usage était déjà très faible auparavant. Par ailleurs, il faut souligner que la baisse des interpellations et des condamnations a été concentrée dans la première décennie suivant la réforme. Depuis 2010, la proportion de détenus condamnés pour ILS a continué de baisser mais, en valeur absolue, le nombre de personnes incarcérées pour ILS est resté stable car la population pénale a augmenté en parallèle. **Ainsi, alors que la part des incarcérations pour ILS a augmenté en Europe, passant de 14 % à 18 % en 20 ans, le Portugal a connu la trajectoire inverse** (Aebi et Tiago, 2020) et se situe désormais légèrement en-deçà de la médiane européenne (15,7 % en 2019 et 17,7 % en 2020 vs 18 %) (voir graphique 9).

Graphique 9. Évolution de la proportion de détenus incarcérés pour ILS



Source : SPACE, Conseil de l'Europe, rapports annuels 2001-2019 (Council of Europe, 2021)

14. Voir les rapports de l'enquête annuelle SPACE du Conseil de l'Europe (<https://wp.unil.ch/space/space-i/annual-reports/>) et le rapport 2005-2015, pages 254 à 260 (<https://wp.unil.ch/space/files/2019/12/Prisons-in-Europe-2005-2015-Volume-1.pdf>).

Une transformation des représentations et des pratiques judiciaires

La mobilisation décroissante de la chaîne pénale autour du contentieux des stupéfiants traduit un **changement dans les représentations et les pratiques judiciaires**. On observe en effet une **diminution du nombre de peines d'emprisonnement ferme prononcées par les tribunaux en matière d'ILS**. Alors qu'elles représentaient 49 % des peines prononcées en 2002, leur proportion est de 20 % en 2019 (SICAD 2020)¹⁵. Ces données suggèrent que la réforme de 2000 a eu une forte portée symbolique mais aussi des effets pratiques, participant à une moindre pénalisation des ILS en général. Il est également possible que, vu l'augmentation de la quantité de produit considérée comme « nécessaire à la consommation personnelle », passée de 3 à 10 jours de consommation, la loi de dépenalisation ait brouillé la frontière qui séparait l'utilisateur simple du trafiquant-consommateur (Laqueur, 2015). Les données montrent que l'activité des tribunaux, déchargés des procédures d'ILS, a été recentrée sur d'autres contentieux.

Les conséquences de la réforme portent également sur **la rapidité de la réponse apportée à l'usage** : avant 2001, un consommateur de produits stupéfiants pouvait atteindre deux ans avant d'être jugé par un tribunal ; dans les années qui ont suivi la réforme, le délai de réponse des commissions était de 4 à 5 semaines à compter de la convocation par les forces de police – bien qu'il ait légèrement augmenté par la suite (Hughes et Stevens, 2007 ; Hughes et Stevens, 2010).

Une réduction de la délinquance liée aux drogues ?

Si les chiffres de la délinquance au Portugal ont augmenté au cours des années 2000, la même tendance est observée en Espagne ou en Italie, ce qui rend cette hausse difficile à interpréter. L'un des objectifs de la réforme était de réduire les activités criminelles associées aux stupéfiants de 25 % à travers le renforcement de l'activité policière. Selon certains chercheurs, la disponibilité de traitements à base de méthadone et l'accessibilité renforcée aux soins pour les usagers de drogues s'est traduite par la baisse du nombre d'infractions en lien avec l'usage de stupéfiants, notamment les vols commis par des usagers dans le but d'obtenir les moyens de subvenir à leurs besoins de consommation. Cette diminution s'explique par la possibilité d'accueil dans des centres offrant un accès aux TSO (Domoslawski, 2011).

En outre, **la visibilité de la consommation de drogues dans les zones urbaines – source de préoccupation sociale autour de ce phénomène dans les années 1980 et 1990 – s'est amoindrie depuis 2001**. La consommation reste visible, mais elle est davantage surveillée par les groupes de travailleurs sociaux, employés par l'État, qui effectuent des maraudes dans ces zones et fournissent aux usagers des moyens de protections, notamment au travers des programmes d'échange de seringues (Domoslawski, 2011).

Les données disponibles ne permettent pas d'affirmer que l'objectif de réduction de la criminalité a été atteint. Néanmoins, les infractions présumées pour trafic sont à la baisse mais les données concernant les saisies sont trop partielles pour conclure à un recul de l'offre disponible de stupéfiants.

EFFETS SUR LE MARCHÉ : VERS UN REcul DE L'OFFRE ET DU TRAFIC ?

Une baisse des volumes saisis difficile à interpréter

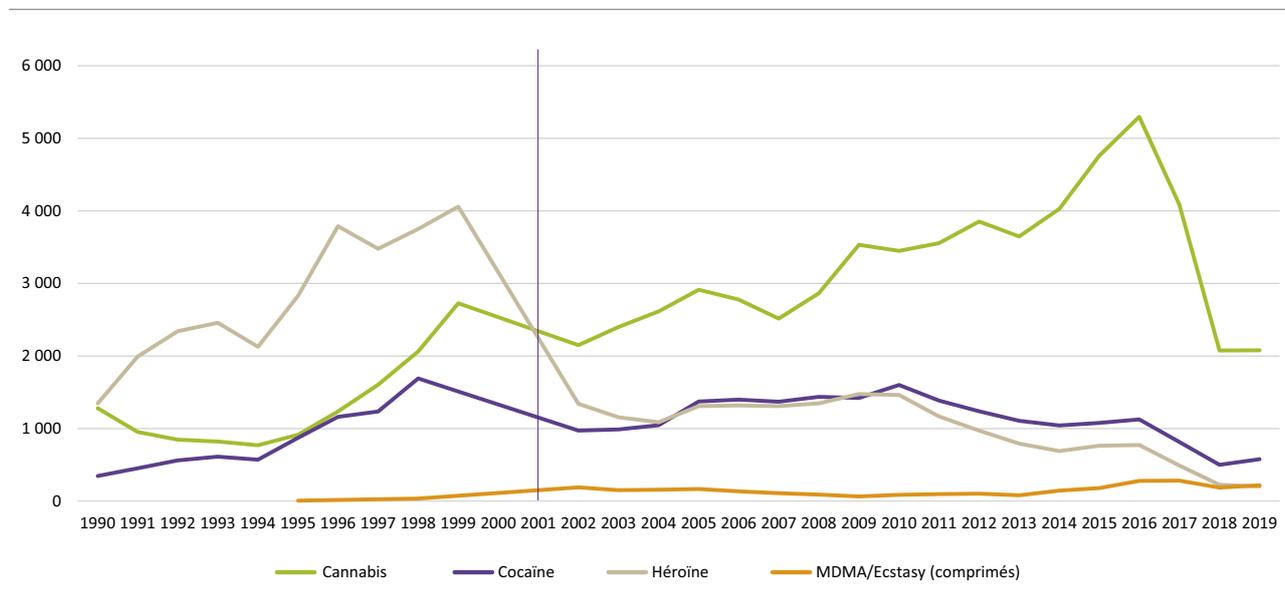
À la veille de la réforme, des variations contrastées étaient observées selon les produits. La disponibilité de l'héroïne était en hausse, contrairement aux autres produits : les volumes saisis d'héroïne n'avaient cessé de progresser tout au long des années 1990, passant de 36 kg en 1990 à 57,3 kg en 1997 puis 96,6 kg en 1998¹⁶, alors que les quantités saisies de cannabis et de cocaïne étaient en recul, passant en une seule année (entre 1997 et 1998) de 9 621 kg à 5 543 kg pour le cannabis (- 42 %) et de 3 162 kg à 621 kg pour la cocaïne (- 80 %). Depuis 2001, la tendance est plus homogène et témoigne de l'amplification de l'offre de drogues illicites, à l'image de l'évolution européenne (SICAD, 2021b). De grandes quantités de cannabis ont ainsi été saisies entre 2003 et 2005, avant de décliner puis à nouveau d'augmenter en 2008 : les saisies de cocaïne ont suivi les mêmes variations. En revanche, les volumes de saisies d'héroïne se révèlent plus stables au fil des années. Le changement des méthodes de travail et l'intensification de la coopération internationale depuis le début des années 2000 – nécessaire au regard de la position géographique du Portugal, qui reste l'une des portes d'entrée vers l'Europe pour le haschisch du Maroc et la cocaïne d'Amérique latine – peut expliquer les importants volumes de saisies de produits stupéfiants (Domoslawski, 2011 ; Landel et Zielinska, 2016).

15. IDT 2001, 2011 cités par (Laqueur, 2015).

16. Actas do Grupo de Planeamento, GPCCD, 1996-1997

Globalement, l'activité de saisie des forces de l'ordre, mesurée par le nombre annuel de saisies, a reculé depuis la réforme, sauf pour le cannabis (Polícia Judiciária, 2020). Alors que les saisies d'héroïne ont baissé de façon conséquente, l'activité des forces de l'ordre s'est recentrée sur le cannabis (voir graphique 10). **Les saisies de drogues ont diminué en volume au cours des deux dernières décennies** (voir tableau 3), même si on ne saurait imputer cette évolution avec certitude à la seule réforme (Félix *et al.*, 2017). Les quantités saisies constituent en effet un indicateur difficile à interpréter : une diminution peut tout aussi bien refléter une baisse d'activité des forces de l'ordre ou un recul de la disponibilité et de l'accessibilité des drogues.

Graphique 10. Évolution du nombre de saisies de stupéfiants, par type de produit (1990-2019)



Source : SICAD

Tableau 3. Évolution des quantités annuelles moyennes saisies (en kg), par produit et par décennie

| | Décennie 2000 (2002-2009) | Décennie 2010 (2010-2019) | Évolution sur 20 ans (2002-2019) |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Cannabis | 29 683 | 14 287 | - 52 % |
| Résine de cannabis | 28 904 | 14 094 | - 51 % |
| Herbe de cannabis | 780 | 193 | - 75 % |
| Cocaïne | 10 135 | 4 301 | - 58 % |
| Héroïne | 106 | 51 | - 52 % |
| Ecstasy/MDMA | 49 962 | 36 151 | - 28 % |

Source : SICAD

Une évolution des prix et des teneurs semblable aux tendances européennes

L'analyse de l'évolution des prix est rendue complexe par les variations de la pureté des produits, les estimations n'étant pas ajustées en conséquence. Au niveau européen, les tendances montrent une augmentation globale de la teneur en principe actif. Selon le SICAD, le prix des produits stupéfiants a globalement baissé au Portugal depuis la réforme de 2000, plus particulièrement pour l'héroïne, alors que le prix du cannabis est resté plutôt stable. Néanmoins, la comparaison des prix pratiqués au Portugal avec les données disponibles dans des pays comme l'Espagne ou l'Italie montre la similarité des trajectoires et rend délicate toute attribution de cette évolution du prix à la réforme de 2000 (Laqueur, 2015).

Tableau 4. Évolution du prix et de la pureté des stupéfiants au fil de la décennie 2010

| | Prix | | | Pureté/Teneur en principe actif | |
|--|-----------------|--|-----------------|--|--|
| | 1999 | 2010-2014 | 2015-2019 | 2010-2014 | 2015-2019 |
| Cocaïne (au gramme) | 37,41 - 42,40 € | 46,00 - 50,07 € | 32,53 - 48,63 € | 32,8 - 40,1 (% chlorhydrate de cocaïne) | 34,6 - 59,5 (% chlorhydrate de cocaïne) |
| Résine de cannabis (au gramme) | 1 - 1,50 € | 2,55 - 3,59 € | 2,30 - 2,66 € | 9,1 - 18,0 (% THC) | 11,4 - 15,3 (% THC) |
| Herbe de cannabis / liamba (au gramme) | 1 - 1,50 € | 5,47 - 6,23 € (données insuffisantes) | 5,27 - 8,21 € | 5,2 - 7,8 (% THC) | 6,9 - 8,3 (% THC) |
| Héroïne (au gramme) | 32,42 - 37,41 € | 25,64 - 35,74 € | 24,25 - 31,61 € | 11,5 - 27,4 (%) | 14,8 - 19,5 (%) |
| Ecstasy/MDMA (tablette) | 6,48 - 10,97 € | (données insuffisantes) | 3,82 - 5,56 € | 39,4 - 80,0 (mg de MDMA) | 88,1 - 130,5 (mg de MDMA) |

Source : SICAD – Sinopse Estatística 2019 (SICAD, 2021a)

UNE RÉDUCTION SUBSTANTIELLE DU COÛT SOCIAL DES DROGUES

Une estimation de 2015 a montré que **le coût social des drogues a été réduit de 12 % en 5 ans (2000-2004), après l'approbation de la Stratégie nationale, et de 18 % à l'échelle de la décennie suivant la réforme (2000-2010)**. La première baisse serait liée à la réduction des décès en lien avec l'usage de stupéfiants, qui a entraîné une baisse des coûts sanitaires indirects. La seconde serait imputable à une réduction significative des coûts liés au fonctionnement du système pénal (coûts des procédures en matière d'usage, pertes de revenus causés par les incarcérations des délinquants) et serait donc un effet direct de la dépénalisation (Gonçalves *et al.*, 2015).

CONCLUSION

En 2000-2001, le Portugal a réformé le régime de sanctions applicables à l'usage et à la possession (en faible quantité) de toutes les substances psychoactives classées comme stupéfiants, en renforçant la politique d'accompagnement des usagers vers les soins. C'est, à ce jour, la seule juridiction du monde qui fonde sa politique des drogues sur un cadrage principalement sanitaire : les objectifs de santé publique priment et gouvernent l'ensemble des orientations et des dispositifs mis en place dans une perspective de réduction des risques. Ainsi, l'objectif de la réforme de 2000 était, non pas de combattre la consommation individuelle ou de « lutter contre les drogues », mais bien d'opérer un changement des perceptions et des représentations de l'usager, en distinguant les consommateurs occasionnels des toxicodépendants nécessitant une prise en charge et une aide spécialisée. Il s'agit donc d'une réforme originale, qui dépasse le simple cadre pénal, accompagnée d'un changement de paradigme en matière de prise en charge des usagers de drogues. La seconde caractéristique du cas portugais est d'avoir institutionnalisé l'évaluation scientifique de la stratégie nationale des drogues, ainsi qu'un monitoring rigoureux dès les années 2000 (IDT, 2009 ; Moreira *et al.*, 2007 ; Nova IMS, 2020), à l'image de la crédibilité internationale acquise par le SICAD (EMCDDA, 2021a), structure nationale qui joue le rôle de point focal au niveau de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA).

La réforme de 2000, adoptée en réponse à la gravité de l'épidémie d'héroïne qui faisait rage dans les années 1980, a certes dépénalisé l'usage et la détention de stupéfiants en petite quantité mais elle a surtout consacré pleinement l'approche de réduction des risques. Elle ne constitue donc pas un *turning point* mais plutôt le point d'aboutissement d'une politique sanitaire progressivement déployée depuis la fin des années 1980. Cette approche, complétée par l'allègement des sanctions applicables aux usagers, a produit des résultats rapides dans les dix années suivant la mise en œuvre de la réforme de 2000 : baisse des dommages liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse (recul conjoint de la mortalité par surdose, des décès du sida et des nouveaux cas de VIH), baisse de la population pénale, baisse des niveaux d'usage de drogues illicites (à l'exception du cannabis) et, en conséquence de ces évolutions, baisse du coût social lié aux drogues. Cependant, ces progrès se sont ralentis

dans la seconde décennie suivant la réforme. On constate même une inflexion des tendances : regain de la mortalité par surdose, hausse de la consommation de cannabis. Évidemment, ces évolutions ne sauraient être entièrement imputées à la réforme : elles doivent être mises en perspective avec le contexte politique, social, budgétaire du pays, ainsi que les facteurs économiques (notamment la crise financière de 2008) et culturels qui expliquent les niveaux de consommation. On peut toutefois interpréter les effets de la réforme selon deux cycles. Le premier cycle, correspondant à la phase de mise en œuvre (2001-2011), s'est traduit par une offre élargie d'accès aux traitements et aux moyens de la réduction des risques : il a donné lieu à des résultats positifs en termes de protection des usagers, au vu de la diminution de la mortalité et des dommages liée aux drogues. À l'inverse, dans la décennie suivante, marquée par des restrictions budgétaires significatives dans le budget de l'État qui ont entravé les investissements dans l'offre de soins et de prévention, les progrès ont marqué le pas. Malgré tout, en 2019, le Portugal se trouve dans une situation plus favorable qu'en 2000 au regard de l'usage de drogues ; au sein de l'UE, elle se singularise par une moindre prévalence de l'usage de drogues, en particulier parmi les jeunes, et une faible mortalité par surdose.

Alors que les initiatives de légalisation du cannabis se multiplient sur le continent américain, revendiquant une « régulation » du produit, l'expérience portugaise jouit d'un statut à part dans le paysage des réformes sur les drogues. En effet, la révision législative de 2000 a donné au Portugal une visibilité internationale importante : des délégations nationales du monde entier, du Danemark au Mexique en passant par le Canada, sont venues à Lisbonne pour s'informer sur cette nouvelle approche, qui s'est imposée comme un parangon de la dépénalisation des drogues. En outre, du fait de sa capacité à endiguer l'épidémie d'héroïne, le Portugal est considéré comme un pionnier de la riposte au sida et un archétype de politique sanitaire vertueuse (guidée par la réduction des risques) reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2018). Après avoir créé un environnement juridique favorable à la prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse, adopté une politique progressiste en matière de drogues et rendu le traitement du sida gratuit pour tous (y compris les migrants), le Portugal poursuit sa stratégie de protection des populations, en favorisant des modèles de soins à base communautaire et en promouvant une meilleure intégration des services de santé.

Par-delà ses résultats au plan national, la réforme de 2000 a posé des objectifs et des critères qui ont fait école et se retrouvent dans les argumentaires de réforme du statut légal du cannabis développés dans d'autres pays. Par exemple, le seuil des « 10 jours de consommation » a été repris en Uruguay, lorsque le gouvernement a légalisé le cannabis en 2013-2014. L'analyse rétrospective des controverses internationales autour de l'exemple portugais souligne aussi la rémanence des représentations convoquées dans le débat sur la politique des drogues. À cet égard, il est intéressant de noter que les débats suscités par la réforme portugaise au début des années 2000 d'une part, par les initiatives de légalisation prises par certains États du continent américain dans la décennie 2010 d'autre part, mobilisent des arguments similaires, articulés autour de la crainte du narcotourisme, d'une poussée de la consommation de drogues et d'une hausse de criminalité (Domoslawski, 2011). Ces représentations négatives continuent d'alimenter la rhétorique des opposants à ce type de réformes du cannabis, bien qu'elles aient été démenties par les faits. D'une décennie à l'autre, on retrouve ainsi des éléments de langage communs parmi les partisans d'une révision du statut légal du cannabis (par exemple, l'idée d'un changement limité des comportements d'usage du simple fait de la réforme : « *the sky did not fall* »¹⁷). En somme, l'approche portugaise, singulière, bénéficie d'une forte notoriété : régulièrement citée dans le débat public, elle est souvent présentée comme une réforme vertueuse, même si ses effets, contrastés, sont souvent mal connus. Malgré une forte adhésion de l'opinion publique à l'approche sanitaire des problématiques d'usage de drogues, son bilan est parfois contesté par les associations d'usagers qui appellent à aller plus loin, en envisageant une légalisation des drogues (INPUD, 2018).

17. Voir par exemple l'argumentaire du militant de la Drug Policy Alliance, Tom Newman (https://www.alternet.org/2009/12/10_signs_the_failed_drug_war_is_finally_ending/).

BIBLIOGRAPHIE

(Liens accessibles au 22/06/2021)

Aebi M.F., Tiago M.M. (2020) Prison populations. SPACE I - 2020. Strasbourg, Council of Europe, 134 p.
https://wp.unil.ch/space/files/2021/04/210330_FinalReport_SPACE_I_2020.pdf

Allen L., Trace M., Klein A., DrugScope (2004) Decriminalisation of drugs in Portugal: a current overview. Oxford, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, coll. Briefing Paper 6, 4 p.
http://holeinthehead.net/pdf/paper_06.pdf

Balsa C., Vital C., Urbano C. (2018) IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 164 p.
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf

Bergeron H., Castel P. (2015) Sociologie politique de la santé. Paris, PUF, coll. Quadrige Manuels, 480 p.

Brisson J. (2020) Les Commissions de dissuasion de la toxicomanie au Portugal : suivi des indicateurs de santé et de la consommation chez les personnes utilisatrices de substances psychoactives dites « illicites ». Montréal, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 82 p.
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2712>

Castel-Branco Goulão J. (2018) A public health approach as a base for drugs policy. The Portuguese case. Lisbon, SICAD, 36 p.
https://www.qmhc.qld.gov.au/sites/default/files/downloads/the_portuguese_experience_0.pdf

Cohen S. (1972) Folk devils and moral panics. London, Mac Gibbon and Kee.

Council of Europe (2021) SPACE Project: Annual reports 2001-2019.
<https://wp.unil.ch/space/space-i/annual-reports/>

Da Agra C. (2009) Requiem pour la guerre à la drogue. L'expérimentation portugaise de décriminalisation. *Déviance et Société*, Vol. 33, n° 1, p. 27-49.
<https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2009-1-page-27.htm>

De Menezes Ferreira J. (2011) Le cas exemplaire du Portugal : drogues et toxicodépendances. *Multitudes*, n° 44, p. 47-57.
<https://www.cairn.info/revue-multitudes-2011-1-page-47.htm>

Domoslawski A. (2011) Drug policy in Portugal. The benefits of decriminalizing drug use. New York, NY, Open Society Foundations, 52 p.
<http://www.opensocietyfoundations.org/reports/drug-policy-portugal-benefits-decriminalizing-drug-use>

EMCDDA (2001) Rapport annuel 2001 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne. Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 59 p.
<https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index37275EN.html>

EMCDDA, Moreira M., Hughes B., Costa Storti C., Zobel F. (2011) Drug policy profiles - Portugal. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Papers, 28 p.
https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-policy-profiles/portugal_en

EMCDDA, SICAD (2019) Portugal: Country drug report 2019. Lisbon, EMCDDA ; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 31 p.
https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/portugal_en

EMCDDA (2020) European Drug Report 2020: Trends and developments. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 88 p.
<https://www.emcdda.europa.eu/edr2020>

EMCDDA (2021a) Portuguese national focal point.
https://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox/portugal_en

EMCDDA (2021b) Statistical Bulletin 2021 - prevalence of drug use.

https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/gps_en

EMCDDA, Giraudon I., Mathis F., Hedrich D., Vicente J., Noor A. (2021) Drug-related deaths and mortality in Europe: update from the EMCDDA expert network. May 2021. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Technical reports, 33 p.

https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/drug-related-deaths-and-mortality-europe_en

Félix S., Portugal P., Tavares A. (2017) Going after the addiction, not the addicted: The impact of drug decriminalization in Portugal. Bonn, IZA Institute of Labor Economics, coll. Discussion Paper Series, IZA DP No. 10895, 31 p.

<http://ftp.iza.org/dp10895.pdf>

Gallagher L. (2015) Should the United States move towards Portugal's decriminalization of drugs? University of Miami International and Comparative Law Review, Vol. 22, n° 2, p. 207.

<https://repository.law.miami.edu/umiclr/vol22/iss2/5>

Gonçalves R., Lourenço A., Nogueira da Silva S. (2015) A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs. International Journal of Drug Policy, Vol. 26, n° 2, p. 199-209.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095539591400231X>

Greenwald G. (2009) Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. Washington, DC, Cato Institute, 38 p.

https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf

HRI (2020) The global state of harm reduction 2020. London, Harm Reduction International, 192 p.

<https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2020>

Hughes B., Matias J., Griffiths P. (2018) Inconsistencies in the assumptions linking punitive sanctions and use of cannabis and new psychoactive substances in Europe. Addiction Vol. 113, n° 12, p. 2155-2157.

<https://doi.org/10.1111/add.14372>

Hughes C., Stevens A. (2007) The effects of decriminalization of drug use in Portugal. Oxford, Beckley Foundation, coll. Briefing Paper Fourteen, 10 p.

https://www.researchgate.net/publication/238070854_The_Effects_of_Decriminalization_of_Drug_Use_in_Portugal

Hughes C.E., Stevens A. (2010) What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? British Journal of Criminology, Vol. 50, n° 6, p. 999-1022.

Hughes C.E., Stevens A. (2012) A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. Drug and Alcohol Review, Vol. 31, n° 1, p. 101-113.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00383.x>

IDT (2001) Plano de Ação Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência - Horizonte 2004. Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência.

IDT (2004) Relatório Anual 2003 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Vol. 1. Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), 190 p.

http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=11&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/

IDT (2005) Plano nacional contra a droga e as toxicodependências 2005-2012. Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência, 58 p.

http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/150/PNCDDT_2005-2012.zip

IDT (2006) Plano de acção contra as drogas e as toxicodependências - Horizonte 2008. Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência, 45 p.

http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/42/plano_acciao_horizonte_2008.pdf

IDT (2009) Relatório Anual 2008 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), 209 p.

http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=16&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/

- INPUD (2018) Is decriminalisation enough? Drug user community voices from Portugal, International Network of People Who Use Drugs, 24 p.
<http://www.inpud.net/en/decriminalisation-enough-drug-user-community-voices-portugal>
- Landel P., Zielinska A.C. (2016) La politique de décriminalisation des drogues au Portugal. Entretien avec le prof. João Goulão. *Mouvements*, n° 86, p. 151-164.
- Laqueur H. (2015) Uses and abuses of drug decriminalization in Portugal. *Law and Social Inquiry*, Vol. 40, n° 3, p. 746-781.
https://www.law.berkeley.edu/files/Laqueur_%282014%29_-_Uses_and_Abuses_of_Drug_Decriminalization_in_Portugal_-_LSI.pdf
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2019) Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2019. Lisboa, DGS/INSA, 106 p.
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/Relat-VIH-SIDA-2019.pdf>
- Moreira M., Trigueiros F., Antunes C. (2007) The evaluation of the Portuguese drug policy 1999-2004: the process and the impact on the new policy. *Drugs and Alcohol Today*, Vol. 7, n° 2, p. 14-25.
<https://doi.org/10.1108/17459265200700012>
- Murkin G. (2014) Drug decriminalisation in Portugal: setting the record straight. Bristol, Transform Drug Policy Foundation, 4 p.
<http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
- Nova IMS (2020) Avaliação externa do PNRCAD 2013-2020. Relatório Final, 249 p.
https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/nova-ims-2021-external-evaluation-portugals-national-plan-reduction-addictive-behaviours-and-dependencies-2013%E2%80%932020_en
- Nova IMS (2021) Avaliação externa do PNRCAD 2013-2020. Sumário Executivo, 57 p.
https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/nova-ims-2021-summary-external-evaluation-portugals-national-plan-reduction-addictive-behaviours-and-dependencies-2013%E2%80%932020_en
- Nunes Dias L. (2007) As drogas em Portugal. O fenómeno e os factos jurídico-políticos de 1970 a 2004. Lisboa, Pé de Página, 357 p.
<https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/As%20drogas%20em%20Portugal.pdf>
- OMS (2018) VIH : le Portugal bien placé pour atteindre les objectifs avant l'échéance de 2020. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
<https://www.euro.who.int/fr/countries/portugal/news/news/2018/7/portugal-on-fast-track-to-achieve-hiv-targets-ahead-of-2020-deadline>
- ONU DC (2009) Rapport mondial sur les drogues 2009. New York, United Nations, 312 p.
<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html>
- Palladino C., Ezeonwumelu I.J., Marcelino R., Briz V., Moranguinho I., Serejo F., Velosa J.F., Marinho R.T., Borrego P., Taveira N. (2018) Epidemic history of hepatitis C virus genotypes and subtypes in Portugal. *Scientific Reports*, Vol. 8, n° 1, p. 12266.
<https://doi.org/10.1038/s41598-018-30528-0>
- Polícia Judiciária (2020) Combate ao Tráfico de Estupefacientes em Portugal. Relatório Anual 2019. Estatística TCD, 63 p.
<https://www.policiajudiciaria.pt/wp-content/uploads/2019/05/RelatorioAnual2019-EstatisticaTCD.pdf>
- Pombo S., Félix da Costa N. (2016) Heroin addiction patterns of treatment-seeking patients, 1992-2013: Comparison between pre- and post-drug policy reform in Portugal. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, Vol. 18, n° 6, p. 51-60.
<http://www.heroinaddictionrelatedclinicalproblems.org/harcp-archives.php>
- Presidência do Conselho de Ministros (1999) Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99. Diário da República, n° 122, p. 2972-3029.
<https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/46/1999/05/26/p/dre/pt/html>
- Ribeiro C., Carapinha L., Guerreiro C., Dias L. (2017) Efeitos da Intervenção em Dissuasão baseado na Atividade das CDT. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 273 p.
<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.30768.46084>

- SICAD (2013) Guidelines for the intervention in dissuasion. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 27 p.
http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/160/LOID_EN.pdf
- SICAD (2017) Effects of dissuasion intervention, based on CDTs activity. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 2 p.
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/180/Brochura_en.pdf
- SICAD (2018) Relatório de avaliação intermédia do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 150 p.
https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/portugals-national-plan-reduction-addictive-behaviours-and-dependencies-2013%E2%80%9320-interim-evaluation_en
- SICAD (2020a) Relatório Anual 2019 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 221 p.
http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/169/RA%20DROGAS%20PRINCIPAL_19.pdf
- SICAD (2020b) Relatório do Plano Estratégico 2017-2019. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).
- SICAD (2020c) Statistical bulletin 2018 - Illicit substances. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 16 p.
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/Documents/2020/sinopses/SinopseEstatistica18_substanciasilicitas_EN.pdf
- SICAD (2021a) Sinopse estatística 2019. Substâncias ilícitas. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 15 p.
https://sermental.pt/?jet_download=1056
- SICAD (2021b) Statistical bulletin 2019 - Illicit substances. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 15 p.
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/Documents/2021/SinopseEstatistica19_substanciasilicitas_EN.pdf
- Silvestri A. (2014) Gateways from crime to health: The Portuguese drug commissions. London, Winston Churchill Memorial Trust ; Prison Reform Trust, 58 p.
<http://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/AS%20report%20GATEWAYS%20FROM%20CRIME%20TO%20HEALTH.pdf>
- Sipp W. (2015) The Portuguese approach and the international drug control conventions. Statement of the President of the International Narcotics Control Board (INCB), Mr. Werner Sipp. In : Reconvened fifty-eighth session of the CND Special event: A public health approach as a base for drugs policy: The Portuguese case, Vienna, 9 December 2015, International Narcotics Control Board (INCB), 5 p.
https://www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2015/statement_reconvened_CND_side_event_portugal.pdf
- Slade H. (2021) Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight. Bristol, Transform Drugs, 10 p.
<https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/Drug-decriminalisation-in-Portugal-setting-the-record-straight.pdf>
- Stevens A., Hughes C. (2016) Dépénalisation et santé publique : politiques des drogues et toxicomanies au Portugal. *Mouvements*, Vol. 86, n° 2, p. 22-33.
<https://www.cairn.info/revue-mouvements-2016-2-page-22.htm>
- Story J. (1976) Portugal's Revolution of Carnations: Patterns of change and continuity. *International Affairs*, Vol. 52, n° 3, p. 417-433.
<https://doi.org/10.2307/2616554>
- Taylor H., Curado A., Tavares J., Oliveira M., Gautier D., Maria J.S. (2019) Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduction Journal*, Vol. 16, n° 1, p. 49.
<https://doi.org/10.1186/s12954-019-0319-1>
- The ESPAD Group (2020) ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Joint Publications, 136 p.
<http://www.espad.org/espad-report-2019>

Torres A., Do Carmo Gomes C. (2005) Drogas e prisões em Portugal. *Toxicodependência*, Vol. 11, n° 2, p. 23-40.
http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=102&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos

Torres A., Mendes R., Gaspar S., Brito Fonseca R., Oliveira C., Dias C. (2016) Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional. Caracterização da população prisional, crimes cometidos e dependências face às drogas, bebidas alcoólicas. Lisboa, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 293 p.
http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/158/INCAMP_2016_Volume1.pdf

Trigueiros F., Vitória P., Dias L. (2010) Rather treat than punish. The Portuguese decriminalization model. In : Expert Forum on Criminal Justice. National experiences with quasi-coerced treatment of drug dependent offenders. Overview of work undertaken 2007-2010 and relevant national contributions, Pompidou Group (Dir.). Strasbourg, Council of Europe, p. 23-35.
http://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/expert_forum_FTVD.pdf

Valadares Tavares L., Maia Graça P., Martins O., Ascencio M. (2004) Evaluation of the national strategy for the fight against drugs: 1999-2003. Oeiras, Instituto Nacional de Administração, 172 p.

WHO (2014) Global Health Expenditure Database. World Health Organization.
<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

REMERCIEMENTS

António Óscar Duarte et Sofia Santos (SICAD) pour leurs éclairages sur le système portugais.

Brendan Hughes (EMCDDA) pour sa relecture.

De l'OFDT : Anne de l'Épervier pour les contacts avec le point focal portugais, Isabelle Michot pour la mise aux normes bibliographiques, Julien Morel d'Arleux, Stanislas Spilka et Fabrice Guilbaud pour leur relecture.
