



الإجرائية الوقائية للاتحادات العمالية (دراسة قانونية وفق التشريع الجزائري)

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات لنيل شهادة ماستر أكاديمي
في مسار الحقوق، تخصص: قانون جنائي

تحت إشراف الأستاذ:
أ/بن سديرة فوزي

من إعداد الطالب:
حاج قويدر احمد

أعضاء لجنة المناقشة:

الرقم	الاسم واللقب الأستاذ	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
01	د/حاج ابراهيم عبد الرحمان	محاضر ب	جامعة غرداية	رئيسا
02	أ/بن سديرة فوزي	مساعد أ	جامعة غرداية	مشرفا ومقررا
03	أ/الأخضري فتيحة	محاضر ب	جامعة غرداية	عضوا
04	أ/بودينار بلقاسم	مساعد أ	جامعة غرداية	عضوا

السنة الجامعية

1436 هـ - 1437 هـ / 2015 م - 2016 م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَلَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَاحٌ فِيمَا أَخْطَأْتُمْ بِهِ وَ

لَكِن مَّا تَعَمَّدَتْ قُلُوبُكُمْ وَكَانَ اللَّهُ

غُفُورًا رَحِيمًا﴾

اللَّهُ
صَدِيقُ
الْعَظِيمِ

﴿الآية 05 من سورة الأحزاب﴾



الحمد والمنة لله وحده على فضله في إتمام هذه
المذكرة، وأتقدم بالشكر والتقدير لكل من ساعدني في
إعدادها، وأخص بالذكر الأستاذ المشرف بن سديرة
فوزي على توجيهاته ونصائحه طوال فترة إعداد هذا
البحث.

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى جميع الأساتذة الكرام
الذين تتلمذت على أيديهم، وكذا زملائي في العمل
الذين قدموا لي المساعدة.

دون أن أنسى كل من قدم لي يد العون من أصدقاء
وزملاء لإتمام هذا العمل، عبد القادر خزيل، عبد الحميد
جبريط، عبد القادر بوهني، علي زاحي، جمال مصباح،
محمد سراج، سلامات سليمان.

وأخيرا أوجه تحية تقدير وإكبار للسادة الأساتذة
المناقشين.

حاج قويدر أحمد

إلى ذلك النهر الرقراق

إلى ذلك النهر الرقراق، التي أشعلت أناملها لتضيء لي الحياة إلى أُمِّي الغالية

إلى من جعل جهده ووقته سبيلاً أتمشى عليه . . . أبي العزيز

إلى من واصلت معي المشوار، إلى من ضحت بكل شيء، إلى نزوجتي وأمر أولادي

إلى مهجة قلبي ومريحتاتي . . . محمد وعلي إلى رمز الغزوة والتقاء . . . أخواتي العفيفات

إلى، يتابع الشجاعة والوفاء . . . إخوتي النبلاء إلى على كل من آمن ببحته فأخلص في إنجازه،

بأذلا فيه قصارى جهده وعصارة أفكاره

إلى طلبة وطالبات قسم ماستر قانون جنائي إلى الذين وهبوا نفيس أوقاتهم وندروا أنفسهم

لخدمة البحث العلمي في ربوع هذا الوطن الحبيب

إلى الذين قضوا نحبهم في سبيل مرهم، لنحي آمين بعدهم . . . شهدائنا الأبرار

أهدي هذا العمل البسيط

تعتبر ظاهرة المخدرات من الظواهر التي ظلت تؤرق المجتمع الجزائري بسبب التطور المستمر الذي تشهده. فبعدها كانت محصورة فقط في المخدرات الطبيعية، تحولت إلى عقاقير اصطناعية له نفس خصائص المخدرات الطبيعية وتختلف في نسبة تأثيرها، وكلها تؤدي في النهاية إلى الإدمان. وعليه فإن الرأي العالمي في العصر الحديث يعامل المدمن على أنه مريض في حاجة إلى العلاج، حسب نص الفقرة الأولى من المادة 38 من (إ. و. م) سنة 1961.

ولقد عالج المشرع الجزائري هذه الظاهرة، فقد اتخذ مجموعة من التدابير الوقائية والإجرائية، تجسدت في إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، وأوكلت له مهمة الوقاية على المستوى الوطني. وأما في مجال المتابعة الجزائية، فقد أصدر قانون 18/04 المتعلق ب (ق.و.م. ق.إ.ش) الذي نص على عدم ممارسة الدعوى العمومية على الأشخاص المدمنين الذين امتثلوا للعلاج حتى النهاية.

فالمبادرة بالعلاج تعفي من العقاب وهي ليست من موانع المسؤولية ولا من أسباب الإباحة. فالشريك لا يستفيد منها، فهو عذر شخصي لا يتعدى أثره إلى الغير.

Abstract

Drugs are considered as a phenomenon that has been disturbing the Algerian society due to the continuous development it has witnessed so far. After it was all confined to the natural drug, it switched to synthetic drugs which have the same properties of the natural drugs but they vary in the proportion of their impact. They all Accordingly, the modern era world opinion treats an addict .eventually lead to addiction as a patient in need of treatment, according to the first paragraph of Article 38 of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961.

The Algerian legislature has dealt with this phenomenon. It has taken a series of preventive and procedural measures which are embodied in the establishment of the National Office for Drug Control and Addiction, entrusted with the task of prevention at the national level. In the area of criminal follow-up, it has issued a code 18/04 of Drug Prevention and Illicit Trafficking in Psychotropic Substances, which states not to exercise public actions on addicted people who complied with treatment until the end.

The initiative of treatment exempts from punishment and it is not a hindrance of responsibility nor is it of the permissibility reasons. The partner, then, does not benefit from it, it is a personal excuse and it does not exceed its impact to others.

قائمة المختصرات

شرح الاختصار	الاختصار
الاتفاقية الوحيدة للمخدرات	إ.و.م
اتفاقية الإتجار غير المشروع بالمخدرات المؤثرات العقلية	إ.إ.غ.م.ع
قانون الإجراءات الجزائية	ق.إ.ج
قانون العقوبات	ق.ع
حماية الصحة وترقيتها	ح.ص.ت
قانون يتعلق بالوقاية بالمخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروع بها	(ق.و.م. ق.إ.ش)

مقدمة

تعتبر ظاهرة إدمان المخدرات من أخطر الآفات المنتشرة في المجتمع على جميع مستوياته، ولعل من أخطر العوامل المساهمة في ذلك، هو الانفتاح على العوامة وسهولة تنقل الأشخاص والبضائع ، ولم تعد هناك حواجز بين الدول والقارات، وهو ما استغلته عصابات الإجرام، فقد اكتشفت مخدرات تصنعية اجتاحت الكثير من الدول وباتت تهدد كيانها، تصنع في المختبرات والمعامل بالطرق الكيميائية يضاها تأثيرها المخدرات الطبيعية بل قد يفوقها في درجة الخطورة التي تكمن تركيبها التي تتغير باستمرار، مما يصعب الأمر استكشافها على للجهات المعنية.

وبسبب هذا التطور الفظيع للمخدرات، أصبحت من أخطر القضايا التي تشغل الرأي العام لما لها من آثار خطيرة على عدة نواحي، فعلى مستوى الفرد تتسبب هذه الظاهرة بفقد الجسم مناعته وما يترتب على ذلك من أمراض فتاكة تصيبه، أما بالنسبة لعلاقته بالمجتمع فإن إدمان المخدرات يجعله يوجه سخطه على المجتمع وهو ما ينتج عن ارتكاب الجريمة، وكان لابد للمشرع من التدخل بسن مجموعة من القوانين تراعي حماية للمجتمع من المخدرات وإدمانها، وذلك بالتركيز على الجانب الوقائي في التصدي لهذه الظاهرة.

وعند الحديث عن إدمان المخدرات لابد من التنبه إلى وجود قدر من التداخل بين العلاج والوقاية منه، فالعلاج الطبي الذي يمكن أن يقدم إلى هؤلاء المدمنين لا يتعدى المساعدة في معالجة الأمراض المصاحبة للإدمان أو الناجمة عنه، وخصوصا تلك الأدوية التي تستخدم في مرحلة الانسحاب، أما العلاج الحقيقي والفعلي للإدمان يكمن في إرادة الشخص و وقناعاته بالتخلي عن إدمان المخدرات الذي دمر حياته.

أسباب اختيار الموضوع

هناك عدة أسباب كانت الدافع من وراء اختيار هذا الموضوع، فبعضها يرجع إلى أسباب ذاتية وهناك أسباب موضوعية تمس عدة جوانب منها الأسرة والمجتمع والدولة .

فالعوامل الذاتية تتمثل في دراسة هذا الموضوع من الناحية الإجرائية والقانونية لأن أغلب الدراسات التي تناولته على المستوى الأكاديمي هي دراسات اجتماعية ونفسانية .

وبالنسبة للدوافع الموضوعية فلها عدة جوانب، منها تأثير هذه الظاهرة على الأسرة وما يترتب عليه من أثار قد تكون سباب في دمارها، ومن الناحية الاجتماعي فهي تستنزف الطاقة الشبابية بكل أجناسها وخاصة إذا علمنا أن نسبة الشباب في الجزائر هي 75٪ ، فإن هذه الأخيرة قد تتحول من عامل إيجابي يصلح في المجتمع إلى عامل سلب يهدم المجتمع بسبب المخدرات، بالإضافة على التكاليف التي تصرفها الدولة بالنسبة لهذا الموضوع من بناء المستشفيات والمصحات علاجية وتكوين العاملين والخبراء في هذا الميدان وكذا استيراد الأدوية والعقاقير الخاصة بالمخدرات المشروعة.

أهمية الموضوع

نظرا لأهمية ظاهرة إدمان المخدرات وخطورتها على الساحة الوطنية وخاصة مع وجود دولة الجوار المغرب التي تعتبر من أكبر منتجي رانتج القنب وهو ما جعل الدولة تجند كل الإمكانيات الضرورية للتصدي لهذه الآفة.

ولكون جرائم المخدرات موضوع شاسع فقد رأيت أن أولي مدمن المخدرات اهتمام أكبر لكونه الحلقة المحورية في هذا الموضوع، من خلال دراسة قانونية تهدف إلى معالجة الإجراءات الوقائية لإدمان المخدرات في ضل قانون الإجراءات الجزائية والقوانين المكملة له .

أهداف الدراسة

إن الهدف من الدراسة الوقائية هو التصدي لهذه الآفة قبل وقوعها بمجموعة من البرامج والأساليب التي أثبتت نجاحها على الصعيد الدولي، ولقد استفادت الجزائر من التجارب الدولية في استعمال هذه الأساليب الوقائية على مدمني المخدرات، وتطبيقها على السياق الوطني.

الدراسات السابقة

إن معظم الدراسات التي وقفنا عليها في إطار إنجاز هذا البحث والتي تبدو مشابهة لموضوعنا إلا إنها تختلف عنه في كونها عاجلتها موضوع إدمان المخدرات من النواحي الاجتماعية والنفسية نذكر منها: *الدراسة الأولى*، عوامل الخطر والوقاية من استهلاك المخدرات، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، مقدمة من طرف قمار فريدة، تخصص علم الاجتماع، جامعة قسنطينة، 2009، والتي عاجلت الموضوع من الناحية الاجتماعية.

الدراسة الثانية، إدمان المخدرات وأثره على الوسط المدرسي، وهي مذكرة لنيل شهادة ماجستير، مقدمة من طرف سليمان فتيحة، تخصص علم النفس، جامعة وهران، 2012 والتي عاجلت الموضوع من ناحية علم النفس.

صعوبات البحث

باعتبار هذا الموضوع حديث على الساحة الوطنية فقد صادفت بعض العقبات في إنجازها وخاصة في الدراسات القانونية المتعلقة بدمني المخدرات، مما جعلني اعتمد على الملتقيات والندوات العلمية وكذا الدراسات المقارنة، بالإضافة بالإضافة صعوبة التوفيق بين الدراسة المتطلبات العمل.

إشكالية الدراسة

بغية توضيح الجوانب الوقائية والإجرائية لموضوع إدمان المخدرات، نقوم بطرح الإشكال التالي، إلى أي مدى ساهمت الإجراءات الوقائية للتكفل بدمني المخدرات؟ وتتفرع عن هذه الإشكالية الرئيسية، الإشكاليات الفرعية التالية: ما المقصود بإدمان المخدرات؟

كيف تعامل المشرع الجزائري مع مدمني المخدرات؟

ما مدى نجاح هذه التدابير في الحد من ظاهرة إدمان المخدرات؟

منهج الدراسة

وللإجابة على هذه الإشكالية اعتمدت على المنهج الاستدلالي والوصفي من خلال الاستدلال ووصف بعض النصوص القانونية و التنظيمية، بالإضافة إلى المنهج التاريخي الذي استعملناه في السرد التطور التاريخي للمخدرات، وفي بعض أجزاء البحث تناولنا المنهج الإحصائي لتوضيح بعض النسب المسجلة حول استهلاك المخدرات ولمعرفة مدى انتشارها على المستوى الوطني. ومن أجل هذا الغرض، قسمنا هذه الدراسة إلى فصلي، الفصل الأول تحدثنا فيه عن ماهية إدمان المخدرات الذي تناولناه في مبحثين، خصصنا المبحث الأول إلى مفهوم للمخدرات، أما المبحث الثاني فقد تحدثنا فيه عن إدمانها .

وستتطرق في الفصل الثاني إلى ضرورة مواجهة إدمان المخدرات من خلال مبحثين، نتناول في المبحث الأول التدابير الوقائية، والمبحث الثاني التدابير الإجرائية للحد من هذه الظاهرة.

الفصل الأول

مقدمة إيمان المخدرات

الفصل الأول

ماهية إدمان المخدرات

إن ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها هي من أخطر القضايا التي تشغل الرأي العام، لما لها من تأثير مدمر على حياة الفرد، وهذا التأثير يترجم على شكل اضطرابات نفسية وعضوية وانحرافات عدوانية اتجاه المجتمع، فهو يفعل المستحيل للحصول على المخدرات وهو ما ينتج عن ارتكاب الجريمة، ومن المتوقع انحرافه مع عصابات الإجرام، ونظرا لهذه الآثار وخطورتها على الفرد بالدرجة الأولى وعلى المجتمع بالدرجة الثانية، وحتى نستطيع مواجهة هذه الظاهرة والتصدي لها، فإنه يلزم بيان ماهيتها من خلال مفهوم المخدرات، ثم بيان إدمانها.

المبحث الأول

مفهوم المخدرات

يعتبر موضوع إدمان المخدرات من المواضيع التي يشوبها الكثير من الغموض، بسبب تشابك أبعاده وتشعب جوانبه الاجتماعية والاقتصادية ووجود تشابه بين مصطلحاته مثل الإدمان والاستهلاك هذا من جهة، أما من جهة أخرى فهناك نقص في المعطيات والمفاهيم حول هذا الموضوع¹. وعلى هذا الأساس تتم دراسة المخدرات وأقسامها في المطلب الأول واستهلاكها في المطلب الثاني.

المطلب الأول

المخدرات وأقسامها

إن التعاريف التي تعرضت للمخدرات عديدة ومتنوعة، مثلا التعريف العلمي، الاجتماعي، القانوني، الطبي، وباختلاف التعاريف اختلفت التصنيفات من حيث أصلها وطريقة تأثيرها على الشخص ونظرة المجتمع الدولي لها.

الفرع الأول

تعريف المخدرات

إن اكتشاف المخدرات ليس حديثا فهي تعد من أوائل المواد المستخدمة من قبل البشر خاصة تلك الطبيعية منها عمر البشرية، وإن كان بعض أشكالها يعتبر نتاجا حديثا مثل العقاقير المصنعة، وقد قد كان لها استخدامات عديدة ومتنوعة وخاصة في النواحي العلاجية².

أولا. ظهورها وتطورها

1. رود بلاس، كيف نواجه مشكلة نقص المعطيات، الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية للوقاية من

المخدرات ومكافحتها، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر، يومي 03 و04 ديسمبر 2006، ص26.

2. عبد الله قازان، إدمان المخدرات والتفكك الأسري، دار حامد، عمان، (د.ط)، 2005، ص20.

لقد اختلفت الآراء حول تحديد تاريخ المخدرات، متى وأين اكتشفت وكيف انتشرت في مختلف أرجاء العالم، ولا يوجد إجابة واضحة حتى الآن وإنما هي اجتهادات وافتراضات، ولكن الثابت هو أن المخدرات من أقدم العقاقير التي عرفها الإنسان، ويعتقد انه اكتشفها خلال بحثه عن الطعام في عالم النبات وبواسطة المحاولة والخطأ استطاع التعرف على بعض أنواع النباتات المخدرة.

وتشير الدراسات التاريخية أن المخدرات الطبيعية مثل الأفيون والحشيش قد في القدم لأغراض طبية مثل استخدام الصينيون للحشيش كمادة تخديرية منذ ستة آلاف سنة، وقد لقبوه بالحرر من الخطايا، واستعمال المصريين في عهد الملك رمسيس الثاني في علاج بعض أمراض العيون، وقد كانوا يستنشقون أبخرته المحترقة كجزء من الطقوس الجنائزية من أجل الطهارة، وأما الهندوس فقد أطلقوا عليه عدة تسميات منها الموجه السماوي، ومخفف الأحزان، وهو يعتبر في الهند كدواء شعبي حتى الآن¹.

وفي ما يتعلق بعلاقة هذه بظاهرة بالمجتمع الجزائري فتشير بعض الدراسات إلى أن ظهور المخدرات يرجع إلى ما قبل الاحتلال الفرنسي معتمدة على رواية الرحالة "هايزريش فون مالستان" التي تحمل عنوان "مدخنو الحشيش في مدينة الجزائر" وما يدعم هذا الطرح هو انتشار زراعة الحشيش في كافة أرجاء الدولة العثمانية، أين كان يستعمل في الملاهي والمقاهي بطريقة مشروعة، ولقد توسع مجال انتشاره خاصة بعد قدوم الاستعمار الفرنسي الذي عمد إلى الترويج له لاستبعاد الجزائريين ولأهداف استعمارية².

ومع بداية القرن الحالي أصبح سوء استعمال المخدرات يشغل بال المسؤولين بسبب الكميات الهائلة التي تدخل البلاد بطرق غير قانونية، خاصة أن الجزائر لها موقع استراتيجي بين دول المنطقة، بالإضافة إلى وجود المغرب من دول الجوار والذي يعتبر أكبر منتج لرائج القنب في القارة، وأحد أكبر منتجيها في العالم.

وما يؤكد هذا الطرح هو حجز مصالح الأمن 54 طن من القنب الهندي من الجهة الغربية للوطن خلال السداسي الأول من سنة 2015³.

1. حسين فايد، سيكولوجية الإدمان، مؤسسة طبية للنشر، القاهرة، (د.ط)، 2007، ص 15.

2. براهيمية نصيرة، المخدرات في المجتمع الجزائري المدمن بين المرض والإجرام مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، العدد الأول، سبتمبر 2013، ص 17.

3. تقرير سنوي حول الحصيلة الإحصائية للمخدرات، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، سنة 2015، ص 11.

الموقع: www.onlcdt.mjustice.dz، تاريخ الزيارة 10-02-2016.

ثانيا. تعريفها

اختلف الباحثون في تعريفهم للمخدرات، وأساس هذا اختلاف يرجع إلى تداخل عدة عوامل ومعطيات منها: البيئة، الشخص، نوع المخدر، كمية المخدر، وعلى هذا الأساس لا يوجد تعريف موحد أو متفق عليه للمخدرات.

01.التعريف اللغوي

تأتي كلمة مخدر بضم الميم وفتح الخاء وتشديد الدال المكسورة من (الخدر) بكسر الخاء وسكون الدال، وهي كلمة عربية مصدر للفعل خدر وتعني الستر، جمع مخدرات، ويقال جارية مخدرة إذا لزمته الخدر أي سترها أهلها وصانوها من الامتهان وعلى هذا استعملت كلمة المخدرات على أساس أنها مواد تستر العقل وتغيبه¹.

02.التعريف العلمي

المخدر هو مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وهي ترجمة يقابله في اللغة الإنجليزية كلمة Narcotic مشتقة من الكلمة الإغريقية Narcosis، والتي تعني عقار يحدث النوم أو التبدل في الأحاسيس².

03.التعريف القانوني

هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك³.

04.تعريف منظمة الأمم المتحدة

عرفتها (إ.و.م) بأنها أي مادة طبيعية كانت أو اصطناعية، من المواد المدرجة في الجدولين الأول والثاني⁴.

وقد أرفق بهذه الاتفاقية أربعة جداول، يشمل الأول كل المواد الأكثر خطورة والقابلة لإساءة الاستعمال أو التحويل لمخدرات مسببة للإدمان، أما الجدول الثاني فيشمل المواد الأقل خطورة وقد تحول كمخدرات مسببة للإدمان من المواد المدرجة في الجدول الأول.

1. نور الدين عصام، معجم الوسيط، دار الكتب العلمية، بيروت، الطبعة الأولى، 2005، ص1008.

2. نبيل صقر، المخدرات في التشريع الجزائري، دار الهلال للخدمات الإعلامية، الجزائر، (د . ط)، 2005، ص06.

3 . عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والآداب، الكويت، (د . ط)، 1978، ص11.

4. المادة الأولى الفقرة "ي"، إ.و.م سنة 1961، المصادق عليها بالمرسوم الرئاسي رقم 02-61 المؤرخ في 05 فيفري 2002، الجريدة الرسمية العدد 66 بتاريخ 14 مارس 1963.

05. تعريف المشرع الجزائري

إن المشرع الجزائري كغيره من التشريعات العربية لم يعرف المخدرات، وإنما أحال تعريفها إلى اتفاقيات الأمم المتحدة، حيث جاء في نص المادة الثانية من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) "المخدر أية مادة، طبيعية كانت أو اصطناعية، من المواد المدرجة في الجدول الأول والجدول الثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 ومن تلك الاتفاقية بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972 المعدل للاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961"¹.

وما يلاحظ أن هذا النص جاء مطابق لنص المادة الأولى الفقرة (ن) من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988 ويستنتج من هذه الصياغة هو سعي المشرع الجزائري لتحسين تشريعاته الداخلية مع المواثيق الدولية.

وحسب المادة 132 من الدستور فإن المعاهدات التي يصادق عليها رئيس الجمهورية حسب الشّروط المنصوص عليها في الدستور تسمو على القانون، وبالتالي فيإمكان القاضي الاعتماد على هذه الاتفاقيات في تحديد نوع المخدر².

الفرع الثاني

تصنيف وأنواع المخدرات

المخدرات أنواع مختلفة، وهناك عدة معايير لتصنيفها، وهذا راجع إلى تدخل العديد من العوامل في ظاهرة استهلاكها وفي الآثار المترتبة عنها، وسنحاول التطرق إلى أهم هذه التصنيفات والأنواع فيما يلي.

أولاً. تصنيف المخدرات

لقد ارتأى بعض الباحثين ضرورة وضع تصنيف للمخدرات، حتى يسهل على المختصين التعامل مع هذه المعطيات، وتختلف هذه التصنيفات في ما بينها حسب المعيار المعتمد.

01. تصنيف المخدرات حسب المعيار الدولي: وهو من أهم التصنيفات، حيث اعتمده معظم

التشريعات، وقد قسم المخدرات إلى قسمين³:

1. المادة 02 الفقرة 01، قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) المؤرخ في 25 ديسمبر 2004، الجريدة الرسمية المؤرخة في 26 ديسمبر 2004، العدد 83.

2. المادة 132 من التعديل الدستوري، سنة 1996، الصادر بالمرسوم الرئاسي رقم 438/96 بتاريخ 07 ديسمبر 1996، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 76 بتاريخ 08 ديسمبر 1996.

3. محمد نادية بعيبي، عبد القادر اسماعيلي يامنة، الإرشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات، المرجع السابق، ص35.

أ. المخدرات

تشمل المواد المخدرة الطبيعية والتركيبية المدرجة في الجدول الأول والثاني الملحقين بالاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، والذي يخضع لنظام الرقابة المنصوص عليها في الاتفاقية والبروتوكول المعدل لها.

ب. المؤثرات العقلية

و يطلق عليها أيضا المواد النفسية، سواء أكانت طبيعية أم تركيبية وهي المواد المدرجة بالجدول الأربعة الملحقة باتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971، هذه المواد تخضع لنظام الرقابة في الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، ومن هذه المواد "الامفيتامينات والباربيتورات".

02. تصنيف المخدرات حسب أصل المادة

وحسب هذا التصنيف تنقسم المخدرات إلى ثلاثة أنواع وهي كما يلي:

أ. المخدرات الطبيعية

هي المخدرات التي تكون في صورة نباتات مثل شجرة الخشخاش أو القاء أو القنب وهذه النباتات تحتوي على مادة مخدرة طبيعية خام، ولا تحتاج لاستخلاصها أي عمليات كيميائية، ولقد أثبتت الدراسات العلمية أن المادة الفعالة تتركز في جزء أو أجزاء من النبات المخدر، مثل الحشيش من نبات القنب الهندي، تتركز المادة الفعالة في القمم الزهرية، والأفيون من نبات الخشخاش وتتركز المادة الفعالة في الثمر غير ناضج، والكوكايين من أشجار الكوكا وتتركز المادة الفعالة في الأوراق التي تمضغ وتمص أوراقه¹. وفي هذا النوع من المخدرات لا يحدث للمادة المستخلصة أي تفاعلات كيميائية وتبقى محتفظة على خصائصها.

ب. المخدرات نصف التصنيعية

وهي المواد التي تستخلص من المخدرات الطبيعية صناعيا بواسطة تفاعل كيميائي بسيط ويكون لها تأثير أقوى من المادة الخام ومثال ذلك الهيروين الذي ينتج من تفاعل مادة المورفين المستخلصة من نبات الأفيون مع المادة الكيميائية "استيل كلوريد" وتأثيره أقوى بثلاثين ضعفاً تقريبا². إن التطور الكيميائي الحديث كثيرا ما يستغل من طرف عصابات الإجرام في اكتشاف أنواع جديدة من المخدرات للاستعمال الغير مشروع بصفة مستمرة، ولمواجهة هذه العصابات فقد أجاز المشرع للوزير المكلف بالصحة صلاحية تعديل جداول المخدرات وذلك بالإضافة أو الحذف³.

1. حسنين الحمدي بوادي، مكافحة المخدرات بين القانون المصري والقانون الدولي، منشأ المعارف للنشر، الإسكندرية، (د . ط)، 2007، ص19.

2. نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، المرجع السابق، ص08.

3. المادة 03، قانون رقم 04-18، المرجع السابق.

ج. المواد التصنيعية

وهي مواد كيميائية لا يدخل في تركيبها أي مواد طبيعية، وليست من أصل نباتي، تنتج من تفاعلات كيميائية معقدة بين المركبات الكيميائية المختلفة، ويتم ذلك بمعامل شركات الأدوية أو بمعامل مراكز بحوث، وهي تصنع على شكل أقراص، كبسولات، مساحيق، حقن أو أشربه¹. وينقسم هذا النوع من المواد المخدرة إلى ثلاثة أقسام، منها المشبطة مثل الأفيون والفاليوم، و المنشطة مثل الكوكايين و الامفيتامينات، وكذا المواد المهلوسة مثل ل. س. د وغيرها.

ثانياً. أنواع المخدرات

يمكن تقسيم المواد المخدرة إلى ثلاثة مجموعات وذلك حسب تأثيرها على الجهاز العصبي وهي كما يلي²:

01. المسكنات

هي المواد المخدرة التي لها دور تخبيطي على مستوى الجهاز العصبي وكثير من الوظائف الخلوية وتشمل الأفيون ومشتقاته.

أ. الأفيون

يستخرج الأفيون من ثمار نبتة الخشخاش وبالتحديد من بذورها قبل النضج التام فتكون على هيئة كبسولة مستديرة الشكل تعرف باسم إبر النوم، وهي التي يستخرج منها مادة الأفيون بواسطة كشطها حيث يخرج سائل أبيض لزج سرعان ما يتحول إلى اللون البني عند تعرضه للهواء، ويترك هذا السائل حتى يصبح صلباً متماسكاً، وأول من اكتشفه هم سكان وسط آسيا في الألف السابعة قبل الميلاد ومنه انتشر إلى مناطق العالم وكانوا يستخدمونه كمسكن للألام وضيق التنفس والحمى والاكتئاب³.

ب. مشتقات الأفيون

وتنقسم إلى ثلاث مجموعات وهي كالتالي⁴:

- **مشتقات الأفيون الخام:** يحتوي على حوالي 25 مركب كيميائي أهمها: المورفين الذي يشكل حوالي 10 ٪ من وزنه الإجمالي، والكودايين ونسبته لا تتجاوز 01 ٪ فقط والثيامين وتبلغ نسبة الأفيون فيه 02 ٪.

- **مشتقات الأفيون نصف المصنعة:** مثل الهيروين نسبة المادة المخدرة به 30 ٪ ويوجد على شكل مسحوق عادي أو أبيض ناعم الملمس وله رائحة تشبه رائحة الخل.

1. محمد مرعي صعب، جرائم المخدرات، منشورات زين الحقوقية، بيروت لبنان، (د . ط)، 2007، ص51.

2. قماز فريدة، عوامل الخطر والوقاية من استهلاك المخدرات، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة قسنطينة، 2009، ص 30.

3. عبد الهادي مصباح، الإدمان، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، الطبعة الأولى، 2004، ص119.

4. فتحي درار، الإدمان، بدون ذكر دار النشر، الجزائر، الطبعة السادسة، 2010، ص40.

- **المشتقات المصنعة:** وهي مواد تستحضر في المختبرات ويشبه تركيبها تركيب ومفعول مشتقات الأفيون بدون استخدام الأفيون الخام ومنها مشتقات المورفينات.

02. المنشطات

هي مواد مخدرة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي وتجعل الفرد الذي يتناولها يشعر بمزيد من الحيوية الجسدية والعقلية وهي نوعان.

أ. المنشطات الطبيعية

هي مواد من أصل نباتي مثل القات، وهو شجرة قصيرة تشبه شجرة الشاي تنمو في إفريقيا، وهو من الأشجار دائمة الخضرة، ولا يعتبر من ضمن النباتات الخاضعة للرقابة الدولية لأن انتشاره يكون إقليمياً فقط، في شبه الجزيرة العربية وشرق إفريقيا، إضافة إلى أن طريقة استعماله تحتم أن تكون أوراقه طازجة، ولا يمكن أن يصدر إلى أماكن بعيدة، حتى أنه في الدول العربية لا يصل إلى درجة خطورة المواد الأخرى¹.

* الكوكايين

هو المادة الفعالة المستخلصة في أوراق شجيرات نبات الكوكا الذي عرفه هنود الإنكا قديماً ولا يزال يستعمل حتى الآن، وهي تنمو في الهند وإندونيسيا وأمريكا اللاتينية، ويتم حصاد الأوراق ثلاث مرات سنوياً، وقد اكتشفها العالم ألبرت فيمان سنة 1960، حيث يتم استخلاص المادة شبه القولية من أوراق الكوكا، وتجري معالجتها مخبرياً بمواد كيميائية، وفي المناطق الزراعية يجري تحويل أوراق الكوكا إلى خميرة من خلال عمليات بسيطة تستعمل فيها مادة الكيروسين وكاربونات الصوديوم، ثم يحول المنتج بالمختبرات السرية إلى كوكايين في شكله النقي (مسحوق أبيض بلوري) يشبه السكر أو يشبه شرائح الثلج².

ب. المنشطات التصنيعية

وهي المواد التي تصنع مخبرياً مثل الأمفيتامينات والإكستازي.

● مجموعة الأمفيتامينات

تعتبر من العقاقير الأساسية، اكتشفت لأول مرة في أواخر القرن الثامن عشر ميلادي ولكنها لم تستخدم طبياً إلا في سنة 1932، وأصبح كثير من الأطباء ينظرون للأمفيتامين على أنه علاج طبي منتشر، وجاء ترتيبه الثاني من حيث الانتشار بعد الأسبرين، وتحدث هذه العقاقير نوعاً من النشاط والحيوية في الجسم مباشرة من بداية استعمالها مما يعطي الشخص مزيداً من الثقة ولكن مع كثرتها قد تدمر الخلايا العصبية³.

1. يوسف عبد الحميد المرشدة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، دار حامد للنشر، عمان، الطبعة الأولى، 2012، ص 67.

2. محمد سلامة غباري، الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، دار الوفا لدنيا للطباعة، الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2007، ص 22.

3. حسين فايد، سيكولوجية الإدمان، المرجع السابق، ص 103.

• الإكستازي

عبارة عن مركب كيميائي يرجع تاريخ تحضيره سنة 1914 حيث كان يستخدم من أجل فقدان الشهية والتخسيس وعلاج بعض الأمراض وفي مراحل الستينات والسبعينات بدأت العصابات المنظمة تصنعه بواسطة بعض الكيميائيين الذين يعملون في معامل غير قانونية لغرض الاتجار غير المشروع، وقد أطلق عليه هذا الاسم لأنه يشبه كريستالات الثلج ، وله تأثير على الجسم بشكل عام مع شعور المدمن بالسعادة واليقظة ويستمر تأثيره من ثلاث ساعات إلى أربعة وعشرين ساعة، ويمكن اكتشافه في البول حتى أربعة أيام¹.

03. المهلوسات

هي من أقدم العقاقير التي استخدمها الإنسان من أجل التأثير على مزاجه و سلوكه وكثير منها طبيعي أو يشتق من مواد طبيعية مثل بعض النباتات وبعض الفطريات التي كانت تستخدم أحيانا لأغراض طبية وأحيانا في ممارسات دينية أما في العصر الحديث فقد تم تصنيع هذه العقاقير من مواد مختلفة و لها تأثير أقوى من المواد الطبيعية.

أ. المهلوسات الطبيعية:

• صبار بيوتل

ينمو في صحراء المكسيك وتكساس بالولايات المتحدة الأمريكية ، يحتوي على مواد مهلوسة قوية ، وهو المخدر الوحيد المسموح به قانونا في الولايات المتحدة الأمريكية والسبب في ذلك انه يدخل في جزء من الطقوس الدينية للهنود الحمر، في الكنيسة الوطنية الأمريكية، وعادة ما يتناول الشخص ثمانية بدور مجففة من هذا النبات، والكمية المحدثة للمهلوسة تتراوح بين 300 إلى 600ملغ، ويبدأ تأثيرها بالظهور من ساعة تقريبا ويستمر إلى ثمانية عشر ساعة.

• الحرمل

ينمو هذا النبات في عدة مناطق من العالم كالجائر ومصر وسوريا، وقد استعملت بذوره مند القديم في السحر والتنجيم، وذلك عن طريق استنشاق الدخان المتصاعد من إحراقها في غرف مغلقة فيؤثر فيهم، ومؤخرا استخلص العلماء من بذور نبات الحرمل مادة مهدئة و مهلوسة، أطلق عليها "هارمين" (Haramine) وقاموا بعدها بتصنيعها في المختبرات².

1. عبد الهادي مصباح، الإدمان، المرجع السابق، ص188-189.

2. فتحي درار، الإدمان، المرجع السابق، ص73-74.

ب. المهلوسات التصنيعية

• الأسيّد (LSD)

يعرف في بعض البلدان العربية باسم "الأسيّد" وقد تمّ تصنيعه عام 1937 من طرف الدكتور "ألبرت هوفمان" ويستخرج من مادة حمض السارجيك المشتقة من مادة الإرجوت إلا أن تأثيرها كمادة مهلوسة لم يظهر حتى سنة 1943، ويوجد غالباً على شكل أقراص رمادية اللون مستديرة صغيرة الحجم ونادراً على شكل سائل، كما يوجد على شكل كبسولات¹.

تظهر الآثار النفسية عادة بعد ساعة من التناول وتستمر من 06 ساعات إلى 12 ساعة، وتتميز أعراضه بتغيرات إدراكية، من أهمها الإحساس بالتحول الجسدي وتبدد الشخصية، وتحسسات في اللون والرائحة وله تأثير فيزيولوجي واضح على جسم الإنسان يتمثل في اتساع حدقة العين وسرعة نبضات القلب، مع إحساس بالغثيان وانخفاض في درجة حرارة الجسم وفي خلال الساعة الأولى من تناول العقار يشعر المدمن بتغيير حاد في مزاجه وإحساسه ثم تتناوب بعد ذلك حالة عدم الإحساس بالوقت أو الزمن أو المكان مع اضطراب في استقبال الأشياء بحجمها².

04. المواد المتطايرة (المستنشقات):

سميت بالمتطايرة لسرعة تحولها إلى أبخرة متطايرة إذ تعرضت للهواء، وفي كونها تحدث درجة من التسمم عند استنشاقها ولها عدة طرق في الاستعمال، بعضها يستنشق مباشرة، وبعضها يوضع داخل أكياس بلاستيكية أو ورقية ثم يستنشق الهواء الموجود فيه، وقد يرش في الهواء ثم يستنشق، وبداياتها في المجتمع الإنساني الحديث ترجع مع ظهور ما يعرف بالغاز المضحك الذي اكتشفه جوزيف بريستلي سنة 1976، ومثالها، البنزين، مواد التجميل، بعض أنواع الغراء والطلاء، ومزيلات للبقع وغيرها³. وإن الإدمان عليها يؤدي إلى الهزال والنعاس، وكثرة الإفرازات المخاطية من الأنف وكذا إفرازات الدمع، والإحساس بالإعياء وعدم القدرة على التحكم في الجسم وربما فقدان للوعي وتأثير على الدماغ، وبصفة عامة فهي تتسبب بمضاعفات صحية خطيرة من الناحية الجسمانية والنفسية⁴.

1. عبد الهادي مصباح، الإدمان، المرجع السابق، ص113 و116.

2. هنري شابرول، الإدمان في سن المراهقة، عويدات للنشر والطباعة، بيروت لبنان، الطبعة الأولى، 2001، ص36.

3. مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، المرجع السابق، ص59-61.

4. عبد الرحمن شعبان عطيات، المخدرات والعقاقير المخدرة ومسؤولية المكافحة، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، الطبعة الأولى، 2000، ص228.

الفرع الثالث

انتشار المخدرات في الجزائر

مهما يكن المرجع الزمني المعتمد، يظل يهيمن على استهلاك المخدرات في الجزائر صنفان اثنان هما القنب الهندي المعروف عند عامة الناس بالكيف أو الزطلة والمؤثرات العقلية المتمثلة في العقاقير المصنعة بأنواعها المختلفة، ويأتي الأفيون في المرتبة الثالثة، بمعدل انتشار ضعيف.

وتجدر الإشارة إلى وجود فرق كبير بين الجنسين في استهلاك المخدرات، بحيث نجد 54.5٪ من مجموع مستهلكي الجنس الذكر يتعاطون رانتج القنب فقط، و22.8٪ يتعاطون المؤثرات العقلية، في حين أنه عند النساء نجد أن 91.5٪ من المستهلكات يلجأن إلى المنشطات العقلية، وقرابة 7.5٪ يتناولن القنب لوحده أو مع المنشطات العقلية¹.

أما الشرائح العمرية الأكثر استهلاكاً للمخدرات هي شريحة الأعمار من 20 إلى 39 سنة بنسبة 1.48٪ وتليها شريحة الأعمار من 40 سنة فأكثر بنسبة 1.11٪ ثم شريحة الأعمار من 16 إلى 19 سنة بنسبة 0.85٪ وفي الأخير شريحة الأعمار من 12 إلى 15 سنة بنسبة 0.12٪².

ولقد بينت الإحصائيات أن الخطر الحقيقي يتمثل في القنب الهندي والأقراص الطبية، حيث لم يقتصر إدمانها على فئة معينة فقط بل امتد لكل فئات ذكور أو إناثا، وإن الكمية التي تدخل الجزائر في زيادة مطردة في كل سنة، ومن جهة ثانية فإن عدد المدمنين قد تزايد في السنوات الأخيرة³.

وسنخص رانتج⁴ القنب أو القنب الهندي، بالتفصيل لكونه المخدر الأكثر انتشارا على الساحة الوطنية، وذلك من أجل معرفة أسباب انتشاره وآثاره على الفرد والمجتمع بهدف الوقاية منه.

أولا. تعريف القنب الهندي

القنب كلمة لاتينية تعني الضوضاء نسبة إلى ما تحدثه من تشويش وضوضاء بعد وصول المادة المخدرة إلى ذروة مفعولها، وتمثل مخدر الحشيش في المادة الراتنجية، التي تفرزها القمم الزهرية والسطح العلوي لنبات القنب وخاصة الزهرات الأنثوية منها، ومن أجل إستخلاصها تغلى أجزاء النبات المغطاة بالراتنج مع مادة مذيية ثم تخلط ببعض المواد الأخرى⁵.

1. الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، 2010، ص42،

الموقع: (www.onlcdt.mjustice.dz)، تاريخ الزيارة 16-02-2016

2. فضيلة خطار، استهلاك المخدرات في الجزائر، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 00 سبتمبر 2014، ص10.

3. نصر الدين مروك، جريمة المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية، دار هومة، الجزائر، (د. ط)، 2010 ص16.

4. مادة صمغية لزجة تخرج من لحاء بعض الأشجار كالصنوبر ونحوه، وهي مادة غير قابلة للانحلال في الماء وسريعة الاشتعال.

5. يوسف عبد الحميد المرشدة، جريمة المخدرات، المرجع السابق، ص23.

ينمو الحشيش طبيعياً وقد يكون زراعياً، تتراوح نسبة المادة الفعالة فيه بين 05 إلى 15 ٪. بينما قد تصل في زيت القنب إلى 60 ٪، ويوجد نوعين من نبات القنب تحتوي كل منهما على القنابينويدات بنسب مختلفة وهما نبات منتج للمخدر وتعتبر زراعته غير مشروعة ونبات منتج للألياف وهو صالح للزراعة تحت المراقبة¹.

وهناك اشتباه بمادة القنب الهندي المحسن أو المهجن، والتي تشبه من حيث الشكل مادة القنب (المخدرات التقليدية) غير أنه مدعم ببعض المواد الكيميائية، التي تعمل على تركيز الفعالية ويجعل تأثيراتها تفوق المادة المخدرة التقليدية عدة أضعاف.

أما زيت الحشيش فيصنع بنفس طريقة صنع الحشيش، أي أنه مع تكرار هذه العملية لاستخلاص وتصنيع الحشيش يتكون زيت أسود أو بني غامق، يحتوي على 20 ٪ من المادة المخدرة الفعالة وغالبا ما يتناوله المدمنون عن طريق التدخين بواسطة السجائر العادية².

ثانياً. تأثيراته

01. الناحية النفسية والعضوية

تحدث للمدمن دورات متتالية من الهلوسة واختلال في الحواس والاضطراب ليعود إلى حالته الطبيعية من جديد، ثم يضطرب بعد ذلك وهكذا، وقد تؤدي الجرعة الواحدة لمن يستهلكه للمرة الأولى إلى النعاس، والبعض الآخر قد يتسبب له في آثار مزعجة من الناحية النفسية، مثل فقدان السيطرة على النفس وانعدام الإحساس بالزمن بسبب القلق وعدم الارتياح والشعور بأنه يوشك على الموت.

أما من الناحية العضوية فيؤدي إلى احمرار العينين وانخفاض ضغط الدم وعدم التوازن الحركي وسرعة دقات القلب، ويتسبب في تمدد المعدة وزيادة احتراق السكر في الدم مما يؤدي إلى زيادة الشهادة في الأكل وبصفة خاصة للسكريات³.

وقد أثبتت بعض الدراسات أن نسبة 41 ٪ من مواليد مدمنات الحشيش يحتاجون إلى الإنعاش عقب الولادة، ويكون وزن الطفل أصغر من الطبيعي، فيولد صغير الرأس بفتحات عينين صغيرة، وتمثل نسبة الوفيات عند أطفال الحشيش أكبر منها في الأطفال العاديين⁴.

02. أعراض انسحاب الحشيش

يؤدي انسحاب الحشيش إلى الأعراض التالية:

1. سيلفي فوفلو ماهي، التكفل بالمدمنين، ملتقى تكوين الأطباء، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر، السداسي الأول 2008، ص 128.

2. عبد الهادي مصباح، الإدمان، المرجع السابق، ص 103.

3. عادل الدرمداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والآداب، الكويت، (د . ط)، 1978، ص 147.

4. حلمي القمص يعقوب، الإدمان، أسبابه وآثاره، الموقع: (<http://www.st-takla.org>)، التاريخ الزيارة: 16-03-2016.

أ. تغيّرات سلوكية ونفسية سيئة مثل الأرق، فقدان الشهية وعدم الارتياح والاكتئاب بالإضافة إلى زيادة العرق، وضيق التنفس، وتحدث هذه الأعراض عند التوقف عن الاستهلاك بعد مرور 21 يوم من التدخين الشره، وعادة ما تظهر هذه الأعراض بعد 10 ساعات من آخر جرعة، وسرعان ما تتزايد هذه الأعراض إلى أقصاها خلال 48 ساعة وتبدأ في الانخفاض بعد 72 ساعة من التوقف، وتختفي تماما مع حلول اليوم الخامس¹.

ب. تطور اثنين (أو أكثر) من العلامات التالية في غضون ساعتين من استخدام الحشيش وهي احتقان العينين، زيادة الشهية، جفاف الفم، زيادة دقات القلب، ولا تنجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي آخر².

المطلب الثاني

استهلاك المخدرات

من المسلم به أن إدمان المخدرات لا بد أن يبدأ من مرحلة، ولا يؤدي بالضرورة استهلاك المخدرات إلى إحداث الإدمان، لأن لشخص قد يتعاطى المادة المخدرة مرة واحدة بسبب ظروف معينة، ثم يتوقف عن استهلاكها فيما بعد.

الفرع الأول

مراحل استهلاك المخدرات

يمر مستهلك المخدرات بالتدرج عبر مراحل أساسية تبدأ بالتجريب والاستكشاف وإذا لم يتوقف قد يصل على مرحلة الإدمان، التي لا يستطيع فيها التخلي عن المادة المخدرة، و من هذا المنطلق نقول إن مستهلك المخدرات يمر في بأربعة مراحل أساسية وهي على الترتيب.

أولاً. مرحلة الاستهلاك التجريبي

هي أول عهد للمستهلك بالمخدرات وتأتي بعد مرحلة تجريبها واكتشاف أحواله معها ومن هذه المرحلة يتعين عليه الاستمرار في الاستهلاك أو الانقطاع³.

ومن المسلم به أن لا أحد يقع في الإدمان دون أن يمر بفترة تجريبية وتتوقف نتيجة التجربة على ردة فعل الشخص المحرب، فإذا كانت المادة المخدرة تشعره بالسعادة وهذا ما تحدّثه غالبية المخدرات فإنه سوف يكرر هذه التجربة مرة أخرى، أما إذا أحدثت ردة فعل سيئة مثل القيء أو ضيق التنفس وربما قد

1. حسين فايد، سيكولوجية الإدمان، المرجع السابق، ص51.

2. تيسير حسون، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، جمعية الطب النفسي الأمريكية، 2004، ص60. الموقع : (<http://www.mltaka.net>)، التاريخ الزيارة 16-03-2016

3. محمد عبد المنعم عفاف ، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، (د . ط)، 2009، ص40.

تؤدي إلى مضاعفات خطيرة أكثر من ذلك فإنه قد يتوقف عن تناولها ، وفي حالة كانت شخصيته تحب التكرار فإنه يجرب المخدرات مع نوع آخر ويحسب أنه يسيطر على نفسه، لكن الحقيقة أنه قد خطا الخطوة الأولى نحو الإدمان¹.

وتعتبر هذه المرحلة أساسية في فهم سلوك الشباب نحو المخدر لكون مفعول المادة المخدرة في بدايته، بالإضافة إلى أن المستهلك مازال يستطيع السيطرة على نفسه وهو في خطواته الأولى نحو الإدمان، بحيث نستطيع الحد من هذه الآفة في بدايتها و قبل استفحالها.

ثانيا. مرحلة الاستهلاك العرضي

إن الغالبية الذين يستمرون في استهلاك المخدرات يفعلون ذلك على أساس عرضي، ولا يتناولونها إلا في حالة توفرها ووفقا لتقبل المجتمع لهذا المخدر، مثل استهلاك الكحول في بعض المناسبات بصورة عفوية ولا يترتب عليه أي ضرر، يعني هذا أن الشخص الذي يستهلك المخدرات من وقت لآخر قد لا يزيد على مرة أو مرتين في الشهر، ولا يشعر بتبعية نحوه، وربما قد يستمر في الاستهلاك لفترة طويلة إذا ما توفرت بعض العوامل النفسية و الاجتماعية².

ثالثا. مرحلة الاستهلاك المنتظم

في هذه المرحلة يبحث المستهلك بجدية عن المخدر ويحاول المحافظة على مصادر تزويده والتأكد من استمرارية الحصول عليه، ويكون الاستهلاك في هذه المرحلة مرة أو مرتين في الأسبوع، يجري توقيتها على حسب الإيقاع الداخلي للجسم لا على حساب المناسبات الخارجية، وبذلك فإن العوامل المؤدية إلى استهلاك المخدرات قد قامت بدورها، والمخدرات قد يكون تمكن منه³.

رابعا. الاعتماد أو الإدمان

هذه المرحلة من المراحل الإدمانية هي انحدار نحو اليأس والمدمن لا يجد لنفسه مخرجا من هذه المرحلة، وتتميز هذه الأخيرة عن سابقتها بأن المدمن هنا يتعاط المخدر بفترات متقاربة جدا ويصبح استعمال واحد أو أكثر من المخدرات جزء رئيسيا من حياة المستهلك وتسيطر على حياته كليا⁴. وهو في هذه المرحلة غايته الوصول إلى المتعة التي يبعثها المؤثر، التي أصبحت بالنسبة إليه أمرا ضروريا وعادة يومية، وستقابل أي محاولة للتخلص منها بمقاومة قوية، مع الحاجة إلى زيادة الجرعة كلما طالت المدة.

1. عبد الهادي مصباح، الإدمان، المرجع السابق، ص 27.

2. محمد نادية بيعع ، عبد القادر اسماعيلي، الإرشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات، المرجع السابق، ص 63.

3. مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، المرجع السابق، ص 42.

4. أرنولد واشيطون ، دونا باوندي، إرادة الإنسان في شفاء الإدمان ترجمة صبري محمد حسن، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، الطبعة الأولى 2002، ص 72.

الفرع الثاني

أسباب استهلاك المخدرات

إن الأسباب التي تدفع بالشخص إلى الإقدام على استهلاك المخدرات تختلف حسب سيكولوجية الشخص والبيئة المحيطة به ونوعية المخدر، كما تختلف من زمن لآخر، وأهم العوامل المؤدية إلى استهلاك المخدرات يمكن إرجاعها إلى ثلاث عوامل رئيسية وهي كالتالي:

أولاً. العوامل المتعلقة بالفرد

01. العامل الوراثي

وهي ما يعرف بالمؤشرات البيولوجية، وقد بينت بعض دراسات دور الوراثة في استهلاك المخدرات منها دراسة أجريت على الحيوانات في المخابر، وكذا ودراسة حدوث الإدمان في وسط أبناء المدمنين. فبالنسبة للأبحاث على الحيوانات، وجد أن الفئران الذين تعلم آباؤهم الإدمان كانت تدمن أيضاً هذه المواد بدون تدريب، أما نتائج الدراسة الثانية فإن معدل استهلاك المخدرات في أبناء عائلات الأشخاص المدمنين أكثر من معدل انتشاره في أبناء العائلات غير المدمنين¹.

وبالرغم من الدراسات الميدانية التي أجريت لتربط الإدمان بالعمل الوراثي، إلا أنه لا يجوز أن تؤخذ هذه النتائج على أنها حاسمة في الكشف عن دور الوراثة في حالة الإدمان.

02. العامل النفسي

إن جميع العوامل سواء العضوية أو البيئية لا يكون لها خطر إلا بارتباطها بالعامل النفسي، فمستهلك المخدرات قد تدفعه عوامل داخلية إلى تناولها، مثلاً حب الاستطلاع لاكتشاف حقيقتها، أو الرغبة في أن يقلد بعض الزملاء، المهم أنه هو نفسه كان يسعى ويلتمس الأسباب لاكتشاف استهلاك المخدرات، وقد تكون عوامل خارجة عن إرادته تتسبب في الاستهلاك، مثل ضغط الغير من المحيطين به، وفي هذا الصدد تواجهنا حقيقة واضحة، هي أن غالبية المستهلكين يبدوون مسيرتهم في المخدرات بتأثير عوامل خارجية².

ثانياً. العوامل المتعلقة بالمادة المخدرة

لا يمكن تصور حدوث الإدمان دون أن يقترن بمادة معينة يعتمد عليها، فليست كل المواد متساوية في تأثيرها على الجسم، مثلاً المنومات يدمن عليها المرء بعد استعمالها بنظام لمدة شهر، بينما الهروين تأثيره يحدث خلال ثلاثة أيام فقط وخاصة إذا استعمل بطريقة الحقن، في حين أنه لا يدمن المرء

1. عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، المرجع السابق، ص79.

2. عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، المرجع السابق، ص62.

على الخمر إلا بعد تناوله بشكل المستمر من خمس إلى عشر سنوات، هذا بالإضافة إلى طريقة استعمال العقار ، فالحقن الوريدي للعقار أسرع من التناول عن طريق الفم¹.

وقد يكون سبب انتشار المخدرات غير المشروعة في المجتمع بسبب قبول هذا الأخير لها، مثل صبار بيوتل فإنه في الولايات المتحدة الأمريكية الذي جزء من الطقوس الدينية للهنود الحمر في الكنيسة الوطنية، وفي كثير من الأحيان قد تلجأ الحكومات فيما يتعلق بالمواد المشروعة والمحدثة للإدمان إلى زيادة الضرائب عليها كجزء من سياسة مرسومة للحد من انتشارها.

ثالثا. العوامل المتعلقة بالبيئة الاجتماعية

والمقصود بها في هذا السياق عوامل البيئة الاجتماعية بالمعنى الواسع للمصطلح، فهي تشمل الأسرة والمجتمع بصفة عامة، والأصدقاء بصفة خاصة، ويبدأ تأثير البيئة على الإنسان كما هو معلوم من الأسرة مند الطفولة الأولى، حتى المراحل المتقدمة من العمر، وما يلي من عادات وتقاليد تتبع بشكل عام من المجتمع الذي يعيشون فيه، ثم العامل الثالث المتمثل في الأصدقاء.

01. الأسرة

أجريت في الأرجنتين دراسة على ألف حالة من الأحداث لمعرفة تأثير الأسرة عليهم، وأوضحت الدراسة أن النسبة الكبيرة قد تعرفت على المخدرات عن طريق كثرة تناول العقاقير التي يصفها الطبيب لأحد أفراد الأسرة².

ومما لا يدع مجالاً للشك أن للأسرة دور مباشر في التسبب بالإدمان فالأشخاص الذين يعيشون في أسر مفككة معرضون للإدمان بدرجة أكبر من الذين يعيشون في أسر سوية، وقد تكون للأسرة مسؤولية غير مباشرة مثل صرف الراتب الذي يحصل عليه التلميذ من أسرته، من أجل الاشتراك في بعض النوادي الرياضية أو الاجتماعية على المخدرات.

02. المجتمع

دلت البحوث والدراسات التي قام بها علماء النفس والاجتماع على أن ظاهرة استهلاك المخدرات تنتشر أكثر في ظروف الحياة الصعبة، يعجز الإنسان فيها عن التكيف معها، وعليه فالإتجاه نحو استهلاك المخدرات يرتبط بالتكوين الفردي للشخصية، كما أنه يرتبط بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع والتي تلعب دورا مهما في التكوين شخصية المدمن، ويمكن إجمال هذه العوامل³:

- التربوية الفاشلة في تكوين الفرد كالتقسوة والترفيه الزائد.

1. يوسف عبد الحميد مرشدة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، المرجع السابق، ص77.

2. محمد مرعي صعب، جرائم المخدرات، المرجع السابق، ص46.

3. ميسون بنت علي الفايز، اتجاهات الطلبة الجامعية نحو المدمنين المتعافين من الإدمان ، السجل العلمي لندوة المخدرات، حقيقتها وطرق الوقاية والعلاج، المجلد الثاني، الرياض، 2011، ص 708

- تربي الأوضاع الاقتصادية مثل الإحباط والحرمان.
- تدني القيم الأخلاقية ودينية.

03. الأصدقاء

تشير كثير من البحوث الميدانية إلى أهمية الأقران والأصدقاء في تحديد ما إذا كان الشخص سيقدم على استهلاك المخدرات أم لا، فلكي يكون الشخص مقبولاً بين الجماعة يجب أن يسايرهم في تجاربهم وعاداتهم، فجنده يبدأ في استهلاك المخدرات إذا كان أحد أفراد الجماعة أو كلها مستهلكة لها، حتى يصبح مرجحاً به في الجماعة ولا يفقد الاتصال بهم، ولكن مع مرور الوقت قد يجد صعوبة في التوقف عن هذه الآفة ويجد نفسه مدمناً عليها¹.

الفرع الثالث

طرق استهلاك المخدرات وأعراضها

أولاً. طرق استهلاك المخدرات

تختلف طرائق استهلاك المخدرات على حسب نوع المخدرات وكذا شخصية المدمن، فالبعض يفضل الاستهلاك منفرداً والبعض الآخر يشعر بنشوة وهو يتعاطاها وسط المجموعة، كما تختلف بالنسبة لكيفية الاستهلاك، فالبعض يفضل الإستنشاق، والبعض الآخر يفضل التدخين أو الحقن في الوريد، وربما تعددت طرائق الاستهلاك للمخدر الواحد.

01. استهلاك المخدرات عن طريق الفم

تصل المخدرات بهذه الطريقة إلى الدم من خلال جدران المعدة والأمعاء الدقيقة، حيث تمضغ ثم تجمع بين الخد من جهة والأسنان والفكين من الجهة الأخرى فتستحلب المادة الموجودة فيها وتبلع، وقد تكون عن طريق البلع بالماء أو العصير مباشرة، ومن أمثلة هذا النوع من الاستهلاك، الأقراص المخدرة التي يتناولها المدمنون بكميات كبيرة كالريتاين، ومفعول هذا الاستهلاك يحدث ببطء وعادة ما يبدأ من 10 دقائق إلى 10 ساعات على حسب نوع المخدر².

وجدير بالذكر أن استهلاك المخدرات عن طريق الفم يكون أقل خطورة من حالات الاستنشاق أو الحقن التي تتسم بسرعة الانتشار في الجسم.

02. استنشاق الأبخرة عبر الأنف

هو حرق المادة المخدرة واستنشاق الأبخرة المتصاعدة منها، مثل استنشاق الأبخرة المتصاعدة من إحراق الهروين، وقد يكون الاستنشاق مباشرة من الأنف بطريقة معقدة في إعداده مثل استهلاك بودرة الهيروين أو

1. محمد مرعي صعب، جرائم المخدرات، المرجع السابق، ص43.

2. بيار بوليميني، التكفل بالمدمنين، ملتقى تكوين الأطباء، المرجع السابق، ص86.

الكوكايين مخلوطة بسكر أبيض حتى يخفف من تركيز المخدر، وكثيرا ما يحدث الاستنشاق تقيحات شديدة بالحاجز الأنفي للمدمن، لكن معظم المخدرات لا يتم استهلاك بهذه الطريقة، نظرا لخطورة هذا النوع من الاستهلاك.

02. الحقن

ويتم ذلك بتحضير المحلول المخدر ثم حقنه بواسطة إبرة، إما مباشرة في الوريد أو في العضلات أو تحت الجلد، وهو أشد ضررا من باقي الطرائق فقد تكون الجرعات زائدة أو بسبب العدوى التي تنتقل بواسطة تبادل الحقن، وقد يظهر تأثير هذا النوع خلال ثوان فقط مثل المورفين يحقن تحت الجلد أو في العضل وفي حالة الإدمان الشديد يتم حقنه في الوريد مباشرة للحصول على تأثير أسرع¹. ولا يخفى علينا ما يمكن أن يحدثه استعمال أدوات غير معقمة مثل الحقن من نقل للأمراض نتيجة للاستعمال المتكرر لنفس الحقنة من قبل أشخاص عدة كالتهاب الكبد الوبائي، الملاريا، مرض الإيدز.

ثانيا. أعراض استهلاك المخدرات

إن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع يحدد سبعة أعراض إذا تم ظهور ثلاثة أو أكثر من تلك الأعراض وذلك خلال فترة 12 شهر نستطيع أن نصف ذلك بإدمان المخدرات، وفي حالة عدم توفر ثلاثة أو أكثر من تلك الأعراض خلال هذه المدة يكون الشخص متعاطيا وليس مدمنًا، ومن هذه الأعراض²:

1. التحمل: ويمكن تلخيصه في نقطتين:

أ. الحاجة إلى زيادة ملحوظة في كمية المخدر للحصول على المفعول المرغوب فيه.

ب. استمرار التأثير من خلال التعاطي للتخلص من نفس كمية المخدر .

2. أعراض السحب: تحدث عند التوقف عن التعاطي (عصبية، صداع، تعب، عرق، غثيان، رعشة، ضعف في الذاكرة)

3. فقدان السيطرة: عادة ما يتم تعاطي المخدرات بكميات أكبر أو على فترات أطول من المعتاد، وهو ما يعبر عنه أيضاً بالاستخدام القهري، وعدم النجاح في التحكم في التعاطي .

4. محاولات فاشلة في الإقلاع عن تعاطي المخدرات: وهو نوع من أنواع عدم التحكم ويكون ناتج من الرغبة الشديدة للتعاطي القهري.

1. يوسف عبد الحميد مرشدة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، المرجع السابق، ص87.

2. تيسير حسون، مرجع سريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للأمراض العقلية الرابع، المرجع السابق، ص75.

5. الانشغال الدائم: الوقت المستهلك في الحصول على المخدر أو التعاطي أو التعافي من الإدمان، وقت كبير يقضيه المتعاطي في الحصول على المخدرات والخروج من تأثيرها والتفكير فيها والتحدث عنها.
6. العزلة: التخلي عن الأنشطة الاجتماعية والوظيفية والإبداعية المهمة، أو التقليل منها بسبب المخدرات.

المبحث الثاني

مفهوم إدمان المخدرات

إن التكرار المستمر في تعاطي المخدرات يؤدي تدريجياً نحو السلوك الإدمان ويصبح الإنسان حينها مقهوراً على أمره، ولا يستطيع التخلي عن المخدر بسهولة دون أن يترك في نفسه أثر وضرراً يختلف باختلاف نوع المخدر ومقدار ما يتعاطاه منه، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة الإدمان إلى درجة استبعاد أي نشاط آخر.

المطلب الأول

إدمان المخدرات وأنواعه

يعتبر مصطلح إدمان المخدرات من المصطلحات التي يشوبها الكثير من الغموض بسبب تضارب الآراء وتعدد الاتجاهات المفسرة لها، وعلى هذا الأساس وجب أولاً تعريفه ثم شرح بعض المصطلحات المتعلقة به و التعرض لأنواعه وأعراضه المختلفة.

الفرع الأول

تعريف إدمان المخدرات

اقترح أكثر من 24 تعريف مختلف يتعلق بتعبير الإدمان، وذلك من سنة 1920 حتى سنة 1944، وإن كانت هذه التعاريف تفيد معانٍ مختلفة أحياناً ومليئة بالفوارق البسيطة، لأنه لا يمكن لأي تعريف أن يحيط بكامل الإشكالية المتعلقة بظاهرة الإدمان¹.

أولاً. التعريف اللغوي:

هي كلمة عربية مصدرها من الفعل أدمن وهو المداومة على الشيء والاستمرار فيه، ويطلق غالباً على العادات السيئة، ومن ذلك إدمان المرء على المخدرات².

ويطلق أيضاً على التعود وعدم القدرة على الانقطاع، فيقال فلان أدمن على شيء ما، أي لا يستطيع الانقطاع عنه بسهولة، أما فيما يخص إدمان الفرد للمخدرات فيقصد به التعاطي المتكرر للمادة المخدرة³.

1. رمزي حداد، مفاهيم الإدمان وتعريفه، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص35.

2. عصام نور الدين، معجم الوسيط، دار الكتب العلمية، بيروت، الطبعة الأولى، 2005، ص75.

3. مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع، نظرة تكاملية، المرجع السابق، ص 18.

ثانيا. التعريف الاصطلاحي:

يعني مصطلح الإدمان تكرار تعاطي المواد المخدرة الطبيعية (ذات الأصل النباتي)، أو المصنعة (مواد نباتية تم تصنيعها)، أو نفسية (أدوية ذات تأثير نفسي)، وتعود الشخص عليها لدرجة الاعتماد أي صعوبة الإقلاع عنها مع الحاجة بين فترة وأخرى إلى زيادة الجرعة، بحيث تظهر على المدمن أعراض إنسحابية مختلفة في حال محاولة الامتناع¹

ثالثا. التعريف القانوني:

عرفت منظمة الأمم المتحدة الإدمان، بأنه حالة التكيف مع عقار معين مما قد يؤدي إلى ظهور أعراض الانقطاع عند التوقف عن تعاطيه، وبمفهوم آخر فإن الإدمان هو تكيف الإنسان بدنيا و نفسيا ، مع عقار يسئ استخدامه بحيث تظهر عليه أعراض الانقطاع عند التوقف عن التعاطي².
ولقد عرف المشرع الجزائري الإدمان أنه حالة تبعية نفسية و جسمانية اتجاه مخدر أو مؤثر عقلي³.

الفرع الثاني

المصطلحات إدمان المخدرات

المصطلحات هي الوسيلة الرئيسية لفهم التعامل في أي موضوع بين الأفراد، وموضوع إدمان المخدرات من أهم المواضيع التي يجب فهم المصطلحات المتعلقة به، وذلك بسبب تداخل مصطلحاته لذلك سنحاول توضيحها فيما يلي:

أولا. سوء الاستعمال

هو الإفراط في استعمال المادة المخدرة بصورة متصلة أو دورية بمحض إرادة المتعاطي، وليس له علاقة بالاستعمال الطبي، والهدف منه هو الشعور بالراحة أو كما يتخيل للمتعاطي بأنه راحة، فسوء الاستعمال لا يصل إلى درجة الإدمان وإن كان التفريق بينهما أحيانا صعب وذلك أن سوء الاستعمال يتخذ طابعا من اثنين⁴:

1. الاستعمال المتواصل الذي يقارب الإدمان مثل سوء استعمال الأفيون أو الخمر أو المنومات.

1. فتحي درار، الإدمان، المرجع السابق، ص08.

2. فاطمة العرفي، ليلي إبراهيم العدواني، جرائم المخدرات في ضوء الفقه الإسلامي والتشريع، دار الهدى للنشر، الجزائر، (د . ط)، 2010، ص45.

3. المادة 02، الفقرة 10، قانون رقم 04-18، المرجع السابق، ص04.

4. عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، المرجع السابق، ص19.

2. سوء الاستعمال العرضي أو غير المتصل لاستشعار خبرة معينة مثل تعاطي أو الحشيش أو المستنشقات.

وسوء الاستعمال ظهر لوجود ثغرات في مراقبة الاستخدام القانوني للأغراض الطبية، وهذا بدوره أدى إلى مزيد من تحول الاستخدام الطبي إلى الاستخدام غير الطبي.

ثانيا. التحمل

ويقصد به أن الجرعة التي يتناولها المدمن لم تعد تؤثر فيه أو أنها ذات أثر ضعيف، وأقل من المعتاد ويحدث هذا التحمل نتيجة تغير عضوي يتطلب زيادة جرعة المادة المحدث للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل، وقد يكون التحمل متعدد أي ينقل المدمن من المادة المخدرة التي اعتاد عليها إلى مواد أخرى من نفس الفئة أو من فئة قريبة مثل تعاطي الهروين قد يمتد إلى المورفين وربما ينتقل إلى الفئة نفسها أو إلى الفئة القريبة منها¹.

ثالثا. الاعتماد

ثار خلاف بين العلماء حول معنى الإدمان والتعود، باعتبار أن هذا الأخير صورة أقل شدة من الإدمان، ولكن في أوائل الستينات أوصت منظمة الصحة العالمية التابعة للأمم المتحدة في تقريرها رقم 237 الصادر في سنة 1964 بإسقاط المصطلحين (الإدمان- والتعود) على أن يحل محلهما مصطلح جديد هو الاعتماد، الذي هو حالة نفسية أو عضوية تنتج عن التفاعل بين الكائن الحي ومادة نفسية وتتسم هذه الحالة بالرغبة القاهرة في تعاطي المادة النفسية بصفة مستمرة أو على فترات، وذلك لكي ينال المتعاطي آثارها النفسية، وأحيانا لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها².

رابعا. الانسحاب

هو مجموعة من الأعراض التي تحدث للفرد إثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة، أو التخفيف من جرعتها بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيرا و استمر لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة، وتعتبر حالة الانسحاب دليلا على أنه كانت هناك حالة اعتماد، ويتوقف منشأ الانسحاب ودوامه على نوع المادة المخدرة³.

وكلما قل تركيز المخدر في الجسم كلما شعر الإنسان بهذه الأعراض ويعاني منها معانات شديدة قد تدفعه إلى الانتحار أحيانا.

1. مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، المرجع السابق، ص23.

2. نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، دار الهدى، الجزائر، (د. ط)، 2006، ص10.

3. محمد عبد المنعم عفاف، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، المرجع السابق، ص29.

الفرع الثالث

أنواع إدمان المخدرات

يتسبب إدمان المخدرات في ميولات نفسية وسلوكية تؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض العضوية، كما يمكن أن يدمن الشخص أكثر من مادة نفسية واحدة، و يوجد ثلاثة أنواع من إدمان المخدرات وهي كما يلي:

أولاً. الإدمان النفسي

وهو الحالة التي تنتج عن تعاطي عقار أو مخدر معين وتسبب الشعور بالارتياح، والإشباع وتولد الدافع النفسي لتناول المخدر بصورة متصلة أو على فترات متقطعة، لتجنب الشعور بالقلق، أو لتحقيق اللذة، وعادة يحدث الاعتماد النفسي قبل الاعتماد الجسدي.

ثانياً. الإدمان العضوي

هو حالة تكيف عضوية، تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة الانقطاع المادة المخدرة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص عقاراً مضاداً، والجدير بالذكر أنه لا توجد عقاقير تسبب الاعتماد العضوي فقط دون أن يسبقه الاعتماد النفسي. وتتكون الاضطرابات (أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض والعلاقات ذات الطبيعة الخاصة بكل فئة من المواد النفسية دون تمييزها، وتزول هذه الأعراض بتناول الشخص المادة نفسها، أو مادة أخرى ذات تأثير مماثل داخل الفئة نفسها.

ثالثاً. الإدمان المتعدد

هو إدمان أكثر من مادة أو عقار بهدف زيادة مفعول مادة تعود عليها، أو لم يعد مفعولها كما في السابق، وربما للتخفيف من مادة بتناول مادة ذات تأثير مضاد، أو بدافع التجريب والفضول ومجارات الأصدقاء، وقد يكون لعدم توفر المادة، وأمثلة على ذلك المنومات والهروين والحشيش، استنشاق الصمغ وأدوية السعال¹.

وهناك مخاطر تنجم عن هذا الإدمان منها²:

01. ظهور بعض الأمراض مثل (التليف الكبدي، سرطان مرتبط بتسمم كحولي).
02. زيادة مخاطر الجنوح والإجرام بكيفية متغيرة ومعقدة.
03. على المستوى المالي والاجتماعي والعائلي، لكل مرحلة تبعية ونتائج وخيمة خاصة بها.

1. عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، المرجع السابق، ص24.

2. بيار بوليميني، فلور، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص96.

المطلب الثاني

تفسير ظاهرة إدمان المخدرات

تم اقتراح الكثير من النماذج في تفسير الاضطرابات النفسية والسلوكية للمدمن وكذا البحث في الأسباب التي تدفعه إلى الحصول على المواد المخدرة ذلك أن سعيه في الحصول على المادة المخدرة يفوق أولوية حصوله على أي شيء آخر مهما كانت أهميته وضرورته، فما هي طبيعة هذه المادة حتى يحتاجها المدمن إلى كل هذا الحد وكيف تؤثر على الجسم.

الفرع الأول

طبيعة إدمان المخدرات

إن الهدف من البحث في طبيعة الإدمان، هل هو مرض أم سلوك مكتسب، له جانبين، من جهة معرفة أسبابه من اجل البحث عن طريقة فعالة في العلاج، وكذا محاولة تصحيح نظرة المجتمع للمدمن.

أولاً. كيفية تأثير المادة المخدرة

إن المخدرات بصفة عامة بغض النظر عن مشروعيتها أم لا، فهي تشترك في كونها ترفع نسبة "الدوبامين" في مناطق معينة من الدماغ بأساليب معقدة، وعد الكثير من الأبحاث هذه المادة بأنها المسؤولة على نظام المكافآت في الجسم، مثلاً عندما يحدث للإنسان شيء جيد فهو يشعر بالسعادة الرضا، إذن فالمخدرات تعمل على إبقاء الجسم في حالة سلوكية ومزاجية مستقرة وتتسبب في إيقاف إفراز هذه المادة من مخازنها داخل الجسم اعتماداً على ما يأخذه المدمن من خارج الجسم¹.

مثلاً الحشيش له عناصر كيميائية تسمى الناقلات العصبية وهي مشابهة للتي ينتجها الدماغ، وإن هذا التشابه يسمح بخداع المستقبلات في الدماغ فتقوم بتنشيط الخلايا العصبية لإرسال رسائل غير طبيعية من داخل الجسم.

ويتمثل دور العلاج الطبي في مساعدة الدماغ على استعادة إفراز هذه المادة من داخل الجسم حتى يعود المدمن إلى مزاجه الطبيعي.

ثانياً. الاتجاهات المبينة لطبيعة إدمان المخدرات

يوجد رأيين في تفسير طبيعة الإدمان، فمن الباحثين من يرى أن الإدمان سلوك مكتسب، ومنهم من يرى أنه حالة مرضية يصعب على المدمن السيطرة عليها.

1. يوسف عبد الحميد المراشدة، جريمة المخدرات، آفة تهدد المجتمع الدولي، المرجع السابق، ص99.

أ. الرأي الأول: الإدمان سلوك مكتسب

إن أصحاب هذا الرأي يرون المدمن من وجهة نظرهم بأنه شخص اعتمادي بحاجة إلى المساندة والدعم النفسي، سواء كانت تلك المساندة من الأشخاص أو من المواد المؤثرة نفسياً، ليتمكن من مواجهة مشاكله.

إنهم يدعون أن الإدمان مجرد عادة سيئة، أو سلوك سلبى مكتسب اقترفته يد المدمن، أو هو النزعة البشرية لتأجيل الألم في مقابل المتعة الفورية، والحدير بالذكر أنهم يتناقصون بشكل ملحوظ.

ب. الرأي الثاني: الإدمان حالة مرضية

ويفسر أصحاب هذا الرأي بأن الإدمان حالة مرضية تحدث فيها تغيرات بيولوجية في الدماغ تجعل المدمن عبداً للمادة التي يدمنها، على الرغم من المعرفة اليقينية للآثار السلبية المتعلقة بالصحة وكذا بالجوانب الاجتماعية والقانونية لهذا الاستخدام، ولعل الإدمان مثله مثل بقية الأمراض التي تصيب الدماغ مثل الاكتئاب والزهايمر، السكتة الدماغية، إلا أن الفرق الوحيد هو أن الإدمان يبدأ بقرار إرادي، أما ما عداه فتشترك فيه الأسباب الجينية، السلوكية، البيولوجية والاجتماعية¹.

إذا لا يوجد شيء يجبر الإنسان على الإدمان، ولكن إذا سيطر عليه هذا الأخير لا يستطيع التخلص منه وذلك بسبب تغيرات بيولوجية تحدث في الدماغ، فالإدمان هو رغبة واشتياق لا إرادي وقهري للمادة المخدرة، وقد بدأ شبه إجماع على اعتبار الإدمان مرض من الأمراض يكتسب اعترافاً عاماً من قبل الأطباء، الاستشاريين، علماء النفس، المراكز العلاجية بل والمجتمع كافة.

الفرع الثاني

النظريات المفسرة للإدمان المخدرات

لقد تغيرت نظرة المجتمع للإدمان مع مرور الزمن، حيث كلما تطورت المعارف صارت النماذج التفسيرية غير كافية، وكان من الواجب اللجوء إلى تفسير جديد.

أولاً. النظريات البيولوجية

تبحث هذه النظريات في إمكانية التكامل بين العوامل البيولوجية والسلوكية وتنقسم إلى نوعين وراثية وفسولوجية.

01. التفسير الوراثي

يفسر هذا الاتجاه ظاهرة الإدمان على أنها وراثية محضة، وذلك بناءً على نتائج الدراسات التي اهتمت بعلاقة الوراثة بالإدمان، ولقد اتبعت هذه النظرية عدة مناهج مختلفة منها².

1. عبد الهادي مصباح، الإدمان، المرجع السابق، ص35.

2. محمد نادية بعيص، يامنة عبد القادر إسماعيلي، الإرشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات، المرجع السابق، ص80.

أ. دراسة الحيوانات

قام بعض الباحثين بتدريب مجموعة من الفئران على تناول مخدر الأفيون وإدماؤها عليه، فتبين بعد ذلك أن جزءاً من سلالة هذه الفئران تدمن هذا المخدر دون تدريبها، بالإضافة إلى أن سلوكها أكثر عدوانية ونشاطاً وأكثر فضولاً من السلالة التي لا تميل إلى شرب الخمر.

ب. دراسة التاريخ العائلي

لقد ثبت علمياً أن نسبة حدوث الإدمان في الأسر أعلى من أن يفسر أنه صدفة، فعندما تسرف الأم في تعاطيها للمهدئات فإنه يزداد احتمال تعاطي ابنها للمخدرات، فكثرة سوء استعمال الوالدين أو أحدهما للعقاقير، هو من بين العوامل الرئيسية المسببة لإدمان الأبناء¹.

ولقد بينت الدراسات أنه من الصعب تحديد ما إذا كانت العائلة هي سبب الإدمان أو هي نتيجة له، ومن جهة أخرى فإن تحميل المسؤولية للعائلة عن سلوك الإدمان أمر مبالغ فيه وغير مبرر، لكن بعض المميزات من الناحية الإحصائية أكثر تواتراً لدى عائلات المدمنين².

ج. دراسة التوائم

لقد اتضح من الدراسات التي أجريت على عدد كبير من التوائم أن الشقيقين التوأمين يشتركان في عاداتهم لتناول الكحول أكثر من الشقيقين غير التوأمين، وإذا تربى كل فرد أو أخ من هذه التوائم في بيئة مغايرة، فإن الفروق التي تلاحظ في سلوكهما وفي سماتهما لا بد وأن ترجع إلى المؤثرات البيئية المختلفة التي تعرض لها كل منهما، كما دعمت البحوث القائمة بدراسة التوائم الافتراض المتعلق بالعوامل الوراثية إذ تبين أن التوائم المتماثلة (الحقيقية) أكثر عرضة للكحول مقارنة بالتوائم المتشابهة³.

02. التفسير الفسيولوجي

ينصب اهتمام أصحاب هذا الاتجاه على التركيب الكيميائي للمخدر وآثاره على البدن، حيث يرون أن هناك مواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين آلام البدن وهي تشبه في تركيبها مشتقات الأفيون، و المدمن عنده نقص في بعض هذه الهرمونات، فيلجأ لتعويضها من خارج الجسم، وليست هذه العوامل وحدها المؤثرة في سلوك الإدمان، فقد توجد عوامل كيميائية خارج الجسم، مثل نقص الأوكسجين الذي يحدث صدمات في المخ، وبعض المواد السامة كالكربون والميكروبات التي تغزو الجسم، والمهدئات التي تؤدي إلى نقص شامل في الاستثارة الكهربائية⁴.

1. عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، المرجع السابق، ص 31.

2. رمزي حداد، مفاهيم الإدمان وتعريفه، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص 38.

3. أحمد إبراهيم الباسوسي، علاج الإدمان على الهيروين المخدر طريقة للتغلب على الانتكاس بعد العلاج، مركز الاسكندرية للكتاب، المرجع السابق، ص 17.

4. عبد الرحمن عيسوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار النهضة العربية، بيروت، (د . ط)، 1993، ص 168.

وعلى الرغم من هذا الرأي المقنع لدور الوراثة في تدعيم ميول الإنسان للمخدرات، إلا أن سلوك الإدمان قد لا يكون انعكاساً لعمل سببي واحد، بل هو نتيجة لتفاعلات معقدة بين عدة عوامل بيولوجية وسلوكية واتحادها مع عوامل البيئية.

ثانياً. النظريات السلوكية

حسب هذه النظرية فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية لديهم سلوك سلبى لا يساعدهم على تحقيق أهدافهم والاستمتاع بعلاقاتهم وهذا السلوك هو سلوك المتعلم، الذي يؤدي إلى تغيير مهم لسيكولوجية الأشخاص خاصة إذا عززت¹.

فحسب هذه النظرية إن الأفراد يتعاطون المخدرات من أجل خفض مشاعر الألم والغضب والضيق، وإذا كانت المخدرات تساعد على ذلك، فإن الأفراد المتعاطون للمواد المخدرة يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي له، كما أنها ليست أكثر من استنتاجات من السلوك الظاهر للفرد، ويضم هذا الاتجاه النظريات التالية²:

01. نظرية التعلم

إن هذا الاتجاه يرى أن الأشخاص يكررون الأفعال التي كوفئوا عنها ويمتنعون عن الأفعال التي عوقبوا عليها، وقد طبق أصحاب هذا الاتجاه هذا المبدأ على سوء استخدام العقاقير، وتشير هذه النظرية إلى أن جوهر تناول السلوكي يتمثل في أن العقاقير المسببة للإدمان يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافآت) في تجارب شرطية بنفس الطريقة كما في المكافآت المتفق عليها مثل الطعام أو النقود³.

02. النظرية المعرفية

يرجع أصحاب هذه النظرية إدمان المخدرات إلى سياقات معرفية خاصة بسلوك التعاطي، وهي تتمثل في معتقدات التوقع، أي معتقدات متعلقة بالتوجيه للتخفيف من التوتر والألم، هذه الأفكار والمعتقدات المشوهة تؤثر على الشعور والسلوك ومن الممكن أن تلعب دوراً مهماً في تطوير الاضطرابات النفسية. ويعتمدون في تفسير ظاهرة الإدمان بمبدأين هما القهر والتوقعات⁴:

أ. **القهر**: يشير إلى أن الأفراد يجب أن ينظر إليهم كصانعي قرار نشيطين، كما يرى المعالجون السلوكيون القهر باعتباره مبنياً على التوقعات والتعلم، فهم يوافقون على أن مدمنوا الكحول والعقاقير سوف يشعرون غالباً أنهم لا يستطيعون التحكم بسلوكهم.

1. محمد عودة الرماوي، وآخرون، علم النفس العام، دار المسيرة، الأردن عمان، الطبعة الرابعة، 2011، ص 629.

2. حسين فايد، سيكولوجية الإدمان، المرجع السابق، ص 169.

3. حسين فايد، سيكولوجية الإدمان، المرجع السابق، ص 171.

4. محمد عودة الرماوي، وآخرون، علم النفس العام، المرجع السابق، ص 631.

ب. **التوقعات:** إن تعاطي الأفراد للمخدرات، إنما يتحدد جزئياً على الأقل بالتوقعات المعرفية الخاصة بتأثيرها على الأنظمة الاجتماعية التي تحكم ردود أفعال الفرد والجماعة، وأن هذا بمثابة المحور الأكثر أهمية من الإلحاح البدني لشيء ما يمكن أن يسمى الاشتهاء للعقار، فالأفراد لديهم معرفة وتوقعات بتأثير المخدرات قبل أن يبدؤوا في استخدامها لمرن طويل وحين يبدؤون في استخدامها فإن معرفتهم وتوقعاتهم ستكون بذلك أكثر تركيزاً وأكثر وضوحاً وتحديداً.

ثالثاً. النظريات الاجتماعية

هذا الاتجاه يرى أن الإدمان ما هو إلا نتيجة لتتابع الخبرات الاجتماعية التي من خلالها يكتسب مدركات وأحكام معينة تجعل النشاط ممكن ومرغوب فيه، ويرى هذا الاتجاه أنها عملية تعلم، ينشأ من خلالها الدافع على السلوك، ويكون تحقيق اللذة هو الدافع الذي يؤخذ من أجله المخدر¹. ولقد ظهرت بعض الآراء التي أخذت فكر هذه النظرية في تفسير مشكلة تعاطي المخدرات:

01. الاتجاه الوظيفي:

لقد سادت آراء الاتجاه الوظيفي في مجال المشكلات الاجتماعية، ويرى الوظيفيون بأن أعضاء المجتمع قد يشتركون في المشكلة الاجتماعية بيد أنهم قد لا يشتركون على مستوى النظام الاجتماعي وعلى المستوى الفردي فإن سلوك الإدمان يرجع إلى التكيف الاجتماعي غير الفعال وغير المناسب².

02. الاتجاه التفاعلي

يقوم مفهومه على أساس أن الفرد يتفاعل مع الآخرين في جملة من أنشطة الحياة، باعتباره أحد عناصر هذا التفاعل، بمعنى أن له جملة من الأدوار والتوقعات، وأن للآخرين أدواراً، ولهم توقعات، وذلك من أجل تنظيم حياتهم الاجتماعية وحل مشكلاتهم اليومية، فالفرد يتصرف بواسطة التفاعل، ومن خلال عملية التأثير والتأثر التي تحصل بين الأفراد في مواقف اجتماعية مختلفة فهو يتعلم معاني وغايات الآخرين عن طريق اللغة وأساليب التنشئة، وكيفية التصرف والتفكير وغير ذلك من محتوى ثقافة المجتمع³.

ثالثاً. النظرية النفسية

تفسر هذه النظرية الإدمان على أنه شكل من أشكال الشفاء الذاتي على أثر عدم قدرة الشخص على تسيير بعض الانفعالات القاسية مثل القلق والشعور بالإثم، وترتكز على فكرة وجود أشخاص لديهم استعداد مبدئي لاستهلاك المؤثرات العقلية وتمثل عوامل الاستعداد المبدئي في ما يلي:

1. دافعية ناقصة اتجاه التحكم في السلوك.

2. البحث عن الإحساس.

1. محمد سلامة غباري، الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، المرجع السابق، ص 61.

2. حسين فايد، سيكولوجية الإدمان، المرجع السابق، ص 194.

3. اندفاعية مفرطة.

ويعتبر الإدمان تداويا ذاتيا للقلق والضغط النفسية ويبقى مستقرا في حلقة مفرغة، وضرورة اللجوء إلى المادة يزيد بدوره من حدة المشاكل النفسية والاجتماعية، التي يعاني منها الشخص¹.

رابعا . النظرية العلمية

إن هذه النظرية تفسر الإدمان على أساس طبي محض من خلال ثلاثة نماذج متسلسلة زمنيا، وكل نموذج يدمج بعض خصائص النموذج الذي قبله مع بعض الإضافات، ويمكن إيجازها فيما يلي:

01. النموذج أحادي التغيير: يعود أول نموذج لاعتبار التبعية مرض إلى 1785 وقد ظهر في عمل "بنيامين روش" حول التأثير الروحي على الجسد، ففي هذه النظرة يعتبر المرض صيرورة حتمية، والشر المحتوى في المادة وهو الذي يؤدي إلى المرض، ونظرا لكون المادة السامة هي سبب الشر فقد أدى بصفة منطقية إلى فكرة القضاء على هذه المادة.

02. النموذج ثنائي التغيير: في سنة 1857 اقترح الطبيب النفساني الفرنسي "مورال" نظريته العامة المتعلقة بالانحطاط النوعي، التي أثرت كثيرا على الطب النفسي في القرن التاسع عشر، وفق هذا المفهوم يكون بعض الأشخاص أضعف من الآخرين جسديا وعقليا وأخلاقيا، وينتقل هذا الضعف التكويني وراثيا وتزداد حدته بعوامل خارجية .

03. النموذج ثلاثي التغيير: في مطلع سنوات 1970 ظهرت بعض الآراء تفسر الإدمان من الجانب الطبي المحض، لكن بعض الملاحظات أظهرت عكس ذلك:

- أ- يستطيع بعض التابعين أن يصيروا مستهلكين معتدلين.
- ب- تعاقب معظم الجنود الأمريكيون الذين حاربوا في الفيتنام من تبعية الهروين بصفة مفاجئة عند انتهاء الحرب.

ت- إن بروز المدمنين له علاقة بالحركة الثقافية.

ومنذ ذلك الوقت، صارت أهمية الظرف ترغما على النظر للإدمان كظاهرة و معقدة، حيوية نفسية، واجتماعية، (التقاء بين شخصية، ومادة وظرف اجتماعي ثقافي)².

يبدو أن كل هذه النظريات، البيولوجية، والاجتماعية، والنفسية، والطبية بينت مدى التعقد التداخل المتعدد لظاهرة الإدمان مع مختلف الجوانب النفسية والعضوية والاجتماعية ، ومن خلال هذه النظريات نستطيع فهم بعض جوانب هذه الظاهرة وذلك من اجل ضمان التكفل.

1. رمزي حداد، مفاهيم الإدمان وتعريفه، التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص38.

2. ارام كافسيان، النماذج التفسيرية للإدمان، التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص64.

الفرع الثالث

أضرار إدمان المخدرات

يتوقف مدى تأثير الإدمان على عدة أمور منها التعليم والبيئة والسن، فالمتعلمون وسكان المدن وصغار السن هم أشد تأثراً بالإدمان ويتعرضون لتدهور أكثر وأسرع.

لتعاطي المخدرات العديد من الأضرار منها العضوية، والنفسية واجتماعية وفيما يلي نبين هذه الأضرار

أولاً. الأضرار العضوية

منها فقدان الشهية للطعام مما يؤدي إلى النحافة والهزال والضعف العام المصحوب باصفرار الوجه، إلى جانب اضطراب في الجهاز الهضمي والذي ينتج عنه سوء الهضم، وقد يحدث تليفاً والتهاباً في الكبد ويتوقف عمله بسبب السموم التي يعجز الكبد عن تخليص الجسم منها، كما أن له تأثيراً خطيراً على الدم فهو يفسد الدورة الدموية، وقد يوقفها بسبب مرونة الشرايين فهي تتمدد وتتقلص حتى تنسد وتصاب بالتصلب، وإن الأضرار الصحية تختلف على حسب طريقة الاستهلاك ونوعية المخدر¹.

ثانياً. الأضرار النفسية

إن المواد المخدرة تؤثر بأنواعها المختلفة على الحالة النفسية، للأشخاص عن طريق تأثيرها على الجهاز العصبي المركزي فتدخل المواد المخدرة عبر الدورة الدموية إلى مناطق المخ المختلفة والتي تؤثر على الناقلات العصبية فتحدث اضطرابات ذهنية شديدة، فيصاب المستهلك ببعض الأعراض مثل الاكتئاب، والقلق، وقد يرى المتعاطي صوراً ليس لها وجود أو يستمع إلى أصوات غير موجودة خاصة مع عقاقير الهلوسة، وقد يرتكب المتعاطي الجرائم وهو تحت تأثير المادة المخدرة².

ثالثاً. الأضرار الاجتماعية

إن من أهم الأضرار المترتبة على تعاطي المخدرات هي الأضرار الاجتماعية التي و بلا شك تلقى بظلالها على الحياة بشكل عام بدءاً من الضرر الواقع على الفرد المتعاطي مروراً بأسرته وامتداداً إلى مجتمعه منها

01. بالنسبة للفرد:

تؤثر عليه سواء بالنسبة لعمله أو إرادته، أو وضعه الاجتماعي، فيصبح إنساناً مسلوب الإرادة، فهي تدفع الفرد المتعاطي إلى عدم القيام بمهنته ويتسبب ذلك في اختلال دخله، وهذا عندما يلح متعاطي المخدرات على تعاطي مخدر ما، ولا يتوفر له دخل ليحصل به على الجرعة الاعتيادية، فإنه يلجأ إلى

1. محمد سلامة غباري، الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، المرجع السابق، ص150.

2. مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، المرجع السابق، ص 121.

الاستدانة، وربما إلى أعمال منحرفة، وغير مشروعة مثل قبول الرشوة، أو السرقة أو الاغتصاب وغيرها مما يؤدي إلى إساءة علاقاته بمن يعرفهم لان المخدرات تصبح هي كل شيء في حياته¹.

02. بالنسبة للأسرة:

إن الأسرة باعتبارها الخلية الرئيسية في المجتمع، فهي أهم عامل يؤثر في التكوين النفسي للفرد، ووجود أي خلل في فيها، من شأنه أن يحول دون قيامها بواجبها التعليمي والتربوي لأبنائها، فتعاطي المخدرات يصيب الحياة الأسرية بأضرار بالغة من وجوه عدة، منها زيادة الإنفاق على تعاطي المخدرات، فيقل دخل الأسرة الفعلي مما يؤثر على النواحي الأخرى، مثل المستوى الصحي، والاجتماعي و الأخلاقي².

وقد نرجع مظاهر انحرافات الأفراد داخل الأسرة لسببين:

أ. القدوة السيئة الممثلة في الأب والأم أو العائل.

ب. الحاجة التي تدفع الأطفال إلى العمل، لتوفير الاحتياجات المتزايد في غياب العائل.

وفي نهاية هذا الفصل الذي تطرقنا فيه إلى ماهية إدمان المخدرات من خلال مبحثين مفهوم المخدرات أولا ثم المبحث الثاني إدمانها، نخرج بالنتائج التالية:

01. أحسن المشرع الجزائري حين لم يعرف المخدرات وإنما أحال تعريفها على الاتفاقية الموحدة للمخدرات سنة 1961 وذلك خروجاً من الخلاف.

02. تحدثنا على انتشار المخدرات في المجتمع الجزائري وتوصلنا إلى وجود نوعين من المخدرات هما القني الهندي الذي يعود إلى الدولة العثمانية والاستعمار الفرنسي، وكذا المخدرات الصناعية الذي تعتبر بديل عن المخدرات الطبيعية في الاستهلاك وهي تشهد في العصر الحالي انتشار واسع سواء على الساحة الوطنية أو الدولية، وذلك بسبب قلة الرقابة على هذه الأخيرة.

03. لقد بحثنا في أسباب وعوامل انتشار المخدرات، ووجدنا أن هذه العوامل لا تخرج من ثلاثة، وهي عوامل ترجع إلى الفرد وأخرى إلى المادة المخدرة وكذا البيئة أو المجتمع الذي المحيط بالأفراد.

04. إن المشرع الجزائري قد تغيرت نظرتة لمدمن المخدرات وذلك تماشياً مع الاتفاقيات الدولية، فبعدما كان ينظر إليه انه مجرم يجب معاقبته، أصبح ينظر إليه على أساس أنه مريض يحتاج إلى الرعاية والعناية الطبية.

1. محمد مرعي صعب، جرائم المخدرات، المرجع السابق، ص 61.

2. فتحي دردار، الإدمان، المرجع السابق، ص 25.

05. اختلفت التفسيرات حول ظاهرة الإدمان بين البيولوجية والنفسية والاجتماعية والطبية، ولكن لم تأتي بتفسير شامل لهذه الظاهرة وعلى هذا الأساس فإن جميع هذه الاتجاهات قد تطرقت لتفسير ناحية من نواحي هذه الظاهرة، وبإتحادها جميعاً قد تعطي نظرة شاملة حول هذا الموضوع.
06. على الرغم من أضرار العضوية والنفسية والاجتماعية والأعراض الظاهرة على مدمني المخدرات التي لا يمكن تجاهلها غلا انها ما زالت هذه الظاهرة في التوسع المستمر وقد يرجع ذلك إلى والادعاءات والأكاذيب من طرف مروجيها بأنها تحدث آثار إيجابية قد زاد من انتشارها مثل ما يزعم على الحشيش .

الفصل الثاني

ضرورة مواجهة

ظاهرة إيمان المخدرات

الفصل الثاني

ضرورة مواجهة ظاهرة إدمان المخدرات

إن التصدي لظاهرة إدمان المخدرات يعتمد على مجموعة من التدابير، التي تساعد على التكفل بمدمني المخدرات قبل الإدمان، وكذا تكفل متابعتهم بعد الإدمان سواء من الناحية العلاجية أو القانونية

المبحث الأول

الإجراءات الوقائية للحد من إدمان المخدرات

المقصود بمصطلح الوقاية هو الإشارة إلى أي فعل مخطط يقوم به تحسبا لظهور مشكلة معينة، أو مضاعفات لمشكلة كانت قائمة أصلا وذلك بغرض الإعاقة الجزئية أو الكاملة للمشكلة، ومضاعفاتها¹. فهي مجموعة الأساليب الذاتية والاجتماعية المتكاملة فيما بينها من أجل أن إنقاذ الشخص من الوقوع في الإدمان ومعالجته بعده.

المطلب الأول

أساليب مواجهة الإدمان

تقوم أساليب مواجهة الإدمان على مجموعة من التدابير القانونية التي تهدف الحد منها، وقد تبنت معظم التشريعات الوطنية هذه التدابير باعتبارها أطرافا في الاتفاقيات الدولية المكافحة لجرائم المخدرات.

الفرع الأول

الجهود الدولية للحد من إدمان المخدرات

قدرت نسبة تكاليف الوقاية والعلاج من تعاطي المخدرات حسب تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لسنة 2013 تكلفة الإجمالية للعلاج سنويا في العالم بلغت 35 بليون دولار، وهناك تباين واسع من منطقة لأخرى في تلقي العلاج، فعلى سبيل المثال في إفريقيا لا يحصل على خدمات العلاج

1 مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، المرجع السابق، (د.ط)، 1996، ص195.

سوى واحد من كل 18 شخص من مدمني المخدرات، أما في أمريكا الشمالية فواحد من كل ثلاثة أشخاص يتلقى العلاج، ولو أن جميع المدمنين تلقوا العلاج حسب إحصائيات سنة 2010 لكانت التكلفة تراوحت ما بين قدره 200 بليون و250 بليون دولار، مما جعل المجتمع الدولي يدرك أبعاد هذه المشكلة فعقدت عدة اتفاقيات ووضع إستراتيجيات للقضاء على هذه الآفة¹.

ظهرت فكرة المراقبة الدولية للمخدرات منذ نهاية القرن التاسع عشر في بريطانيا بإيعاز من حركات تحريم ومنع المخدرات التي سعت لوضع حد لنشاط شركة الهند المختركة لتجارة الأفيون بالصين، ولهذا الغرض شكلت الحكومة البريطانية سنة 1893 لجنة لدراسة مسألة استهلاك الأفيون بالصين، ولكن لم تستجب اللجنة لمطلب المنادين لمنع الأفيون²، وهذا ما أدى إلى حل هذه اللجنة .

أما مصدر الإيديولوجية الدولية لتحريم المخدرات يعود إلى المؤتمر الدولي للأفيون الذي عقد بين 01 و 26 فيفري 1909 بشنغهاي ، والهدف منه هو التصدي للاستخدام غير المشروع للمخدرات في الصين، وتعتبر هذه الاتفاقية أول أداة ملزمة تهدف إلى مراقبة نقل المخدرات اللازمة للاستخدام الصحي ولأن هذا المؤتمر يهتم فقط بالأفيون، كان لابد من عقد اتفاق دولي شامل³.

وبعد اجتماعات متعددة لوضع قواعد التنظيم الدولي هدفه إيجاد الحلول لمشاكل العالم الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وهو ما تم من خلال عصبة الأمم بصيغتها النهائية في فيرساي بتاريخ 18 أفريل 1919 ودخلت حيز التنفيذ في 10 جانفي 1920⁴.

أولاً. عصبة الأمم المتحدة

بعد نهاية الحرب العالمية الأولى تولت عصبة الأمم قيادة المجتمع الدولي، وباعتبارها هيئة دولية دائمة تحفظ السلم والأمن الدوليين، فقد كلفت بمهمة المكافحة الدولية للمخدرات و عملت على تنظيمها⁵. بحيث قاموا خبراء مستقلين على الإشراف على جهاز المراقبة الإحصائية الذي جاء في هذه الاتفاقية ثم بعد

1. عامر ناصر، النظام الدولي لمكافحة المخدرات، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، المرجع السابق، ص31.
2. شبلي مختار، الجهاز العالمي لمكافحة الجريمة المنظمة، دار هومة، الجزائر، (د.ط)، 2013، ص104.
3. كامل فرد السالك، قوانين المخدرات الجزائرية، منشورات حلبي الحقوقية، بيروت لبنان، الطبعة الأولى، 2006 ص13.
4. جمال عبد الناصر مانع، التنظيم الدولي، دار العلوم للنشر والتوزيع، (د.ط)، 2006، ص166.
5. علي يوسف شكري، المنظمات الدولية والإقليمية المتخصصة، إيترك للنشر، القاهرة، الطبعة الأولى، 2004، ص09.

ذلك أنشأت لجنة استشارية تهتم بتجارة الأفيون و المخدرات الخطرة الأخرى بهدف تقديم النصح و المساعدة لمجلس العصبة في الأمور المتعلقة بالمخدرات، وتحت تنظيم ورعاية عصبة الأمم تم إبرام ثلاث اتفاقيات رسمية لمحاربة المخدرات وهي:

01 . اتفاقية جنيف و مؤتمر الأفيون الدولي الثاني

صدرت بتاريخ 19 فيفري 1925 ودخلت حيز التنفيذ في 25 سبتمبر 1925، وقامت بتأسيس مكتب مركزي خاص بجمع المعلومات و الإحصائيات عن المخدرات المنتجة و المستهلكة، وكانت تهدف لتقوية القواعد التي جاءت في اتفاقية لاهاي وتوسيع الرقابة على المخدرات لتشمل القنب الهندي¹.

02 . اتفاقية جنيف المؤتمر الدولي الثالث

صدرت بتاريخ 13 جويلية 1931 ودخلت حيز التنفيذ 19 أوت 1933 وجاءت هذه الاتفاقية للحد من استخدام وتصنيع و تنظيم المواد المخدرة، وانتهت بإنشاء هيئة استشارية للمخدرات من أجل حصر إنتاج وتصنيع المخدرات على الأغراض الطبية والعلمية. ولقد أرست هذه الاتفاقية مبدأ التقديرات الذي يلزم على الدول الأعضاء أن تقدم للمكتب المركزي للأفيون احتياجاتها من المخدرات المشروعة².

03 . اتفاقية جنيف والمؤتمر الدولي الرابع

عقدت في 06 جوان 1936 ووضعت حيز التنفيذ في 26 ماي 1939 ومن الأسباب التي أدت إلى انعقادها، هو أن القوانين الدولية لم تعد كافية لمعالجة موضوع المخدرات بالإضافة إلى زيادة انتشار تجارتها وأهم ما جاءت به هو إلزام الدول الأطراف إصدار تشريعات لمنع التجارة الغير مشروعة للمخدرات وانتهت بتأسيس مكتب مركزي لتنسيق الجهود لملاحقة المهربين والقبض عليهم.

وبعد فشل عصبة الأمم في مواجهة المشاكل الدولية مما أدى إلى اندلاع الحرب العالمية الثانية جعل المجتمع الدولي يفكر بجدية إعادة تأسيس هيئة دولية تتكفل بحفظ السلام و الأمن الدولي أكثر تماسكا

1. يوسف عبد الحميد مرشدة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، المرجع السابق، ص210.

2. حسنين المحمدي بوادي، مكافحة المخدرات بين القانون المصري والقانون الدولي، المرجع السابق، ص155.

وهو ما أسفر عنه مؤتمر سان فرانسيسكو 1945، الذي دخل حيز التنفيذ في 24-10-1945 والذي توج بإقرار هيئة الأمم المتحدة¹.

ثانيا. منظمة الأمم المتحدة

وبعد الحرب العالمية الثانية، أبرمت منظمة الأمم المتحدة بروتوكول كيلكسكس بتاريخ 11 ديسمبر 1946 يهدف إلى نقل اختصاصات عصبة الأمم في مجال مكافحة المخدرات إليها، من أجل الاستفادة من خبرتها في هذا المجال².

وفي سنة 1948 أبرم بروتوكول باريس الذي نص على إخضاع المخدرات الخارجة عن نطاق اتفاقيات جنيف للرقابة الدولية، أما في سنة 1953 فقد أبرم بنيويورك بروتوكول يمنع زراعة المخدرات الغير مشروعة، وفي سنة 1961 أبرمت الأمم المتحدة الاتفاقية الموحدة للمخدرات بهدف تقنين الاتفاقيات السابقة ولهذا سميت بالاتفاقية الموحدة للمخدرات ، وتعد هذه الأخيرة بالإضافة إلى اتفاقية المؤثرات العقلية بتاريخ 21 فيفري 1971، واتفاقية الأمم المتحدة للتجارة غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية المعتمدة في، 19 ديسمبر 1988 المرجعية الدولية الأساسية والإطار الشرعي والقانوني لمكافحة المخدرات في العالم والإدمان عليها³.

01.الاتفاقية الوحيدة للمخدرات 1961

على الرغم من أن الهدف الرئيسي لإبرام الاتفاقيات الدولية هو حماية الإنسانية من الإدمان ، إلا أن الاتفاقيات التي سبقت هذه الاتفاقية لم تتعرض لهذا الجانب، فهي تعتبر أول اتفاقية تطرقت لمبدأ علاج مدمني المخدرات في نص المادة 38 تحت "عنوان التدابير إزاء إساءة استعمال المخدرات"، حيث جاء فيها:

1. جمال عبد الناصر مانع، التنظيم الدولي، المرجع السابق، ص26.

2. يوسف عبد الحميد مرشدة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، المرجع السابق ، ص211.

3. مختار شبلي، الجهاز العالمي لمكافحة الجريمة المنظمة، المرجع السابق، ص105.

أ. تعبير الدول الأطراف اهتمامًا خاصًا وتتخذ جميع التدابير الممكنة عمليًا لمنع إساءة استعمال المخدرات ومعرفة الأشخاص المتورطين بذلك، في موعد مبكر، وعلاجهم وتعليمهم ومتابعة رعايتهم وتأهيلهم وإدماجهم اجتماعيًا، وتنسق جهودها لهذه الغايات.

ب. تشجع الدول الأطراف، إلى أقصى حد ممكن، إعداد الموظفين اللازمين لمعالجة مسيء استعمال المخدرات ومتابعة رعايتهم وتأهيلهم وإدماجهم اجتماعيًا.

ج. تتخذ الدول الأطراف كافة التدابير الممكنة عمليًا لمساعدة الأشخاص الذين يتطلب عملهم ذلك، على تفهم المشاكل المترتبة على إساءة استعمال المخدرات¹.

من خلال الفقرة الأولى من المادة يتبين لنا اهتمام المنظمة بالجانب الوقائي بمستهلكي المخدرات قبل الوصول إلى مرحلة الإدمان ، أما في الفقرة الثانية فقد حرصت على تكوين الأشخاص الذين لهم علاقة بمتابعة مدمني المخدرات، ونلاحظ في الفقرة الأخيرة أن الخطاب موجه للسلطات المسؤولة على الوقاية والعلاج بتوفير الإمكانيات المتاحة.

وعلى أثر تشديد الرقابة وفرض العقوبات على المخدرات الطبيعية وتعاطيها، تحول الطلب على المؤثرات العقلية، الذي وجد فيها المستهلكون والمدمنون بديلا عن المخدرات الطبيعية، لأن القوانين لا تحظرها وبعدها كثرت أضرار هذه الأخيرة، كان لابد لمنظمة الأمم المتحدة تعديل الاتفاقية الموحدة للمخدرات.

02. بروتوكول المؤثرات العقلية

صدرت عن مؤتمر الأمم المتحدة المنعقد في فيينا من 11 إلى 21 فيفري 1971 والتي شملت بالإضافة إلى المخدرات الطبيعية، المؤثرات العقلية بهدف تخصيص استعمالها للأغراض الطبية والعلمية فحسب، دخلت هذه الاتفاقية حيز التنفيذ في 16 أوت 1976.

جاء في نص المادة 20 منها التدابير إزاء إساءة استعمال المؤثرات العقلية لتؤكد ما جاءت به الاتفاقية الوحيدة للمخدرات¹:

1. المادة 38 من إ.و.م لسنة 1961، المصادق عليها بتحفظ بالمرسوم الرئاسي 63-343، المؤرخ في 11 سبتمبر 1963، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 66، بتاريخ 14 مارس 1963.

أ. تتخذ الدول الأطراف كل التدابير العملية الكفيلة بمنع إساءة استعمال المؤثرات العقلية وبسرعة التعرف على الأشخاص المعنيين ومعالجتهم، وتعليمهم، والعناية بهم بعد العلاج، وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع، وتنسق فيما بين جهودها للوصول لهذه الغاية .

ب. تشجع الدول الأطراف بقدر الإمكان تدريب الموظفين على علاج إساءة استعمال المؤثرات العقلية والعناية بهم بعد العلاج، وإعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع.

ج. تقدّم الدول الأطراف إلى الأشخاص الذين يتطلب عملهم ذلك، المساعدة في تفهم مشاكل إساءة استعمال المؤثرات العقلية وتوقئها، وتعزز كذلك هذا التفهم لدى عامة الجمهور إذا خشي من تفشي إساءة استعمال تلك المواد.

والملاحظ أن هذه الاتفاقية من خلال المادة 37 في الفقرة الثالثة، قد ألزمت الدول الأطراف باتخاذ تدابير معينة ومحددة بالتعامل مع مدمني المخدرات على عكس ما كانت في السابق، وهي مطابقة لنص المادة 38 من اتفاقية 1961 فيما يتعلق للمخدرات إلى أن هذه المادة عاجلت موضوع المؤثرات العقلية.

03. البروتوكول المتضمن تعديل الاتفاقية الوحيدة للمخدرات

أبرم هذا البروتوكول بتاريخ 25 مارس 1972 ودخل حيز التنفيذ بتاريخ 8 أوت 1975 ، والهدف من إصداره هو تعديل الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، وكذا توسيع صلاحيات الهيئة الدولية للرقابة على المخدرات، حيث أن المادة 47 من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، تجيز إمكانية تعديلها²، وتطبيقا لذلك فقد أضيفت للمادة 38 ، فقرة جديدة تقضي بأنه عند الإدانة بارتكاب جريمة من الجرائم التي عدتها المادة سالفه الذكر، تقوم الدول الأطراف عوضا عن إدانة مرتكبي هذه الجرائم ومعاقبتهم ، اتخاذ التدابير اللازمة لرعاية مدمني المخدرات وإعادة تأهيلهم اجتماعيا³.

1. المادة 20 من إ.م.ع لسنة 1971، المصادق عليها بالمرسوم الرئاسي 77-177 المؤرخ في 07 ديسمبر 1977، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 80 بتاريخ 11 ديسمبر 1977.

2. المادة 47 من إ.و.م المرجع السابق.

3. المادة 38 من بروتوكول المؤثرات العقلية 1972، المصادق عليه بتحفظ بالمرسوم الرئاسي 02-61، المؤرخ في 05 فيفري 2002 المنشور بالجريدة الرسمية، رقم 10 بتاريخ 12 فيفري 2002 .

كما أنها عدلت المادة 38 والخاصة بعلاج مدمني المخدرات، لتركز الاهتمام على هذه الفئة، وذلك بقيام الدول الأطراف بإعداد الموظفين اللازمين لعلاج مدمني المخدرات وإعادة تأهيلهم اجتماعياً¹.

كما أوجدت منظمة الأمم المتحدة آليات لمكافحة المخدرات تتمحور اتخاذ التدابير اللازمة للتكفل بمدمني المخدرات².

04. أجهزة الأمم المتحدة المعنية بالمخدرات بموجب الاتفاقية الوحيدة

نصت المادة 05 من الاتفاقية الوحيدة على أن تعهد إلى لجنتين لمكافحة المخدرات، وقد أوصت بتركيز العمل من خلال اللجنتين وهما³:

أ. اللجنة الدولية للمخدرات 1946: تم إنشائها ضمن اللجان الستة التابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي وتضم 53 عضو ومن مهامها النظر في نظام الرقابة الدولية للمخدرات واقتراح مجالات البحث العلمي في ميدان المخدرات وتبادل المعلومات بين الدول وضبط جدول المخدرات الخاضعة للرقابة الدولية في مجال المخدرات.

ب. الهيئة الدولية لرقابة المخدرات 1961:

أنشئت بموجب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، وقد ألغت كل من المكتب المركزي الدائم للأفيون 1925 والجهاز الرقابي سنة 1931 وقد تم توسيع اختصاصاتها بموجب بروتوكول 1972 ومن مهامها الإشراف والرقابة على المخدرات، وإرسال تقارير سنوية إلى المجلس الاقتصادي والاجتماعي وتقوم بمهام العمل مع دول الأعضاء في الأمم المتحدة لمنع زراعة وإنتاج و استعمال المخدرات وفقاً للاتفاقيات الدولية⁴.

ج. منظمة الصحة العالمية: نصت على عملها المادة الثالثة من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، وقد أنشأت بتاريخ 07 أبريل 1948 وتضم 192 دولة، وهدفها رفع المستوى الصحي بين دول

1. حسنين المحمدي بوادي، مكافحة المخدرات بين القانون المصري والقانون الدولي، المرجع السابق، ص 184.

2. مختار شبلي، الجهاز العالمي لمكافحة الجريمة المنظمة، المرجع السابق ص 106.

3. انظر المادة 05 من إ.و.م.

4. عامر ناصر، النظام الدولي لمكافحة المخدرات، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 00، المرجع السابق، ص 32.

الأطراف، وبما أن المخدرات غير المشروعة تعتبر خطرا صحيا على البشرية و من اجل درء هذا الخطر قامت بما يلي¹:

- مراقبة ودعم الإستراتيجية الدائمة للصحة العالمية.
 - تبادل التقارير الخاصة بالإدمان وبناء الخطط الوقائية.
 - وضع برامج تدريبية للعاملين في الميدان العلاجي لمدمني المخدرات.
 - مراقبة المخدرات والمؤثرات العقلية بصفة مستمرة.
- كما يوجد مراكز إقليمية وقارية تقوم بجهود متواصلة لمكافحة المخدرات وإدماها ، منها المركز الأوربي للرقابة على المخدرات والإدمان عليها ، وهيئة البوليس الأوربي اليوروبول، بالإضافة إلى المكتب الإقليمي لمكافحة الجريمة والمخدرات في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا و المكتب العربي لمكافحة المخدرات.

الفرع الثاني

الجهود الوطنية في للوقاية من المخدرات

أولا. اللجنة الوطنية للمخدرات

أنشأت لجنة وطنية للمخدرات على إثر انضمام الجزائر إلى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات الموقعة بتاريخ 30 مارس 1961 بنيويورك، هي هيئة وزارية مشتركة تحت وصاية وزير الصحة العمومية، ويمكن لها أن تستدعي أي شخص لمساعدتها في مهامها².

تظم القطاعات التي لها علاقة بموضوع المخدرات وهي مكلفة بما يلي:

- دراسة الاتفاقيات والبروتوكولات الدولية الخاصة بالمخدرات وكيفية تطبيقها في البلاد
- البحث عن التدابير والتوصيات لتطبيقها في مكافحة المخدرات واستعمال زراعة القنب الهندي وترويجيه واستعماله.
- المشاركة في التربية الصحية باقتراح وسائل الوقاية وتساعد لجان مكافحة المخدرات.

1. حسنين المحمدي بوادي، مكافحة المخدرات بين القانون المصري والقانون الدولي، المرجع السابق، ص200.

2. المادة 01 من المرسوم رقم 71-198 المؤرخ في 15 جوان 1971، المتضمن إحداث لجنة وطنية للمخدرات، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 59 بتاريخ 20 جويلية 1971 .

لكن من أهم الانتقادات التي وجهت لهذه اللجنة، أنها لم تكن ممثلة من طرف جميع القطاعات المعنية بالمكافحة، زيادة على ذلك إنها لم تجتمع على الإطلاق منذ تاريخ نشأتها.

ثانيا. اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها

إثر الانتقادات الموجهة للجنة الأولى للمخدرات أنشئت هذه اللجنة وهي لجنة استشارية تساعد الوزير المكلف بالصحة في مجال اختصاصها وتشكل من القطاعات التي لها علاقة بموضوع المخدرات و الصحة، وتتكفل بما يلي¹ :

- توصي بالإجراءات الطبية والاجتماعية وتقييم أثار الإدمان واقتراح السياسة الوطنية في مكافحة الإدمان على المخدرات .
- تعقد وتنظم ملتقيات للتكوين والإعلام حول مكافحة تهريب المؤثرات العقلية وعلاج المدمنين وإعادة تأهيلهم .
- تقترح طرق وإجراءات التربية والوقاية لمكافحة تعاطي المخدرات .
- تقترح عناصر السياسة الوطنية في مجال مكافحة إدمان المخدرات.
- تدرس الاتفاقيات والمعاهدات الدولية وتقتراح كيفية تطبيقها.

وفي سنة 1993 تقدمت اللجنة بمقترحات للحد من المخدرات على المستوى الوطني، وبناء على هذه التوصية عكفت اللجان المشتركة بين القطاعات على دراسة هذه الظاهرة في الفترة الممتدة بين سنتي 1999 و 2001 وعرفت توصيات منها إنشاء هيئة وطنية متخصصة ومؤهلة تشرف على إعداد السياسة الوطنية للتصدي لآفة المخدرات، وهي اللجنة الأولى للديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها².

ثالثا. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها

في إطار الإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات والوقاية من إدمانها أنشأ³ هذا الديوان في 09 جوان 1997، ودخل حيز التنفيذ في 02 أكتوبر 2002 ، وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري

1. المادة 01 و 02 من المرسوم التنفيذي رقم 92-151 المؤرخ في 14 أفريل 1992 المتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للمخدرات والإدمان عليها المنشور في الجريدة الرسمية، رقم 28 بتاريخ 14 أوت 1991.

2 . غزالة خابر، التعريف بالديوان، مجلة الوقاية ومكافحتها، العدد 00، المرجع السابق، ص06.

3 . المرسوم التنفيذي رقم 97-212 بتاريخ 09 جوان 1997، يتضمن إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، المنشور بالجريدة الرسمية، رقم 41 المؤرخة في 09 جوان 1997 .

يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تم إلحاقه مباشرة برئيس الحكومة وبموجب المرسوم الرئاسي 06-181 المؤرخ في 31 ماي 2006 نقلت وصايته إلى وزير العدل، دليلا على إرادة الدولة على جعله هيئة وطنية للتصدي لإدمان المخدرات¹.

ويتكون الديوان الوطني لمكافحة المخدرات من مدير وأمين عام وأربعة مديريات وهي:

1. مديرية الدراسات والتحليل والتقييم.

2. مديرية الوقاية والاتصال.

3. مديرية التعاون الدولي.

4. مديرية فرعية للإدارة العامة.

إضافة إلى لجنة التقييم والمتابعة، وهي آلية استشارية لدى المدير العام للديوان تساعد على تنسيق النشاط على المستوى الوطني ومتابعة النتائج المحققة في مجال الوقاية من المخدرات وتتكون من قطاعات وزارية وهيئات وجمعيات وطنية ناشطة في مجال المخدرات ومن مهامه²:

- التعاون من القطاعات المعنية بإعداد السياسة الوطنية لمكافحة المخدرات وإدماجها في مجال الوقاية والعلاج وإعادة الإدماج والقمع والسهر على تطبيقها.
- يجمع المعلومات التي من شأنها تسهيل البحث عن التداول غير الشرعي للمخدرات وقمعه.
- يحلل المؤشرات والاتجاهات ويقوم النتائج لتسهيل عمل السلطات العمومية باتخاذ القرارات المناسبة.
- يعد مخططا توجيهيا ويصادق عليه في مجال مكافحة المخدرات وإدماجها، ويسهر على تنفيذ التدابير الوقائية .
- يمثل الجزائر في المنتديات الدولية ويرقي التعاون الإقليمي والدولي في مجال المخدرات.

رابعاً. المخطط التوجيهي الوطني لمكافحة المخدرات

هو عبارة عن وثيقة تعتمد عليها الحكومة لتحديد الخطوط العريضة لإشكالية المخدرات والإجراءات الواجب اتخاذها لمراقبة المخدرات، وتوسيع المهام والمسؤوليات على مختلف القطاعات وهيئات في مجال الوقاية من المخدرات على المستوى الوطني¹.

1. غزالة خابر التعريف بالديوان، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات الوقاية منها، العدد 00، المرجع السابق، ص 07

2. المادة الرابعة من المرسوم التنفيذي 97-212.

يعد المخطط التوجيهي من طرف مديرية الدراسات والتحليل والتقييم بالتعاون مع المديرية الأخرى يعرض مشروع المخطط التوجيهي على لجنة التقييم والمتابعة ثم بعد ذلك يعرض على الحكومة للمصادقة عليه.

ولقد صادقت الحكومة على هذا المشروع الذي يغطي فترة خمس سنوات (2004-2008) بتاريخ 29 جوان 2003 بعد مناقشته في مجلس الوزراء خصيصا لهذا الغرض، ولقد خصصت الحكومة غلafa ماليا قدره 50 مليون دينار لتطبيق هذا المخطط².

ولقد حدد المخطط التوجيهي مضمون السياسة الوطنية من خلال ثلاثة مستويات وهي:

01. المستوى المعياري: ويهدف إلى تعديل وتحيين المشروع المتعلق بالاتجار غير المشروع بالمخدرات من أجل تحقيق ما يلي:

أ. تحيين التشريع الوطني وتكييفه مع المتطلبات الحديثة.

ب. جعل التشريع الوطني منسجما مع المعاهدات والآليات الدولية.

ج. مراجعة ومراقبة نشاط إنتاج المخدرات والمؤثرات العقلية والاتجار بها وتخزينها.

02. المستوى العملي: ويعالج هذا المستوى ناحيتين

أ. من جانب الوقاية

- دعم نشاط القطاعات الوزارية و المنظمات المعنية، في إطار البرامج المخصصة بتكوين الموظفين قبل الخدمة وأثناءها من طرف خبراء وأطباء في هذا المجال³.
- إنشاء بنك للمعلومات حول المخدرات و تشجيع الدراسات و البحوث.
- دعم مراكز معالجة المدمنين الحالية وإنشاء مراكز جديد، وإنشاء شبكة خاصة بإعادة إدماج المدمنين.

1. صالح عبد النوري. السياسة الوطنية لمكافحة المخدرات وإدمانها، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص29.

2. فاطمة العرفي، ليلي ابراهيم العدواني، جرائم المخدرات في ضوء الفقه الإسلامي والتشريع، المرجع السابق، ص108.

3. علي احمد عبد العالي الطهطاوي، معالم الخيرات بشرح أضرار المخدرات، دار الكتب العلمية، بيروت لبنان، الطبعة الأولى، 2002، ص91.

ب. من جانب القمع

- دعم وسائل تدخل مصالح المكافحة .
- الاستفادة من برامج التكوين المتخصص لفائدة موظفي مصالح المكافحة.
- دعم محابر التحليل العلمي والاهتمام بالجانب التكنولوجي.

03. مستوى التعاون الدولي

تبادل المعلومات وتطوير التعاون مع المجتمع الدولي والاستفادة من دعم الهيئات الدولية لتطوير قدرات المكافحة، قصد المساهمة في الجهود التي تبذلها المجموعة الدولية والحصول على الدعم المادي والضروري لتطبيق السياسة الوطنية في الوقاية من الإدمان¹.

ثالثا. الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر

من أجل إنجاز هذه الدراسة قام المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية بمبادرة من الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، وهي تدخل ضمن إطار تعزيز القدرات في مجال التحليل ومكافحة انتشار المخدرات والإدمان عليها، ولقد اعتمدت على الدروس المستخلصة من التجارب الدولية المماثلة.

وتم بالموازاة مع ذلك، تنصيب لجنة وطنية للإشراف على المسح تضم خبراء ومتخذي القرار، ووضعت هذه اللجنة تحت رئاسة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان، لتتولى مهمة تذليل العقبات وتسهيل عمل الفرق الميدانية.

وبدأ الشروع في التحقيق ابتداء من 10 نوفمبر 2009 ودام إنجازه شهرين وشارك فيه 46 فريق يتكون كل فريق من عشرة أشخاص، وخمسة عشر مشرف ميداني جرى تكليف كل واحد منهم بالإشراف على ثلاثة ولايات ومس هذا التحقيق أربع شرائح من الأعمار، الفئة الأولى من 12 سنة إلى غاية 15 سنة، الفئة الثانية من 16 سنة إلى 19 سنة، الفئة الثالثة من 20 سنة إلى غاية 39 سنة، وأخيرا الفئة الرابعة أكثر من 40 سنة².

1. فاطمة العرفي، ليلي إبراهيم العدواني، جرائم المخدرات في ضوء الفقه الإسلامي والتشريع، المرجع السابق، ص109.

2. الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر، المرجع السابق، ص05.

01. الهدف من التحقيق الوبائي

يتمثل الهدف الأساسي للتحقيق حول انتشار المخدرات واستعمالها على المستوى الوطني، حسب مكان الإقامة، بيانات ذات نوعية تسمح بما يلي¹:

- قياس مدى انتشار تعاطي المخدرات في الجزائر.
- استكشاف سلوكيات، مواقف ووجهات نظر الجزائريين البالغين 12 سنة فأكثر بخصوص تعاطي المخدرات في الجزائر.
- تزويد الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها بمعلومات موثقة من أجل تقويم استراتيجيات مكافحة المخدرات واعتماد برامج العمل المتصلة بها.
- عرض وحصر مختلف العناصر التي تساهم في تحديد عوامل الخطر، النفسية منها والاجتماعية؛
- اقتراح أشغال عملية لمكافحة هذه الظاهرة.

02. النتائج المتوصل إليها

وحسب النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة فإن الفئة الأكثر استهلاكاً للمخدرات من الشرائح العمرية الأكثر استهلاكاً للمخدرات فهي على الترتيب التالي: شريحة الأعمار بين 20 . 39 سنة وتليها شريحة الأعمار بين 16 . 19 سنة بنسبة 1,85 % وفي الأخير شريحة الأعمار بين 12-15 سنة بنسبة 0.12 %.

أما نسبة استهلاك المخدرات حسب نوعها، فيغلب عليها الحشيش والمؤثرات العقلية وذلك مهما كانت المرجعية الزمنية فتأتي المؤثرات العقلية بنسبة 0.615 % ثم القنب الهندي بنسبة 0.596 %، علماً أن مجموع مستهلكي المخدرات الصلبة بلغ حوالي 23000 شخص من إجمالي عدد المستهلكين في الجزائر الذي بلغ 302967 مستهلك².

1. الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر، المرجع السابق، ص14.

2. فضيلة حطار، تعاطي المخدرات في الجزائر، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 00، المرجع السابق، ص10.

خامسا. الإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات

إن الإستراتيجية الممتدة من 2011 إلى غاية 2015، اعتمدت في منهجها على النتائج التي وصل إليها المخطط التوجيهي في الفترة الممتدة من 2004-2008 وأيضاً نتائج التحقيق الوبائي الشاملة سنة 2010.

وعليه فإن هذه الإستراتيجية هي وليدة البحوث التي سبقتها وهي ترمي إلى خفض العرض للمخدرات وإدماجها وتحقيق سياسية خفض الطلب على المخدرات من خلال دعم الآليات المؤسساتية والقانونية والتنمية، إضافة إلى العمل على إنجاز دراسات وأبحاث وخلق قاعدة بيانات تكون في متناول المهتمين بظاهرة المخدرات في الجزائر¹.

وتعتمد هذه الإستراتيجية على إدماج كل نشاطات التصدي لهذه الظاهرة ضمن السياسة الاجتماعية والاقتصادية للبلاد وخلق توازن بين الجهد المبذول لتقليص عرض المخدرات والجهد المسخر للتقليل من طلبها وتقوم هذه الإستراتيجية على المبادئ التالية²:

01. خفض العرض للمخدرات:

وتتولى هذه المهمة كل الجهات المخول لها صلاحيات المكافحة وهي الدرك الوطني، الأمن الوطني، والجمارك إلى جانب قطاع العدالة، ولا ننكر أن قمع الاتجار بالمخدرات هو أحد المبادئ الأساسية في الحد من المخدرات، إلا أن خفض الطلب يجد بصفة كبيرة من تدفق المخدرات، الأمر الذي يستدعي تعزيز الوقاية من استهلاك المخدرات وتقليل أخطارها المرتبطة بتعاطيها وأخيرا العلاج الطبي للمدمنين.

02. خفض الطلب على المخدرات: وهو اتخاذ التدابير والإجراءات اللازمة لتقليل متعاطي المخدرات

إلى الحد الأدنى، ويستند إلى مبدأ الوقاية خير من العلاج، وقد يمتد ليشمل مساعدة متعاطي المخدرات للخروج من الإدمان، بإتباع نهج علمي ومجموعة واسعة من التدابير المعقدة والمتربطة على شكل حلقات، من توعية ووقاية ورعاية في إطار الخدمات الصحية والاجتماعية، بدءا بالوقاية الأولية من خلال الإسراع بالتدخل ووصولاً إلى العلاج وإعادة التأهيل ثم إعادة الإدماج في المجتمع.

1. محمد سعدي، إعلان الحرب على مروجي المخدرات في الأحياء، جريدة صوت الأحرار، الاثنين 27 جوان 2011، رقم 4069، ص06.

2. التقارير الصادرة عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، المرجع السابق، ص05.

03. تعزيز الوقاية من المخدرات: نجد الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها يسخر جميع الوسائل والإمكانات المتاحة لنشر ثقافة الوقاية قبل الوقوع في شرك المخدرات وذلك من خلال مجموعة من الملتقيات والأيام الإعلامية والدورات التكوينية عبر التراب الوطني .

04. التكفل بالمدمنين: الرعاية الطبية للمدمنين إحدى أولويات النشاط الذي تضمنته الإستراتيجية، ومن أجل هذا قام الديوان بإعداد أيام دراسية وملتقيات وطنية لتوعية العديد من العاملين في مجال المخدرات مثل القضاة والأطباء وغيرهم، بحيث يعتبر المدمن مريض وجب علاجه وتقديم المساعدة الطبية والنفسية له، حتى يتخلص من الإدمان على هذه المواد المخدرة، حسب ما ورد في القانون الجديد رقم 18-04 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)¹.

المطلب الثاني

مستويات الوقاية وطرق التكفل بمدمني المخدرات

تم الاعتراف بالإدمان في العصر الحديث بأنه ظاهرة معقدة متعددة العوامل، وعادة ما يتم التخلص منه خلال مدة الأمد، بواسطة مجموعة من البرامج متكاملة، مع الأخذ في الاعتبار وضع مشروع علاجي مكيف لكل مدمن².

الفرع الأول

مستويات الوقاية

إن الوقاية من الإدمان تعتمد على شمولية الرؤية لهذه الظاهرة، من خلال تضافر مختلف الجوانب ولذلك فإن منشورات منظمة الصحة العالمية وهيئة الأمم المتحدة تتفق على وجود ثلاث مستويات للوقاية³.

1. المادة 02 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش).

2. رمزي حداد، مفاهيم الإدمان وتعريفه، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص40..

3. مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع، المرجع السابق، ص170.

أولاً. الوقاية من المستوى الأول

تهدف هذه الوقاية إلى منع التعاطي أصلاً، وحتى تحقق هذه الوقاية الأهداف المرجوة يجب اعتماد الأدوات المناسبة حسب كل فئة والإمكانات المتوفرة، وتجميع المعلومات التي يتم استيفائها غالباً من خلال الدراسات والأبحاث الميدانية التي تكشف عن الجماعات الأكثر تعرضاً لهذه الظاهرة.

01. عوامل ظهور هذا المستوى: من أهم العوارض التي تظهر في هذا المستوى¹:

أ. جود تاريخ للتعاطي أو للإدمان في الأسرة قد يؤدي إلى الانهيار الأسري نتيجة للطلاق أو الهجرة بين الأبوين.

ب. ضعف الوازع الديني بوجه عام.

ج. صحبة أقران متعاطين أو مدمنين.

د. تدخين السجائر قبل بلوغ سن 12 سنة.

02. القطاعات التي لها دور في هذا المستوى

أ. التربية والتعليم بأطواره الثلاثة، بالإضافة إلى التعليم العالي والبحث العلمي وكذا التكوين المهني

يتوقع انتشار هذه المشكلة في الوسط الطلابي وهذا ما أكدته كل المؤتمرات المحلية والعالمية ، إن بدء تعاطي العقاقير المخدرة يقع في الغالبية العظمى من الحالات في سن الشباب المبكرة وهي فترة العمر التي درجنا على تسميتها بفترة المراهقة والتي يقضيها كثير من الشباب في المدارس والجامعات².

وعليه فإن هذه القطاعات لها دور فعال ومتكامل في محاربة هذه الآفة، لأنها تعني بالفئة الأكثر عرضة للوقوع في خطر الإدمان، فالتعليم بأطواره الثلاثة يقوم بوضع مناهج تربوية وتنظيم على مدار السنة بالأنشطة الترفيهية والاجتماعية والترفيهية مثل الرحلات والحفلات التي تستغل الطاقات في أمور مفيدة، وتبرز قدراتهم وتميزهم، وتساعدهم على اكتشاف مواهبهم.

1. مصطفى سويف، لمخدرات والمجتمع، المرجع السابق، ص174.

2. أميرة جابر هاشم، بناء برنامج إرشادي وقائي، مقترح للوقاية من الإدمان على المخدرات، جامعة الكوفة، كلية التربية للبنات، مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، العددان(01-02)، المجلد 07، 2007، ص205

وأما قطاع التعليم العالي فيتم الاهتمام بالجانب النفسي لاسيما على مستوى الإقامة الجامعية من خلال تعزيز خلايا الإصغاء وتشجيع الطلبة على تقويم الدراسات في مجال المخدرات وإنشاء مخابر للبحث في هذه الظاهرة .

وبالنسبة للدين لم يكملوا مسارهم الدراسي فيوجهون إلى مراكز التكوين لإعدادهم في الدخول إلى الحياة المهنية، حيث يستفيدون بدورهم من برامج تحسيسية لكونهم الأكثر ضرر بين فئات المجتمع.

ب. قطاع الشباب والرياضة

لقد أجريت دراسة بمستشفى فرانز فانون بالبليدة المختص بالتكفل وإزالة التسمم، وكان الهدف من هذه الدراسة هو إبراز أهمية ودور النشاط الرياضي في مواجهة إدمان المخدرات في أوساط المجتمع وخاصة فئة الشباب، والنتائج التي توصل إليها جاءت مفيدة ومشجعة، حيث بينت أن للنشاط الرياضي دور مهم وأساسي في التقليل من ظاهرة إدمان المخدرات¹.

إذن يلعب قطاع الشباب والرياضة دورا هاما في هذا المستوى من الوقاية عبر تشجيع الأنشطة الرياضية على مستوى القاعدة العريضة من الشباب وليس فقط شرائح بعينها والعمل على توفير مساحات كافية من الأراضي في كل منطقة لممارسة الرياضة.

كما يجب الاهتمام بالنوادي و مراكز الشباب لأن الندوات في هذه التجمعات تحشد الهمم بشكل إيجابي وتملأ أوقات الفراغ و تساعد على بناء الشخصية، وتخلق في الطالب روح الثقة بالنفس والتحدي للمعوقات، وتقوي الإرادة لديه، وتعد أفضل أساليب الوقاية و أكثرها جدوى.

ج. قطاع الشؤون الدينية والأوقاف

لهذا القطاع دور فعّال في الوقاية من الإدمان، ويمكن إدراك أهميته ما يجسده الدور الفعال للمساجد التي يفوق عددها 15000 مسجد عبر التراب الوطني، وكذلك المحاضرات التي تجسدها المراكز الثقافية والإسلامية وبرامج التكوين الموجهة إلى إطارات الشؤون الدينية والأئمة والتأهيل العلمي للأئمة

1. صغيري رابح، دور النشاط الرياضي الترويجي في التقليل من ظاهرة إدمان المخدرات، مجلة الإبداع الرياضي، جامعة مسيلة، معهد العلوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، رقم 02، جوان 2011، ص 07.

للتعامل مع الإنسان المدمن لأنه قد فقد الأمل في الحياة الطبيعية والروحية، وقد يصل إلى حد النقمة على كل من حوله، وهو يلقي بالمسؤولية على من حوله، ويتهم الآباء والأمهات بالتقصير¹.

د. قطاع التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة

ينشط هذا القطاع بصفة خاصة في الأوساط الاجتماعية الهشة مثل الأسر المعوزة ومراكز إعادة التربية ومراكز رعاية النساء والأطفال، ويتم التكفل بهذه الفئات مع القطاعات المعنية، كما تنظم مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن بشكل دوري وبمشاركة مختلف الفاعلين أبوابا مفتوحة على مستوى المراكز المتخصصة لفائدة الأحداث وأوليائهم، إلى جانب ذلك تقوم الخلايا الحوارية بتنظيم أيام دراسية عبر المؤسسة التربوية لتوعية المجتمع، وخاصة الأسرة باعتبارها الخلية الأولى فيه من أخطار الإدمان.

وبطبيعة الحال ما تبنيه الأسرة مهما كان متينا يبقى بالضرورة بحاجة إلى الدعم والاستكمال من قبل المعلم والأستاذ والجار ورفقاء الشارع ووسائل الإعلام وتوجيه الرأي العام ومن خلال المؤسسات الأخرى التي عليها واجب توفير العيش الكريم للمواطن كي يشعر أن قيمته الإنسانية مصنونة².

ثانيا. الوقاية من المستوى الثاني

ونقصد به التدخل العلاجي في بداية مراحل الاستهلاك لمساعدة الشخص المتعاطي لكي يتوقف عن الاستمرار في التعاطي حتى لا يصل لمرحلة الإدمان وغالبا ما يكون التدخل على مستوى المراكز المتخصصة فالوقاية في هذا المستوى تحاول من جهة إيجاد الخلل في البرامج الأولية لأنها لم تعطي الفائدة المرجو منها ومن جهة أخرى تسعى لاستغلال فرصة التعاطي المبكر لزيادة نسبة الشفاء، لكن المشكلة الأولى في إجراءات الوقاية الثانوية هي في كيفية العثور على حالات التعاطي المبكرة والتقاطها لتكون هدفا لإجراءات بعينها تدفعها أو تساعد على التراجع عن استهلاك المخدرات، ولمعالجة هذه المشكلة أتخذ إجراءين وهما³:

1. جازية دهمي، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 00، المرجع السابق، ص 25-26.

4. عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، المرجع السابق، ص 96.

2. عيسى قاسم، الوضع الحالي لظاهرة المخدرات في الجزائر، فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية

للقاية من المخدرات ومكافحتها، الجزائر يومي 03 و04 ديسمبر 2006، ص 09.

3. مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، المرجع السابق، ص 183.

أ. النوع الأول: وهو يستخدم على المستوى الفردي، وخاصة في العيادات التشخيص الطبي ، مثل العيادات على مستوى المدارس، الاستعجالات، وحتى العيادات الخاصة ، ففي هذه العيادات يمكن للأطباء معرفة ما إذا كان الشخص قد أقدم على تعاطي المخدرات عن طريق الفحص الإكلينيكي المعتاد وبعض الأعراض العامة، بالإضافة إلى وضع برامج يمكن من خلالها الكشف المبكر عن الحالات الأولى التعاطي، وهذه الأخيرة موجهة في الأساس إلى الأوساط المهتدة بهذه الظاهرة مثل السجون والجامعات والمعاهد والتدخل للعلاج في الوقت المناسب.

وأهم المؤسسات الفاعلة في هذا الميدان هو قطاع الصحة، فقد قررت تخصيص 4.39 مليار دولار لمشروعات الرعاية الصحية حتى سنة 2025 ، حيث تسعى إلى تأسيس وتطوير 700 مؤسسة صحية خلال السنوات الأربع القادمة، ومضاعفة عدد المراكز الطبية في ولايات الجنوب، حيث خصصت 100 مليار دينار لإنجاز نحو 300 عيادة متخصصة و 250 هيكل صحي¹.

كما يشرف على مستوى هذه المراكز أطباء ونفسانيون أخصائيون يقومون بالتكفل بمستهلكي المخدرات الذين لم يصلوا بعد إلى مرحلة الإدمان لمساعدتهم على التخلص منه، أما في حالة الإدمان فيوجه الشخص لمراكز إزالة السموم، وفي الأخير تبقى إرادة الشخص أهم عامل في شفائه.

ب. النوع الثاني: بطبيعته يحتاج إلى أن تكون هناك سياسة عامة في الدولة وفي مؤسساتها تقتضي تحسين الظروف الاجتماعية ورفع مستوى الحياة وإقامة العدل، واحترام حقوق الإنسان وذلك من خلال الكشف عن حالات التعاطي بين الشبان المتقدمين للالتحاق بمجالات معينة، كالخدمة العسكرية، والطيران، والالتحاق بالجامعات، والالتحاق بالفرق والنادي الرياضية... إلخ².

والدولة رغم اقتناعها بمشكلة المخدرات لا يمكن أن تتحمل وحدها تكاليف الحد من هذه الظاهرة ، بل يجب أن تتضافر كل الجهود على مختلف الأصعدة للحد من هذه المشكلة وحصنها في أضييق نطاق.

1. خامت سعدية، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة ماستر، في العلوم التجارية، المركز الجامعي البويرة، 2012، ص115.

2. محمد نادية ببيع، يامنة عبد القادر إسماعيلي، الإرشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات، المرجع السابق، ص121.

ثالثا. الوقاية من المستوى الثالث

هذه الوقاية موجهة أساسا إلى فئة مدمني المخدرات، التي لا تستطيع أن تكف عن استهلاك المخدرات، وإذا توقفت لفترة محدودة فهي لا تلبث أن تنتكس بالعودة مرة أخرى إلا إذا توبعت برعاية لاحقة.

وتهدف هذه الوقاية إلى الحد من المضاعفات الناجمة عن الإدمان، مثل السيدا والتهابات الكبد، وكذا الإضطرابات النفسية والاجتماعية¹.

ويرى البعض أنه من الأحسن أن يتم علاج الإدمان بالمنزل بعد استشارة الطبيب، ويستعمل فيه العقاقير المهدئة صباحا والمنومة ليلا، حتى يرتاح من أعراض وألم الانسحاب، وتعتبر هذه الطريقة من أحسن طرق العلاج، وفيه تضمن الأسرة تماما عدم تسرب العقاقير المخدرة إلى المريض سواء من داخل المصححة العلاجية أو من خارجها، كما أن العلاج يتم في سرية².

وأهم القطاعات التي لها دور في هذا المستوى هو المستشفيات والمراكز ومخابر البحث لاكتشاف وتطوير المضادات وعلاجات الأوبئة والأمراض المتفشية بين المدمنين.

الفرع الثاني

التكفل بدمني المخدرات

عند الحديث عن علاج الإدمان لا بد من الإشارة إلى أن هذا الأمر ليس بالسهل يجب أن يتم تحت الإشراف الطبي المباشر وفي مكان صالح لذلك كالمصحات المتخصصة، بحيث يتم علاج المدمن بالطريقة المناسبة للنوع العقار المستعمل، وبما يتناسب مع شخصية وحالة المدمن، وكذا طول فترت إدمانه، ويتم العلاج حسب مراحل معينة³.

1. جازية دهمي، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 00، المرجع السابق، 24.

2. علي احمد عبد العالي الطهطاوي، معالم الخيرات بشرح أضرار المخدرات، المرجع السابق، ص 97.

3. مسلوب ارزقي، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 01، المرجع السابق، 16.

أولاً. مبادئ العلاج

لا يعتبر الإدمان على المخدرات بمثابة جريمة بل هو مسألة صحية، يمكن العلاج منها وذلك بمرافقة المدمن خلال مساره العلاجي والاعتماد على الثقة بينه وبين المعالج وعلى مجموعة من المبادئ وهناك ثلاثة مبادئ أساسية في العلاج¹:

01. القاعدة الأخلاقية: ويتكون هذا المبدأ من عنصرين وهما التطوع ونية العلاج، فأما التطوع فنقصد به اختيار المدمن لمسار العلاج، وينبغي أن يكون في وضع يمكنه من لاتخاذ القرار والاختيار مع المعرفة التامة للأسباب والنتائج، بينما نية العلاج تتمثل في استعمال وتطوير أدوات تسهل سيرورة مسار العلاج للخروج من حالة التبعية وتقليل النتائج الوخيمة لها على الصحة والإدماج في المجتمع.

02. المقاربة الواقعية: إن الإدمان ظاهرة معقدة تشترك فيها عدة عوامل ولا يمكن حلها ببرنامج واحد، وحتى نستطيع الحد منها ننتهج مبادئ:

أ. الوصول للعلاج: ويقصد به القرب جغرافياً من هياكل العلاج، ومجانته وتنصيب شبكات الاتصال بين المدمنين.

ب. تنوع عروض العلاج: وهي تعدد لهياكل ذات الأهداف والمهام المختلفة في عدة لحظات والتي يسمح كل واحد منها بإيجاد حل ممكن لوضعيته.

03. التكفل الشامل

وهو ناتج عن تدخل فريق متخصص من الأطباء العاملين والأطباء النفسيين ومتخصصين في علم الاجتماع، ويجب أن يؤخذ في الحسبان الأبعاد المختلفة الطبية والنفسية والاجتماعية ويتضمن العلاج جانبيين²:

1. أم كافيان، التكفل العيادي بالمدمن، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص50.

2. مصطفى دريغيني، عبد الرحمان حبيش، كيفيات التكفل بالمدمنين، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص74.

أ. الجانب الدوائي: ويشمل التأثيرات العقلية ونواتج استعمالها والزوائد المحتواة في المواد المخدرة، ويتم العلاج بوصف مهدئات الأعصاب ومضادات القلق، والانحطاط وغيرها.

ب. الجانب النفسي والاجتماعي: ويمكن أن يؤدي التكفل به إلى إتباع ما يلي:

- علاج نفسي فردي: والنسبة الكبيرة في العلاج تتوقف على إرادة الفرد من خلال الالتزام بالعلاج، والتحليل النفسي للشخصية ومعرفة السلوك.
- علاج نفسي جماعي: وهو أن تشارك العائلة في العلاج باحتواء المدمن في الوسط العائلي والمشاركة في الجماعات العلاجية.
- البعد الاجتماعي: وهو من الضروريات للتكفل بالمدمن، وذلك باقتراح المرافقة في مجال الحقوق الاجتماعية، مثل الحق في السكن، والعمل، والعدل.

ثانيا. أنواع مراكز علاج المدمنين

إن القطاع الصحي في الجزائر كان محل مراجعة وإلغاء بالكامل بدءاً من سنة 2007، حيث تشكل بناء جديد للخارطة الصحية يركز على نوعين من المؤسسات، مؤسسات عمومية استشفائية والثانية مؤسسات الصحة الجوارية بالإضافة إلى مؤسسات القطاع الخاص¹.

وإن تجهيز هذه المؤسسات العلاجية و تنوعها وتطوير كفاءاتها يساعد على التكفل الحسن بالمدمن وتنقسم إلى:

01. التجهيز غير المتخصص

أ. المؤسسة العمومية للصحة الجوارية: وتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج تغطي مجموعة من السكان، وتمثل مهامها في (الوقاية والعلاج القاعدي، العلاج الجوارى، تشخيص المرض، تنفيذ البرامج الوطنية لوزارة للصحة والسكان، المساهمة في مكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية)².

ب. المؤسسة الاستشفائية الخاصة: تتمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالشخصية المعنوية وتوضع تحت المسؤولية الفعلية والدائمة لمدير تقني وطبيب وتزود بلجنة طبية لمساعدتها وهي مؤسسة

1. المادة 01 من المرسوم التنفيذي، رقم 07-140 المؤرخ في 20 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية

والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيره، المنشور بالجريدة الرسمية، رقم 33 المؤرخة في 20 ماي 2007.

2. المادة 07-08 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 .

علاج واستشفاء يمارس فيها الفحص والكشف الطبي، وتشخيص الأمراض، ولها نفس وظائف المؤسسة العامة إلا أنها تنتمي للقطاع الخاص¹.

02. التجهيز المتخصص: هي المراكز التي تتوفر فيها وسائل الإيواء الجماعي وتستقبل لمدة محدودة الأشخاص في حالة الفطام وتنقسم إلى²:

أ. مراكز علاج متنقلة: تتضمن الاستقبال والتوجيه والتقييم والمتابعة النفسية والاجتماعية والتربوية للمدمنين ولحيطتهم، وتتضمن فريق متعدد التخصص (أطباء، ممرضون، مختصون نفسانيون، واجتماعيون..).

ب. مراكز العلاج في الوسط العقابي: من أجل التصدي للإدمان داخل السجون والاتصال بالمدمنين المسجونين كي يقدم لهم العلاج المناسب وتحضيرهم للخروج من السجن وإعادة إدماجهم الاجتماعي بالتنسيق مع الهياكل الخارجية³.

ثالثا. مراحل التكفل بالمدمنين

يكون علاج المدمنين قبل العلاج وأثناء العلاج وبعده وفق ثلاثة مراحل وهي:

01. مرحلة ما قبل العلاج

ينبغي أن يكون العمل النفسي العلاجي بصفة دائمة وأن يشرع فيه مبكرا، ذلك أن أهمية المقابلات الأولى كثيرا ما تكون حاسمة وتقضي بإقامة علاقة ثقة مع المدمن تؤدي إلى الوعي بالإفراط والتبعية، وتؤدي بصفة خاصة إلى إحداث قناعة وحافز حقيقي للتغيير وتعزيز الالتزام لهذا التغيير.

وفي الحالة التي يكون فيها طلب العلاج من قبل المدمن، فإنه ينشأ عقد يفرض الالتزام بين الأطراف، فعلى المعالج أن يلتزم شخصيا باحترام العلاقة مع المريض، وذلك كي يمكنه من تنفيذ الالتزام، إذ يشعر بأنه ملزم بأن يقوم بأمر ما، وأنه يقوم بهذا الأمر وهو مرغم على ذلك ولكن الجزء المعافي من شخصيته هو الذي يشجعه على مواصلة العلاج.

1. المادة 02-03 من المرسوم التنفيذي، رقم 07-321 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007، المنضم تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، المنشور بالجريدة الرسمية، رقم 67 المؤرخة في 24 أكتوبر 2007.

2. أرم كافسيان، النمط الفرنسي للعلاج، مبادئ التكفل بالمدمن، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص 70-74.

3. مسلوب ارزقي، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد 01، المرجع السابق، 16.

02. مرحلة العلاج

غالبًا ما يتقدم المدمن إلى مصحات العلاج وهو في حالة ضيق وإكتئاب، يبحث عن المساعدة والرغبة في الحماية من أجل إحداث التخلص الكلي من المخدرات، ويتم التكفل به من قبل الفريق المعالج وفقا لبرنامج علاج منظم يتضمن جانبا علاجيا نفسانيا، والآخر كيميائيا، وتبقى دافعية وإرادة المريض هي العنصر الأساسي في نجاح العلاج¹.

أ. الجانب العلاجي النفساني: ويتكون هذا الجانب من جزأين:

- العلاج النفساني الداعم: ويرمي إلى إقامة علاقة ثقة تسمح بالتخفيف من الشعور بالذنب وتشجيع الإفصاح عن الأزمات العاطفية وصعوبات التكفل المعترضة من قبل المريض خلال سلوكه الذاتي، وطمأنة المريض والتخفيف من خطورة الوضع.
 - العلاج النفساني عن طريق الجماعة: ويتكون هذا الجانب من جزئين، أولهما حصص سمعية بصرية تتضمن بث وناثق إعلامية ونصائح تحفز المريض بالنسبة للتغيير والتوقف عن أخذ الجرعات السامة والإبقاء على الامتناع، وثانيهما جماعات المحادثة: تلتقي الجماعات مرة أو مرتين في الأسبوع مع عائلات المرضى، والموضوع يمكن أن يتم اختياره من طرف المعالج أو المريض، ويفضل في هذا العلاج تقاسم التجارب والتعبير عن العواطف، والقيام بعدد من النشاطات الترفيهية والرياضية من أجل تمكين المريض من الخروج من الحالة السلبية².
- ب. الجانب العلاجي الكيميائي: ويتم بإعطاء المدمن بعض الأدوية ذات التأثير الكيميائي حتى تخفف من حدة الإدمان مع الوقت الحد منه وهي كالتالي:

- أدوية مهدئة للأعصاب وتكيف المقادير حسب حالة المدمن.
- أدوية مضادة للانحطاط وتستعمل للوقاية من حالة الإحباط التي تسبق الفطام³.
- أدوية منظمة للمزاج، تستعمل للوقاية من الظواهر العصبية النفسية المرتبطة بالفطام مثل النوبات التشنجية .

1. أرم كافسيان ، التكفل العيادي بالمدمن ، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق.ص54

2 .سندرا موفق، تقييم التكفل بالمدمنين في الوسط المؤسساتي، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص164-165.

3 . الفطام: يمكن أن يكون فجائيا مع توقيف تام للمادة مصدرة التبعية ويكون في وسط إستشفائي أو في حالة علاج متنقل، وإقامة علاج دوائي يرمي إلى تقليص عوارض الفطام ، فيعتمد ذلك على طبيعة المادة المخدرة والمدة الزمنية للإدمان

03. مرحلة ما بعد العلاج

بعد فترة علاج مدتها واحد وعشرين يوما وفحص من الجانب النفسي بالتفاهم مع جملة أعضاء الفريق المشرف على العلاج ، يتقرر خروج المريض، وهذه المرحلة تمثل الفترة الأكثر صعوبة في عملية التكفل، ذلك أن المريض يبقى خاضعا لدافعيته فقط عندما يصير خارج المركز وفي مواجهة حرية الاستهلاك للمواد السامة ، يضاف إلى ذلك عدم الاندماج الاجتماعي مما يؤدي إلى تهميشه.

ومن الضروري الإبقاء على علاقة علاجية بعد فترة الفطام وتكون مستقرة ودائمة ويمكن أن تكون هذه العلاقة الداعمة مرفقة بعلاج كيميائي وهي ترمي إلى¹:

- مساعدة المريض وذلك بالمحافظة على الامتناع بفحصه بصفة منتظمة خلال بضعة أشهر من أجل المراقبة والتقليل من أزمة الانتكاسة التي يمكن أن تحدث له.
- في حالة الانتكاسة يمكن أن يعالج المريض بكيفية متنقلة، أو يمكن أن يستفيد من فترة أخرى لإزالة و التسمم وفقا لإرادته ودافعيته.

المبحث الثاني

التدابير الإجرائية للحد من إدمان المخدرات

ساد الاعتقاد في التشريعات الحديثة أن موضوع استهلاك المخدرات لا يجب أن ينظر إليه من الناحية الجزائية فقط، بل يجب تناوله من الناحية المرضية الاجتماعية، و بالتالي يجب أن ينظر إلى المدمن على أنه مريض يحتاج إلى علاج².

والمشروع الجزائري كغيره من التشريعات انتهج هذا المبدأ من خلال قانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها³، ثم تأكد هذا المبدأ في قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، فكيف جرم المشروع استهلاك المخدرات وما هي التدابير المترتبة على مدمن المخدرات⁴.

¹ . مصطفى دريغيني، عبد الرحمان حبيش، كيميائيات التكفل بالمدمنين، ملتقى التكفل بالمدمنين، المرجع السابق، ص77.

² . كامل فريد السالك، قوانين المخدرات الجزائرية، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت- لبنان، الطبعة الأولى، 2006، ص185.

³ . المادة 242 من القانون 85-05 المؤرخ في 26 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المنشور في الجريدة الرسمية رقم 08 المؤرخة في 16 فيفري 1985 .

⁴ . المادة 06 من قانون رقم 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش).

المطلب الأول

جريمة استهلاك المخدرات والتدابير المترتبة على مدمنيها

إن دراسة جريمة استهلاك المخدرات ذات أهمية بمكان، لأنه على أساسها نفرق بين مختلف الفئات، فقد توجد فئة لا تعتبر مدمنة للمخدرات ولكن تستهلكها، وفئة أخرى مدمنة ومستهلكة في نفس الوقت، وغيرهم من الفئات.

الفرع الأول

تجريم استهلاك المخدرات

اختلف الفقه حول أركان جريمة استهلاك المخدرات فالبعض يرى أنها تقوم على ركنين هما المادي والمعنوي، بينما يرى البعض الآخر قيامها على ثلاثة أركان، وأساس الاختلاف يدور حول المادة المخدرة، فالبعض يعتبرها عنصر من عناصر الواقعة المادية للركن المادي¹.

والفقه الحديث يرى أن الركن الثالث هو عدم المشروعية إذ لا يكفي أن تتطابق الواقعة المرتكبة مع الواقعة النموذجية لموضوع النص التحريمي، وارتكابها بإرادة حرة، بل يلزم أيضا أن تكون الواقعة أضرت بالمصلحة القانونية المحمية بذات النص، وهو ما يطلق عليه الركن الشرعي وعلى هذا الأساس فالجريمة تتكون من ركن مادي، وركن ومعنوي، وركن شرعي.

وإن الغرض من البحث في أركان الجريمة هو إثباتها ونسبتها إلى فاعل معين حتى يتحمل مسؤولية سلوكه.

1. محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، الجزء الثاني، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب،

الرياض، (د.ط)، 1988، ص116.

أولا. الركن الشرعي

يقتصر الركن الشرعي أن يكون الفعل المجرم منصوص عليه في قانون العقوبات أو في القوانين المكملة له، وأن يكون المشرع قد حدد له جزاء جنائيا، وهو تطبيقا لمبدأ الشرعية الجنائية الذي نص عليه قانون العقوبات الجزائري في المادة الأولى منه " لا جريمة ولا عقوبة أو تدبير أمن بغير قانون"¹.

ومبدأ المشروعية الجزائرية يفرض على المشرع تحديد الأفعال الخاضعة للتجريم بشكل دقيق وحصري وتحديد العقوبات المكون لها ومن أجل تسهيل عمل القاضي في وصف الفعل المجرم، فقد حصر المشرع الجزائري كافة صور جريمة استهلاك المخدرات والأفعال المادية المكونة للركن المادي وأحال بموجب قانون 18-04 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) والمؤثرات العقلية، تحديد المادة المخدرة على الاتفاقية الدولية للمخدرات لسنة 1961.²

بالإضافة إلى تحديد النص القانوني بدقة، يوجد شرط آخر وهو انتفاء العنصر الشرعي للجريمة بوجود سبب من أسباب الإباحة على أساس أنها تعدم الركن الشرعي.³

ومن أسباب الإباحة التي تنفي عن واقعة جريمة استهلاك المخدرات صفة التجريم هي منح التراخيص لبعض الأشخاص المخولون بجملة أو استعمال المخدرات مثل الصيدلي والطبيب.⁴

ويبرر إباحة منح الترخيص هو انعدام الضرر وتقديم المساعدة للمريض بالإضافة إلى أن هذه المخدرات تتداول بصفة قانونية وتحت مراقبة الهيئات المختصة، وعليه فإن الاستهلاك المعاقب عليه القانون هو الاستهلاك الغير شرعي، أما الاستهلاك المرخص به قانونا مثل استيراد المخدرات أو وصف الطبيب للمريض بعض الأدوية التي تحتوي على المواد المخدرة بهدف العلاج، لا يعتبر جريمة .

1 . المادة 01 من قانون العقوبات رقم 66-156، المؤرخ في 08 جوان 1966 ، المنشور في الجريدة الرسمية، رقم 49، المؤرخة في

11 جوان 1966.

2. المادة 02 الفقرة 01 من قانون 18-04 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش).

3. المادة 39 من قانون العقوبات الجزائري رقم 66-156 ، الجريدة الرسمية رقم 49، المؤرخ في 11 جوان 1966.

4. المادة 04 من المرسوم التنفيذي 07-228 المؤرخ في: 30 جويلية 2007 الذي يحدد كيفية منح التراخيص باستعمال المخدرات والمؤثرات العقلية لأغراض طبية أو علمية، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 49 المؤرخة في 05 أوت 2007.

ثانيا. الركن المعنوي

إن الأمر مختلف بين من يقوم بالجريمة عن قصد وإرادة وبين من فعل ذلك عن خطأ وعدم انتباه، فلا يمكن تحميلهما نفس المسؤولية وهذا ما يعبر عنه بالركن المعنوي الذي يتكون من عنصرين وهما، القصد الجنائي و الأهلية الجنائية.

01. القصد الجنائي: وهو الإرادة الإجرامية التي تربط الشخص بالفعل المكون للجريمة، و تكون متجهة فيها إلى عناصر الركن المادي للجريمة بكاملها ومسيطرة عليها وقادرة على توجيهها وهذا ما يسمى بالقصد الإجرامي وهو نوعان¹:

أ. **القصد العام:** هو القصد الكافي لارتكاب العمل الإجرامي المتمثل في عنصرين هما العلم والإرادة، بحيث ينبغي أن يحيط علم الجاني بكافة أركان الجريمة وان تتجه إرادته على إتيان السلوك وإحداث النتيجة، وأن تكون حرة².

فالقصد الجنائي العام مفترض لا سبيل إلى نفيه بحسب الأصل، أما العلم بأن المادة التي يجزها الجاني أو يجوزها مخدرة فهو غير مفترض، لذا ينبغي أن يقوم حكم الإدانة على الدليل المستنبط من ملف الدعوى³.

ب. **القصد الخاص:** يعرف على أنه توجه إرادة الجاني المقدم على الفعل الجنائي للوصول إلى هدف معين أو واقعة محددة، فحيازة المخدرات تكون بقصد الاستهلاك الشخصي أو تسهيل تعاطيها، ويعرف ذلك بالرجوع إلى الكمية المضبوطة.

02. الأهلية الجنائية: هي مجموعة العوامل النفسية اللازم توفرها في الشخص حتى يدرك نسبة الواقعة المجرمة إليه بوصفه فاعلها عن إدراك وإرادة¹.

1. علي عبد القادر القهوجي، فتوح عبد الله الشاذلي، شرح قانون العقوبات القسم الخاص الإسكندرية، دار المطبوعات الجامعية،

(د.ط)، 2003، ص116.

2. إسحاق إبراهيم منصور، الأصول العامة في قانون العقوبات ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، (د.ط)، 2000، ص85.

3. نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، 2006، المرجع السابق، ص29.

ويسري على جريمة استهلاك المخدرات فيما يتعلق بالأهلية الجنائية ما يسري على غيرها من الجرائم و
المشرع الجزائري في نصه على حالات موانع المسؤولية جاء بها على سبيل الحصر في المواد 47، 48،
49، من قانون العقوبات وفي المادة 442 من (ق.إ.ج)، وسنورها فيما يلي:

أ.صغر السن: تنص المادة 442 الفقرة الأولى من (ق.إ.ج) " يكون بلوغ سن الرشد الجزائري في تمام
الثامنة عشر"، والعبارة في تحديد سن الرشد الجزائري يكون بسن الجرم يوم ارتكاب الجريمة، وبالتالي فإن
الحكم بما يخالف هذا المبدأ يعد خرقاً للقانون².

فإذا ما ارتكب الشخص جريمة استهلاك المخدرات قبل بلوغ هذا السن، فلا تطبق عليه إلا تدابير الحماية
، فصغر السن مانع من موانع المسؤولية، وهو لا يحول دون تقديمه لمحكمة الأحداث المسؤولية عن محاكمته.

ب.الجنون: حسب نص المادة 47 من قانون العقوبات الجزائري فإنه لا تقع العقوبة على من يكون فاقدا
الوعي وقت ارتكاب الجريمة، والعبارة تكون بفقدان الوعي الكامل وليس المتقطع.

ج.الإكراه: لقد نصت المادة 48 من قانون العقوبات انه لا عقوبة على من كان تحت إكراه نفسي أو
بدني فيضطر لارتكاب الجريمة، مثل أن يتناول مادة مخدرة قهرا أو على غير علم فيقبض عليه متلبسا
بذلك.

1. محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، المرجع السابق، ص78.

2. أحسن بوسقيعة، (ق.إ.ج)، في ضوء الممارسة القضائية، منشورات البيروتي، الجزائر، (د.ط)، 2007-2008، ص178.

ثالثا. الركن المادي

يقصد بالركن المادي مجموعة من العناصر المادية التي تتخذ مظهرها خارجيا تلمسه الحواس إذ لا بد من نشاط مادي يتحقق بواسطته الاعتداء على المصالح المحمية جنائيا، و لا جريمة بدون ركن مادي وهذا مبدأ لم يرد عليه استثناء¹.

ويتكون الركن المادي في جريمة استهلاك المخدرات من عنصرين هما المخدر، والسلوك الإنساني المتمثل في صورة من صور الاتصال المادي للمخدر .

01. المخدر: إن المشرع الجزائري على غرار القوانين المقارنة أحال تعريف المخدر إلى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961، والتي بدورها أعطت للدول صلاحيات مرنة في إضافة وحذف بعض المواد المخدرة حسب تنظيماها الداخلية، وقد أعطت الجزائر صلاحيات إضافة مادة جديدة وحذفها من الجدول إلى الوزير المكلف بالصحة².

والقاضي في التعامل مع قضايا إستهلاك المخدرات يستوجب التطرق إلى ثلاثة عناصر وهي³:

أ. **نوع المخدر:** على القاضي الالتزام ببيان نوع المخدر الموجود في جداول الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، وفي حالة عدم وجود هذا النوع من المخدرات ضمن الاتفاقية، عليه الاستعانة بخبراء في تحديد نوع المخدر، وإلا فإن الحكم يعتبر باطلا.

ب. **كمية المخدر:** لم يشترط القانون حد أدنى لكمية المادة المخدرة، وعليه فإن الجريمة تقوم مهما كان حجم الكمية، وهذه الأخيرة لها أهمية بالغة للقاضي لأن على أساسها يكيف الجريمة هل هي استهلاك أم متاجرة.

ت. **ضبط المخدر:** يرى البعض أن ضبط المادة المخدرة ليس شرطا لازما لصحة الحكم بالإدانة بشرط أن يثبت القاضي أن الفعل المكون للجريمة قد انصب على المادة المخدرة.

1. الدكتور لحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري العام، المرجع السابق، ص56.

2. المادة 03 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش).

3. محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، المرجع السابق، ص29-33.

02. السلوك الإنساني

إن جريمة استهلاك المخدرات ليست من جرائم السلوك وتحقق النتيجة، بل هي من جرائم السلوك المجرد، لأن المشرع يكتفي فيها بمجرد تحقيق السلوك بغض النظر عن تحقق النتيجة، وهذا السلوك يتمثل في صورة من صور استهلاك المخدرات وهي كالتالي:

أ. حيازة المخدرات من أجل الاستهلاك

لقد ميز المشرع الجزائري في المادة 12 السالفة الذكر من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م.

ق.إ.ش) والمؤثرات العقلية بين جريمتين وهما استهلاك المخدرات أو المؤثرات العقلية وجريمة حيازتها.

● **العنصر المادي المكون لجنحة الاستهلاك:** ويتكون العنصر المادي لهذه الجنحة من محل الجريمة الذي ينصب على المادة المخدرة، وفعل الاستهلاك، حيث لم يشترط النص وسيلة أو طريقة معينة في الاستهلاك، كما لم يشترط أن يكون المستهلك مدمنا، بل يكفي الاستهلاك ولو لمرة واحدة لقيام العنصر المادي للجنحة¹.

● **العنصر المادي المكون لفعل الحيازة:** المقصود بحيازة المخدر هو وضع اليد على سبيل الملك والاختصاص ولا يشترط فيها الاستيلاء المادي، بل يعتبر الشخص حائزا ولون كان المحرز للمخدر شخصا آخر نائبا عنه بمعنى أنه لا يشترط اعتبار الشخص حائزا للمادة المخدرة أن يكون محرزا ماديا للمادة المضبوطة بل يكفي لاعتباره كذلك أن تكون سلطاته مبسوطة عليها ولو لم تكن في حيازته المادية².

ويشترط أن يكون الهدف منها هو الاستهلاك الشخصي وليس البيع أو غير ذلك من التصرفات، وتستنتج المحكمة عادة ذلك من مقدار وحجم المادة المخدرة ولها الرجوع إلى ظروف كل الواقعة وملايساتها.

1. الحسين بن شيخ أث ملويا، المخدرات والمؤثرات العقلية، دراسة قانونية تفسيرية، المرجع السابق، ص51.

2. نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، 2005 المرجع السابق، ص28.

ب. تسليم أو عرض المخدرات بهدف الاستعمال الشخصي

حسب المادة 13 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، تتكون هذه الجنحة من فعلين يكفي أحدهما لقيام الجريمة وهما التسليم أو العرض، وقد يكون التسليم يدا بيد أو بواسطة شخص ثالث، ولا تهم الكمية المسلمة، أما العرض فيتمثل في اقتراح التسليم أو عرضه عليه لتفحصه وهذا بغية تسليمه له بالجنان أو بمقابل، ويشترط أن يكون الشيء المسلم مخدر أو مؤثرا عقليا، وبطريقة غير مشروعة والهدف منه هو استعمال شخصي¹.

والملاحظ حسب الفقرة الثانية من المادة سالفة الذكر، هو أن المشرع ميز بين الجنح البسيطة والجنح المشددة، وهذه الأخيرة تكون إذا اقترنت بعنصرين وهما : صفة الشخص ومكان التسليم أو العرض، والشخص الجاني يجب أن تتوفر فيه أحد العناصر التالية:

- أن يكون قاصر أي لم يتجاوز التاسعة عشر من عمره.
 - أن يكون معوقا ولا تهم الإعاقة سواء كانت ذهنية أم بدنية.
 - أن يكون مدمن يعالج بسبب إدمانه في أحد المصحات.
- أما مكان التسليم أو العرض فاشترط المشرع أن تكون في إحدى الأماكن التالية:

- المراكز التعليمية أو التربوية أو التكوينية: ونقصد بها المدارس والجامعات، ومراكز التكوين.
- المراكز الصحية: مثل المستشفيات ومراكز الصحة.
- المراكز الاجتماعية: ونعني بها النوادي ودور الشباب ودور الشيخوخة.
- الهيئات العمومية: وهي الإدارات العمومية والمؤسسات التابعة للدولة.

والهدف من تشديد العقوبة هو حماية بعض الفئات من مخاطر المخدرات لأن الجانح هنا يستغل الحالة النفسية أو الجسدية للضحية، وكذا بالنسبة لسهولة ارتكاب الجريمة في بعض الأماكن عن غيرها، إذ غالبا ما يرتكبها العاملون بتلك الأماكن، وكذا عدم الشك في نواياهم، كما تمس الجريمة سمعة مؤسسات الدولة وتسبب في عدم ثقة الناس بهيئات الدولة².

1 . حسين بن شيخ أث ملويا، المخدرات والمؤثرات العقلية، دراسة قانونية تفسيرية، المرجع السابق، ص54.

2 . حسين بن شيخ أث ملويا، المخدرات والمؤثرات العقلية، دراسة قانونية تفسيرية، المرجع السابق، ص56.

ج. عرقلة و منع الأعوان المكلفين بمعاينة جرائم قانون المخدرات

حسب المادة 14 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، فإن السلوك المادي لهذا الفعل، ويتمثل في عرقلة القائم أحد الموظفين أو المستخدمين العموميين القائمين على تنفيذ أحكام قانون المخدرات بأي شكل من الأشكال على أن يكون ذلك أثناء تأدية وظيفته.

وبصفة عامة يمكن القول أن المنع أو العرقلة هو إيذاء يتخذ على القائم بالضبط ويجول بينه وبين أداء المهام الموكلة إليه على الوجه الإثم¹.

ويشترط لتطبيق هذه المادة ما يأتي:

- أن يكون الفعل الذي وقع على الجاني عليه قد أدى إلى عرقلة أو منع عمل الأعوان.
- أن يكون الجاني عليه من الموظفين القائمين على تنفيذ أحكام القانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، أما إذا لم يكن الجاني عليه من هؤلاء فتطبق عليه أحكام القانون العام وقانون العقوبات.

- أن يكون الفعل قد وقع أثناء تأدية الموظف أو المستخدم لعمله بتنفيذ أحكام قانون المخدرات، أما إذا وقع التعدي على الموظف أو القائم على تنفيذ القانون بعيدا عن عمله ولم تكن الجريمة قد تمت بسببها فلا تتحقق هذه الجريمة².

د. تسهيل الاستعمال الغير مشروع للمخدرات

حسب المادة 15 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، فقد تناول المشرع ثلاثة جنح، اثنان تتطلبان فعل ايجابي والثالثة تتحقق بالامتناع.

أ. جنحة التسهيل للغير الاستعمال غير المشروع للمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية، ولتحقيق العنصر المادي يجب أن تتحقق الوقائع التالية:

- أن يكون المسهل لهم أي غير حائزين على المخدرات أو المؤثرات العقلية ويستهلكونها.
- أن يكون استعمالهم للمخدرات أو المؤثرات العقلية غير مشروع.

1. نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، 2006، المرجع السابق، ص 31.

2. نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، 2005، المرجع السابق، ص 48.

• أن يوفر لهم الجانح، بالمقابل أو بالمجان أي وسيلة تسهل لهم ذلك الاستعمال.
والركن المعنوي لهذه الجريمة هو إرادة الجاني في توفير تلك الوسائل مع علمه بأنها سوف تستعمل لتسهيل استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية وأن الاستعمال غير مشروع.

ب. وضع مخدرات أو مؤثرات عقلية في مواد غذائية أو في مشروبات دون علم المستهلكين.

ويتمثل الركن المادي بتحقيق الفعل المنصوص عليه في الفقرة الثانية من المادة 15 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م.ق.إ.ش)، وذلك باستعمال وسائل الغش والخديعة مع الجني عليه بأن يخفي عنه حقيقة المادة المخدرة¹.

والركن المعنوي لهذه الجريمة يتمثل في القصد العمدي، وهو أن تتجه إرادة الجاني إلى وضع المواد المخدرة في الأطعمة والمشروبات وهو عالم بما وضعه وبالتالي فهي الجرائم العمدية والقصد منه تسميم الغير.

ج. جنحة السماح باستعمال المخدرات والمؤثرات العقلية داخل الفنادق وما شابهها. ويتكون العنصر المادي من صفة الجانح أي يكون مالك أو مسير أو مستغل بأي صفة كانت برخصة قانونية أو بدون رخصة لأي مكان مفتوح للجمهور، وأيضاً أن لا يمنع الغير من استعمال المخدرات ويكون هذا بواسطة السكوت عن هؤلاء عن طردهم من المحل أو من ملحقاته.

أما العنصر المعنوي فيتمثل في الموقف السلبي للجانح والذي يقبل استهلاك المخدرات واستعمالها داخل محله مع علمه بذلك، وكذا علمه بعدم مشروعية المخدر.

هـ. التصرف في العقاقير المخدرة لغير الغرض الشرعي

لقد نصت المادة 16 قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م.ق.إ.ش)، و تتميز هذه الجريمة عن غيرها من الجرائم السابقة في أنها لا تقع إلا من الأشخاص المرخص لهم قانوناً في الاتصال بالمواد المخدرة، و لا يسلم هذا الترخيص إلا إذا كان استعمال النباتات و المستحضرات موجهاً لأغراض طبية أو علمية.

1. المادة 15 الفقرة الثانية من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م.ق.إ.ش).

وطبقا للمادة 05 من نفس القانون فإن الترخيص المشار إليه أعلاه يسلم من طرف الوزير المكلف بالصحة و قد أحالت المادة إلى التنظيم لتحديد كفاءات منح الترخيص باستعمال المخدرات و المؤثرات العقلية لأغراض طبية أو علمية¹.

ولقد تناول المشرع ثلاثة جنح وهي:

أ. جنحة إعداد وصفة طبية على سبيل المحاباة تحتوي على مؤثرات عقلية: وحتى تقوم هذه الجنحة يجب أن يتوفر في العنصر المادي الشروط التالية:

● إعداد وصفة طبية باحتوائها على جميع البيانات الموجودة بالوصفة من اسم الطبيب وإمضائه وختم المؤسسة.

● أن تكون الوصفة صورية أو على سبيل المحاباة، فالمقصود بالصورية هو مخالفة الحقيقة فهو يعد الوصفة دون فحص الشخص المستفيد منها ولا معرفة المرض الذي يعاني منه، أما الوصفة على سبيل المحاباة فإنها غالبا ما تصدر عن طبيب مختص لكن بعد فحصه يتبين أنه لا يعاني من أي مرض ويعد مع ذلك الوصف.

● أن تحتوي الوصفة الطبية على مؤثرات عقلية .

أما العنصر المعنوي فعبر عنه المشرع في الفقرة الأولى من المادة 16 بعبارة " عن قصد " فنحن هنا بصدد خطأ عمدي.

ب. جنحة تسليم المؤثرات العقلية دون وصفة طبية أو بوصفة صورية أو على سبيل المحاباة :حتى تقوم هذه الجنحة يجب أن يتوفر في العنصر المادي شرطان وهما:

● تسليم المؤثرات العقلية: وهذه الجريمة خاصة بدوي الاختصاص من أطباء وصيادلة، ويجب أن يقع التسليم بأي وسيلة كانت وأن يكون الدواء المسلم من المؤثرات العقلية.

● أن يقع التسليم دون الاستظهار بوصفة طبية أو بوصفة صورية أو على سبيل المحاباة.

ج. جنحة محاولة الحصول على مؤثرات عقلية أو الحصول عليها قصد البيع بواسطة وصفات طبية صورية بناء على ما عرض عليه:

1. المرسوم 07-230 المؤرخ في 30 جويلية 2007 المنظم تحديد كفاءات التصرف في النباتات المحجوزة أو المصادرة في إطار الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية، وقمع الاستعمال والاتجار بها، الجريدة الرسمية ، العدد49 بتاريخ05 أوت 2007.

ويجب أن يتوفر في العنصر المادي الشروط التالية:

- حيازة وصفة طبية صورية ولا تهم طريقة الحصول على تلك الوصفة.
- محاولة الحصول على المؤثرات العقلية أو الحصول عليها بواسطة الوصفة الطبية الصورية.
- أن يكون القصد من المحاولة أو الحصول على المؤثرات العقلية هو بيعها.

والأشخاص الذين يخولهم القانون الاتصال بالمواد المخدرة لاستعمالها في أغراض معينة كثيرون منهم المرخص لهم بجلب وتصدير المواد المخدرة أو الاتجار فيها ومن يرخص لهم يصنع مستحضرات تدخل المخدرات في تركيبها والأطباء الذين تخصصهم المستشفيات والمصحات والمستوصفات التي ليس بها صيادلة¹.

والعنصر المعنوي في هذه الجناح هو جريمة عمدية بتوفر إرادة آثمة باستعمال الوصفة الطبية والغرض المرجو منها.

الفرع الثاني

التدابير المترتبة على مدمني المخدرات

ضلت العقوبة لأمد بعيد تمثل الصورة الأساسية للجزاء الجنائي متى ارتكبت جريمة مستوفية الأركان، إلى أن ظهرت صورة أخرى لرد الفعل الاجتماعي، أستكمل بها النظام القانوني الجنائي في الحالات التي لا تحقق فيها العقوبة منفردة الغرض النفعي لها، وهو إصلاح الجاني وتأهيله، وهذه الصورة الجديدة أطلق عليها التدبير الأمني².

ويعتبر جزاء جنائياً لأنه يقتص الحقوق ويقيد الحريات وهو خاضع لمبدأ الشرعية لأن تطبيقه يكون بناء على نص قانوني ولا يقرر إلا بحكم أو أمر قضائي ولا يطبق إلا على الشخص الذي تثبت إدمانه، فهو كالعقوبة في الضمانات الإجرائية التي يخضع لها المدمن ويختلف عنها في كون القاضي به لا يحدد مدته وإن كان حدد بدايته³.

1. لحسين بن شيخ أث ملويا، المخدرات والمؤثرات العقلية، دراسة قانونية تفسيرية، المرجع السابق، ص 60.

2. سامي عبد الكريم محمود، الجزاء الجنائي، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت لبنان، الطبعة الأولى، 2010، ص 09.

3. فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات، المرجع السابق، ص 133.

إن القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها في قد نص على اتخاذ تدابير علاجية في حق المدمن بدل العقوبة¹.

كما حدد المرسوم 07-229 الذي يحدد كيفية تطبيق المادة 06 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) هذا الإجراء من خلال المادة 02 و 03 في نوعين من التدابير وهما، الأمر بعلاج مزيل التسمم، وعدم المتابعة القضائية أو الإعفاء من العقوبة، وسوف نوجز هذه التدابير فيما يلي:

أولا. الأمر بعلاج مزيل التسمم

ما دام المدمن لا يمكنه ترك إدمانه، بسبب عوامل ذاتية أو خارجية عن إرادته، فإن القانون تكفل به بتدبير وقائي وفي نفس الوقت علاجي، وهذا التدبير هو الوضع القضائي في مؤسسة علاجية².

وقد عرفت المادة 22 من قانون العقوبات، الوضع القضائي في مؤسسة علاجية " هو وضع شخص مصاب بإدمان اعتيادي ناتج عن تعاطي مواد كحولية، أو مخدرات أو مؤثرات عقلية، تحت الملاحظة في مؤسسة مهياة لهذا الغرض، و ذلك بناء على أمر أو حكم أو قرار قضائي صادر من الجهة المحال إليها الشخص إذا بدا أن السلوك الإجرامي للمعني مرتبط بهذا الإدمان"³.

أما قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، فإنه لم يجعل العلاج محصورا في مؤسسة متخصصة بل يمكن أن يكون العلاج خارجيا تحت مراقبة طبية، فحسب نص المادة 11 من القانون " أنه إذا أمر قاضي التحقيق أو الجهة القضائية المختصة المتهم بإجراء مراقبة طبية أو الخضوع لعلاج مزيل للتسمم فإن تنفيذ هذه الإجراءات يتم مع مراعاة أحكام المواد 125 مكرر 01 فقرة 02 و 07 من (ق.إ.ج)، "

أما فيما يتعلق بمدمني المخدرات فإنه حسب المادة يخضع إلى التزامين وهما⁴:

1. المادة 250 من القانون رقم 85-05 المتعلق (ح.ص.ت).
2. منصور رحمان، الوجيز في القانون الجنائي العام، دار العلوم للنشر، (د.ط) 2006، ص 260.
3. قانون العقوبات 06-23 المؤرخ في 20 ديسمبر 2006، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 84 المؤرخة في 24 ديسمبر 2006، المعدل والمتمم بقانون العقوبات 66-156.
4. أنظر المادة 125 مكرر 01، (ق.إ.ج)، رقم 66-155 المؤرخ في 08 جوان 1966 المنشور بالجريدة الرسمية رقم 49 المؤرخة في 11 جوان 1966.

- عدم الذهاب إلى بعض الأماكن المحددة من طرف قاضي التحقيق .
- الخضوع إلى بعض إجراءات فحص علاجي لاسيما بغرض إزالة التسمم.

ثانيا. عدم المتابعة القضائية والإعفاء من العقوبة

حسب المادة 06 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) ذكرت ثلاثة حالات يستفيد

منها المدمن من عدم المتابعة القضائية وهي:

- الأشخاص الذين امتثلوا للعلاج الذي وصف لهم وتابعوه حتى النهاية.
- الأشخاص الذين يثبت أنهم خضعوا لعلاج مزيل التسمم.
- الأشخاص الذين ما يزالون في المتابعة الطبي.

والفقرة الأخيرة من نفس المادة نصت " يحدد كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم، وهذا ما جعل كيفية تطبيقها معلق إلى غاية صدور هذا التنظيم، وعد مرور ثلاثة سنوات ونصف صدر مرسوم يبين كيفية تطبيق هذه المادة¹.

حسب النص التنظيمي لهذا المرسوم نجد أن المشرع وسع من صلاحيات وكيل الجمهورية، فلا تقتصر في متابعة جرائم المخدرات فقط بل تشمل أيضا الأمر بالعلاج المدمنين، فقد أعطى النيابة العامة الحق في مباشرة العلاج الطبي للأشخاص الذين يثبت أنهم استعملوا المخدرات للتأكد من الإدمان، وحتى يتم العلاج يجب التنسيق بين الجهات القضائية والطبيب المأمور بالعلاج أو المشرف عليه من اجل وصول إلى نتائج إيجابية.

وتتجسد العلاقة التكاملية حسب ما جاء في المرسوم التنفيذي 07-229 في الإجراءات والخطوات على النحو التالي²:

01. إن تقرير مبدأ عدم ممارسة الدعوى العمومية يكون بناء على التقرير الطبي، كما يمكن لوكيل الجمهورية أن يأمر بإجراء فحص طبي من طرف طبيب مختص عن طريق إجراء خبرة طبية للتأكد من صحة البيانات الموجودة في التقرير.

¹ . المرسوم التنفيذي رقم 07-229 الصادر بتاريخ 200/0/30 الذي يحدد كيفية تطبيق المادة 06 من قانون 04-18، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 49 المؤرخة في 05 أوت 2007 .

2 . المادة 02-05 من المرسوم 07-229.

02. إذا تأكد وكيل الجمهورية من أن الشخص مدمن يأمر بمتابعة علاج مزيل للتسمم بالمؤسسة المتخصصة التي يحددها أما إذا تبين أن حالته لا تستدعي ذلك يأمر بوضعه تحت المتابعة الطبية للمدة الضرورية للفحص الطبي.

03. عندما يدخل المدمن المصححة، يجب التنسيق بين الطبيب المعالج والنيابة العامة من خلال تقديم شهادة طبية لوكيل الجمهورية تحدد بداية العلاج ومدة نهايته المحتملة ويقوم الطبيب بمراقبة سير مراحل العلاج المزيل للتسمم أو المتابعة الطبية، وتقديم تقريراً بانتظام حول الحالة الصحية للمعني إلى النيابة العامة.

وفي حالة انقطاع المعني عن العلاج أو فراره من المؤسسة الإستشفائية فإن مدير المؤسسة العلاجية أو الطبيب يعلم فوراً عنه لأن المتابعة الطبية تكون بانتظام وهو ملزم في نهاية العلاج على تقديم شهادة تثبت ذلك إلى وكيل الجمهورية المختص الذي يقرر عدم ممارسة الدعوى العمومية.

ولقد نصت المادة 32 من القانون 04-18 على أن تأمر الجهة القضائية المختصة في كل الحالات المنصوص عليها في المواد 12 و ما يليها من هذا القانون بمصادرة النباتات و المواد المحجوزة التي لم يتم إتلافها أو تسليمها إلى الهيئة المؤهلة قصد استعمالها بطريقة مشروعة، و تحدد كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم¹.

وتتم إجراءات المصادرة كما يلي:

بعد قيام الضبطية القضائية بحجز المخدرات تقوم بإعداد محضر بذلك ويسلم إلى وكيل الجمهورية الذي بدوره يحيله على القاضي المختص الذي يأمر باقتطاع عينات بكميات كافية من أجل إقامة الأدلة و معرفة المواد المحجوزة و توضع بعد ختمها تحت تصرف الجهة القضائية المختصة وقد يأمر القاضي المختص بإتلاف المخدرات أو المؤثرات العقلية المحجوزة مباشرة بعد اقتطاع العينات المنصوص عليها

1. صدر هذا التنظيم بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-230 مؤرخ في 30 يوليو 2007 يحدد كفاءات التصرف في النباتات و المواد المحجوزة أو المصادرة في إطار الوقاية من المخدرات و المؤثرات العقلية، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 49 المؤرخة في 05 أوت 2007.

بالمادة 03 أو يأمر بتسليم المخدرات أو المؤثرات العقلية التي يمكن استعمالها في الطب و الطب البيطري و الصيدلة إلى المؤسسات المختصة التي تمارس نشاطات طبية أو علمية ويجزر محضر بذلك¹.

والنباتات والمواد التي لم تتلف أو تسلم إلى مؤسسة مختصة، تتم مصادرتها بموجب حكم أو قرار صادر عن الجهة المختصة، و يتم إتلافها بعد صيرورة الحكم أو القرار نهائيا من لجنة يرأسها وكيل الجمهورية، ويجزر محضر بهذا الإجراء².

المطلب الثاني

المتابعة القضائية لمدمني المخدرات

ولقد حرص المشرع الجزائري على إيجاد التدابير الملائمة لمعالجة موضوع مدمني المخدرات، وتجسدت هذه الجهود في قانون المخدرات 04-18 الذي جاء بتعديلات جديدة فيما يخص المتابعة القضائية لمدمني المخدرات وتقديم المعالجة لهم بعيدا عن الطريقة العقابية السائدة إلى وقت قريب.

الفرع الأول

دور الضبطية القضائية في جريمة استهلاك المخدرات

إن الضبطية القضائية تهدف للبحث عن الجرائم والتحري عن مرتكبيها، ولهذا منح لهم القانون سلطات مباشرة هذه الصلاحيات تتميز في أغلبها بطابع الصرامة الذي يعتمد على أسلوب المكافحة والردع، غير أنه أسلوب الوقاية الذي أنتهجه المشرع الجزائري في مجال استهلاك المخدرات والإدمان عليها، يفرض على مصالح الضبطية القضائية أن تنظر إلى مدمني المخدرات من منظور البحث عن المريض الذي يوجب التكفل به ومعالجته وليس على المجرم في حد ذاته.

1. المادة 03-04 من المرسوم 07-230.

2. المادة 05-06 من المرسوم 07-230.

وحرصا من المشرع على حماية الحقوق والحريات الأفراد من جهة وحماية المجتمع من جهة ثانية، وذلك بوضع أحكام قانونية يلتزم بها كل طرف، وعليه فإن كل الأعمال والتحريات التي ينفذها ضباط الشرطة القضائية نجد لها سنداً قانونياً وهذا ما يعرف لدى الفقهاء بمبدأ شرعية الإجراءات الجنائية¹.

أولاً. الأشخاص المختصون بالبحث والتحري في جريمة استهلاك المخدرات

حسب نص المادة 36 من قانون 18/04 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) فإن المشرع قد خص ضباط الشرطة القضائية بمهمة البحث والمعاينة في هذه الجرائم كأصل عام على سبيل الحصر².

وزيادة على الضباط وأعوان الشرطة القضائية المنصوص عليهم في المادة 12 وما يليها من (ق.إ.ج)، ، فقد أجازت المادة 36 من القانون المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) للمهندسين الزراعيين وكذا لمفتشي الصيدلة المؤهلين قانوناً من وصايتهم تحت سلطة ضباط الشرطة القضائية البحث عن جرائم المخدرات والمؤثرات العقلية ومعاينتها.

01. ضباط الشرطة القضائية

وعددتهم سبعة حسب نص عليهم المادة 15 من (ق.إ.ج)، ، ويمكن تصنيفهم في ثلاثة فئات وهي:

أ. الفئة الأولى: وهي التي تتمتع بصفة ضابط شرطة قضائية بحكم القانون وهم رؤساء المجالس الشعبية البلدية، وضباط الدرك الوطني و محافظو الشرطة وضباط الشرطة.

ب. الفئة الثانية: وهذه الفئة حتى يكون لها صفة ضابط شرطة قضائية يجب تعيينها بقرار مشترك من وزير الدفاع الوطني ووزير العدل، وهم الضباط و ضباط الصف التابعون لمصالح الأمن العسكري.

ج. الفئة الثالثة: ويشترط في هذه الفئة حتى تتمتع بصفة ضبطية قضائية يجب اجتياز امتحان وموافقة لجنة خاصة وتعيينهم بقرار مشترك إما من وزير الدفاع الوطني أو وزير العدل بالنسبة لدوي الرتب في الدرك

1 . أحمد غاي، الوجيز في تنظيم ومهام الشرطة القضائية، دار هومة للطباعة والنشر، الجزائر، الطبعة الخامسة، ص35.

2 . المادة 36 من قانون 18/04 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) .

والذين قضوا في الخدمة ثلاثة سنوات على الأقل، وإما من وزير الداخلية والجماعات المحلية ووزير العدل بالنسبة لمفتشي الأمن الوطني الذين لهم أقدميه ثلاثة سنوات على الأقل¹.

02. المهندسين الزراعيين و مفتشو الصيدلة

لقد أجاز القانون لهذه الفئة مهمة البحث عن جرائم المخدرات، نظرا لكون هؤلاء الأشخاص مؤهلون من الناحية العملية والعلمية و ذلك بحكم تعاملهم مع المواد المخدرة والأشخاص المستهلكين لها، فيقومون بإمسك سجل خاص تدون به كل المعلومات عن المشتري والطبيب الذي وصف له والدواء المخدر، ومقدرا والكمية التي اشتراها².

ترسل المحاضر المحررة طبقا لأحكام هذا القانون من طرف الصيدلة المفتشين فور تحريرها إلى المدير المكلف بالصحة على مستوى الولاية المعنية، كلما سجل حادث من شأنه أن يؤدي إلى متابعات جزائية، يرسل المدير المكلف بالصحة في الولاية وجوبا ملف إلى وكيل الجمهورية المختص إقليميا و تبعث نسخة من هذا الإرسال مرفقة بالمحضر إلى السلطة السلمية مع إخطار الهيئة المختصة المكلفة بأخلاقيات المهنة³.

ويفهم من نص المادة 36 من القانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) من القانون أن الصيدلة المفتشين في ممارسة مهامهم في البحث والتحري بصفتهم ضباط الشرطة القضائية كجهة استثنائية ، وكونهم تابعين إلى وزارة الصحة من جهة أصيلة فإن هذه الفئة لا تتعامل مباشرة مع وكيل الجمهورية بل يتعين عليها إرسال محاضر التفتيش إلى المدير المكلف بالصحة على مستوى الولاية والذي يحيلها بدوره إلى وكيل الجمهورية.

1. محمد حزيط، مذكرات في قانون الإجراءات الجزائية الجزائري، دار هومة ، الجزائر، الطبعة الخامسة، 2010، ص49.

2. المادة 36 من قانون 18/04 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش).

3. المادة 194 من قانون رقم 98-09 المؤرخ في 19 أوت 1998 المتعلق (ح.ص.ت)، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 61 المؤرخة في 23 أوت 1998، المعدل والمتمم للقانون 85-05.

ثانيا. إجراءات الضبط القضائي

وحسب المادة 17 من (ق.إ.ج) " يباشر ضباط الشرطة القضائية السلطات الموضحة في المادتين 12 و 13 ويتلقون الشكاوى و البلاغات و يقومون بجمع الاستدلالات و إجراء التحقيقات الابتدائية"¹. والقبض على المشتبه به في جرائم المخدرات قد يكون نتيجة لدورة عادية للضبطية القضائية أثناء تأديتهم للمهام الخاصة بهم ليقوموا بتحرير محضر بهذا الإجراء، ومنه ليقتراد المتهم إلى وكيل الجمهورية من أجل اتخاذ الأمر المناسب، إما إحالة المتهم إلى التحقي، أو يحدد له جلسة للمحاكمة على أن لا تتجاوز ثمانية أيام، وإما إحالة المتهم على التحقيق عن طريق طلب افتتاحي لإجراء تحقيق أما إذا كان المتهم قاصرا فإنه يحال على قاضي الأحداث المختص².

ويجوز لضباط الشرطة القضائية إذا دعت الضرورة للكشف عن جرائم المخدرات، أن يوقفوا تحت النظر أي شخص مشتبه فيه لمدة لا تتجاوز 48 ساعة، بعد إخطار وكيل الجمهورية وقبل انقضاء هذا الأجل يجب تقديم الشخص الموقوف أمام وكيل الجمهورية، وبعد أن يقوم باستجواب الشخص المقدم له يجوز له بإذن كتابي أن يمدد حجزه إلى مدة لا تتجاوز ثلاث مرات المدة الأصلية بعد فحص ملف التحقيق³.

ثالثا. اختصاصات الضبطية

اختصاصات الضبطية القضائية تعدد وتتنوع حسب السلطات التي حولها لهم القانون، ويقصد باختصاص عناصر الضبطية القضائية، تلك الصلاحيات التي حولها القانون لجهاز الضبط القضائي من أجل مباشرة إجراءات البحث عن الجرائم وضبطها بالتقصي عن المجرمين وجمع الأدلة و المعلومات التي

1 . المادة 17 من ق.إ.ج، المعدل والمتمم بالقانون 01-08، المؤرخ في 26 جوان 2001، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 34 المؤرخة

في 27 جوان 2001.

2 . المادة 59 الفقرة 03 ق.إ.ج، المعدل والمتمم بالقانون 04-14، المؤرخ في 10 نوفمبر 2004، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 71

المؤرخة في 10 نوفمبر 2004.

3 . المادة 37 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش).

يستعان بها في التحقيق والدعوى ثم تحرير المحضر لإثبات ما قاموا به من أعمال، إلا أن هذه الصلاحيات مقيدة في إطار حماية الحقوق والحريات¹.

01. حالة التلبس

عرفت الجريمة بصفة عامة على أنها فعل غير مشروع صادر عن إرادة آثمة يقرر له القانون عقوبة أو تدبير احترازي، وكل مشاهدة من طرف الضابط الشرطة القضائية، أو معاينة آثارها بشكل رئيسي، يطلق عليه مصطلح الجريمة المتلبس بها، وقد ذكر (ق.إ.ج) خمس حالات للتلبس على سبيل الحصر لا يجوز القياس عليها².

تقوم حالة التلبس بالنسبة لجريمة استهلاك المخدرات حسب نص المادة 41 الفقرة الثانية من (ق.إ.ج) بعبارة "....أو وجدت آثار أو دلائل تدعو إلى افتراض مساهمته في الجناية أو الجنحة...."³.

أ. شروط حالة التلبس

● الشرط الأول. أن يكون التلبس سابقا على إجراءات التحقيق
إن هذا الشرط يتطلب أولا إثبات حالة التلبس وان يكون اكتشاف التلبس سابقا لإجراءات التحقيق، إذن معنى ذلك لا يكون التلبس منتجا لآثاره القانونية إلا إذا كان سابقا من حيث الزمن عن إجراءات التحقيق المخولة لضابط الشرطة استثناء في أحوال التلبس، إلا إذا كانت بحوزته مخدرا في جيبه فيقبض عليه فإن ذلك يعتبر من إجراءات التحقيق لا يكون صحيحا قانونيا، وبالتالي لو ترتب على ذلك القبض حالة من حالات التلبس كأن خرج المقبوض عليه ما في جيبه من المخدر ويلقى به على الأرض ليتخلص منه، فيشاهد ضابط الشرطة القضائية ذلك فيلتقطها معتبرا مشاهدته لها هي حالة من حالات التلبس الحقيقي فيعتبر دليلا مستمد من الإجراءات باطلا لأن حالة التلبس وقعت لاحقا للقبض وليس سابقا عليه⁴.

1. نصر الدين هونوي، دارين يقده، الضبطية القضائية في القانون الجزائري، دار هومة للطباعة والنشر، الجزائر، (د.ط)، 2009، ص 47.

2. درين بوعلام جريمة التلبس في التشريع الجزائري، مذكرة ماجستير قانون الدولي العام، جامعة مولود معمري، 2013، ص 06..

3. المادة 41 ق.إ.ج. 06-155، المرجع السابق.

4. إسحاق إبراهيم منصور، المبادئ الأساسية في (ق.إ.ج)، جزائري، ديوان المطبوعات الجزائرية، (د.ط)، 1982، ص 84.

● الشرط الثاني: أن يكون قد اكتشف الجريمة بنفسه أو على الأقل قد تحققت منها فإذا تلقى نبأ التلبس ولم يشاهدها بنفسه أو لم يحضر بفترة وجيزة فان التلبس يعتبر باطلا.

● الشرط الثالث: أن يكتشف بطريق مشروع

كأن يصادف وقوع جريمة أمامه أو يلتجأ إلى حيلة مشروعة كسواء مخدر من شخص وصل إلى عمله متاجرته في المخدرات أو يكتشفها أثناء قيامه بإجراء صحيح للتفتيش مثل تفتيش منزل بسبب جريمة تزوير بأمر من قاضي التحقيق فيعثر في درج المكتب على المخدر.

أما إذا اكتشف التلبس أثناء مباشر إجراء غير صحيح مثل تفتيش منزل في غير الأوقات القانونية فيضبط متلبسا بتعاطي المخدرات فهنا لا تقوم حالة التلبس¹.

02. التفتيش: هو من إجراءات التحقيق الابتدائي المخولة لقضاة التحقيق كأصل العام ولضباط الشرطة القضائية استثناء وهذا إذا كانت الجريمة تشكل حالة من الحالات التلبس، وهذا الإجراء يشمل تفتيش الأشخاص وتفتيش المساكن من أجل البحث عن دليل يدين المشتبه به².

أ. **تفتيش الأشخاص:** إذا نظرنا إلى (ق.إ.ج)، لا نجد نصا صريحا يعطي سلطة تفتيش الأشخاص لضباط الشرطة القضائية، لأن التفتيش إجراء جوهري من إجراءات التحقيق يجب أن يقوم به شخص أو هيئة مخولة قانونيا إلا انه يستفاد ضمنا صلاحية تفتيش الأشخاص.

وبالنسبة بالأنثى فإنه لا يجوز تفتيشها إلا بأنثى وإلا تعرض هذا الإجراء للبطلان، إضافة إلى ذلك أن ضباط الشرطة القضائية يسأل لارتكاب هتك عرض وهو مس جسم المرأة في مواضع الأنوثة³.

ب. **تفتيش المساكن:** إن البحث عن الدلائل والآثار المادية للجريمة لا يقتصر على التفتيش الجسدي للمشتبه به، بل يمتد ليشمل مسكنه وهو ما يعرف بتفتيش المساكن ونظر لأهمية هذا الإجراء وخطره على حرمة المساكن الذي يعتبر حق دستوري⁴.

1. محمد خريط، مذكرات في (ق.إ.ج)، الجزائري، المرجع السابق، ص64.

2. نصر الدين هوني، دارين يقدح، المرجع السابق، ص73.

3. بارش سليمان، شرح قانون الإجراءات الجزائية الجزائري، الجزء الأول، دار هومة، عين مليلة، (د.ط)، 2007، ص123.

4. المادة 38 من التعديل الدستوري لسنة 1996، الصادر بالمرسوم الرئاسي رقم 96-438، المؤرخ في 07 ديسمبر 1996، المنشور

وقد أجاز القانون لضباط الشرطة القضائية تفتيش منزل المشتبه وفقا للمادة 45 من (ق.إ.ج)، إذا اشتبه انه يجوز أشياء تتعلق بالجريمة أو بناء على تصريح مكتوب من المشتبه به ولكي يكون صحيحا يجب توفر الشروط التالية:

- شروط تتعلق بالمكان: وهو مسكن الشخص المشتبه به في ارتكاب جناية أو جنحة أو يشتبه حيازته أشياء تتعلق بالجريمة.
- شروط تتعلق بالزمان: القاعدة العامة لا يجوز تفتيش المكان قبل 5 صباحا ولا بعد 8 مساء، المادة 47 من (ق.إ.ج)، ولكن لهذه القاعدة استثناءات وهي :
 - عند طلب صاحب المسكن، المادة 47 (ق.إ.ج)، .
 - وجود نداء استغاثة من المسكن مثل حالة الحريق أو الزلزال.
 - في جرائم المخدرات.
- شرط شكلي وهو استظهار إذن التفتيش قبل الشروع في التفتيش لصاحب المسكن وحضوره أو من يمثله إذا كان غائبا، وفي حالة عدم وجوده يستدعى شاهدين، وإذا أخلا بأحد الشروط سالفة الذكر فهذا الأمر يجعل عملية التفتيش انتهاك حرمة منزل وهي جريمة عاقب عليها القانون¹.

03. التوقيف للنظر

نظرا لخطورة هذا الإجراء، فقد خص به القانون ضباط الشرطة القضائية دون غيرهم من العناصر الضبطية القضائية، وهذا الإجراء يستمد مشروعيته من الدستور² 1996.

وعلى الرغم من أن هذا الجراء مقيد للحرية، ولكن توجد له مبرراته باعتباره وسيلة إجرائية تمكن لضباط الشرطة القضائية من الوصول إلى الحقيقة.

وإن المشرع في التعديل الجديد قد زاد من الضمانات الخاصة بالأشخاص المشتبه بهم وذلك بان أزم ضباط الشرطة القضائية بتبرير اللجوء إلى هذا الإجراء، وكذا إبلاغ المعني به وإلا تعرض هذا الإجراء للبطلان¹.

في الجريدة الرسمية رقم 76 بتاريخ 08 ديسمبر 1996

1. احمد غاي، الوجيز في تنظيم ومهام الشرطة القضائية، المرجع السابق، ص42.

2. المادة 47-48 من دستور 1996، المؤرخ في 26 نوفمبر 1996، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 76 المؤرخ في 08 ديسمبر 1996

بالإضافة إلى أن المشرع حيث حصر أماكن التوقيف تحت النظر بتلك التي علمت بها النيابة العامة مسبقاً، بعدما كانت في أي مكان شريطة أن يكون لائق بكرامة الإنسان ومخصص لذلك ، ويجب أن تبلغ أماكن التوقيف لوكيل الجمهورية الذي يمكن أن يزورها في أي وقت².

وعادة لا تستدعي جريمة استهلاك المخدرات هذا الإجراء لأنها اقل خطورة من جرائم المخدرات الأخرى، لكن قد يلجا إليه للكشف عن عصابة تتاجر في المخدرات أو خوفاً من ضياع الأدلة أو كانت حياة المستهلك في خطر³.

رابعا. معايير التعامل مع مدمني المخدرات في مرحلة البحث والتحري

إن التحريات الأولية في مجال إدمان المخدرات تختلف عن التحريات في القانون بصفة عامة لأن مستهلك المخدرات هو ضحية ومذنب في نفس الوقت، ففي حالة اختيار العلاج طوعية فتكون هنا المتابعة غير مستصاغة⁴.

ولذلك عادة ما يلتجأ ضباط الشرطة القضائية إلى عدة مصالح في التحري عن مدمي المخدرات و التنسيق معها ومن هذه المصالح:

01. المصالح الاستشفائية: وذلك من اجل الكشف عن حال المشتبه فيه وتجميع الوثائق الطبية وإرفاقها بملف الإجراءات الأولية ليقدم إلى النيابة العامة .

02. مصالح الحماية الاجتماعية: ويتمثل دورها في التنسيق مع وزارة الصحة ومصالح الاجتماعية والصيديات، والمتابعة الدورية قصد الحد من ظاهرة إدمان المخدرات و رسم سياسة وطنية وقائية⁵.

1 . الفقرة الأولى من المادة 51 من الأمر رقم 15-02 المؤرخ في 23 جويلية 2015 المنشور بالجريدة الرسمية رقم 40 المؤرخة في 23

جويلية 2015، المعدل والمتمم لقانون الإجراءات الجزائية رقم 66-155.

2 . الفقرة 04 و 05 من المادة 25 من الأمر 15-02 المتعلق (ق.إ.ج).

³ بن عبيد سهام، جريمة استهلاك المخدرات بين العلاج والعقاب، مذكرة ماجستير في العلوم الجنائية، جامعة باتنة 2013، ص83.

⁴ منصور رحمان، علم الإجرام والعقاب و السياسة الجنائية، دار العلوم للنشر، عنابة، (د.ط) 2006، ص282.

⁵ نور الدين بوزاري، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والوقاية منها، العدد 00، المرجع السابق، ص15.

الفرع الثاني

دور وكيل الجمهورية وقاضي التحقيق في المتابعة

إن النيابة العامة في مرحلة التحريات الأولية و التي هي أول مراحل المتابعة تمثل النائب العام، إلا أنه بمفرده لا يستطيع تمثيلها لدى كل المحاكم التابعة للمجلس القضائي، وعليه فإن وكيل الجمهورية هو المكلف بتمثيله لدى المحاكم، ومن خلال هذا الفرع سنتعرف على دور وكيل الجمهورية في متابعة مدمني المخدرات.

أولاً. دور وكيل الجمهورية في اتخاذ تدابير العلاج

عندما ينتهي ضباط الشرطة القضائية من انجاز محاضر جمع الاستدلال فإنها تقدم إلى وكيل الجمهورية طبقاً للمادة 18 من (ق.إ.ج)، ، ويقرر هذا الأخير ما يتخذه في شأنها ، إما حفظ الملف أو إحالته إلى المحاكمة¹.

وهذا الجراء يختلف بالنسبة لمدمني المخدرات عن غيرهم، فبعد نهاية التحريات الأولية يتمثل دور وكيل الجمهورية في ما يلي:

01. إخضاع المدمن لعلاج مزيل التسمم

حسب قانون المخدرات والمرسوم المتعلق به فان إخضاع المدمن للعلاج يمر بالمراحل التالية²:

أ. إجراء خبرة طبية

حسب المادة 03 من المرسوم 07-229 المتعلق بتطبيق المادة 06 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، يمكن لوكيل الجمهورية بأن يأمر بإجراء خبرة طبية إذا رأى من الملف أن احتمال الإدمان وارد لدى الشخص المشبه فيه.

¹ بارش سليمان، شرح (ق.إ.ج)، الجزائري، المرجع السابق، ص 139.

² المادة 02-03 من المرسوم 07-229 المتعلق بتطبيق أحكام المادة 06 من قانون 04-18(ق.و.م. ق.إ.ش).

ب. الأمر بمتابعة العلاج مزيل التسمم بمؤسسة متخصصة

إن هذا الأمر يكون بعد إجراء الفحص الطبي الأول وبواسطة هذه الخبرة تتوضح الصورة لوكيل الجمهورية.

ج. الأمر بوضع المدمن تحت المتابعة الطبية

ويستشف هذا الإجراء من نص المادة 03 الفقرة الأخيرة من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، حيث إذا رأى وكيل الجمهورية من الخبرة أن الحالة لا تستدعى علاج وإنما تستدعى متابعة لان الشخص لم يدخل بعد في الإدمان فانه يأمر بهذا الإجراء .

02. عدم ممارسة الدعوى العمومية (حفظ الأوراق)

حسب المادة 06 من القانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) و المادة 02 من المرسوم 229-07 فان المشرع الجزائري يميز بين حالتين في عدم ممارسة الدعوى العمومية وهما:

أ. الخضوع للعلاج طواعية

إذا ثبت أن مستهلك المخدرات قد خضع للعلاج مزيل التسمم أو المتابعة الطبية فإن وكيل الجمهورية يقرر عدم ممارسة الدعوى العمومية بناء على التقرير الطبي كما أنه يأمر بإجراء خبرة طبية ثانية للتأكد من حالة الإدمان، وعلى قاضى التحقيق الفصل فيه بأمر مسبب في أجل خمسة أيام، وفي حالة رفض الطلب جاز لوكيل الجمهورية استئنافه في 03 أيام من تاريخ صدوره، وإذا لم يبت قاضى التحقيق في طلبه خلال 5 أيام، يمكن لوكيل الجمهورية إخطار غرفة الاتهام خلال 10، ويتعين عليها البث فيه خلال 30 يوم وقرارها غير قابل للطعن¹.

وإن المشرع الجزائري عندما أعطى لوكيل الجمهورية الحق إعادة إجراء الفحص الطبي قد وسع له من صلاحياته وذلك حتى يتمكن من التأكد بصحة الوثائق المقدمة له.

¹ محمد حزيط، مذكرات في (ق.إ.ج)، الجزائرية، المرجع السابق، ص 131.

ب. الخضوع الإجباري للعلاج

هذه الحالة تحدث في حالة أن المدمن لم يتقدم للعلاج طواعية، فعلى وكيل الجمهورية أن يأمر بإخضاعه للعلاج أو المتابعة الطبية وعند نهاية العلاج يأمر بعدم ممارسة الدعوى العمومية وهذا حسب نص المادة 06 من المرسوم 07/229 المتعلق بتطبيق أحكام المادة 06 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش).

ثانيا. دور قاضي التحقيق في متابعة مدمني المخدرات

إن التحريات الأولية من طرف الشرطة القضائية لا تشكل دليلا قاطعا في الإدانة، لأنها قد لا تكون كافية لتقديم المشتبه فيه للمحاكمة، لذلك يتوجب الأمر إخضاع الوقائع المسندة للمشتبه فيه إلى جهة تحقيق حيادية مهمتها إقامة التوازن بين المتهم وجهة الاتهام، وهذه الجهة تتمثل في قاض التحقيق وتنص المادة 68 الفقرة الأولى من (ق.إ.ج)، " يقوم قاضي التحقيق وفقا للقانون، باتخاذ جميع إجراءات التحقيق التي يراها ضرورية للكشف عن الحقيقة، بالتحري عن أدلة الاتهام و أدلة النفي"¹.

وفي مجال معاملة مدمني المخدرات يقوم بالإجراءات التالية:

01. أمر الإخضاع المدمن للعلاج

حسب المادة 07 الفقرة الأولى من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، يمكن أن يأمر قاضي التحقيق أو قاض الأحداث بإخضاع الأشخاص المتهمين بارتكاب جنحة منصوص عليها في المادة 12 أدناه لعلاج التسمم تصاحب جميع تدابير المراقبة الطبية وإعادة التكييف الملائم لحالتهم إذا ثبت بواسطة خبرة طبية أن حالتهم تستوجب علاجا طبيا.

وحسب المادة 11 من نفس القانون فإنه إذا أمر قاض التحقيق بهذا الإجراء فهو مقيد بنص المادة 07 المذكور أعلاه ونص المادة 09 من قانون 04-18، وكذا أحكام المادة 29 مكرر 01 من (ق.إ.ج).

1 . المادة 68 من ق.إ.ج، المعدل والمنتم بالقانون 01-08.

02. البحث حول شخصية وسلوك المدمن

حسب المادة 68 من (ق.إ.ج)، يستطيع قاض التحقيق أن يجري بحث حول المتهم وهذا البحث يساعد في التحقيق من جهة، وكذا يساعد جهات الحكم، لأنه يكشف بعض الحقائق عن جوانب حياة والظروف المدمن التي أدت به إلى الإدمان وذلك لتسهيل العلاج.

الفرع الثالث

تعامل قاضي الحكم مع مدمني المخدرات

تعتبر هذه المرحلة الأخيرة من مراحل الدعوة العمومية والتي من خلالها يتحدد موقف المتهم من التهم المنسوبة إليه إما بالبراءة أو الإدانة، ووجهات الحكم مقيدة بقواعد وإجراءات حسب المحاكمة¹. وحسب المادة 08 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) يمكن لقاضي الحكم اتخاذ إجراءات:

أولاً. تحقيق أمر قاض التحقيق أو قاض الأحداث

قد يجيل قاض التحقيق المتهم أمام المحكمة قبل انتهاء العلاج، فيجوز لقاضي الحكم إلزام المتهم بالاستمرار في العلاج وعلى المتهم الالتزام بجميع أوامر قاض التحقيق قبل إحالته إلى قاضي الحكم.

ثانياً. تمديد آثار أمر قاض التحقيق أو قاض الأحداث

وقد يكون أمر الإحالة إلى المحكمة بعد انتهاء مدة العلاج، ويرى قاض الحكم أن المتهم يحتاج إلى مدة إضافية فيقرر تمديد المدة ويمكن له إضافة على ذلك يأمر بتدابير مصاحبة للعلاج لم يشملها أمر قاض التحقيق².

والملاحظ أن قاض الحكم لا يمكنه إخضاع المدمن للعلاج إذا اتصل بالقضية بموجب إجراءات التلبس أو الاستدعاء المباشر، وليس أمامه إلا النطق بالحكم المنصوص عليه في المادة 12 من القانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، ولذلك فهو مقيد بأمر الإحالة من قاض التحقيق أو الأحداث الذي هو قاض

¹ محمد حزيط، مذكرات في (ق.إ.ج)، الجزائرية، المرجع السابق، ص193.

² نور الدين بوزارقي، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و الوقاية منها، العدد 00، المرجع السابق، ص 19.

الحكم وقاض تنفيذ العقوبة بعد الحكم بالإدانة في نفس الوقت ، الذي له مرونة أكثر في إجراء أمر الخضوع للعلاج.

ثالثا. تطبيق خيار العقوبة

قد يكون قاضي الحكم أمام مستهلك مخدرات أو مدمن أو حدث، وكل حالة تختلف عن الأخرى وفي ما يلي نبين ذلك:

01. المستهلك العرض: هو الشخص الذي ضبط يستهلك المخدرات دون أن يثبت إدمانه عليها، ويتم ذلك بإجراء خبرة طبية للتأكد من الإدمان وعدمه.

02. المستهلك المدمن: هو الشخص الذي ثبت إدمانه ولم يصدر لمصلحته أمر بالعلاج أو صدر وامتنع عن التنفيذ أو توقف بعد الاستمرارية، فهو بذلك معرض للعقوبة حسب المادة 444 (ق.إ.ج)، والمادة 49 من قانون العقوبات

03. بالنسبة للحدث: فإنه لا يجوز أن تنفذ في شأنه إلا التدابير التربوية مثل تسليمه للعائلة أو وضعه في مؤسسة طبية أو مؤسسة صالحة لإيواء الإحداث الجانحين.

وبعد ما تعرضنا لمختلف التدابير الوقائية والإجرائية المتخذة للحد من إدمان المخدرات يمكن تلخيص أهم النتائج في العناصر التالية :

01. على الرغم من الجهود الدولية في مجال مكافحة المخدرات مند عصبة الأمم المتحدة سنة 1925، إلا أن الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961 تعتبر أول اتفاقية دولية تعرضت لموضوع مدمني المخدرات من خلال المادة 38.

02. إن الجهود الوطنية مجال الحد من إدمان المخدرات اعتمدت على ثلاثة مستويات في الوقاية قيل الإدمان وأثناءه وبعد الإدمان، و قد ركزت على الجانب الوقائي حيث وجسد ذلك في المعالجة والتي تجسدت في الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها الذي يقوم بجهود في هذا المجال منها إستراتيجية وقائية الأولى والثانية وكذا المخطط التوجيهي إلى غير ذلك من الأعمال في هذا الشأن.

03. قد تفتن المشرع الجزائري للمخدرات المصنعة المشروعة وخطرها وذلك من خلال المادة 36 من القانون المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، فقد بالإضافة إلى فئة ضباط الشرطة القضائية في متابعة مدمني

المخدرات في مرحلة البحث والتحري، فئة المهندسين الزراعيين وكذا لمفتشي الصيدلة المؤهلين قانونا لكونهم الفئة الأكثر معاملة لمدمني المخدرات.

04. من الناحية الإجرائية نجد أن المشرع الجزائري قد شجع مدمني المخدرات على المثول للعلاج وذلك بنصه على الإعفاء من العقوبة إذا امتثل المدمن للعلاج وتابعه حتى النهاية وهذا الإجراء خاص بالمدمن لا يستفيد منه الشريك .

خاتمة

الخاتمة

من خلال دراسة موضوع إدمان المخدرات تبين لنا أنه موضوع ذو أهمية بالغة ولا يجب الاستهانة به، فهو تشهد تطور مستمر من قبل عصابات الإجرام بغية الإفلات من الرقابة لإدخال هذه السموم إلى البلاد، وتختلف المخدرات في درجة تأثيرها باختلاف أنواعها، وخطورتها تكمن في كونها تستهدف الأفراد بالدرجة الأولى و كذا المجتمع لوجود علاقة تكاملية بينهما.

وتعتبر ظاهرة الإدمان على المخدرات من أخطر الظواهر التي يتعرض لها المجتمع الجزائري، وتشهد توسع مخيف على الساحة الوطنية، خاصة في الأوساط الشبابية ومما يزيد خطورة الوضع هو الإقبال المتزايد على المؤثرات العقلية بين كل الجنسين ذكورا وإناثا، متعلمين وغير متعلمين أغنياء وفقراء، كما أنه لم تسلم منه حتى المؤسسات والمدارس والجامعات.

إن خصوصية الإدمان تجعل من المدمن إنسان ضعيف اجتماعيا و مسلوب الإرادة، مسير من طرف مروجوا المخدرات وعصابات الإجرام ومستغل في تنفيذ أهدافها الإجرامية، فبالرغم من توفر الرغبة لديه في الإقلاع عن المخدرات إلا أنه لا يستطيع، وذلك بسبب تأثير الإدمان .

فالمدمن هو شخص مريض مرضه مرتبط بالمخدر، وارتكابه للجريمة ما هو إلا بدافع الحصول على المخدرات لتلبية حاجياته ورغباته النفسية والعضوية، ومهما تكن دوافع المدمن نحو الإجرام ذاتية أم عوامل خارجية عن إرادته فإن التعامل معه يكون على أساس أنه مريض يحتاج إلى علاج وليس كمجرم جزائه العقاب ويجب التركيز على الدافع من وراء الجريمة والجهة المسؤولة عن ذلك.

وإن المدمن لن يشفى من الإدمان ما لم يعترف بقر بأنه مريض يحتاج إلى علاج، و إن كان اعترافه قد يتسبب له بالمشاكل والنظرة المزرية من قبل المجتمع، هذا الأمر يدفعه إلى السخط والانتقام، ورغم أن المشرع الجزائري من خلال المادة 06 من قانون 18/04 المتعلق(ق.و.م. ق.إ.ش)، لا يعامله كمجرم ويكتفي بإجباره على العلاج إلا أن هذا يحتاج إلى تفعيل في أوساط المجتمع، وهذا ما قام الديوان الوطني بانتهاجه من خلال إستراتيجية وطنية يشارك فيها المجتمع المدني هدفها توعية هذا الأخير بأخطار إدمان المخدرات وكذا تكوين إطارات الحركة الجمعوية التي أسندت لها مهمة الوقاية والتحسيس في المجتمع.

وفي هذا المجال فإن المشرع الجزائري قام بإصلاح المنظومة القانونية، وخاصة في مجال إدمان المخدرات حتى يواكب التطورات الدولية، ويستخلص هذا من خلال قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، الذي جاء بإجراءات جديدة ومكملة لقانون 85-05 المتعلق (ح.ص.ت)، منها إجبار المدمن أو متعاطي المخدرات أو المؤثرات العقلية على العلاج من الإدمان وفق ما جاء في 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) وهو إجراء بديل عن القمع على اعتبار أنه لا تحرك الدعوى العمومية في حالة ما إذا الشخص المدمن أو المستهلك للمخدرات امثل للعلاج الطبي وتابعه إلى غاية الانتهاء منه كما يمكن له الاستفادة من الإعفاء من العقوبة أثناء المحاكمة.

كما أنه قام بإنشاء 185 خلية استماع على مستويات مديرات الأمن الوطني على مستوى الوطني، وبناء على توصيات رئيس الجمهورية سيتم لإنشاء 53 مركز لعلاج المدمنين و15 مركز لإزالة التسمم¹.

وإن باتخاذها هذه الإجراءات فإن الدولة تعبر عن إرادتها للحد من تنامي هذه الظاهرة التي غزت المجتمع الجزائري، وهذه التدابير تدعو إلى كثير من التفاؤل لمستقبل.

وكخلاصة لما تناولناه في هذه الرسالة من عرض وتحليل لعناصر ظاهرة إدمان المخدرات فإننا نطرح بعض النتائج والملاحظات والتي قد تساعد في تحقيق الأهداف المرجوة التي نأمل تحقيقها في هذا المجال وأهمها:

- أحسن ما فعل المشرع في قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش)، حين ميز بين المستهلك والتاجر والمنتج وذلك بالنظر للعقوبة المقررة لكل فئة.
 - إن تركيز المشرع الجزائري على الجانب الوقائي والعلاجي بدل الجانب القمعي من شأنه أن يضمن فعالية في التصدي لظاهرة إدمان المخدرات، لا سيما أن الأسلوب القمعي في التعامل مع مدمني المخدرات الذي أثبت انه لم يعد ذا جدوى سواء على المستوى الدولي والوطني.
 - للقطاع الخاص دور فعال في تطوير وتحسين القطاع العام فيما يخص التعامل مع مدمني المخدرات وذلك بسبب المنافسة.
 - إن المادة 08 من قانون 04-18 المتعلق (ق.و.م. ق.إ.ش) قد قيدت قضاة الحكم بأمر الإحالة الصادر عن قاضي التحقيق باعتبار أن أغلب قضايا استهلاك المخدرات تحال على المحاكم بموجب إجراءات التلبس أو الاستدعاء المباشر.
 - إن الديوان الوطني باعتباره الهيئة الوطنية الأولى المسؤولة عن الإستراتيجية الوطنية للوقاية من المخدرات يقوم بجهود كبيرة في هذا المجال على الرغم من قلة الوسائل والإمكانيات المتاحة لديه.
 - تراخي القضاة في إصدار الأمر بالخضوع للعلاج، حيث تبين انه في سنة 2015 تم تسجيل 17 حالة أمر بالعلاج من بين 9013 مدمن.
- ومن خلال هذه النتائج يمكننا الخروج من هذه الدراسة ببعض التوصيات وهي على النحو التالي:
- إن تعزيز التنسيق بين الضبطية القضائية وقضاة الحكم والنيابة العامة والصيدلة والأطباء من شأنه تطوير قطاع العدالة.

1. وزارة الصحة والإسكان وإصلاح المستشفيات، مكافحة الإدمان على المخدرات، ملتقى التكفل بالمدمنين، في إطار مشروع بوميدو، الجزائر 2008، ص34.

- تكوين مختصين في مجال إدمان المخدرات على مستوى العيادات في قطاعات التربية والتكوين والتعاليم العاليي وذلك بهدف الكشف عن حالات الإدمان في وقت مبكر حتى يتم التكفل بها، فقد أثبت الواقع أن ظاهرة الإدمان قد تفشيت في هذه القطاعات الحساسة.
 - رسكلة وتدريب رجال الضبطية القضائية المكلفين بمتابعة مستهلكي المخدرات وخاصة عند التعامل مع الأحداث.
 - الأمر بإيداع مدمني المخدرات على المصحات العلاجية في مرحلة البحث والتحري دون المرور على قاضي التحقيق لان الإدمان هو حالة مرضية .
 - تشديد العقوبة على مروجي المخدرات وكل من يشارك او يساهم فيها، وخاصة إذا تعلق الأمر بتوريط الأحداث أو في الوسط المدرسي.
 - تشجيع وتدعيم البحوث العلمية الخاصة في هذا المجال في الجامعات .
 - أهمية إدخال برامج وأساليب مدروسة للوقاية من المخدرات ضمن المنظومة التربوية في أطوارها الثلاثة.
 - تفعيل دور الجمعيات العاملة في مجال الوقاية من المخدرات وتشجيعها.
- وختاماً يمكننا القول، أن موضوع المخدرات موضوع متطور ومتجدد، كل يوم تظهر أنواع جديدة من المخدرات وبتنا اليوم نسمع ما يطلق عليه بالمخدرات الإلكترونية التي لها نفس تأثير المخدرات العادية كما يزعم، إلا أننا لم نجد أي تحرك من قبل الجهات المعنية يحقق أو يفند هذا الإدعاء، في حين نجد أن بعض الدول دقت ناقوس الخطر وشكلت فور سماعها بهذا الموضوع لجنة على أعلى مستوى علمي للتحقق من هذا الأمر¹.
- ونتمنى أن تضاف هذه الدراسة إلى الدراسات الأكاديمية في موضوع إدمان المخدرات حتى تتكون لدينا مرجعية قانونية في هذا المجال لنستطيع التصدي لهذه الآفة، لأنه كما لاحظنا بالرغم من الجهود المبذولة مازال ينقص الكثير، وخاصة في الجانب الإجرائي والقانوني.

1. نزار صالح وآخرون، بحث علمي عن إدمان المخدرات الرقمية (حقيقة أم خيال)، اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات، وزارة الداخلية، الرياض، 2015.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر

أولا. ﴿ القرآن الكريم ﴾

ثانيا. دستور 1996، المؤرخ في 26 نوفمبر 1996، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 76، المؤرخة في

08 ديسمبر 1996.

ثالثا. المواثيق الدولية

1. اتفاقية الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988، المصادق عليها بموجب المرسوم التشريعي رقم 94-02، المؤرخ في 05 مارس 1994، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 12، المؤرخة في 06 مارس 1994.

2. الإتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، المصادق عليها بتحفظ بموجب المرسوم الرئاسي رقم 63-343، المؤرخ في 11 سبتمبر 1963، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 66، المؤرخة 14 مارس 1963.

3. إتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971، المصادق عليها بموجب المرسوم التشريعي رقم 94-02

4. المؤرخ في 05 مارس 1994، المنشور في الجريدة الرسمية، رقم 12 بتاريخ 05 مارس 1994.

5. بروتوكول المؤثرات العقلية لسنة 1972، المصادق عليه بالمرسوم الرئاسي رقم 02-61 المؤرخ في 05 فيفري 2002، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 10، بتاريخ 12 فيفري 2002 .

رابعا. النصوص القانونية

6. قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 ، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 08 المؤرخة في 16 فيفري 1985 المعدل والمتمم 98-09 المؤرخ في 19 أوت 1998 المنشور بالجريدة الرسمية رقم 61 المؤرخة في 22 اوت 1998.

7. القانون الإجراءات الجزائية رقم 66/155 المؤرخ في 08 جوان 1966، المنشور في الجريدة الرسمية بتاريخ رقم 49، المؤرخة في 11 جوان 1966، المعدل والمتمم بالأمر رقم 69-73، والقانون رقم 01-08، والقانون 04-14 والقانون 06-22 ، والامر رقم 15-02 المؤرخ في 23 جويلية 2015 المنشور بالجريدة الرسمية رقم 40 المؤرخة في 23 جويلية 2015.

8. القانون العقوبات الصادر بموجب الأمر رقم 66-156، المؤرخ في 08/06/1966، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 49، المؤرخ في 11 جوان 1966 المعدل والمتمم بالقانون 06-23 المؤرخ في 20 ديسمبر 2006، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 84 المؤرخة في 24 ديسمبر 2006.

9. القانون رقم 04-18 المؤرخ 25 ديسمبر 2004، المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية قمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 83، المؤرخة في 26 ديسمبر 2004.

خامسا. المراسيم

10. المرسوم التنفيذي رقم 07-228، المؤرخ في 30 جويلية 2007 المتضمن كيفية منح التراخيص استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 49، المؤرخة في 05 أوت 2007.
 11. المرسوم التنفيذي رقم 97-212، بتاريخ 09 جوان 1997، المتضمن إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدماها، المنشور بالجريدة الرسمية رقم 41، المؤرخة في 09 جوان 1997.
 12. المرسوم التنفيذي رقم 07-230، المؤرخ في 30 جويلية 2007 المتضمن تحديد كيفيات التصرف في النباتات المحجوزة أو المصادرة في إطار الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية، وقمع الاستعمال والاتجار بها، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 49، المؤرخة في 05 أوت 2007.
 13. المرسوم التنفيذي رقم 92-151، المؤرخ في 14 أفريل 1992 المتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للمخدرات والإدمان عليها المنشور في الجريدة الرسمية رقم 28، المؤرخة 14 أوت 1991.
 14. المرسوم التنفيذي رقم 92-151، المؤرخ في 14 أفريل 1992 المتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للمخدرات والإدمان عليها المنشور في الجريدة الرسمية الجزائرية رقم 28، المؤرخة 14 أوت 1991.
 15. المرسوم رقم 71-198 المؤرخ في 15 جوان 1971، المتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للمخدرات، المنشور في الجريدة الرسمية رقم 59، المؤرخة 20 جويلية 1971 .
- #### سادسا. القواميس العربية
16. عصام نور الدين، معجم الوسيط، دار الكتب العلمية، بيروت، الطبعة الأولى، 2005.

قائمة المراجع

أولا. الكتب العامة

17. منصور رحمانى، الوجيز في القانون الجنائي العام، دار العلوم للنشر، عنابة، (د.ط)، 2006.
18. أحسن بوسقيعة، قانون الإجراءات الجزائية في ضوء الممارسات القضائية، منشورات بيرتي، الجزائر، (د.ط)، 2007.
19. أحمد غاي، الوجيز في تنظيم ومهام الشرطة القضائية، دار هومة للنشر، الجزائر، الطبعة الخامسة، 2009.
20. إسحاق إبراهيم منصور، الأصول العامة في قانون العقوبات، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، (د.ط)، 2000 .
21. إسحاق ابراهيم منصور، المبادئ الأساسية في قانون الإجراءات الجزائية الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، (د.ط)، 1982.
22. بارش سليمان، شرح قانون الإجراءات الجزائية الجزائري، دار هومة للنشر، الجزائر، الجزء الأول، (د.ط)، 2007.
23. جمال عبد الناصر مانع، التنظيم الدولي، دار العلوم للنشر، عنابة، (د.ط)، 2006.
24. سامي عبد الكريم محمود، الجزء الجنائي، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 2010.
25. محمد حزيط، مذكرات في قانون الإجراءات الجزائية الجزائري، دار هومة، الجزائر، الطبعة الخامسة 2010.
26. محمد عودة الريماوي، وآخرون، علم النفس العام، دار الميسرة، عمان الأردن، الطبعة الرابعة 2011.
27. منصور رحمانى، علم الإجرام والعقاب والسياسة الجنائية، دار العلوم للنشر، عنابة، (د.ط)، 2006.
28. نصر الدين هنوني، دارين يقده، الضبطية القضائية في القانون الجزائري، دار هومة للنشر، الجزائر، (د.ط)، 2009.
29. علي عبد القادر القهوجي، فتوح عبد الله الشاذلي، شرح قانون العقوبات القسم الخاص، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، (د.ط)، 2003.
30. صالح طليس، منهجية في دراسة القانون، منشورات زين الحقوقية، الطبعة الأولى، لبنان، 2010.

31. رشيد شميم، مناهج العلوم القانونية، دار الخلدونية، الجزائر، (د.ط)، 2006.
- ثانيا. الكتب الخاصة
32. أحمد إبراهيم الباسوسي، علاج الإدمان على الهيروين المخدر طريقة للتغلب على الانتكاس بعد العلاج، مركز الإسكندرية، مصر، (د.ط)، 2007.
33. أرنولد واشيطون، دونا باوندي، إرادة الإنسان في شفاء الإدمان ترجمة صبري محمد حسن، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، الطبعة الأولى، 2002.
34. بعبع محمد نادية، يامنة عبد القادر إسماعيلي، الإرشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات، دار اليازوري، الإسكندرية، (د.ط)، 2011.
35. حسين فايد، سيكولوجية الإدمان، مؤسسة طيبة للنشر، القاهرة، (د.ط)، 2007.
36. عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، (د.ط)، 1978.
37. عبد الرحمان عيسوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار النهضة العربية، بيروت، (د.ط)، 1993.
38. عبد الرحمان محمد أبو عمة، حجم ظاهرة الاستعمال غير المشروع للمخدرات، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، الطبعة الأولى، 1998.
39. عبد الله قازان، إدمان المخدرات والتفكك الأسري، دار حامد، عمان، (د.ط)، 2005.
40. عبد الهادي مصباح، الإدمان، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، الطبعة الأولى، 2004.
41. عفاف محمد عبد المنعم، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، (د.ط)، 2009.
42. فاطمة العرفي، ليلي إبراهيم العدواني، جرائم المخدرات في ضوء الفقه الإسلامي والتشريع، دار الهدى، الجزائر، (د.ط)، 2010.
43. فتحي درار، الإدمان - المخدرات - الخمر - التدخين، برج الكيفان، الجزائر، الطبعة السادسة، 2010.
44. كامل فرد السالك، قوانين المخدرات الجزائرية، منشورات حلبي الحقوقية، بيروت لبنان، الطبعة الأولى، 2006.
45. حسين بن شيخ اث ملويا، المخدرات والمؤثرات العقلية، دراسة قانونية تفسيرية، دار هومة للنشر، الجزائر، (د.ط)، 2010.

46. محمد سلامة غباري، الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، دار الوفا لدنيا للطباعة، الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2007.
47. محمد مرعي صعب، جرائم المخدرات، منشورات زين الحقوقية، بيروت، لبنان، (د.ط)، 2007.
48. مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، (د.ط)، 1996.
49. نبيل صقر، المخدرات في التشريع الجزائري، دار الهلال للخدمات الإعلامية، الجزائر، (د.ط)، 2005.
50. نصر الدين مروك، جريمة المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية، دار هومة للنشر، الجزائر، (د.ط)، 2010.
51. هنري شابرول، الإدمان في سن المراهقة، الطبعة الأولى، عويدات للنشر والطباعة، بيروت لبنان، 2001.
52. يوسف عبد الحميد مرشدة، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، دار حامد للنشر، عمان، الطبعة الأولى، 2012.
53. محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، الجزء الثاني، (د.ط)، 1988.
54. عبد الرحمان شعبان عطيات، المخدرات والعقاقير المخدرة ومسؤولية المكافحة، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، الطبعة الأولى، 2000.
55. مختار شبلي، الجهاز العالمي لمكافحة الجريمة المنظمة، دار هومة للنشر، الجزائر، (د.ط)، 2013.
- ثانيا. المجالات العلمية**
56. براهيمية نصيرة، المخدرات في المجتمع الجزائري، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، رقم الأول، سبتمبر 2013.
57. عامر ناصر، النظام الدولي لمكافحة المخدرات، مجلة الديوان الطني لمكافحة المخدرات وإدمانها وقاية ومكافحة، العدد 00/سبتمبر 2014.
58. مسلوب ارزقي، مجلة الديوان الطني لمكافحة المخدرات وإدمانها وقاية ومكافحة، العدد 01، 2015.
59. أميرة جابر هاشم، بناء برنامج إرشادي وقائي، مقترح للوقاية من الإدمان على المخدرات، جامعة الكوفة، كلية التربية للبنات، مجلة لقادسية في الآداب والعلوم التربوية لعدادان(01.02)، المجلد 07، السنة 2007.

60. صغيري رابع، دور النشاط الرياضي الترويحي في التقليل من ظاهرة إدمان المخدرات، مجلة الإبداع الرياضي، جامعة مسيلة، معهد العلوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، العدد 02 جوان 2011.

ثالثا. الرسائل الجامعية

61. ابريغم سامية، الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالإدمان، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، تخصص علم النفس، جامعة بسكرة، 2008.

62. بن عبيد سهام، جريمة استهلاك المخدرات بين العلاج والعقاب، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، تخصص العلوم الجنائية، جامعة باتنة، 2013.

63. درين بوعلام جريمة التلبس في التشريع الجزائري، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، قانون الدولي العام، جامعة مولود معمري تيزي وزو، 2013.

64. درين بوعلام، جريمة التلبس في التشريع الجزائري، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في القانون الدولي العام، جامعة تيزي وزو، 2013.

65. ظافر بن سعد بن عبد الله الشهري، دور الاتصال والإعلام في تشجيع المدمنين على التقدم طوعاً للعلاج، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الشرطية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2004.

66. قماز فريدة، عوامل الخطر والوقاية من استهلاك المخدرات، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، تخصص علم الاجتماع، جامعة قسنطينة، 2009.

رابعا. الملتقيات العلمية

67. بن خدة حمزة، جريمة المخدرات بين الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري، الملتقى الدولي الأول حول إدمان المخدرات، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 09/08/07 أبريل 2008.

68. رود بلاس، كيف نواجه مشكلة نقص المعطيات، الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية للوقاية من المخدرات ومكافحتها، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر يومي 03 و 04 ديسمبر 2006.

69. سيلفي فوفلو ماهيي، التكفل بالمدمنين، ملتقى تكوين الأطباء، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، السادسة الأول، 2008.

70. عيسى قاسم، الوضع الحالي لظاهرة المخدرات في الجزائر، فعاليات الملتقى الدولي حول دور البحث العلمي في إعداد السياسات الوطنية للوقاية من المخدرات ومكافحتها، الجزائر يومي 03 و04 ديسمبر 2006.

خامسا. الندوات العلمية

71. عبد الحميد عبد العظيم رجعية، الندوة العلمية المخدرات والأمن الاجتماعي، مركز الدراسات والبحوث، جمهورية مصر العربية، بتاريخ 30-03 إلى غاية 01-04-2009.

72. ميسون بنت علي الفايز، إتجاهات الطالبة الجامعية نحو المدمنين المتعافين من الإدمان، السجل العلمي لندوة المخدرات (حقيقتها.. وطرائق الوقاية والعلاج)، المجلد الثاني، جامعة الاميرة نورة بنت عبد الرحمان، الرياض، بتاريخ 22-23 أكتوبر 2011.

سادسا. الجرائد اليومية

73. محمد سعيدي، إعلان الحرب على مروجي المخدرات في الأحياء، جريدة صوت الأحرار، الاثنين 27 جوان 2011، رقم 4069.

74. إلهام ع، ربع أطفال الجزائر يستهلكون المخدرات، جريدة صوت الأحرار، رقم 3433، الأربعاء 01 جوان 2009.

المصادر الإلكترونية

75. حلمي القمص يعقوب، كتاب الإدمان، أسبابه وآثاره، المصدر (www.st-takla.org)، تاريخ الزيارة 16.03.2016

76. تيسير حسون، الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، المصدر (www.musamdham.met) تاريخ الزيارة 09.02.2016.

77. الدراسة الوبائية الشاملة لتفشي المخدرات في الجزائر، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، 2010، المصدر (www.onlcdt.mjustice.dz)، تاريخ الزيارة 16-02-2016

78. تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، سنة 2014، ص 44، المصدر (www.incb.org)، تاريخ الزيارة 10-02-2016.

79. الحصيلة الإحصائية للمخدرات، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، سنة 2015، المصدر (www.onlcdt.mjustice.dz)، تاريخ الزيارة 10-02-2016.

الفهرس

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى	الفهرس
	كلمة شكر وعرفان.....
	إهداءات.....
	الملخص.....
أ.ب.ج	مقدمة.....
الفصل الأول: ماهية إدمان المخدرات		
05	المبحث الأول: مفهوم المخدرات.....
05	المطلب الأول: المخدرات وأقسامها.....
05	الفرع الأول: ظهور المخدرات وتعريفها.....
08	الفرع الثاني: تصانيف وأنواع المخدرات.....
14	الفرع الثالث: انتشار المخدرات في الجزائر.....
17	المطلب الثاني: استهلاك المخدرات.....
17	الفرع الأول: مراحل استهلاك المخدرات.....
18	الفرع الثاني: أسباب استهلاك المخدرات.....
21	الفرع الثالث: طرق وأعراض استهلاك المخدرات.....
23	المبحث الثاني: مفهوم إدمان المخدرات.....
23	المطلب الأول: إدمان المخدرات وأنواعه.....
23	الفرع الأول: تعريف إدمان المخدرات.....
24	الفرع الثاني: مصطلحات إدمان المخدرات.....
25	الفرع الثالث: أنواع إدمان المخدرات.....
26	المطلب الثاني: تفسير ظاهرة إدمان المخدرات.....
26	الفرع الأول: طبيعة إدمان المخدرات.....
28	الفرع الثاني: النظريات المفسرة لظاهرة إدمان المخدرات.....
33	الفرع الثالث: أضرار إدمان المخدرات.....
الفصل الثاني: ضرورة مواجهة ظاهرة إدمان المخدرات		
37	المبحث الأول: الإجراءات الوقائية للحد من إدمان المخدرات.....

37	المطلب الأول: أساليب مواجهة المخدرات.....
37	الفرع الأول: الجهود الدولية في مكافحة المخدرات.....
43	الفرع الثاني: الجهود الوطنية للوقاية من إدمان المخدرات.....
49	المطلب الثاني: مستويات الوقاية وطرق التكفل بمدمني المخدرات.....
49	الفرع الأول: مستويات الوقاية.....
53	الفرع الثاني: التكفل بمدمني المخدرات.....
57	المبحث الثاني: التدابير الإجرائية للحد من إدمان المخدرات.....
58	المطلب الأول: أركان جريمة استهلاك المخدرات و تدابيرها.....
58	الفرع الأول: تجريم استهلاك المخدرات.....
66	الفرع الثاني: جزاءات مدمني المخدرات.....
69	المطلب الثاني: المتابعة القضائية لمدمني المخدرات.....
69	الفرع الأول: دور الضبطية القضائية في متابعة مدمني المخدرات...
75	الفرع الثاني: دور وكيل الجمهورية وقاضي التحقيق في المتابعة.....
78	الفرع الثالث: تعامل قاضي الحكم مع مدمني المخدرات.....
83	خاتمة البحث.....
85	قائمة المراجع.....
	الفهرس.....