جـامــعـة 20 أوت 1955 سكـيــكـدة

قـسـم الحـقـوق والعـلـوم السياسـية

قـسـم الحـقـوق

المعاملة الجنائية لمدمني المخدرات في القانون الجزائري

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص: قانون جنائي وعلوم جنـائية

من تقديم الطالبة:

مصباح فاطمة الزهراء

تحت إشراف الأستاذة:

بن يوسف فاطمة الزهراء

لـجنـة المناقشة

1/ الأستاذ..... رئيسا

2/ الأستاذة بن يوسف فاطمة الزهراء.....مشرفا ومقررا

3/ الأستاذ..... مناقشا

دورة جويلية 2019

الشكر

ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه.

نحمد الله "الذي خلق فسوى، وقدر فهدى"

الحمد لله الذي وفقنا لإتمام هذا العمل، فما كان من شيء

أن يجري في ملكه إلا بمشيئته جل شأنه،

ولا يسعني في هذا المقام إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان

إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل

وأخص بالذكر الأستاذة الفاضلة المشرفة "بن يوسف فاطمة الزهراء"

والتي غمرتني بإرشاداتها ونصحها وتوجيهاتها فجزاها الله عني كل خير.

ولا ننسى موظفو المركز الاستشفائي فرانس فانون بالبليدة وأخص بالذكر الدكتور

"حبيباش عبد الرحمان" بالإضافة للأساتذة والزملاء والذين ساهموا ولو بكلمة واحدة

وكما يقال" الحر من راع وداد لحظة".

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي...

إلى روح أبي الطاهرة... ألفه رحمة ونور عليه

إلى قلبه الحنان الذي لا ينضب أمي الغالية

إلى إخوتي حفظهم الله صلاح الدين، نجو الدين

إلى كل صديقاتي .....

إلى كل زملاء الدراسة.....

إلى كل عائلتي.....

إلى كل من أحب.....

أهدي هذا الجهد المتواضع.

يعاني العالم اليوم من أخطر أشكال الدمار الإنساني والمتمثل في ظاهرة المخدرات والإدمان عليها، فقد بلغ الإنتاج العالمي للمخدرات معدلات قياسية، وأخذت العصابات الدولية تزداد قوة وتمويلا وتنظيما، فامتدت نشاطاتها عبر الدول والقارات، إلى أن أصبحت جرائم المخدرات بلا وطن.

وتعد الجزائر من بين الدول التي تعاني بشدة من ظاهرة المخدرات، فقد أكد الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، أن اتساع مساحة التراب الوطني ونقص وسائل وإمكانيات مراقبة الحدود الشاسعة تعد من أبرز العوامل التي ساعدت على انتشار المخدرات والمؤثرات العقلية، هذا بالإضافة إلى موقع الجزائر القريب من مناطق الزراعة غربا وجنوبا ومن مناطق الاستهلاك شمالا، فقد أصبحت الجزائر في الآونة الأخيرة بلد مركزي لعبور المواد المخدرة، بحيث جاء في تقرير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، أن المخدرات الواردة من المنطقة الغربية توجه إلى موانئ وهران والجزائر لتصديرها نحو أوروبا وأيضا نحو البلدان الواقعة شرق الجزائر وجنوبها مرورا بمدينة ورقلة والوادي، وقد عالجت الجزائر ظاهرة المخدرات عبر عدة قوانين منها القانون رقم 09/75 المؤرخ في 17-02-1975 المتعلق بالمخدرات، والأمر رقم 76/97 المؤرخ في 12-11-1997 المتضمن قانون الصحة العمومية وأيضا القانون رقم 05/85 المؤرخ في 16-02-1985 المتضمن حماية الصحة وترقيتها، وكان هذا الأخير لا يستجيب للتطورات التي عرفتها ظاهرة انتشار المخدرات والمؤثرات العقلية خصوصا بعد اتساع دائرة الإدمان عليها يوم بعد يوم، الأمر الذي يؤدي إلى إهدار الصحة العامة للإنسان وتدمير الأفراد والأسر والمجتمعات وزيادة معدلات الجريمة.

وقد تفطن المشرع الجزائري لمشكلة إدمان المخدرات فعدل قانون مكافحة المخدرات بما يتناسب والمتغيرات الحاصلة، من خلال سن القانون رقم 18/04 المؤرخ في 25-12-2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، وأيضا من خلال تعديله لقانون العقوبات بما يناسب معاملة مدمن المخدرات.

وعليه فإن أهمية هذا الموضوع تظهر من خلال دراسة ظاهرة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية التي شهدت انتشارا كبيرا وأصبحت من المشاكل التي تعاني منها الدولة كونها تهدد المجتمع وصحة مستهلكها، خصوصا بعدما أصبحت الجزائر منطقة عبور والأكثر من ذلك استفحال زراعة هذه السموم وبالأخص القنب الهندي والأفيون في بعض مناطق البلاد، الأمر الذي أدى إلى اعتبار الجزائر بلد مستهلك بكثرة مقارنة لما كان عليه، وهذا ما جعل ظاهرة الإدمان في اتساع دائم وتفشي بعض الجرائم بسببه كالسرقة، القتل وجريمة الجرح والضرب العمد...إلخ.

كما تظهر الأهمية أيضا من خلال التعرف على السياسة الجنائية المتبعة من قبل المشرع في مواجهة هذه الظاهرة، بداية من قانون العقوبات وصولا إلى الأحكام المنظمة في القانون رقم 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها.

والواقع أن ما دفعنا لاختيار هذا الموضوع هو الأهمية التي يتمحور حولها، بالإضافة إلى وجود دوافع وأسباب أقوى، وتلتقي الأسباب الموضوعية في تحديد أهم الشروط والآليات القانونية التي ترتكز عليها السياسة العلاجية المفروضة على مدمني المخدرات، مع الوقوف أمام العراقيل والصعوبات التي تواجه تطبيق التدبير للوصول إلى حلول تدعم تنفيذ السياسة العلاجية، بالإضافة إلى تحديد وضعية مستهلكي المخدرات أو المدمنين عليها، هل هم مرضى يحتاجون العلاج أم مجرمون يلزم ردعهم وعقابهم.

ومن الأسباب التي دفعتنا أيضا لاختيار هذا الموضوع، هو الرغبة في إثراء هذه الدراسة للمكتبة القانونية، مع الوصول إلى مقترحات توضح بعض النقائص لتكون مفتاح للدراسات الأخرى في الموضوع ذاته أو في عنصر منه.

ونهدف من خلال دراسة هذا الموضوع إلى تسليط الضوء على العديد من النقاط أهمها:

– معرفة سياسة المشرع المتبعة في مواجهة مدمن المخدرات وذلك طبقا للنصوص القانونية والمراسيم التنفيذية المنظمة له؛

– إدمان المخدرات من المواضيع القديمة المتجددة، التي نهدف من خلال دراستها إلى الكشف عن النقص والخلل الذي يشوب القوانين التي تحكمها، هذا الخلل الذي يشكل عائقا على تطبيقها، من خلال تقديم اقتراحات وتوصيات لإثرائها؛

– تسليط الضوء على الجوانب الإيجابية والسلبية للقانون رقم 18/04 سالف الذكر، من حيث تناوله للشق الذي يحكم مدمن المخدرات، ومدى فاعلية التدبير الوقائي والعلاجي للحد من ظاهرة الإدمان وإعادة التأهيل والإدماج في المجتمع؛

– مدى تكريس التدابير الوقائية والعلاجية في الواقع الملموس، بالإضافة إلى تحديد المراكز المتخصصة لعلاج المدمنين، وعلاقتها مع الهيئات القضائية وكيفيات العلاج لإنجاح دور التدبير.

إن الانتشار الهائل للمخدرات والمؤثرات العقلية في الجزائر، جعل منها بلد مستهلك بامتياز وأسفر ذلك عن اتساع دائرة الإدمان، بحيث أصبح وضع المدمن في المؤسسة العقابية لا جدوى منه، الأمر الذي جعل المشرع الجزائري يتدخل ويغير من سياسته الجنائية لمكافحة هذه الظاهرة، وعليه يثور الإشكال الرئيسي المتمثل في:

فيما تتمثل السياسة الجنائية المتبعة من طرف المشرع الجزائري في معاملة مدمن المخدرات والمؤثرات العقلية؟

ويتفرع عن هذا الإشكال الرئيسي الأسئلة الفرعية الآتية:

- ما المقصود بإدمان المخدرات والمؤثرات العقلية؟
- ماهي شروط تطبيق تدبير الوضع القضائي في مؤسسة علاجية لمدمني المخدرات؟
- فيما تتمثل الآليات القضائية والعلاجية، وما وضعها بين القانون والتطبيق؟

وخلال إنجاز هذه المذكرة واجهتنا بعض الصعوبات والعراقيل أهمها ندرة المراجع المتخصصة حول الموضوع.

وبالنظر إلى أهمية الموضوع والتطلع إلى الأهداف المنتظرة من هذا البحث وإجابة منا عن الإشكالية، فقد حاولنا اتباع منهجين في هذه الدراسة هما المنهج الوصفي والمنهج التحليلي.

المنهج الوصفي يظهر من خلال وصف ظاهرة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية وكذا النصوص المتعلقة بها.

المنهج التحليلي يظهر في مختلف العناصر الأساسية للدراسة المعتمدة على تحليل النصوص القانونية والتنظيمية بطريقة موضوعية علمية، مع محاولة إسقاط هذه النصوص على الواقع العملي في محاولة لمعرفة الآفاق المسطرة في مجال السياسة العلاجية المطبقة على مدمني المخدرات، باعتبارها وسيلة للحد من انتشار هذه الظاهرة.

وفي سبيل إعداد هذا البحث ومن أجل الإحاطة بجميع جوانب موضوع المعاملة الجنائية لمدمني المخدرات في القانون الجزائري، قسمنا الخطة إلى فصلين الفصل الأول تطرقنا فيه إلى ماهية إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية والذي بدوره قسمناه إلى مبحثين، تناولنا في المبحث الأول مفهوم المخدرات والمؤثرات العقلية، أما في المبحث الثاني تعرضنا إلى مفهوم الإدمان.

وفي الفصل الثاني تناولنا تدبير الوضع القضائي في مؤسسة علاجية لمدمني المخدرات، والذي قسمناه أيضا إلى مبحثين، المبحث الأول بعنوان شروط تطبيق التدبير أما المبحث الثاني فخصصناه لآليات تطبيق التدبير، وأنهينا بحثنا بخاتمة.

مقدمة الفصل

المسكرات والمخدرات من الآفات الاجتماعية الخطيرة التي يعتاد عليها البعض فتؤثر في سلوكياتهم وتصرفاتهم وتسهل عليهم الوقوع في مواطن الجريمة، إذ يثبت الواقع المعاش وجود علاقة قوية بين هذه الآفات وبين الاجرام.

وإذا كان المشرع الجزائري لا يعاقب على تعاطي المسكرات أو الخمور إلا إذا وصل المتعاطي إلى درجة الثمالة في أماكن عامة، فإن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية ولو لمرة واحدة من الأمور التي لا يتساهل فيها المشرع فينزل بفاعليها الجزاء المناسب، لحكمة ارتآها ربما هي أن هذه المواد المخدرة أكثر فاعلية في التأثير على العقل البشري مع سهولة الادمان عليها.

وتعد مشكلة المخدرات والمؤثرات العقلية من المشكلات التي لا تقتصر على مجتمع دون آخر أو طبقة اجتماعية دون أخرى، وبالرغم من تعدد أشكال الإدمان إلا أن الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية يبقى من أصعب الأشكال، إن لم يكن أكثرها على الاطلاق إضرار بالمتعاطي والمجتمع الذي ينتمي إليه، نظرا لما تخلفه المخدرات من مظاهر سلبية انفعالية، نفسية وصحية على المدمن والمحيطين به.

لذلك حظي هذا الموضوع بقدر كبير من الاهتمام من طرف العلماء بصفة عامة والباحثين في القانون على وجه الخصوص، ومن هذا المنطلق سيتم إلقاء الضوء في هذا الفصل على ماهية مشكلة المخدرات والمؤثرات العقلية التي تهدد حياة الفرد والمجتمع على حد سواء.

المبحث الأول: مفهوم المخدرات والمؤثرات العقلية

إن أي بحث يكون موضوع دراسة يجب بداية إزالة الغموض حوله من خلال التطرق إلى تعريف المخدرات والمؤثرات العقلية من جوانب مختلفة، لنكون على دراية كافية بالمصطلحات ذات العلاقة المباشرة بالموضوع، وأيضا حتى نتعرف على أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية ومدى تأثيراتها على جسم الانسان، وسيتم تناول ذلك من خلال:

المطلب الأول: تعريف المخدرات والمؤثرات العقلية

المطلب الثاني: أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية

المطلب الأول: تعريف المخدرات والمؤثرات العقلية

لقد تعددت مفاهيم المواد المخدرة وذلك لاختلافها وتنوعها، مما أدى إلى صعوبة فهمها، وعليه لابد أن نتوقف أمام التعريفات الآتية:

الفرع الأول: التعريف اللغوي والاصطلاحي

أولا: التعريف اللغوي: أصل كلمة مخدر (Narcotics) مشتقة من الكلمة الاغريقية (Narkasis) بمعنى يتخدر أو يجعله مخدرا[1]. فالمخدرات تشوش العقل والحواس بالتخيلات والهلاوس بعد نشوة تؤذي بالاعتياد عليها[2].

وفي اللغة الفرنسية نجد مصطلح (drogue) وتعني مادة تستخدم في أغراض طبية بمفردها أو بخلطها، وهي تعمل على تغيير وظيفة الخلايا والأعضاء[3].

أما في اللغة العربية فالمخدرات من الخدر تعني الستر[4]، ويقال جارية مخدرة إذا لزمت الخدر ومن هنا استعملت كلمة المخدرات على أساس أنها تغيب العقل[5].

---

[1] عبد المعطي مصطفى عبد الباقي، دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى عينة من المراهقين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 2006، ص143.

[2] إبراهيم بن محمد الزين، دور الجامعة في وقاية الطلاب من المخدرات، جامعة نايف العربية، الرياض، السعودية،2011، ص 596.

[3] Larousse pluri dictionnaire, le dictionnaire des collègues, Librairie Larousse, 1977, p438.

[4] الزمخشري، أساس البلاغة، ج1، ط3، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 1958، ص218.

[5] ابن منظور الأنصاري، لسان العرب، المجلد 04، بيروت، لبنان، ب ت ن، ص232.

وفي لسان العرب الخذر من الشراب والدواء، يعتري الشارب فتور وضعف أي تلين مفاصله وتضعف[1]. والخذر في العين فتورها: وقيل فيها من قذى يصيبها[2]، ويقال خذر خذرا فهو خذر وأخدر ذلك[3]، وخذر (بفتح الخاء): تشنج يصيب العضو فلا يستطيع الحركة، ويؤدي إلى الكسل والفتور كالذي يصيب الشارب في ابتداء السكر[4].

والملاحظ أنه قد جاء في قواميس اللغة العربية المختلفة شرح وافر لكلمة المخدرات، وتأسيسا على المعني اللغوي أطلقت كلمة المخدر والمخدرات وهي مواد زراعية أو صناعية تسبب فقدان الوعي، والتخدير يؤثر في العقل ليزيد عليه تخيلات جامحة تبعث البهجة والاستغراق في الضحك.

ثانيا: التعريف الاصطلاحي: اختلف الفقهاء في وضع تعريف متفق عليه لمصطلح المخدرات ولهذا يمكن ادراج بعض التعريفات، والتي نذكر منها:

- تعرف المخدرات اصطلاحا بأنها: "المواد الأصلية البسيطة الطبية والعضوية منها وغير العضوية التي تستخدم وحدها كمادة فعالة[5]"؛
- وتعرف أيضا بأنها عبارة عن مواد جامدة غير مائعة، تزرع مثل الحشيش والأفيون وغيرها، تحدث السكر والفتور لمن يتناولها وتغيب عقله، والمخدرات نوعان طبيعية يتم زراعتها أو صناعية يتم تصنيعها بإضافة بعض المواد إليها حتى ولو صارت مائعة أو غير ذلك بعدها[6].
- وفي تعريف آخر هي أي مادة طبيعية أو صناعية تدخل جسم الانسان فتؤثر عليه وتغير احساسه وتصرفاته وبعض وظائفه، وينتج عن تكرار ذلك نتائج خطيرة على الصحة الجسدية

---

[1] عبد الحليم أحمد سواس، المخدرات بين المفهوم اللغوي والحيوي، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2011، ص34.

[2] محمد يحيى النجيمي، المخدرات وأحكامها في الشريعة الإسلامية، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2005، ص07.

[3] بكوش البستاني، المنجد في الاعلام، ط14، دار المشرع، بيروت، لبنان، 1986، ص170.

[4] فؤاد البستاني، منجد الطلاب، ط18، دار المشرق، لبنان، 1995، ص156.

[5] جابر بن سالم موسى، عز الدين الدنشاري وآخرون، المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير، ط2، جامعة نايف العربية، الرياض، السعودية، 2015، ص09.

[6] أسامة عبد السميع، عقوبة تعاطي المخدرات والاتجار بها بين الشريعة والقانون، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2008، ص24.

والعقلية، بالإضافة إلى تضرر البيئة والمجموعة[1].

- وهناك من يعرفها بأنها مجموعة من العقاقير المؤثرة على نشاط الذهن والحالة النفسية لمتعاطيها، إما بتنشيط الجهاز العصبي المركزي أو بإبطال نشاطه، وهي تسبب الهلوسة والتخيلات[2] وتؤدي إلى الإدمان عليها وينجم عن تعاطيها الكثير من المشاكل الصحية والاجتماعية؛
- كما تعرف بأنها كل مادة تصيب الانسان والحيوان بفقدان الوعي وقد تحدث غيبوبة، وهي كل ما ينهك الجسم والعقل ويؤثر فيهما[3]؛
- وتعرف المادة المخدرة بأنها: كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة، من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى حالة التعود والإدمان عليها[4].
- كما عرف فقهاء القانون المخدر بأنه مادة تؤثر على الجهاز العصبي ويسبب تعاطيها حدوث تغيرات في وظائف المخ، وتشمل هذه التغيرات تنشيطا أو اضطرابا في مراكز المخ المختلفة، تؤثر على مراكز الذاكرة، التفكير، التركيز، اللمس، الشم، البصر، التذوق، السمع، الادراك والنطق[5].
- عرفت لجنة المخدرات بالأمم المتحدة المواد المخدرة على أنها: " كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة، تضر بالفرد جسميا ونفسيا وكذا المجتمع، ويتعود الفرد على هذه المواد ويصبح في حالة خضوع تام لها ونجده يستسلم لتأثيرها، وفي هذه الحالة يوصف بأنه مدمن"[6]؛

---

[1] الحسن العكوش، الموسوعة القضائية في شرح قانون المخدرات الجديد، ط3، دار الفكر الحديث للطباعة والنشر، 1996، ص144.

[2] أحمد أمين الحادق، أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات الرقابة على المخدرات والتعاون الدولي، ج01، دار النشر العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، السعودية، 1991، ص07.

[3] Rambinowicg Léon, les mesures de sureté, paris, France, 1998, p32.

[4] عبد المعطي مصطفى عبد الباقي، مرجع سابق، ص143.

[5] نصر الدين مروك، جريمة المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية، دار هومه، الجزائر 2007، ص19.

[6] محمد سلامة غباري، الإدمان أسبابه ونتائجه، دار النهضة العربية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص 130.

– وفي المجال الطبي تعرف بأنها تلك المادة المنومة أو المهلوسة، التي تستخدم عادة لتحقيق أغراض طبية، أما في حالة استخداماتها الأخرى فإنها تؤدي إلى التعود على تعاطيها أو الإدمان عليها، ما يؤثر سلبا على صحة الفرد والمجتمع ماديا واجتماعيا، معنويا وأمنيا[1].

وحسب التعاريف السابقة نلاحظ اتفاقها حول الأثار الخطيرة للمخدرات، والتي تؤثر سلبا على جميع وظائف الانسان الحيوية، جسميا أو نفسيا، كما أنها تعتبر مواد علاجية تستخدم في مجال الطب، لكن استخدامها بصورة سيئة يؤدي إلى إدمانها[2].

الفرع الثاني: التعريف القانوني

أثناء بحثنا عن التعاريف القانونية للمخدرات والمؤثرات العقلية وجدناها قليلة جدا، وقد يعود السبب في ذلك إلى التطور السريع للمواد المخدرة، وهي السرعة التي لا يتجاوب معها التشريع.

صادقت الجزائر على الاتفاقية الوحيدة للمخدرات المحررة بنيويورك ب 30 مارس 1961 بموجب المرسوم المؤرخ في 11 سبتمبر 1963، المعدلة بموجب البروتوكول الصادر في 25 جانفي 1972، الذي صادقت عليه الجزائر بموجب المرسوم الرئاسي رقم 61/02 في 05 سبتمبر 2002[3]. وقد عرفت هذه الاتفاقية المخدر في مادتها الأولى بأنه: "كل مادة طبيعية أو تركيبية من المواد المدرجة في الجدولين الأول والثاني"، ويقصد بمصطلح الجداول (الجدول الأول والثاني والثالث والرابع) قوائم المخدرات والمستحضرات التي تحمل هذه الأرقام بصيغتها المعدلة.

ما نلاحظه أن هذا التعريف حصر المخدرات في المخدر الطبيعي أو التركيبي دون ذكر المخدرات النصف تركيبية الواردة في الجدولين الأول والثاني، مع العلم أن هذه الاتفاقية أوردت في نصوصها أنه توجد أربع جداول وبالتالي استثنى من هذا التعريف المواد الواردة في الجدول الثالث والرابع.

المشرع الجزائري لم يعرف المخدرات في القانون رقم 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها[4]، ولم يصنفها وأحال في نص المادة 190 منه على التنظيم الذي لم يتم إصداره، في حين تناوله القانون

---

[1] محمد جمال مظلوم، الاتجار بالمخدرات، ط01، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2012، ص07.

[2] عبد العزيز علي خزاعلة، دور البحث العلمي في رسم السياسات الوقائية والعلاجية لمشكلة المخدرات، ط01، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2001، ص10.

[3] أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجنائي الخاص، ج01، ط20، دار هومه، الجزائر، 2018، ص 439.

[4] القانون رقم 05/85 المؤرخ في 16 /1985/02 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج ر عدد08، بتاريخ 1985/02/17.

18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها[1]، في المادة الثانية منه: " يقصد بمفهوم هذا القانون ما يأتي:

المخدر: كل مادة طبيعية كانت أم صناعية من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول سنة 1972.

المؤثرات العقلية: ويقصد بها حسب المادة 02 من قانون رقم 18/04 كل مادة طبيعية كانت أم اصطناعية أو كل منتوج طبيعي مدرج في الجدول الأول والثاني أو الثالث أو الرابع من اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971".

ويستنتج من هذا التعريف أن المشرع لم يعرف المخدرات والمؤثرات العقلية وإنما قام بتحديد أصنافها بالإحالة إلى الجداول التي تتضمن أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية، كما أنه استثنى الخمور والمهدئات، وذلك راجع للخطورة المرتفعة للمخدرات والمؤثرات العقلية كالأفيون والكوكايين، مع العلم أن تعاطيهما باستمرار يحقق نفس الأثر وهو الإدمان.

لقد وفق المشرع في تعريفه للمخدرات والمؤثرات العقلية عندما أحالهما إلى الجداول، نظرا لتزايد أنواع المخدرات وتطورها بشكل سريع، وقد منح المشرع سلطة تعديل الجداول الملحقة بالقانون رقم 18/04 سواء بإضافة مخدر ما أو حذفه من الجدول، بموجب قرارات وزارية تحت التفويض التشريعي، الأمر الذي يجعل التشريع أكثر استجابة للاكتشافات والتطورات الجديدة، ذلك أن إصدار قانون ثم تعديله كل مرة فيه إعاقة لمقتضيات السرعة.

ومنذ صدور القانون رقم 18/04 لم نشهد أي قرار وزاري قام بإضافة مادة مخدرة أو مؤثر عقلي في الجداول الملحقة به، رغم صدور مواد مخدرة جديدة مثل: مخدر الفلاكا[2] الذي صنع في 2015، ففي هذه الحالة يجد القاضي نفسه مقيدا بأنواع المخدرات الموجودة في الجداول مما يسهل للمتهم الإفلات من العقاب، لأن المخدر الذي بحوزته ليس مدرجا في الجداول، وبالتالي لا يمكن معاقبته طبقا لنص المادة الأولى من قانون العقوبات.

---

[1] القانون رقم 18/04 المؤرخ في 2004/12/25 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، ج ر عدد 83، بتاريخ 2004/12/26.

[2] مخدر الفلاكا: هو عبارة عن مخدر صناعي يتم تصنيعه في الصين، ويباع على شكل حبات بيضاء اللون ويستعمل بطرق مختلفة: البلع، الاستنشاق، الحقن، ويعد واحد من أخطر المخدرات. أنظر: لكتاب جابر بن موسى، عز الدين الدنشاري وآخرون، مرجع سابق، ص 45.

المطلب الثاني: أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية

تصنف المخدرات حسب مصدرها إلى نوعان: مخدرات طبيعية ومخدرات اصطناعية، سنتناول أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية الأكثر انتشار في الجزائر كالآتي:

الفرع الأول: المخدرات الطبيعية

هي مخدرات يتم استخلاصها من الطبيعة، بمعنى أنها نباتات تحتوي أوراقها وثمارها على المادة المخدرة الفعالة التي ينتج عنها فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة مثل: نبات الخشخاش(الأفيون)، القنب الهندي (الحشيش أو الكوكا)، نبات القات.

1- **الخشخاش (الأفيون L'ofium)**: هو العصارة الجافة التي تستخرج عند عصر ثمار نبات الخشخاش الغير ناضجة، ويوجد المخدر على هيئة كتل صلبة مختلفة الأشكال والأحجام.

أهم مناطق نموه[1]:

- المثلث الذهبي (تيلاند، بورما)؛
- الهلال الذهبي (إيران، باكستان، أفغانستان)؛
- تركيا، المكسيك والهند[2].

ويختلف تأثير الأفيون على متعاطيه تبعا لنوعه والكمية المستعملة، ولمقدار تكرار التعاطي ولبنية الشخص المتعاطي وعمره وشخصيته[3]، وهذا النوع يتم تعاطيه عن طريق الحقن كما يستهلك أحيانا بالتدخين، وتدخينه أقل إضرارا من ابتلاعه أو حقنه، والمورفين هو أقوى مسكن للألم عرفه الانسان[4]، ويمر مدمن الأفيون بآلام قاسية عند محاولته التوقف عن تعاطيه تسمى أعراض الانسحاب، حيث يصاب بالاكتئاب، القلق، التهيج العصبي، التجشؤ والعرق الغزير والارتعاش،

[1] عبد الحميد سيد وأحمد منصور، المسكرات والمكيفات وأثارها الصحية والاجتماعية والنفسية، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض، السعودية، 1989، ص 58.

[2] عبد الحميد سيد وأحمد منصور، المسكرات والمكيفات وأثارها الصحية والاجتماعية والنفسية، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض، السعودية، 1989، ص 58.

[3] هاني عمروش، المخدرات إمبراطورية الشيطان، ط01، دار النفائس، بيروت، لبنان، 1990، ص 54.

[4] سعيد جفار، تعاطي المخدرات وإعادة التأهيل، ط1، دار الفكر المعاصر، دمشق، سوريا، 1994، ص63.

2- **القنب الهندي (Le cannabis):** يعرف هذا المخدر باسم الحشيش أو الكوكا[1]، وهو عبارة عن رؤوس مجففة أو مزهرة أو مثمرة لنبات القنب الذي لم تستخرج مادته الصمغية، وأهم مناطق نموه هي: لبنان، تركيا، مصر والمغرب، وتناوله يؤدي إلى اختلال الجهاز العصبي المركزي، فيحدث خلل في العقل، يفقد الادراك والتركيز كما يؤثر على الجهاز التنفسي، الهضمي، العصبي، التناسلي وعلى جهاز المناعة وكذا العيون[2]، يجمع الراتنج[3] أي مادة الحشيش ثم يتم تعاطيه عن طريق التدخين (الاستنشاق) سواء من خلال السجائر أو النرجيلة (الجوزة) مخلوطا بالتبغ أو التمباك وهو أسلوب خطر للغاية، بحيث يصل الدخان إلى الرئتين مباشرة ومنها إلى الدم ثم المخ والجهاز العصبي، ليبدأ تأثيره خلال دقائق ويبقى مفعوله من ثلاث (03) إلى أربع (04) ساعات[4]. يصف العلماء الحشيش بأنواعه كمخدرات تسبب اعتماد نفسي دون عضوي لأنسجة الجسم، غير أن مدمن الحشيش عادة ما يلجأ لتعاطي مخدرات أخرى معه، وهو ما يعرف بنظرية التصاعد[5]، ويتفق الأطباء على أن الحشيش لا يتسبب عادة في إصابة المتعاطي بالغيبوبة مثل الكثير من المخدرات الأخرى، كما أن الإقلاع عن تعاطيه لا يترك أعراض إقطاعية أو ما يسمى بمتلازمة الحرمان[6](with drawl symptoms) وتتلخص أهم أعراضه فيما يلي:

- ثقل درجة الإحساس بالألم مع الشعور بالبرودة أو الحرارة؛
- الإحساس بالنشوة والميل إلى الضحك لأبسط الأسباب؛

---

[1] عزت حسنين، المسكرات والمخدرات بين الشريعة والقانون، ط01، دار النهضة العربية، مصر، 1950، ص26.

[2] فتحي دردار، الإدمان والخمر والتدخين والمخدرات، جامعة الجزائر، ب ت ن، ص70.

[3] الراتنج: هي مادة مستخرجة من نبات القنب عن طريق الضغط على الحشيش، وهناك عدة طرق لحصاد هذه المادة كضرب النبات الجاف على الحائط في غرفة مغلقة ثم جمع المسحوق من على الحائط والأرض، وهو يشبه الصمغة في شكله. أنظر: لكتاب جابر بن موسى، عز الدين الدنشاري وآخرون، مرجع سابق، ص 50.

[4] حسن عبد المعطي، الأسرة ومواجهة الإدمان، دار قباء، مصر، 2002، ص12.

[5] فؤاد بسيوني متولي، التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 2000، ص30.

[6] متلازمة الحرمان: يقصد بها الفطام أي توقف المدمن عن تناول المخدر أو المؤثر العقلي، بحيث ينتابه بعد 12 ساعة من آخر جرعة تناولها تثاؤب، قلق، إفراز أنفي، توسع حذقة العين...أنظر: لكتاب جابر بن موسى، عز الدين الدنشاري وآخرون، مرجع سابق، ص56.

– الشعور بالرضا والابتهاج، ولكن مع انتهاء المفعول يشعر المتعاطي بالخمول والاكتئاب[1].

4– نبات القات(Cathaedulis): القات هو نوع من الأشجار أوراقه دائمة الاخضرار، يبلغ ارتفاعه ما بين متر إلى مترين، وأوراقه بيضاوية الشكل مدببة الطرف لها ساق قصير، ويزرع في الساحل الافريقي المطل على المحيط الهندي، يستهلكه ربع سكان افريقيا تقريبا، يستهلك بكميات ضخمة في اليمن، ويتم تعاطي القات عن طريق المضغ لاستخلاص عصاراته وبلع اللعاب بعد أن يتم تخزينه في الفم فترة معينة، ويستعين متعاطيه بشرب الماء من وقت لآخر ويتكرر ذلك لفترة تستمر لخمس أو ستة ساعات، وبعد فترة يلفظ المتعاطي كتلة الأوراق ويعاود مضغ أوراق جديدة، ويتم تعاطيه بطقوس غريبة حيث يتلاصق المتعاطون في أماكن مغلقة بحثا عن الدفء نظرا لأن التعاطي يسبب إحساس بالبرودة[2]، وأثناء تعاطي القات يشعر متعاطيه بالسعادة والراحة والتحلل من المسؤولية واحساس زائف بالقدرة والرضا، ويؤثر القات على الجهاز العضوي مما يؤدي إلى اضطرابات هضمية ومعوية[3].

والقات يحتوي على ثلاثة قلويات هامة وهي: القاثيين، القاثيدين، والقاتين وكلها لها تأثير مباشر منبه على المخ والجهاز العصبي، ويتسبب في ضيق الأوعية الدموية وبالتالي زيادة ضغط الدم، غير أن الإدمان على تعاطي القات يسبب اعتماد نفسي إضافة الى أعراض صحية أهمها ضعف في حركات المعدة، سوء الهضم، الهزال، شلل الأمعاء، تلف الكبد.... إلخ، والقات هو واحد من المواد المخدرة المدرجة ضمن عقاقير الإدمان وفقا لتصنيف منظمة الصحة العالمية[4].

3– **الكوكايين(Cocaïne):** هي مادة مخدرة مستخلصة من نبات الكوكا وتكون على شكل مسحوق أبيض ناعم الملمس عديم الرائحة، والمدمن تحت تأثيره لا يشعر بالإرهاق والتعب بل يستطيع أن يقوم بأعمال كثيرة مع الإحساس بالنشاط والقوة والذاكرة الحادة، ويشعر بفقدان الإحساس في الأماكن التي يلامسها المخدر، مثل الأنف في حالة ما إذا تم التعاطي عن طريق الاستنشاق، مما يؤثر على مراكز المخ العليا الخاصة بالسمع والبصر[5]. وتكون طريقة تعاطي الكوكايين كما يلي:

---

[1] محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج01، المركز العربي للدراسات الأمنية، السعودية، ص31.

[2] محمد مرعي صعب، جرائم المخدرات، منشورات زين الحقوقية، بيروت، لبنان، 2007، ص49.

[3] نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، دار الهدى، الجزائر، 2006، ص18.

[4] محمد عوض، قانون العقوبات الخاص بجرائم المخدرات والتهريب الجمركي والنقدي، القاهرة، مصر، 1986، ص 126.

[5]Marie Solany, drogue et construction sociale de la marginalisation diplôme d'étude approfondie, université cheikh antadoi de drakkar, 2004, p24.

– استنشاق المسحوق عبر الأنف أو بعد تسخينه؛

– الحقن الوريدي بعد إذابة المسحوق بالماء، وقد يخلطه بعض المدمنين مع الهروبين أو الباربيتورات أو الميثادون لزيادة المفعول؛

– شربه مع الماء أو أي مشروب أو دمجه مع الطعام ثم يؤكل؛

– عن طريق التدخين بلف عجينة الكوكا مع السجائر[1].

الفرع الثاني: المخدرات الاصطناعية

هي المواد التي تستخلص من نباتات مخدرة ثم يتم تصنيعها بطريقة كيميائية وهي:

1– المورفين(Morphine) : في بداية القرن التاسع عشر أصبح من الممكن تحليل مادة الأفيون المستخلصة من نبات الخشخاش كيميائيا، وتجزئتها للحصول على المركبات المشتقة منها كالمورفين الذي هو عبارة عن مسحوق أبيض ناعم غير بلوري، عديم الرائحة، مر المذاق، وفي بعض الأحيان يكون على شكل سائل أبيض شفاف ويعبأ في الأواني الزجاجية، وقد يكون في صورة أقراص، ويعتبر أقوى المخدرات المانعة للألم، ولا تقاس قوة أي عقار صناعي آخر كمسكن للألم بقوة المورفين[2]، ويتم تعاطيه بالبلع أو عن طريق خلطه مع القهوة والشاي أو بتدخينه أو بحقنه تحت الجلد، ويؤدي تعاطي المورفين إلى تسكين الألم وضعف التنفس والسعال، كما يسبب الاسترخاء والهدوء، لكن في حالة عدم توفره لدى المدمن يصاب بالهيجان العصبي الشديد، والعرق الغزير مع الحكة المستمرة في الجلد[3].

2– الهروبين(Héroïne): يعتبر الهروبين من أخطر المواد المخدرة المسببة للإدمان، وهو من مشتقات المورفين، يتكون من بلورات صغيرة لونها أبيض عاجي أو رمادي مائل للون البني، ويتغير لونه عند تعريضه للهواء فيصبح لونه يميل للسواد، وأول من حضر الهيروين هو الدكتور رايت[4] عام 1874، حيث تمكن من استخلاص مادة ثنائي الخلين[5] من المورفين بخلطه مع

---

[1] فتحي دردار، مرجع سابق، ص47.

[2] سعد المغربي، سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مصر، ص ص 31، 32.

[3] نبيل صقر، مرجع سابق، ص 20.

[4] رايت: طبيب أمريكي اكتشف مخدر الهيروين عام 1874 بغية استخدامه في تسكين الألم، ولكن مع الوقت انحرف استخدامه بحيث أصبح مخدرا متوحشا يفتك بآلاف الأرواح سنويا. أنظر: لكتاب جابر بن موسى، عز الدين الدنشاري وآخرون، مرجع سابق، ص74.

[5] ثنائي الخلين: مادة مستخلصة من المورفين يتم استخلاصها بوسائل وطرق خاصة. أنظر: للمرجع نفسه، ص 72.

حامض الخليك[1]، يتم تعاطيه عن طريق التدخين والشم أو الحقن الوريدي الذي يعتبر من أخطر أنواع التعاطي، يسبب قشعريرة في الجلد، فقدان الشهية، زيادة ضربات القلب، الغثيان، القصور الكلوي، السكر، ضغط الدم، مرض فقدان المناعة المكتسبة (الايدز) والتهاب سحايا المخ[2].

3- الأمفيتامينات(Amphetamine) : هي من العقاقير المهلوسة صنعت في ألمانيا عام 1880 واعتبر دواء آمن ذا قيمة طبية، إلا أن استعماله المتكرر يعرض متعاطيه لمخاطر الاعتياد، ويحدث له شعور بالنشوة والنشاط وفقدان النعاس، وحصوله على طاقة كبيرة لبعض الساعات، حيث يبدو بعدها منهكا مع الشعور بالإحباط وعدم القدرة على التركيز، يصاحبه خفقان القلب وجفاف الفم وعدم القدرة على الاسترخاء، ثم تتسع الحدقة وسرعان ما يرتفع الضغط مع إمكانية حصول غفوان[3].

4- **الباربيوترات(Barbiturate)**: هي نوع من المواد المخدرة تستعمل كعلاج طبي لعلاج الأرق وكمضاد للصرع والتشنجات، يشبه تأثيرها الكحوليات كما أن الامتناع عنها أكثر قسوة من الهروبين، ويؤدي تعاطيها إلى الضعف، وارتفاع درجات الحرارة، نوبات مفاجئة مشابه للصرع وقد تؤدي للوفاة[4].

5- المواد المتطايرة الأخرى(compose organique volatile) : هي مواد تتطاير دراتها في الهواء إذا تركت مكشوفة أهمها: سوائل التنظيف، البنزين، مزيل طلاء الأظافر والصموغ الصناعية مثل الباثكس...إلخ، يؤدي تعاطيها إلى التقليل من إنتاج الكريات الحمراء في الدم، وكذا كريات الدم البيضاء وتؤدي إلى الإصابات الكلوية، إصابات في الجهاز التنفسي، القلب، فقدان المناعة، فقدان الاتزان العقلي كما تضر بالجهاز العصبي، وقد تؤدي إلى الموت[5].

6-**المستحضرات الطبية:** هي التي تكون على شكل حبوب طبية منها الفاليوم، القارديناال، ثروكسان، الأرطان وهي تحقق لمتعاطيها نفس اللذة التي نجدها في النباتات المخدرة[6].

---

[1] حامض الخليك: مركب كيميائي عضوي يكون خالي من الماء وهو سائل عديم اللون يمتص الماء من جو المحيط، ثم يجمد ويصبح بلورات صلبة عديمة اللون. أنظر: للمرجع نفسه، ص 83.

[2] خلود سامي المعجون، مكافحة جرائم المخدرات، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض، السعودية، 1991، ص ص29،30.

[3] مصطفى مجدي هرجة، البراءة والإدانة في قضاء المخدرات، ط02، دار الكتب القانونية، مصر، 1994، ص 44.

[4] نبيل صقر، مرجع سابق، ص22.

[5] فتحي دردار، مرجع سابق، ص ص70،71.

[6] سعيد عباس، الإدمان على المخدرات المعالجة والتأهيل، مذكرة تخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة 17، المدرسة العليا للقضاء، 2009، ص11.

7- **المنومات(Hypnotiques):** لقد تم تصنيعها لمساعدة الأشخاص على النوم والاسترخاء، إلا أن الإدمان عليها قد يؤدي إلى نزيف دموي داخلي وأحيانا إلى الغيبوبة، وإذا زادت الجرعات عن الحد المسموح به فقد يؤدي ذلك إلى الوفاة ولهذا فهي من أكثر الأدوية التي تستعمل للانتحار[1].

8- **المنشطات(Dopage):** هي أنواع متعددة تستعمل لعلاج الاكتئاب وفقدان الشهية، فهي تقلل من الشعور بالتعب والخمول وهذا ما يؤدي إلى الإفراط في الحركة والفرح، وتعاطي جرعات كبيرة منها تسبب العصبية والتوتر، الاضطرابات والتشويش، خفقان القلب والصداع، والأصعب من ذلك الشعور بالعداوة لدرجة تجعل متعاطيها على خطر مع نفسه وعلى الآخرين، مما قد يؤدى إلى الاضطهاد، بحيث يتوهم المدمن أن الناس تحيك له مؤامرات وتدبر لقتله والانتقام منه، ويشعر أنه مضطهد من جميع الناس[2].

9- **المهدئات(Sédatif)** : تستعمل المهدئات عادة وبجرعات مضبوطة في الحالات المرضية، ينتج عن تعاطيها توتر، هدوء، انخفاض نبضات القلب، والإفراط في تعاطيها يحدث تلفا في مراكز الاتصال على مستوى المخ وضيق في التنفس، ولهذا فإن الدول الأوروبية لا تسمح ببيع المهدئات إلا بوصفة طبية عكس بلدان العالم الثالث بما في ذلك الجزائر بحيث تباع المهدئات بدون وصفة طبية، وهذا ما ساعد على انتشار استعمالها المتزايد وبالتالي الإدمان عليها[3].

10- **المهلوسات(Hallucinogéne)** : يدخل ضمنها المسكالين وهي قلويد مستخرج من نبات صباري من المكسيك، والتريبتامين وهو قلويد مستخرج من فطور مكسيكية بالإضافة إلى حامض الليسارجيد (LSD)[4]، وعند تناول المواد المهلوسة يظهر مفعولها بعد ساعة ويستمر من (10-18) ساعة فهي تعتبر مادة منشطة جنسيا حتى ولو تم تناولها بمقادير معتدلة، أما تعاطي جرعات زائدة منها فيؤدي إلى الموت المفاجئ نتيجة للشلل التنفسي[5]، ومن أشهر أنواع المهلوسات ما يلي:

10-1- **المسكالين (mescaline):** هو من أشهر المهلوسات وأكثرها انتشارا في الجزائر، يستعمل بلعا أو مصا أو عن طريق الحقن الوريدي، تأثيراته مشابه لل25 LSD.

---

[1] عبد الرحمان العيساوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1993، ص209.

[2] عبد الرحمان العيساوي، مرجع سابق، ص2010.

[3] فتحي دردار، مرجع سابق، ص 210.

[4] حامض الليسارجيد (LSD): مادة حمضية تستخرج من فطر الجودر ويستخدم كعلاج للاضطرابات النفسية. أنظر: لكتاب جابر بن موسى، عز الدين الدنشاري وآخرون، مرجع سابق، ص53.

[5] مصطفى مجدي هرجة، جرائم المخدرات الجديد، دار الكتاب الحديث، مصر، 1996، ص84.

10-2- **ليسارجيد lysergique diéthylamide acide 25 (LSD25):** هو من أقوى المهلوسات، بمجرد تعاطيها ينتقل إلى المخ والجسم بسرعة، فيؤدي إلى الضعف والارتعاش، تغير المزاج، كما يحدث الانفعال والقلق لأبسط الأسباب والشعور بالضعف في اتخاذ القرارات، ويعد عقار (LSD) من أخطر أنواع المخدرات على الإطلاق وذلك لسهولة ترويجه عن طريق الطوابع البريدية حيث توضع مادة (LSD) مكان الصمغ على الطوابع ثم تؤخذ هذه المادة عن طريق الفم[1].

10-3- **ثنائي ميثيل التريبتامين diméthyle tryptamine (D.M.T):** استخدم هذا المهلوس لأول مرة من طرف الهنود، ويستعمل عن طريق الحقن الوريدي أو الشم ويرش فوق التبغ ويدخن به، وله نفس تأثير LSD.

المبحث الثاني: مفهوم الإدمان

إن التعاطي المتكرر للمخدرات يمكن أن يتسبب في الإدمان وذلك بسبب تعلق المتعاطي بالمخدر، فعند تناوله لأول مرة يشعر المتعاطي بالراحة، اللذة، النشوة، وهذا ما يجعله يعاود التجربة، لكن في هذه الحالة يحتاج لجرعة أكبر حتى يصل إلى الإحساس المشابه وبتكرار هذه العملية يحصل الإدمان.

المطلب الأول: تعريف الإدمان

لابد لدراسة موضوع الإدمان أن نتوقف أولا أمام مختلف التعريفات متعددة الجوانب كما يلي:

الفرع الأول: التعريف اللغوي والاصطلاحي

أولا: التعريف اللغوي: يعرف الإدمان لغة على أنه: أدمن الشيء: لزمه، أدامه ولم يقع عنه، ويقال أدمن الأمر واظب عليه[2]. والإدمان مصدر أدمن، والمقصود به الاعتياد والتعود واعتماد الانسان على شيء معين بغض النظر عن نفع أو ضرر هذا الشيء[3]، وقد يكون الإدمان ضار للفرد وهو ما يسمى بالإدمان السلبي: كالإدمان على الخمر والمخدرات والعقاقير المخدرة، وقد يكون الإدمان نافعا للفرد والمجتمع كاعتياد الشخص على المطالعة والبحث والدراسة، وهذا ما يعرف بالإدمان الإيجابي، وهنا يجب تشجيع هذا الشخص لأنه يفيد نفسه ومجتمعه[4].

---

[1] رجب محمد أبو جناح، المخدرات آفة العصر، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع، ليبيا،2000، ص 256.

[2] مجمع اللغة العربية، معجم الوسيط، ج1، ط5، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة، مصر،2011، ص308.

[3] فريد نجار، المعجم الموسوعي للمصطلحات، ط1، مكتبة لبنان ناشرون، بيروت، لبنان، 2003، ص30.

[4] هاني عمروش، مرجع سابق، ص06.

ثانيا: التعريف الاصطلاحي: نقصد بمصطلح الإدمان: تكرار تعاطي المواد المخدرة الطبيعية (ذات الأصل النباتي) أو المصنعة (مواد تم تصنيعها) أو دوائية (كالمنومات والمهدئات)، التي يتعود عليها الشخص لدرجة الاعتماد[1]، بمعنى آخر صعوبة الاقلاع عنها مع حاجة الجسم إلى زيادة الجرعة من فترة لأخرى، فتصبح حياة المدمن تحت سيطرة هذه المادة، وفي حالة الإقلاع والامتناع تظهر على المدمن أعراض انسحابية مختلفة، كالعجز عن الحركة، اضطرابات هضمية، عدم القدرة على التركيز، تشنجات عضلية[2].

ومن أهم أعراض الإدمان ما يأتي:

- الميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة؛
- اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة؛
- حالة تسمم عابرة أو مزمنة؛
- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطلوبة بأية وسيلة؛
- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع[3].

وعرفت هيئة الصحة العالمية سنة 1938 الإدمان بأنه: "حالة نفسية وفي بعض الأحيان تكون جسمية أو عضوية، تنتج عن تفاعل بين الكائن الحي والعقار، تتميز بتغيرات في السلوك واستجابات مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار، لتجنب الأثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة"[4].

كما يعرفه فقهاء القانون بأنه: "التكرار المتعاطي لمادة نفسية، لدرجة أن المتعاطي (المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، ورفضه للانقطاع، وإذا ما انقطع عن التعاطي، تصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي"[5].

---

[1] سامي مصلح، رحلة في عالم المخدرات، دار النشر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1986، ص 09.

[2] المرجع نفسه، ص10.

[3] مصطفى السويف، المخدرات والمجتمع، عالم المعرفة: الكويت، 1996، ص13.

[4] Rapport mondial sur la drogue, "évolution mondiale de la consommation de la production et du trafic illicites de drogue", disponible sur le site www.Unode.org, 10/05/2019,17h15.

[5] نبيل صقر، مرجع سابق، ص 08.

ويعرف أيضا بأنه: "حالة نفسية، وفي بعض الأحيان جسمية تنتج عن تفاعل بين الفرد والمخدر، وتتميز بالاستجابات السلوكية وغير السلوكية، تحتوي دائما على سلوك قسري لتناول المخدر، على أساس استمراري أو فتوري لكن توجد تأثيراته النفسية، وفي بعض الأحيان ينعدم وجودها"[1].

كما يعرف الإدمان بأنه حالة التسمم الدوري أو المزمن الذي يؤثر على الفرد، وذلك نتيجة التعاطي المستمر للعقار[2].

وعرفت جمعية الطب النفسي الأمريكي(DSM-V) الإدمان بأنه: نمط غير قادر على التأقلم من استخدام المواد التي تؤدي إلى ضعف الجسم، وتظهر أعراض الإدمان بعد 12 شهرا من يوم التعاطي وهي كالآتي:

- الحاجة إلى الزيادة في التعاطي بشكل ملحوظ وبكميات كبيرة، لتحقيق اللذة المرجوة؛
- هناك رغبة مستمرة لخفض أو السيطرة على التعاطي لكن دون جدوى؛
- في الكثير من الأحيان يتم أخذ هذه المادة لفترة أطول مما كان يعتزم[3].

وحسب نظرية العطب العصبي (théorie l'neurological Impaiment) فإن الإدمان عملية تحدث داخل جسم المريض المدمن، وترى هذه النظرية أن للعوامل البيولوجية دور كبير في حدوث الإدمان لدى الشخص، حيث وجد أن تعاطي بعض أنواع المخدرات يمكن أن يؤثر على خلايا المخ، وهذا يخلق الإدمان على المخدر بيولوجيا لدى المدمن[4].

الفرع الثاني: التعريف القانوني

عرف المشرع الجزائري مصطلح الإدمان في المادة 02 من قانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها بأنه: "حالة تبعية نفسانية أو تبعية نفسية جسمانية تجاه مخدر أو مؤثر عقلي".

والملاحظ أن المشرع الجزائري لم يعرف الإدمان في قانون العقوبات بل أشار إليه في المادة 22 من نفس القانون، بحيث وصفه بأنه ادمان اعتيادي ناتج عن تعاطي مواد كحولية أو مخدرة فحسب.

---

[1] المرجع نفسه، ص 09.

[2] Henrie E et Bernard P, manuel de la psychiatrie de l'enfant ،Masson ،Paris, France, 1978, p194.

[3] جمعية الطب النفسي الأمريكي، متاح على الموقع www.apa.org، 2019/04/01، 03:40.

[4] محمد الزحيلي، أحكام التخدير والمخدرات الطبية والفقهية في مجلة: جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، سوريا،2008، ص63.

المطلب الثاني: أنواع الإدمان ومراحله

سنتطرق في هذا المطلب إلى مختلف أنواع الإدمان، ثم نتناول مراحله بداية بالمرحلة الأولية (التجريب) وصولا إلى آخر مرحلة (الاعتماد).

الفرع الأول: أنواع الادمان

أنواع الإدمان متوقفة على كيفية تأثيرها في حياة الفرد، وعلى أساس هذا التأثير توجد عدة أنواع الإدمان:

- **إدمان ألفا:** هذا النوع يؤثر في الصحة البدنية للمدمن وأمثلة ذلك: إدمان السكريات، الموالح، الدخان وغيره، بحيث لا توجد أعراض انسحابية، وهذا النوع من الإدمان يهمل غالبا.
- **إدمان بيتا:** لهذا النوع النصيب الأكبر من التأثير على العقل والجسد على حد سواء، ويظهر هذا التأثير على أعضاء الجسم كالقلب والكبد والمعدة والدماغ.... إلخ، ويعتبر هذا النوع من الإدمان الأكثر تعارفا، وذلك لوجود اضطرابات وانحرافات سلوكية ناجمة عنه.
- **إدمان جاما:** هذا النوع يتضمن الإدمان على موضوعات غير مادية مثل التفكير الدائم في الأشياء السلبية، وله أعراض عقلية كالقلق والتوتر والاكتئاب والعدوانية وغيرها[1].

وهناك من يصنف الإدمان تصنيفا آخر وهو كالآتي:

- **الإدمان الصدمي:** هذا الإدمان يأتي نتيجة صدمة حدثت بصورة مفاجئة وحادة، ويدمن الفرد في هذه الحالة عادة عندما يفتقر إلى العلاقات الاجتماعية المناسبة، مما يؤدي إلى أزمة حادة تسببها تلك الصدمة، كأن يبقى وحده ولا يكلم أحد حتى ولو حاول البعض محادثته، كما يتميز سلوكه بنزعة نحو تدمير الذات.
- **الإدمان الفعلي:** يتميز هذا الإدمان بوجود صراع فعال في البيئة، مما يؤدي إلى الشعور بعدم الارتياح، والكآبة والإقلال من الاهتمامات والأنشطة المعبرة عن العواطف، ويظهر المدمن تعبيرات عن التصدي والتعصب.
- **الإدمان الانتقالي:** يرجع هذا النوع من الإدمان إلى الاضطرابات النفسية المتنوعة التي تتلاءم مع بداية إدمان العقاقير مثل: الاكتئاب المتكرر، وحالات الهوس التي تحدث خصوصا مدمني الهروبين.

[1] عبد الله محمد قازان، إدمان المخدرات والتفكك الأسري، ط1، دار الحامد، الأردن، 2005، ص87.

- **الإدمان المتعلق بالاعتلال الاجتماعي:** يقع المدمن في صراع نفسي، اجتماعي، يعبر عنه بالرغبة في إفراغ الرغبات المكبوتة، ويتميز هذا المدمن بعدم النضج النفسي والاجتماعي وبحياة عائلية مضطربة، كما يعاني من صدمات عنيفة مع قواعد السلوك الاجتماعي والقانوني أثناء فترة المراهقة خصوصا، وعادة ما يظهر المدمن سلوك غير مبالي بالآخرين وهو غير قادر على التفاؤل ويعيش في كآبة وعزلة دائمة[1].

الفرع الثاني: مراحل الإدمان

أولا: مرحلة التجريب: وهي مرحلة مركزية لفهم تعاطي المخدر، ويتعلم المتعاطي في هذه المرحلة أن المخدرات تجعل المرء يشعر بأنه في حالة ارتياح كبير ونشوة، وقليلا ما تحدث له آثار مزعجة، والمخدرات الأكثر استهلاك في هذه المرحلة هي: الحشيش، وبعض الأقراص متوسطة المفعول، والتي يمكن أن تعطى بالمجان في البداية، والمعتاد أن يرفض المتعاطي في بداية هذه المرحلة مشاركة التعاطي لعدة مرات، والغالب أنه لا يشعر بالمخدر في أول تجربة للأقراص، وفي هذه المرحلة من التعاطي تكفي كميات صغيرة من المخدر لإحداث أثرها لأن خاصية التحمل البدني لا تكون قد تكونت بعد، ولا يلجأ المتعاطي إلى المخدرات إلا عندما تكون الأوضاع مناسبة له ويكون المخدر بحوزته، وغالبا ما يكون ذلك في المناسبات الاجتماعية وفي عطل نهاية الأسبوع، وأما بالنسبة للمؤشرات البدنية في هذه المرحلة فلا تظهر أي علامات[2].

ثانيا: مرحلة التعاطي المقصود: في هذه المرحلة يشتري المستهلك المخدر ويكون التعاطي مقصودا، وتحدث آثار المخدر عند انتهاء النشوة ثم يبدأ حدوث الاعتياد والتحمل البدني، وفي هذه المرحلة يكون استخدام هذه المواد حسب الخبرة المكتسبة في هذا المجال (أي استهلاك الأنواع التي تحقق له الآثار التي يرغبها)، ويتطور الأمر من التعاطي في الإجازة الأسبوعية إلى التعاطي في الليل، ثم التعاطي في مواجهة الوالدين والأصدقاء غير المتعاطين[3].

ثالثا: مرحلة التعاطي المنتظم: تتركز حياة الشخص في هذه المرحلة بالتعاطي المنتظم، والبحث عن العقاقير للوصول إلى النشوة، وقد ينتقل المدمن إلى تعاطي عقاقير الهلوسة أو الكوكايين أو تدخين الأفيون، أو الأقراص الأكثر فعالية بكميات غير محدودة، لأنه يشعر بالضيق عندما لا

---

[1] حامد طوران كاميران، "المخدرات وعوامل انتشارها"، في: مجلة الحوار، العراق، 2012، ص12.

[2] نواصر العايش، استهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، مطابع قرفي، باتنة، الجزائر، 1993، ص 56.

[3] جلال الدين عبد الخالق ورمضان السيد، الجريمة والانحراف، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2001، ص 324.

يكون منتشيا، وفي هذه الحالة تزداد درجة الاعتياد والتحمل البدني، وتفشل محاولات إنقاص الجرعة أو التوقف عن التعاطي، ويشعر هذا المدمن شعورا شديدا بالذنب والاكتئاب، وتنتابه حالة من البارانويا[1] وينخفض اعتزازه بذاته وتدفعه كراهيته لنفسه أحيانا إلى إلحاق الأذى بها، ولا يعود المخدر مصدرا للمتعة، لكن التظاهر أمام الأصدقاء المدمنين الآخرين بأن المخدر ما زال مصدرا للمتعة يجعل المدمن يشعر بأنه مختلف فيعاود التعاطي[2]؛

رابعا: مرحلة التحمل: وهو حاجة المدمن لزيادة العقار يوم بعد يوم لكي يصل إلى التأثيرات المنشودة ذاتها، والمدمن قد يتجرع كمية من العقار بغية الزيادة، وعملية الحصول على العقار بأي طريقة يعني السلوك الذي يستبيح كل شيء للوصول إلى العقار، مما قد ينتهي بجريمة للحصول على المادة المخدرة[3].

خامسا: مرحلة الاعتياد: لقد عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 1957 مرحلة الاعتياد بأنها: "حالة فرد يستهلك على النحو المعتاد عقار لمنتج سام كالمنتجات الباربيتورية، الامفتامين أو كلورال، بحيث يرغب في تناولها ولديه رغبة مستمرة في زيادة جرعاتها، مما يكون له اعتياد تعاطيها[4]".

سادسا: مرحلة الاعتماد: عرفت هيئة الصحة العالمية سنة 1973 الاعتماد بأنه: "حالة نفسية أو عضوية، تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار"، ومن خصائصها إلحاح الحصول عليها والاتجاه لزيادة الجرعة، وحدوث أعراض انسحابية، كما يؤدي إلى استجابات وأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية، أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره، وهناك بعض المواد التي تسبب اعتماد نفسي فقط، أما العقاقير التي تسبب اعتماد عضوي فهي تسبب أيضا اعتماد نفسي[5].

---

[1] البارانويا: باللاتينية Paranoia، وهو ما يعرف بجنون العظمة أو الارتياب، ويقصد به المرض النفسي الناتج بسبب تعرض الشخص المصاب للاضطهاد والعزلة جراء عوامل نفسية، وبسبب تعاطيه للمخدرات والادمان عليها. أنظر: لكتاب جابر بن موسى، عز الدين الدنشاري وآخرون، مرجع سابق، ص39.

[2] علي محمود السيد، المخدرات تأثيرها وطرق التخلص الآمن منها، ط4، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2012، ص10.

[3] إبراهيم العبيدي، "آثار الأسرة في الوقاية من المخدرات"، في: مجلة الأمن، جامعة الملك سعود، العدد03 ، السعودية، 1990، ص 56.

[4] عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، عالم الطباعة والمعرفة والنشر، الكويت، 1988، ص156.

[5] جلال الدين عبد الخالق ورمضان السيد، مرجع سابق، ص 326.

وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة ومن خصائصه ما يأتي:

- الرغبة الملحة في الاستمرار على التعاطي، والحصول على المخدر بأية وسيلة؛
- زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم على العقار، وإن كان بعض المدمنين يظل على جرعة ثابتة؛
- الاعتماد النفسي والعضوي على العقار؛
- ظهور أعراض نفسية وجسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه فجأة[1].

وهناك نمطين من الاعتماد وهما:

1. **الاعتماد النفسي:** يشير إلى رغبة نفسية قوية للحصول على التأثير نفسه الذي كان يحدثه العقار الذي تم الاعتماد على تعاطيه، إذ يجد الشخص المتعاطي أن تلك الحالة النفسية التي يحدثها التعاطي أساسية لكفالة حسن الحال لديه[2].

كما يعرف على أنه: حالة عقارية تتميز برغبة قهرية تتطلب استخدام دوري أو مستمر لعقار معين لغرض المتعة أو إلغاء التوتر[3].

2. **الاعتماد العضوي:** يشير إلى حاجة الجسم للعقار الذي تم الاعتماد على تعاطيه ويعرف الاعتماد العضوي على أنه: الحالة الفيزيولوجية للجسم، يحدثه تكرار التعاطي، فيؤدي ظهور أعراض جسمية مزعجة وقد تكون مميتة، ويتميز بشيئين خطيرين:

2.1. **التعود:** ويحدث نتيجة تكرار تعاطي المخدر، والذي بدوره يؤدي لتغييرات عضوية في جسم الإنسان ويصاحب ذلك زيادة الجرعة.

2.2. **الأعراض الإنسحابية:** وهي عبارة عن رد فعل فيزيولوجي تظهر عندما يتوقف المتعاطي عن تعاطي المخدر فجأة، وتختلف هذه الأعراض باختلاف نوع المخدر وصنفه ودرجة الاعتماد عليه،

---

[1] خطورة الادمان وعلاجه، متاح على الموقع www.ar.m.wikipedia.org، 2019/02/22، 15:32.

[2] باربرا كوثمان بكنل، دور الأباء في مساعدة أبناءهم على الشفاء من الإدمان، زكي عبد العزيز حليم وسعاد موسى، الدار الدولية للنشر، مصر، 1994، ص235.

[3] L'evasseur Georges, les mesures de sûreté en droit comparé, Dalloz, Paris, France, 1974, p298.

وتتمثل هذه الأعراض في: فقدان الشهية، عدم الهدوء، ضعف العضلات، الانفعال وصعوبة التنفس[1].

وتتباين العقاقير فيما تحدثه من تأثير، فالهروين مثلا يؤدي إلى كل من الاعتماد العضوي والنفسي، في حين أن الكوكايين يؤدي فقط في أغلب الأمر إلى الاعتماد النفسي[2].

[1] Lemercier Pierre, les mesures de grâce et de révision des condamnations dans la législation récente, RSC, paris, 1974, p423.

[2] سامية ابريعم وزكية العمراوي، "ظاهرة الإدمان عند الشباب دراسة ميدانية على عينة من المدمنين على المخدرات"، في: مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر، 2012، ص 25.

خلاصة الفصل:

مما سبق يمكننا القول أن ظاهرة الإدمان على المخدرات من أخطر المشكلات، والتي يوما بعد يوم يستفحل خطرها نظرا للتنوع المستمر لمواد وأساليب التعاطي.

فالإدمان على المخدرات كما رأينا هو نمط سلوكي يتسم بدرجة كبيرة من النزعات القهرية لتكرار تعاطي العقار سواء كان طبيعي أم صناعي، وهو كذلك حالة نفسية وعضوية تنتج عن تفاعل الفرد مع العقار أو المخدر، الأمر الذي ينتج عنه تبدل في شخصية المدمن واتسامها بالانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية، والإهمال الواضح في الأمور الذاتية، فضلا عن القلق النفسي وتدهور صحة المتعاطي.

وللإدمان على المخدرات أضرار ومضاعفات تمس الجوانب الصحية، الشخصية والعامة، بحيث نجد ارتفاع في معدل الجرائم خاصة السرقة بغرض توفير المادة المخدرة، الأمر الذي جعل المشرع الجزائري يتدخل لقمع هذه الظاهرة عن طريق الوقاية والعلاج بغرض إزالة الخطورة الإجرامية الكامنة في الشخص المدمن، وبالتالي عدم عودته لتكرار إدمان المخدرات أو ارتكاب جرائم أخرى بسببه، وعليه قرر المشرع توقيع تدبير الوضع القضائي في مؤسسة علاجية لمدمني المخدرات، ويكون ذلك وفقا لشروط وآليات حددها القانون، وهذا ما سيتم التطرق إليه في الفصل الثاني.

مقدمة الفصل

إن السياسة الجنائية الحديثة تتجه نحو الإصلاح، التأهيل والعلاج بدلا من الإيلام، لهذا أراد المشرع الجزائري الحد من ظاهرة استهلاك المخدرات والإدمان عليها، فقرر جوازية انعدام المسؤولية الجزائية لمدمني المخدرات، وبالتالي أجاز إيداع المدمن في احدى المصحات العلاجية المخصصة لهذا الغرض بدلا من تنفيذ العقوبة السالبة للحرية. وقد ذكر المشرع الجزائري في المادة 19 من قانون العقوبات تدبير الوضع القضائي في مؤسسة علاجية لمدمني المخدرات وعرفه في المادة 22 من القانون المذكور أعلاه بأنه: "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 مهيأة لهذا الغرض، وذلك بناء على أمر أو حكم أو قرار قضائي صادر من الجهة المحال إليها الشخص، إذا بدا أن السلوك الاجرامي للمعني مرتبط بهذا الإدمان".

ويعتبر الوضع القضائي في مؤسسة علاجية تدبير شخصي، سالب للحرية يوقع على مدمني المخدرات الذين يرتكبون جرائم بسبب الإدمان، لذا وضع لهم القانون هيئات قضائية تسهر على حسن تطبيق التدبير بالإضافة إلى أطباء مختصون في العلاج، وذلك بغرض وقاية المجتمع من إجرامهم.

وقد جعل المشرع الجزائري لهذا التدبير مجموعة من الشروط والآليات لإمكانية تطبيقه، وهذا ما سيتم تناوله في المبحثين الآتيين.

المبحث الأول: شروط تطبيق التدبير

إن الوضع القضائي في مؤسسة علاجية خاصة بمدمني المخدرات لا يمكن تطبيقه إلا بتوفر شروط أساسية نصت عليها المادة 22 من قانون العقوبات في فقرتها الثانية، وذلك بالإحالة إلى الشروط المذكورة في المادة 21 من نفس القانون، وتتمثل هذه الشروط في: الشروط المتعلقة بالجريمة والشروط المتعلقة بالشخص، وهذا ما سيتم تناوله في المطلبين الآتيين.

المطلب الأول: الشروط المتعلقة بالجريمة

يقدم الشخص المدمن على ارتكاب جريمة يكون سببها الإدمان (الجريمة السابقة)، وعند ارتكابه لهذه الجريمة يتضح أنه ينطوي على خطورة إجرامية، وعليه سنتناول في هذا المطلب الجريمة السابقة والخطورة الاجرامية.

الفرع الأول: الجريمة السابقة

ذهب الرأي الغالب في الفقه القانوني إلى اشتراط ارتكاب الجاني المدمن جريمة سابقة حتى يمكن إنزال التدبير عليه، وهو نفس النهج الذي سارت عليه معظم التشريعات الحديثة[1].

أولا: تعريف الجريمة السابقة

يقصد بالجريمة السابقة اقدام الشخص المدمن على ارتكاب فعل خاضع لنص التجريم[2]، مع صدور حكم قضائي يثبت إدانة المعني بذلك الفعل.

غير أن الاشكال الذي يثور هنا هو أن فكرة عدم تطبيق التدبير إلا بعد ارتكاب الشخص للجريمة، ينفي الصفة الوقائية للتدبير في شقها الأول وهنا نصطدم مع مصلحة المجتمع، ذلك أن الخطورة الاجرامية يمكن أن تظهر بعد ارتكاب الجريمة[3]، وما الجريمة السابقة إلا قرينة على توفر هذه الخطورة[4]، وهناك اختلاف فقهي حول مدى ضرورة اشتراط ارتكاب جريمة سابقة كشرط لازم لتطبيق التدبير:

---

[1] محمد أحمد حامد، التدابير الاحترازية في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 1990، ص 178.

[2] مأمون محمد سلامة، حدود سلطة القاضي الجنائي في تطبيق القانون، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1975، ص168.

[3] عبد الله سليمان، شرح قانون العقوبات الجزائري، الجزء 02، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 2002، ص544.

[4] Stefani Guston, Levasseur Georges et Bouloc Bernard, droit général, 19 éme Edition, Dalloz, France, 1996, p536.

1. الاتجاه المعارض

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن اشتراط وقوع الجريمة يتنافى مع طبيعة التدبير، كون أن الغرض من تطبيقه هو الوقاية من الظاهرة الإجرامية، لذلك يفترض الأخذ بعين الاعتبار درجة الخطورة الإجرامية قبل ارتكاب الشخص للجريمة ثم نطبق عليه التدبير مقدما[1]، كما أن اشتراط ضرورة ارتكاب الجريمة حتى يطبق التدبير يؤدي إلى الاعتقاد بأن التدبير جزاء على ما اقترفه المتهم من جرم، لا وسيلة تتجه إلى المستقبل لمنعه من الاجرام.

2. الاتجاه المؤيد

ذهب أصحاب هذا الاتجاه إلى اشتراط جريمة سابقة حتى يمكن تطبيق التدبير، وحجتهم في ذلك أن توقيع التدبير دون سبق الاجرام يعد انتهاك للحريات الفردية، كما أن المعيار الوحيد الذي يمكن الاستناد إليه لاكتشاف الخطورة الإجرامية هي واقعة ارتكاب جريمة سابقة[2]، وهذا ما يكشف الشخصية الاجرامية للمتهم وخطورته على المجتمع، كما يرجع تبرير الأخذ بهذا الشرط إلى وجوب التمسك بمبدأ الشرعية، فعدم اشتراط الجريمة السابقة ينفي بالضرورة الخطورة الاجرامية، فالمدمن شخص مريض تفاقم مرضه فأصبح يعبر عنه بالجريمة المرتكبة، وهذا معناه أن كل جريمة يرتكبها المدمن تحت تأثير إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية هي صالحة كأساس لتطبيق التدبير[3].

وقد لقى هذا الاتجاه تأييدا لغالبية فقهاء القانون الجنائي وأخذت به أغلب التشريعات مثل التشريع الفرنسي، التشريع المصري والتشريع اللبناني، إلا أنه نجد بعض التشريعات تطبق التدبير دون اشتراط ارتكاب جريمة سابقة كالمشرع الكويتي.

ثانيا: موقف المشرع الجزائري من اشتراط الجريمة السابقة

إن المشرع الجزائري لم يصرح صراحة بالجريمة السابقة، إلا أنه أخذ بها ضمنيا فلا يكون هناك إدمان على المخدرات دون وجود جريمة الاستهلاك الشخصي المنصوص عليها في المادة 12 من قانون الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، بغض النظر عن اقتراف المدمن لجرائم أخرى، فجريمة الاستهلاك الشخصي وحدها كافية لقيام شرط الجريمة السابقة.

---

[1] نور الدين هنداوي، مبادئ علم العقاب، مؤسسة دار الكتاب، الكويت، 1996، ص126.

[2] أحمد عوض بلال، محاضرات في الجزاء الجنائي، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 2002، ص299.

[3] Jacques Leroy , droit général, librairie générale de la jurisprudence, paris, France, 2003, p422.

ثالثا: تقييم موقف المشرع الجزائري من اشتراط الجريمة السابقة

لقد وفق المشرع الجزائري عند اشتراطه للجريمة السابقة لتوقيع التدبير، ذلك أن ثبوت الخطورة الاجرامية لا يتحقق إلا بعد ارتكاب الجريمة من طرف المدمن، وهذا ما يكرس مبدأ شرعية الجرائم والعقوبات الذي يقتضي أنه لا جريمة ولا عقوبة ولا تدبير إلا بنص.

الفرع الثاني: الخطورة الاجرامية

اختلف الفقهاء في تصنيف عنصر الخطورة الاجرامية هل يدخل ضمن الشروط المتعلقة بالشخص كون أن الخطورة إجرامية تكون كامنة بداخله، أم هو يدخل ضمن الشروط المتعلقة بالجريمة، فلولا وجود جريمة سابقة لما تمكنا من استنتاج الخطورة الاجرامية، وبالتالي فإن مصدرها هي الجريمة لا محال.

أصبح أساس الجزاء يقوم على فكرة الخطورة الإجرامية الكامنة في شخص المجرم، أي كلما توفرت هذه الخطورة أمكن إخضاع المدمن إلى التدبير العلاجي[1]، وهذا يهدف إلى تأهليه ليتكيف من جديد مع المجتمع، وبالتالي أضحت الخطورة هي الأساس الذي يقوم عليه توقيع التدبير[2].

أولا: تعريف الخطورة الإجرامية

إن اتجاه الفقه الجنائي إلى دراسة شخصية الفاعل وكذا اهتمامه بدراسة العوامل والدوافع التي دفعت به إلى ارتكاب الجريمة، أدى إلى بروز فكرة الخطورة الاجرامية التي نشأت في أعقاب المدرسة الوضعية[3]. وقد اختلف الفقهاء في إعطاء تعريف محدد للخطورة الاجرامية تبعا لآرائهم ومعتقداتهم، فمنهم من يعتقد أن الخطورة الاجرامية هي حالة نفسية يمر بها الشخص فتترك آثار على سلوكه، الأمر الذي يترتب عليه توقيع الجزاء على الشخص في حالة ارتكابه فعلا مخالفا للقانون[4] وهذا ما يعرف بالاتجاه النفسي، ومنهم من يرى أنها تتمثل في تلك العوامل والأمارات التي تنبئ عن احتمال ارتكاب المدمن للجريمة مستقبلا[5]، مما قد يؤدي إلى تضرر المجتمع، وهذا ما يعرف بالاتجاه الاجتماعي.

---

[1] عبد القادر عدو، مبادئ قانون العقوبات الجزائري، دار هومه، الجزائر، 2010، ص 328.

[2] عمر خوري، السياسة العقابية، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر، 2009، ص200.

[3] محمد صبحي نجم، أصول علم الإجرام وعلم العقاب، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2006، ص83.

[4] Louszt(O), le diagnostique de l'Etat dangereux méthode ojode, Acts duli international crimpologie, France, 1955, p450.

[5] محمود نجيب حسني، علم العقاب، دار النهضة العربية، الإسكندرية، مصر، 1967، ص221.

وهناك من لم يعتمد في تعريف الخطورة الاجرامية لا على الاتجاه النفسي ولا على الاتجاه الاجتماعي، بحيث عرفت الخطورة الاجرامية على أنها: "احتمال عودة المجرم إلى ارتكاب جريمة لاحقة[1]"، أو "احتمال ارتكاب المجرم جريمة تالية[2]".

وهنالك من جمع بين الاتجاهين في إعطاء تعريف لها بأنها: "حالة عدم توازن في شخصية الفرد مبعثها عيب في تكوينه المادي أو النفسي، أو في ظروفه البيئية التي تدفعه إلى ارتكاب الجرائم على وجه الاحتمال"[3].

نحن نميل إلى الاتجاه النفسي والاجتماعي معا في تعريف الخطورة الاجرامية، ذلك أن الحالة النفسية في اعتقادنا لصيقة بالشخص وملازمة له وتنشأ نتيجة تفاعل العوامل الداخلية والخارجية، مما ينشأ عنه تأثير على سلوك وتصرفات الفرد في المجتمع الذي ينبئ عن احتمال ارتكابه جريمة مستقبلا[4]، وبالتالي فتدبير الوضع القضائي في مؤسسة علاجية لا يكون إلا لمواجهة الخطورة الإجرامية الكامنة في الشخص المدمن، فالعلاج المطلوب هو العلاج القادر على مواجهة تلك الخطورة لديه، فإذا أثبت أن الجريمة المرتكبة لا علاقة لها بهذا الإدمان، فلا موجب للقضاء بهذا التدبير[5].

لتحديد فكرة الخطورة الاجرامية يجب الاستناد إلى عنصران: عنصر الاحتمال وعنصر الجريمة التالية، ويمكن التفرقة بين الاحتمال والجريمة التالية كعنصرين مكملين لبعضهما البعض، في كون أن الجريمة التالية هي موضوع الاحتمال التي تقوم على أساسه الخطورة الاجرامية، أما احتمال اقدام مجرم على ارتكاب جريمة في المستقبل، فلا يشترط فيه أن تكون هذه الجريمة عمدية، ولا تدخل في ذلك الأفعال المنافية للأخلاق والمعتقدات الدينية والأعمال الضارة التي لا تجرمها القوانين[6].

ثانيا: موقف المشرع الجزائري من اشتراط الخطورة الاجرامية

لم يعرف المشرع الجزائري الخطورة الاجرامية رغم أهميتها، ولم يذكرها إلا بمناسبة الحديث عن إمكانية مراجعة التدبير القضائي في مؤسسة علاجية بالنظر إلى تطور الخطورة الإجرامية، وهذا ما

[1] فوزية عبد الستار، مبادئ علم الاجرام والعقاب، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1985، ص266.

[2] محمود نجيب حسني، شرح قانون العقوبات، ط08، دار النهضة العربية، الإسكندرية، مصر، 2016، ص135.

[3] محمود سعيد نمور، دراسات في فقه القانون الجنائي، ط1، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2004، ص13.

[4] أحمد فتحي سرور، أصول السياسة الجنائية، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1972، ص497.

[5] مأمون محمد سلامة، قانون العقوبات، ط03، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1990، ص256.

[6] مأمون محمد سلامة، حدود سلطة القاضي الجنائي في تطبيق القانون، مرجع سابق، ص110.

جاءت به المادة 22 من قانون العقوبات بقولها: "يجوز مراجعة الوضع القضائي في مؤسسة علاجية بالنظر إلى تطور الخطورة الاجرامية للمعني".

كما أن المشرع الجزائري ربط حالة الخطورة الاجرامية بالشخص الخاضع للتدبير، وهذا واضح من العبارة نفسها التي جاءت في نص المادة 311 من قانون الإجراءات الجزائية التي نصت على أنه: "إذا أعفى المتهم من العقاب أو أبرئ أو أفرج عنه في الحال ما لم يكن محبوسا لسبب آخر دون الإخلال بتطبيق أي تدبير أمن مناسب تقرره المحكمة".

ويستشف من هذه المادة أن المشرع الجزائري نص على الخطورة الإجرامية ضمنيا وأقر الإبقاء على تطبيق التدبير بغرض مواجهة الخطورة الاجرامية، حتى ولو كان المحبوس قد ثبتت براءته أو أعفي عنه، ذلك أن غاية المشرع تتجه نحو العلاج والإصلاح، لا الإيلام الذي تتجه إليه العقوبة.

كما نجد المشرع أشار إلى الخطورة الاجرامية في مواضع متفرقة من المواد القانونية، من ذلك نظام وقف تنفيذ العقوبة الذي نص عليها بموجب المادة 592 قانون الإجراءات الجزائية[1] وما بعدها، التي تقضى بأن الجناة الأقل خطرا على المجتمع أي الغير مسبوقين، ويصطلح عليهم في علم الاجرام المجرمون بالصدفة[2]، الذين تكاد أن تكون الخطورة الاجرامية لديهم منعدمة، فزجهم في السجن يكون سببا لاختلاطهم بالمجرمين الذين ينطوون على خطورة إجرامية عالية[3].

أيضا في نظام الإفراج المشروط المنصوص عليه في المواد من 134 إلى 150 من قانون تنظيم السجون وإعادة الادماج الاجتماعي للمحبوسين[4] بغرض علاج الخطورة الإجرامية، بحيث يجب أن تتناسب الخطورة الإجرامية مع المجرم وشخصيته، ومدى استعداده وتقبله لمرحلة العلاج العقابي[5].

---

[1] المادة 592 من قانون الإجراءات الجزائية: "يجوز للمجالس القضائية والمحاكم، في حالة الحكم بالحبس أو الغرامة إذا لم يكن المحكوم عليه قد سبق الحكم عليه بالحبس لجناية أو جنحة من جرائم القانون العام، أن تأمر بحكم مسبب بالإيقاف الكلي أو الجزئي لتنفيذ العقوبة الأصلية".

[2] منصور رحماني، علم الاجرام والسياسة الجنائية، دار العلوم، عنابة، الجزائر، 2006، ص53.

[3] إبراهيم الشباسي، الوجيز في شرح قانون العقوبات، دار الكتاب اللبناني، بيروت، لبنان، 1988، ص211.

[4] القانون رقم 04/05 المؤرخ في 2005/02/06 المتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، ج ر عدد 12، بتاريخ 2005/02/07.

[5] عبد الحفيظ طاشور، "طرق العلاج العقابي في التشريع الجزائري"، في: المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والاقتصادية والسياسية، جامعة قسنطينة، عدد 03، الجزائر، 1991، ص117.

وقد ذكر المشرع الجزائري في المادة 52 من قانون العقوبات[1] الأعذار التي تعفي المجرم من المسؤولية الجنائية، فرغم الحكم على المتهم بعدم العقاب واعفاءه من المسؤولية، إلا أنه يجوز للقاضي أن يطبق التدبير على المعفى عنه إذا استلزمت الخطورة الإجرامية ذلك.

من خلال المواد السابقة يستنتج أن الخطورة الاجرامية تلعب دورا مهم في التجريم والجزاء المفروض، كما أن لها آثار في المرحلة القضائية حيث أنه أثناء سير الدعوى العمومية، المشرع يعطى للقاضي سلطة تقديرية كافية لمعرفة مدى خطورة المتهم، مما ينعكس على طبيعة الإجراءات المتخذة ضده.

ثالثا: تقييم موقف المشرع الجزائري من الخطورة الاجرامية

يتضح أن موقف المشرع الجزائري من الخطورة الاجرامية كان موقفا إيجابيا إلى حد ما مقارنة مع بعض الأنظمة التي لم تذكر هذا المفهوم في نصوصها، لكن يعاب عليه ما يلي:

– المشرع لم يحدد الخطورة الاجرامية بنصوص واضحة تشمل عملية تطبيق التدبير[2] مما جعلها في إطار ضيق، فكان بإمكان المشرع أن ينص على الحالات التي تشكل الخطورة الإجرامية وتستدعي تطبيق التدبير؛

– لم يتناول المشرع الضوابط والعناصر التي يسترشد بها القاضي لإثبات الخطورة الاجرامية وترك ذلك لسلطته التقديرية، ففي هذه الحالة يصعب على القاضي القيام بمهامه، ومن جهة أخرى يمكنه أن يظلم المتهم في حكمه.

المطلب الثاني: الشروط المتعلقة بالجاني

حتى نستطيع تطبيق التدبير يجب أن يكون الجاني قد وصل إلى درجة الإدمان، فإذا كان مستهلكا لا يمكن توقيع التدبير عليه، ويجب أن يثبت الإدمان بواسطة خبرة طبية صادرة عن طبيب مختص.

الفرع الأول: حالة الادمان

إن وصول الشخص متعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لدرجة الإدمان شرط أساسي ولازم لإقرار الوضع في المؤسسة العلاجية كتدبير أمن، بحيث يكون هناك تكرار في تعاطي المخدر أو المؤثر العقلي

[1] المادة 52 من قانون العقوبات:" الأعذار هي حالات محددة في القانون على سبيل الحصر يترتب عليها مع قيام الجريمة والمسؤولية إما عدم عقاب المتهم إذا كانت أعذارا معفية وإما تخفيف العقوبة إذا كانت مخففة، ومع ذلك يجوز للقاضي في حالة الإعفاء أن يطبق تدابير الأمن على المعفى عنه".

[2] نور الهدى محمودي، تدابير الاحترازية وتأثيرها على الظاهرة الاجرامية، شهادة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص قانون جنائي وعلوم الجنائية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر 1 بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2012، ص170.

ليتحول إلى اعتياد حاد يصعب الرجوع عنه[1]، وبهذا لا يمكن إنزال هذا التدبير إلا عن طريق الخبرة الطبية، من خلال تبيينها لوجود علاقة بين حالة الإدمان والنزعة الجرمية بمن كان مدمنا حتى ولو لم يكن خطرا، لكن بما أن الإدمان هو الحالة التي يكون عليها المتعاطي غير واع فإنه بالضرورة يشكل خطرا على المجتمع حتى ولو أنه لم يرتكب جريمة من قبل، إلا أنه من المحتمل جدا أن يرتكب أخطر الجرائم مستقبلا فأمارة الإدمان تكشف عن خطورته على أفراد المجتمع ولو أنه لم يرتكب أي جريمة قط[2].

الفـرع الثاني: إثبات الإدمان بالخبرة الطبية

يجب أن تثبت الخبرة الطبية المتخصصة أن الحالة الصحية تستوجب علاج طبي، فهي التي يمكنها تحديد مدى الاستعداد الإجرامي وخطورته لدى الفرد، وبالتالي فالحاجة إليها ضرورية، لأن القاضي لا يمكنه أن يحكم بالوضع القضائي في مؤسسة علاجية إلا بناء على تقرير الخبرة[3].

ومن الطبيعي أن يستعين القاضي برأي الأطباء لأنه يواجه حالة مرضية تستدعى العلم والخبرة، ومن ثم ينظر إلى المحكوم عليه كمريض وليس كمجرم، وعلى الأطباء أن يحددوا نوع العلاج وطبيعته فيما هو معروف ومتفق عليه[4].

والقانون لم يحدد مدة العلاج وقد أحسن ما فعله، فهو يواجه مرضا لا يستطيع أن يحدد مسبقا المدة الواجب انقضاؤها للعلاج، فالتدبير في هذه الحالة ينتهي بشفاء المدمن من مرضه، حيث يعود للسلطة القضائية المشرفة على تنفيذ التدبير، تقديرها بناء على التقارير الطبية بهذا الشأن[5].

ويتضح مما تقدم أن المشرع الجزائري اتبع السياسة الإصلاحية قبل العقابية في مكافحة المخدرات في القانون رقم (04-18) المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار الغير مشروعين بها، والهيئات التي تعمل على تطبيق التدابير العلاجية هي: النيابة العامة، التحقيق القضائي

---

[1] علي قصير، "الوقاية من ظاهرة المخدرات"، في: مجلة العلوم الإنسانية دورية علمية محكمة، منشورات جامعة محمد خيضر، العدد 13، بسكرة، الجزائر، 2008، ص174.

[2] الهادي علي يوسف أبو حمزة، المعاملة الجنائية لمتعاطي المخدرات، ط1، الدار الجماهيرية، ليبيا، 2012، ص254.

[3] أسامة عبد السميع، مرجع سابق، ص81.

[4] جمعاوي فوزية، السياسة الجنائية لمكافحة المخدرات في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص قانون جنائي والعلوم الجنائية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر1 بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2013، ص39.

[5] إدوارد غالي الذهبي، جرائم المخدرات في التشريع المصري، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1988، ص356.

بالإضافة إلى قضاة الحكم، أما بالنسبة للهيئات التي تتكفل بالمدمنين في مرحلة العلاج هي: الخبراء والأطباء المختصين في معالجة الإدمان ومتابعته، مراكز العلاج، مراكز الرعاية التربوية والاجتماعية وإعادة التأهيل[1].

المبحث الثاني: آليات تطبيق التدبير

يمكن لمدمن المخدرات أن يخضع للعلاج من تلقاء نفسه قبل أي متابعة جزائية أمام الجهات الطبية المختصة ووفقا لآلياتها، كما يجوز أن يفرض على المدمن الخضوع للعلاج من قبل الجهات القضائية المختصة وفقا لآليات حددها القانون، وذلك في حالة ارتكابه لجريمة ما، أو كان قد قبض عليه متلبسا بجريمة الاستهلاك أو الحيازة بغرض الاستهلاك الشخصي للمخدرات أو المؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة، وثبت في الحالتين أنه قد أصبح مدمنا.

المطلب الأول: الآليات القضائية

لقد وضع القانون رقم 18/04 سالف الذكر تحت تصرف الهيئات القضائية لتطبيق التدبير، وذلك في جميع مراحل الدعوى العمومية.

الفرع الأول: على مستوى النيابة العامة:

تسهر النيابة العامة الممثلة في وكيل الجمهورية على تطبيق هذا التدبير طبقا لما كرسه المشرع في المادة 06 من القانون رقم 18/04 سالف الذكر والتي نصت على أنه: "لا تمارس الدعوى العمومية ضد الأشخاص الذين امتثلوا إلى العلاج الطبي الذي وصف لهم لإزالة التسمم وتابعوه حتى نهايته.
ولا يجوز متابعة الأشخاص الذين استعملوا المخدرات أو المؤثرات العقلية استعمال غير مشروع إذا ثبت أنهم خضعوا لعلاج مزيل للتسمم، أو كانوا تحت المتابعة الطبية منذ حدوث الوقائع المنسوبة إليهم.
وفي جميع الحالات المنصوص عليها في هذه المادة يحكم بمصادرة المواد والنباتات المحجوزة إن اقتضى الأمر، بأمر من رئيس الجهة القضائية المختصة بناء على طلب من النيابة العامة.
تحدد كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم".
إن هذا الإجراء هو نفسه المنصوص عليه في القانون رقم 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها في المادة 249 التي نصت على ما يلي: " لا ترفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين امتثلوا للعلاج الطبي الذي وصف لهم وتابعوه حتى نهايته.

[1] مليكة شريط، مكافحة المخدرات بين الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإسلامية، تخصص شريعة وقانون، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة حمه لخضر، الوادي، 2015، الجزائر، ص83.

كما أنه لا ترفع الدعوى العمومية على الأشخاص الذين استعملوا المخدرات استعمالا غير شرعي إذا ثبت أنهم تابعو العلاج المزيل للتسمم أو كانوا تحت المتابعة الطبية، منذ حدوث الوقائع المنسوبة إليهم". ويستنتج أن المشرع في صياغته للمادة 06 حافظ على مضمون المادة 249، إلا أنه قام باستبدال بعض العبارات مثل "لا ترفع الدعوى العمومية" استبدلت بعبارة " لا تمارس الدعوى العمومية "، وهذا هو الأصح كون أن النيابة العامة تحرك الدعوى العمومية، أما الرفع يكون في حالات حددها القانون، فالعبارة التي استجدها المشرع في المادة 06 هي المصطلح السليم من الناحية القانونية والإجرائية بصفة خاصة.

كما أضاف المشرع مصطلح المؤثرات العقلية بعدما كان يستعمل مصطلح المخدرات فقط، واستبدل عبارة " ... بأمر من رئيس المحكمة بناء على طلب وكيل الجمهورية" بعبارة ".... بأمر من رئيس الجهة القضائية المختصة بناء على طلب النيابة العامة" وهو التعبير الأوسع والأصح، وقد نص المشرع على عدم تحريك الدعوى العمومية ضد الأشخاص الذين ثبت أنهم استعملوا المخدرات للاستهلاك وباشروا العلاج الطبي حسب الحالتين الآتيتين:

أولا: خضوع مدمن المخدرات للعلاج بمحض إرادته: تتحقق هذه الحالة عندما يكون المشكوك في استعماله للمخدرات أو المؤثرات العقلية قد خضع لفحص طبي عادي، فيكشف الطبيب العام إدمانه على المخدرات ويوصف له العلاج ويوجهه إما داخليا في المؤسسات العلاجية أو خارجيا في العيادات ليعالج بواسطة الأدوية المضادة مع المتابعة الطبية[1]، ففي هذه الحالة يلجأ مدمن المخدرات طواعية إلى العلاج، وعليه إثبات ذلك من خلال شهادة طبية من الطبيب المعالج تؤكد خضوعه للعلاج.

وطبقا للمادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 229/07[2] فإن وكيل الجمهورية يقرر عدم ممارسة الدعوى العمومية بناءا على التقرير الطبي الذي يقدمه المعني، والذي يثبت فيه أنه قد خضع للعلاج المزيل للتسمم أو المتابعة الطبية منذ تاريخ الوقائع المنسوبة له، أي منذ استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة، كأن يستعملها من دون وصفة طبية أو بواسطة وصفة طبية وهمية مزورة، أو أنه تحصل على المخدرات أو المؤثرات العقلية بواسطة شخص أخر، أو بجميع الوسائل غير المشروعة.... إلخ، ويمكن لوكيل الجمهورية أن يأمر بفحص المعني من قبل طبيب مختص ليتأكد مما أفاد به المتهم.

[1] الحسين بن شيخ آث ملويا، المخدرات والمؤثرات العقلية، دار هومة، عين مليلة، الجزائر، 2010، ص44.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 299/07 المؤرخ في 30 جوان 2007، يحدد كيفيات تطبيق المادة 06 من القانون 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، ج ر عدد 49، بتاريخ 2007/07/01.

ثانيا: امتثال مدمن المخدرات للعلاج الذي وصف له: إذا تبين لوكيل الجمهورية من عناصر الملف أن الشخص يحتمل فيه أنه قد وصل إلى درجة الإدمان، فإنه يأمر بفحصه من قبل طبيب مختص[1]، وحسب نتيجة التقرير يحدد وكيل الجمهورية قراره، إما أن يأمر بمتابعة العلاج المزيل للتسمم بالمؤسسة المختصة التي يحددها، إذا تبين بعد الفحص أن الشخص مدمن طبقا للمادة 03 من المرسوم سالف الذكر، أما إذا كانت حالة الشخص المستهلك لا تستدعي علاج مزيل للتسمم داخل مؤسسة متخصصة، يأمر وكيل الجمهورية بوضعه تحت المتابعة الطبية حسب المدة الضرورية المقررة للفحص الطبي.

ويفهم مما سبق أن المشرع الجزائري قد ميز بين معاملة المدمن والمستهلك العادي الذي لم يصل بعد إلى درجة الإدمان، فحسب المادة 04 من نفس المرسوم فإن الطبيب المعالج يقدم لوكيل الجمهورية شهادة طبية، يحدد فيها بداية العلاج أو المتابعة الطبية والمدة المحتملة لنهايتها[2].

وفي نفس السياق حددت المادة 05 من نفس المرسوم أنه على الطبيب المعالج مراقبة سير العلاج المزيل للتسمم أو المتابعة الطبية ويعلم بانتظام وكيل الجمهورية المختص بالحالة الصحية للمعني، وفي حالة انقطاع المدمن عن العلاج على الطبيب المعالج أو مدير المؤسسة العلاجية إبلاغ وكيل الجمهورية ليتخذ الإجراءات اللازمة المتمثلة في ممارسة الدعوى العمومية، بالرغم من أنه قد أصدر في البداية أمر بالعلاج. أما إذا كان المريض قد استجاب للعلاج دون انقطاع وبصفة مستمرة، فعند نهاية العلاج تقدم له شهادة طبية تثبت أنه خضع للعلاج أو المتابعة الطبية، وترسل نسخة منها إلى وكيل الجمهورية ليقرر عدم ممارسة الدعوى العمومية طبقا لما جاء في المادة 06 من القانون رقم 18/04 سالف الذكر، وبالتالي يمكن القول أن قرار وكيل الجمهورية في عدم المتابعة القضائية موقوف على شرط انتظام المعني في العلاج إلى نهايته، وهذا يكرس نية المشرع في الوقاية بالدرجة الأولى بدلا من العقوبة.

ويستشف من المادة 06 من القانون رقم 18/04 أن المشرع استعمل صيغة الأمر بعبارة " ...لا تمارس الدعوى العمومية ..." و".... لا يجوز أيضا متابعة الأشخاص..."، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أن وكيل الجمهورية لا يملك السلطة التقديرية في تحريك الدعوى العمومية من عدمها، وإنما هو ملزم بعدم اتخاذ هذا الإجراء في حالة تحقق الحالتين سالفتي الذكر.

[1] ملحق رقم 01 يتضمن أمر وكيل الجمهورية المرسل إلى الطبيب المعالج لفحص الشخص لإظهار حالة الإدمان طبقا للمادة 03 من المرسوم 229/07 سالف الذكر.

[2] الملحق رقم 02 المتضمن الشهادة الطبية التي يرسلها الطبيب لوكيل الجمهورية.

الفرع الثاني: على مستوى قاضي التحقيق

في حالة تحريك الدعوى العمومية وإحالة القضية للتحقيق، يمكن لقاضي التحقيق أو قاضي الأحداث إما تطبيق ما جاء به المشرع في المادة 12 من القانون رقم 18/04 سالف الذكر أو توقيع التدبير المنصوص عليه في المادة 07 من نفس القانون.

أولا: تطبيق المادة 12 من القانون رقم 18/04: أي إدانة المتهم بجنحة الاستهلاك الشخصي أو الحيازة من أجل الاستهلاك الشخصي للمخدرات أو المؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة، فلا تقوم هذه الجريمة إلا بتوفر أركانها الثلاث، ولقد اختلف الفقه الجنائي حول أركان هذه الجريمة، فذهب البعض إلى اعتبار المخدر ركن مفترض، أما البعض الآخر فيعتبر المخدر عنصر من عناصر الواقعة المادية المكونة للركن المادي، والرأي الراجح فقها هو أن المخدر باعتباره الموضوع المادي للسلوك، فهو ليس ركنا من أركان الجريمة وإنما عنصر من عناصر الواقعة الإجرامية[1]، وسنتطرق لأركان هذه الجريمة كما يلي:

1- الركن الشرعي: لاعتبار فعل ما جريمة لابد أن يكون هناك نص قانوني يجرمه، والمشرع قد نص بموجب القانون رقم 18/04 في المادة 12 منه على تجريمه لفعل الاستهلاك أو الحيازة من أجل الاستهلاك للمخدرات أو المؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة، وتجدر الإشارة إلى أن أول قانون نظم جرائم المخدرات هو الأمر رقم 09/75 المتضمن قمع الإتجار والاستهلاك المحظورين للمواد السامة والمخدرات[2]، والذي تضمن خمس (05) مواد أغفل فيها المشرع تعريف المخدر وتحديد أصنافه، بالإضافة إلى أن عنوان هذا النص جاء فقط قاصرا على جريمتي الإتجار واستهلاك المخدرات، إلا أن مضمونه تضمن جرائم أخرى، وعاقبت مادته الخامسة كل من يستهلك بصفة غير قانونية المواد المخدرة بالحبس لمدة شهرين إلى عام واحد وبغرامة من 500 إلى5000 دج، وألغي العمل به بموجب الأمر رقم 79/76 المتضمن قانون الصحة العمومية[3]، الذي أبقى على نفس العقوبة ونص على نفس قيمة الغرامة طبقا للمادة 323 منه، ثم ألغي بموجب قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 05/85[4] الذي عاقب في مادته

[1] محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، مرجع سابق، ص17.

[2] الأمر رقم 09/75 المؤرخ في 1975/02/17 المتضمن قمع الاتجار والاستهلاك المحظورين للمواد السامة والمخدرات، ج ر عدد 06، بتاريخ 18، 02، 1975.

[3] الأمر رقم 79/76 المؤرخ في 23 أكتوبر 1976 المتضمن قانون الصحة العمومية، ج ر عدد 101، بتاريخ 1976/12/19.

[4] القانون رقم 05/85 المؤرخ في 1985/02/16 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج ر عدد 08، بتاريخ 1985/02/17.

245 كل من يستعمل المخدرات بطريقة غير مشروعة، هذا القانون لم يأت بالجديد فتدارك المشرع الأمر بإصداره القانون رقم 18/04 سالف الذكر.

وينتفى الركن الشرعي في حالة ما إذا كانت المادة المضبوطة ليست مخدرة أو كان الاستهلاك بصفة مشروعة لأغراض طبية طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 228/07[1]، كأن يكون بترخيص طبي سليم من الناحية الشكلية والموضوعية، فلا يجوز أن تتضمن الشهادة الطبية شطب أو تزوير، مع تحديد كل البيانات اللازمة كذكر اسم ولقب المريض، كمية تعاطي المخدر.... إلخ، وفي هذه الحالة ينتفي التجريم.

2- **الركن المادي:** يتكون الركن المادي لهذه الجريمة من عنصرين:

2-1 الاستهلاك أو الحيازة: يعتبر فعل الاستهلاك هو المشكل للسلوك المادي في هذه الجريمة، والاستهلاك يتطلب وجوبا فعلا أخر وهو حيازة المادة المخدرة، بحيث لا يتصور استهلاك من دون حيازة واكتفى المشرع بتحقيق السلوك الإجرامي بغض النظر عن النتيجة، ويتم فعل الاستهلاك تبعا لنوع المخدر عن طريق الاستنشاق عبر الأنف، الحقن، التدخين، شرب المخدر.

إذن استهلاك المخدرات هو تناول الفرد المادة المخدرة بإدخالها في جسده بأية وسيلة كانت، سواء كان ذلك بانتظام أو عرضا فقط[2].

2-2 **المادة المخدرة:** يجب أن ينصب الفعل المادي على مادة مخدرة[3]، وبمفهوم المادة 202 من القانون رقم 18/04، يتعين على القضاة الاستعانة بخبراء من أجل تحليل المادة حتى يمكن التعرف ما إذا كانت مخدرة أو من المؤثرات العقلية التي نص عليها القانون، كون أن الرائحة لا تكفي للكشف عنها[4]، وعليهم أن يثبتوا في حكمهم نوع المادة المضبوطة.

وما يلاحظ أن القانون الجزائري لم يحدد الكمية أو الحد الأدنى للمادة المخدرة، وعليه فالجريمة تتوافر ولو كان ما عثر عليه من بقايا وأثار المخدر دون وزن.

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 228/07 المؤرخ في 30 جوان 2007 المحدد لكيفيات منح الترخيص باستعمال المخدرات والمؤثرات العقلية لأغراض طبية أو علمية، ج ر عدد 49، بتاريخ 2007/06/01.

[2] Florio(M), "la répression de l'usage des stupéfiants en droit français", dans : la revue pénitentiaire, 1973, p23.

[3] عبد الحليم الشواربي، البراءة في جرائم المخدرات، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2003، ص 203.

[4] Didier Yayle, philippe, la moureux, drogue et dépences, 2emme édition, inpes, 2007, p56.

3- الركن المعنوي: لكي تقوم الجريمة لا يكفي أن يرتكب الفعل المجرم قانونا بل يجب أن يصدر من شخص مسؤول يتمتع بقدرات ذهنية[1] ويتكون هذا الركن من قصد جنائي عام وقصد جنائي خاص.

3-1 القصد الجنائي العام: يتكون القصد الجنائي العام من العلم والإرادة.

- **العلم:** والمقصود به العلم بالقانون والوقائع أي أن يتحقق العلم لدى مستهلك المخدرات بأن المادة المتعاطاة أو التي يحوزها هي مادة مخدرة، وعلى القاضي أن يبين في حكمه ما يفيد اقتناعه بعلم المتهم أن ما يحوزه ويستهلكه هو مادة مخدرة، فعدم العلم بوسائل الجريمة يجعل حكم الإدانة معيب[2].
- **الإرادة:** هي انصراف نية الجاني لإحداث الجريمة، إذا لم يتحقق عنصر الإرادة فإن القصد الجنائي لا يتحقق، كمن دست في ملابسه قطعة مخدر وهو لا يدري عن أمرها شيئا، فإرادته لا تتجه نحو الاتصال بالمخدر.

3-2 القصد الجنائي الخاص: أي انصراف إرادة الجاني إلى قصد الاستهلاك أو الاستعمال الشخصي أو قصد الحيازة للاستهلاك[3]، وتتدرج العقوبات حسب طبيعة القصد الخاص فتخفف العقوبة في حالة قصد الاستهلاك فقط وتشدد إذا اتجهت إرادة الجاني إلى الإتجار في المواد المخدرة[4].

4-الجزاء المترتب على هذه الجريمة:

4-1 **العقوبات الأصلية:** نصت المادة 12 من القانون رقم 18/04 على عقوبة الحبس من شهرين إلى سنتين وغرامة من 5000 إلى 50000 دج، في حين كانت العقوبة المقررة لهذه الجريمة في ظل القانون رقم 05/85 سالف الذكر في المادة 245 منه، الحبس من شهرين إلى سنة وغرامة من 500 إلى 5000 أو إحدى هاتين العقوبتين، وبمقارنة المادتين نلاحظ أن المشرع رفع الحد الأدنى والأقصى للعقوبة السالبة للحرية من سنة إلى سنتين كما رفع قيمة الغرامة، وأحسن ما فعله المشرع عند تشديد

---

[1] Jean Larguier, droit pénal général, 17émme édition, 1999, Dalloz, p34.

[2] صلاح الدين علي الحوالي، الركن المعنوي لجرائم المخدرات والمؤثرات العقلية في القانون الليبي، دار الشتات للنشر والبرمجيات، مصر، 2011، ص63.

[3] فاطمة العرفي وليلى إبراهيم العدواني، جرائم المخدرات في ضوء الفقه الإسلامي والتشريع، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2010، ص132.

[4] بركات بهية، الإدمان على المخدرات وتأثيره على السلوك الإجرامي، مذكرة ماجستير، تخصص قانون جنائي والعلوم الجنائية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر1 بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2005، ص26.

العقوبة لأنه في حالة تطبيق التدبير فإن المدمن يستجيب للعلاج ويفضله على العقوبة التي قد تصل إلى عامين حبس، رغم أن خضوعه للعلاج يتطلب مدة طويلة حتى ينتهي المدمن من إدمانه، فالمشرع في القانون رقم 18/04 جعل العقوبة رادعة لتحقيق الهدف المبتغى ألا وهو الوقاية والعلاج، الذي خصص له المشرع نصا كاملا "الفصل الثاني منه" ولم يتناول الأحكام الجزائية إلا في الفصل الثالث منه، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أن هدف المشرع من وراء هذا التقنين هو وقاية وعلاج المدمن بالدرجة الأولى لا تسليط العقوبة عليه، خلافا عما كان ينوي إليه في القانون رقم 05/85 المتضمن حماية الصحة وترقيتها، بحيث لم ينص فيه على التدابير العلاجية إلا بعد أن نص على العقوبات الجزائية، مما يدل على اقتناعه في القانون رقم 18/04 بأن السياسة العلاجية في مكافحة المخدرات تسبق السياسة العقابية، فلم يبقى العقاب هو الحل الوحيد لمعالجة مشكلة الإدمان، وإن كان الإشكال لا يتوقف في تسبيق أحدهما عن الآخر وإنما يتحدد في مدى تطبيق هذا الإجراء على أرض الواقع.

4-2 العقوبات التكميلية: نصت المادة 29 من القانون رقم 18/04 على جوازية تطبيق العقوبات التكميلية، وألزمت المواد 32،33،34 منه على وجوب تطبيق العقوبات التكميلية الإلزامية كمصادرة النباتات، طبقا لما جاء به المرسوم التنفيذي رقم 230/07[1] في مادته الأولى، كما نص على كيفية التصرف في النباتات والمواد المحجوزة كإعداد محضر جرد النباتات وتحديد وزنها ونوعها وطبيعتها ومكان الحجز....إلخ، ويعد هذا الإجراء واجب التطبيق حتى ولو حكم على المتهم بالإعفاء من العقوبة كما عليه الحال في المادة 08 من القانون رقم 18/04، ولقد حددت المادة 24 من القانون رقم 18/04 العقوبة التكميلية الخاصة بالأجانب وذلك بمنعه من الإقامة نهائيا أو لمدة لا تقل عن 10 سنوات، وفي حالة عدم امتثال الأجنبي لهذه العقوبة تسلط عليه زيادة على ذلك أحكام المادة 13/05 [2]من قانون العقوبات.

ثانيا: أن يـؤمر المتهم بالعلاج المزيل للتسمم: يجوز لقاضي التحقيق إخضاع مدمن المخدرات والمؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة للعلاج، إذا كانت حالته الصحية تستوجب ذلك، وله أن يصدر

[1] المرسوم التنفيذي رقم 230/07 المؤرخ في 30 جوان 2007 الذي يحدد كيفيات التصرف في النباتات والمواد المحجوزة أو المصادرة في إطار الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، ج ر عدد 49، بتاريخ 2007/06/01.

[2] المادة 13 / 05 من قانون العقوبات: "يعاقب الشخص الأجنبي الذي يخالف عقوبة المنع من الإقامة بالتراب الوطني المحكوم بها عليه، بالحبس من ثلاث(03) أشهر إلى ثلاث (03) سنوات وبغرامة 25.000 دج إلى 300.000 دج.

أمر بوضع المعني في مؤسسة علاجية لإزالة أثار الإدمان والتسمم، وهذا ما جاءت به المادة 07 من القانون رقم 18/04 سالف الذكر.

ويلاحظ في المادة 250 من القانون رقم 05/85 أن المشرع أورد نفس مضمون المادة 07 إلا أنه لم يشترط بوضوح كيف يتم إثبات الحالة الصحية للمتهم، وأمام هذا الفراغ قد يعتمد فقط على رأي قاضي التحقيق وتقديره عكس ما جاء به في القانون رقم 18/04 عندما اشترط الخبرة الطبية، فالمشرع هنا احترم الضمانات وحافظ على حقوق المدمن، كما جعل المشرع في المادة 07 من القانون رقم 18/04 سريان الأمر بالوضع تحت العلاج مند بداية التحقيق وحتى تقرر الجهة القضائية خلاف ذلك، وقد وفق في ذلك عكس ما كان عليه الحال في قانون حماية الصحة وترقيتها بحيث لم تكن المادة 250 منه تجيزه إلا بعد انتهاء التحقيق، فعادة ما تطول مدة التحقيق ويكون المدمن في أمس الحاجة للعلاج .

كما نلاحظ أن المادة 07 لم تميز بين الحدث والبالغ خصوصا أنها لم تلزم قاضي التحقيق أو الأحداث على تطبيق التدابير العلاجية رغم وجود تقرير طبي بإدمان المتهم، فعدم إدراج أحكام خاصة في القانون رقم 18/04 للحدث المدمن سيؤدي إلى تطبيق الأحكام الخاصة بالمدمن البالغ، كما أنه من غير المعقول علاج الحدث والبالغ في نفس مراكز العلاج وبنفس الطريقة[1]، ولعل السبب في ذلك النقص الحاصل في عدد مراكز العلاج[2].

يجب التمييز بين الوضع القضائي المنصوص عليه في المادة 22 من قانون العقوبات والوضع في مؤسسة علاجية المنصوص عليه في المادة 07 من القانون رقم 18/04، فيعتبر الأول تدبير أمن مقترن بارتكاب جريمة قد يكون سببها الإدمان بالدرجة الأولى، أما التدبير الثاني فسببه حتما هو جريمة استهلاك المخدرات أو المؤثرات العقلية المنصوص عليها في المادة 12 من القانون المذكور أعلاه.

وكنتيجة طبيعية لا يمكن متابعة المدمن الخاضع للعلاج بعد شفاءه، كما لا توقع عليه العقوبات التبعية أو التكميلية لأنها مرهونة بصدور حكم يقضي بعقوبة أصلية لجريمة الاستهلاك الشخصي، غير أن مصادرة المخدر المضبوط هو أمر إلزامي يأمر به قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث، كونها تعد بالضرورة إجراء قضائي عيني ينصب على شيء ذاته لإخراجه من دائرة التعامل من جديد، ذلك أن الهدف الأول من العلاج هو إعادة إدماج المدمن في المجتمع وإصلاحه.

[1] محمد سعيد الصاحي، محاكمة الأحداث الجناحين وفقا لأحكام قانون الأحداث، ط1، مكتبة الفلاح، الكويت، 2005، ص 132.

[2] محمد فتحي عيد، مرجع سابق، ص 133.

الفرع الثالث: على مستوى قضاة الحكم

تقرر الجهة القضائية المختصة، محكمة الجنح أو محكمة الأحداث إعفاء المتهم من العقوبة[1]، إذا رأت أن العلاج المأمور به من طرف جهة التحقيق لم ينته بعد، أو أن متابعته ضرورية للقضاء على حالة الإدمان نهائيا طبقا لما جاءت به المادة 8/2 من القانون رقم 18/04، ويبقى هذا الإجراء أمر جوازي يستفيد منه مدمن المخدرات بشروط يمكن إجمالها في أن يثبت بواسطة خبرة طبية متخصصة أن حالته الصحية تستوجب علاج طبي، بالإضافة إلى صدور أمر قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث يقضي بإخضاعه لعلاج مزيل التسمم تصاحبه جميع تدابير المتابعة الطبية، مع صدور حكم من الجهة القضائية لإلزامه بالخضوع للعلاج المزيل التسمم[2].

ويلاحظ أن المادة 08 جاءت مستوحاة في مضمونها من المادة 251 من القانون رقم 05/85، إلا أن المشرع في القانون رقم 18/04 في المادة 08 منه قام باستبدال عبارة "الجهة القضائية الحاكمة" ب"الجهة القضائية المختصة"، وهي العبارة الأصح والأكثر شمولية، كما أضيفت عبارة "رغم المعارضة " بينما اقتصرت في المادة 251 من القانون رقم 05/58 على الاستئناف فقط، فقد يغيب المتهم عن حضور المحاكمة مما قد يسبب فقدانه فرصة تطبيق التدبير، ويكون هذا الحكم مشمول بالنفاد المعجل بقوة القانون، بالرغم من المعارضة أو الاستئناف.

يستشف من نص المادة 08 من القانون رقم 18/04 وجود تناقض بين الفقرة الأولى والثانية، كون أن المشرع خول للقاضي في الفقرة الأولى تأكيد أو تمديد أمر قاضي التحقيق للعلاج المزيل للتسمم، وفي نفس الوقت أعطاه في الفقرة الثانية السلطة التقديرية بين تطبيق المادة 12 أو الإعفاء من العقوبة، فلا يمكن أن نتصور اجتماع التدبير العلاجي والعقوبة معا.

كما أن الجهة القضائية لها أن تقضي بالإدانة أو العقوبة، خصوصا إذا كان المدمن مسبوق قضائيا لأنه لم يخضع للعلاج إلا بعد تحريك الدعوى العمومية ضده، على عكس الحالة المنصوص عليها في المادة 06 من القانون رقم 18/04 أين يتم الخضوع للعلاج قبل تحريك الدعوى العمومية حتى لو كان مسبوقا قضائيا. ولها أن تقضي بالإدانة مع الإعفاء من العقوبة لوجود مانع جوازي من موانع العقاب وليس مانع من موانع المسؤولية، كما يمكنها أن تطبق العقوبات المنصوص عليها في المادة 12 سابقة

[1] ملحق رقم 03 يتضمن حكم يقضي بالإعفاء من العقوبة والأمر بوضع المتهم في المؤسسة الاستشفائية فرانس فانون بالبليدة.

[2] أحسن بوسقيعة، مرجع سابق، ص464.

الذكر على شخص امتنع عن تنفيذ قرار الخضوع للعلاج المزيل للتسمم طبقا للمادة 09 من القانون رقم 18/04 سالف الذكر.

ولقد أكدت المادة 09 على سياسة المشرع العلاجية، فحتى ولو أمتنع المدمن عن العلاج فهذا لا يمنع إعادة تطبيق الأمر بالعلاج من جديد عند الاقتضاء، ويدل ذلك على أن المشرع أخذ بإجراء وقف العقوبة من أجل العلاج ضمنيا، ففي حالة تطبيق العقوبة ورأى القاضي ضرورة تطبيق الأمر بالعلاج من جديد، فإنه يوقف تطبيق العقوبة لاستئناف تطبيق الأمر بالعلاج. ويراعى في تطبيق الأمر بالعلاج المزيل للتسمم الصادر عن قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث أو قاضي الحكم المادة 125 مكرر 1 من قانون الإجراءات الجزائية[1] والمتعلقة بالرقابة القضائية كعدم الذهاب إلى بعض الأماكن المحددة من طرف قاضي التحقيق أو قاضي الأحداث مثل: الأماكن التي تستهلك فيها المخدرات، المثول دوريا أمام المصالح الأمنية أو السلطات المعنية من طرف قاضي التحقيق.... إلخ.

فالتنسيق بين النيابة العامة، قضاة التحقيق، كذا قضاة الحكم، الطبيب المعالج والمؤسسة العلاجية، من شأنه أن يكرس مبدأ عدم ممارسة الدعوى العمومية من جهة والتكفل الصحي والاجتماعي للشخص من جهة أخرى، لذلك لابد من تجسيد هذه العلاقة في إطار قرارات وزارية مشتركة بين وزارة العدل والصحة وقرارات وزارة الداخلية والجماعات المحلية لتطوير التعاون في هذا المجال[2]، والسهر على إنشاء مراكز العلاج والوقاية داخل المستشفيات مع ضمان التكفل الملائم بالمدمن عن طريق العلاج النفسي والطبي.

المطلب الثاني: الآليات العلاجية

كان علاج المدمن في السنوات الماضية عملية صعبة وطويلة، لنقص الإمكانيات المادية كالأدوية والأماكن المتخصصة للعلاج، خاصة مع النظرة الخاطئة لمدمن المخدرات الذي كان ينظر إليه كمريض

[1] المادة 125 مكرر 1 من قانون الإجراءات الجزائية: "... تلزم الرقابة القضائية المتهم أن يخضع، بقرار من قاضي التحقيق، إلى التزام أو عدة التزامات وهي كالتالي: عدم مغادرة الحدود الإقليمية التي حددها قاضي التحقيق إلا بإذن هذا الأخير، عدم الذهاب إلى بعض الأماكن المحددة من طرف قاضي التحقيق، المثول دوريا أمام المصالح أو السلطات المعنية من طرف قاضي التحقيق، .... الامتناع عن رؤية الأشخاص الذين يعينهم قاضي التحقيق أو الاجتماع ببعضهم، الخضوع إلى بعض إجراءات الفحص العلاجي حتى وان كان بالمستشفى لا سيما بغرض إزالة التسمم..." .

[2] محاضرة حول آليات التنسيق بين مختلف الهيئات في اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية على ضوء القانون 18/04 من إعداد وكيل الجمهورية لدى محكمة تبسة، متاح على الموقع www. onlcdt.mjustice.dz، 2019/02/14، 23 :12، ص ص 17، 22.

عقلي يعالج في المصحات العقلية، ومع تطور الزمن أصبح للمدمن علاج خاص به في مراكز متخصصة لعلاج الإدمان وبكيفيات تتناسب مع كل شخص[1].

الفرع الأول: المراكز العلاجية المتخصصة

المراكز العلاجية المتخصصة هي عبارة عن مؤسسات استشفائية، يعالج فيها مدمن المخدرات من قبل أطباء مختصين، وقد حددت المادة 10 في فقرتها الأولى من القانون رقم 18/04 الأماكن المتخصصة لعلاج مدمني المخدرات بقولها: "يجرى علاج إزالة التسمم المنصوص عليه في المواد السابقة إما في مؤسسة متخصصة وإما خارجيا تحت المراقبة الطبية". ويتضح من نص هذه المادة أن العلاج يتم إما في مؤسسة متخصصة يقيم فيها المدمن لغاية شفائه أو خارجيا بواسطة المراقبة الطبية وهذا بالحصول على الأدوية المقررة للعلاج، مع الرجوع إلى الطبيب المعالج دوريا قصد الرقابة واستكمال العلاج عند الاقتضاء. وتختلف أنواع المراكز العلاجية المتخصصة كما يلي:

- **المراكز المتخصصة المتنقلة:** تحتوي هذه المراكز على كل الفحوص الطبية ووسائل العلاج والمتابعة والمرافقة الاجتماعية، كما تتكفل بالفطام، لكنها تفتقر للإيواء الاجتماعي.
- **المراكز المتخصصة ذات الإيواء الاجتماعي:** وهي التي تتوفر على وسائل الايواء الاجتماعي أي أماكن للعيش، يعيش فيها المدمنون لإجراء الفطام، يرمي هذا التكفل إلى تعزيز القطيعة مع استعمال المواد غير المشروعة واستعادة التوازن الشخصي وتسهيل عملية الادماج الاجتماعي والمهني للمقيمين[2]، وهناك أيضا مراكز متخصصة موجودة في الأوساط العقابية أي داخل هياكل السجون، لكن العلاج فيها متوقف وذلك لعدم صدور قرار مشترك بين وزير الداخلية والجماعات المحلية ووزير العدل حافظ الأختام والوزير المكلف بالصحة.
- **المراكز المتخصصة بالإقامة:** تعرف بالمصحات وهي الأماكن التي يحتجز فيها المدمن طيلة مدة العلاج، وقد تكون بأجر أو بغير أجر أو أجر رمزي وهي عيادات خاصة تابعة عادة للدولة[3].

---

[1] Ramzi Haddad, Suivi du toxicomane, séminaire de formation des médecins dans le cadre du projet MEDNET et l'offre nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie, prise en charge des toxicomane, Algérie, 1ier semestre, 2008, p25.

[2] غنية قداش، "الاستراتيجيات الجزائية والصحية في معالجة الإدمان"، في: مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان"، 2014، ص38.

[3] إبراهيم نافع، كارثة الإدمان، مركز الأهرام للترجمة، مصر، 1989، ص53.

الفرع الثاني: أساليب العلاج

يمر المدمن بعلاج يختلف من مرحلة لأخرى كما يلي:

أولا: مرحلة ما قبل العلاج: تتمثل هذه المرحلة في المقابلة الأولية والتي تساعد على بناء الثقة بين المدمن والطبيب المعالج، كما تحدد مدى رغبة المريض في العلاج عن طريق إزالة التسمم، وهذا ما يساهم في التحضير للعلاج.

ثانيا: مرحلة العلاج: تبدأ هذه المرحلة بالفطام، فغالبا ما يتقدم المدمن للعلاج ويكون في حالة ضيق وعذاب وهو يبحث عن المساعدة، والرغبة في الحماية من أجل التخلص من حالة الإدمان، وعندها يتم التكفل به وفقا لبرنامج علاجي منتظم يعتمد على علاج دوائي أو كيميائي وآخر نفسي، بالإضافة إلى العلاج الاجتماعي وتأهيل المريض[1].

عند دخول المدمن المستشفى يقوم الأخصائيون بإجراء الفحوصات والتحاليل الشاملة، كما يقوم الطبيب المعالج بتقدير جرعة الدواء التي انتهى إليها المدمن وتقدير درجة الاعتماد العضوي على الدواء، كما يقوم بإجراء فحص دقيق للمريض ويكشف عن الأمراض التي قد يكون المدمن مصاب بها كالذبحة الصدرية، ثم القيام بعلاج المدمن وفقا لتشخيص مرضه. وتختلف مراحل العلاج حسب طبيعة المادة المدمن عليها وطرق تناولها ومدة استخدامها وعدد المرات في اليوم أو الأسبوع، فمثلا إدمان الهيروين يمر علاجه بثلاث مراحل بحيث يتم حرمان المريض من الهيروين وتستغرق هذه المرحلة فترة تتراوح من أسبوع إلى أسبوعين، يعطى خلالها للمريض جرعات يومية من دواء الميثادون (Méthadone)، ثم يخفض من جرعة هذا الدواء تدريجيا وصولا إلى العلاج النفسي، بالإضافة إلى تهيئة المريض ليعود إلى حياته الطبيعية، ويستمر الاشراف الطبي حتى بعد خروجه من المستشفى من خلال تردده عليه لإجراء فحوصات دورية على البول، كما يخضع للاستشارات النفسية والاجتماعية، فالإقلاع المفاجئ عن تعاطي المخدر قد يؤثر على حالته الصحية[2].

أما العلاج من مخدر الماريجوانا فيأخذ فترات أطول تصل فترة إزالتها من الجسم إلى نحو شهر، لأنها تخزن في خلايا الجسم الذهنية مما يصعب إزالتها في الحال، في حين الكوكايين مفعوله أقصر من

---

[1] Sandra Mouffok, évaluation de la prise en charge des toxicomanes en milieu institutionnel, séminaire de formation des médecins dans le cadre du projet MEDNET et l'office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, prise en charge des toxicomanes, Algérie, 1ier semestre 2008, p42.

[2] جابر بن سالم موسى، عز الدين الدنشاري وآخرون، مرجع سابق، ص250.

الماريجوانا وهذا ما يدفع مدمنيه إلى تكرار تناوله عدة مرات على فترات زمنية قصيرة، وهو ما يجعل الجسم في حالة تدهور لتكرار عملية الوصول إلى درجة النشوة مما يفقد الجسم وظائفه الطبيعية[1].

ويتمثل العلاج الدوائي أو الكيميائي في عدة أدوية تعطى حسب نوع الإدمان فمثلا يعالج مدمن المورفين أو الهيروين بإعطائه دواء الميثادون وهو دواء يشبه المورفين والهيروين في البنية الكيميائية، إلا أنه يختلف عن المورفين أو الهيروين في طول مدة فعاليته التي تتراوح ما بين 24- 36 ساعة، والميثادون لا يسبب حدوث النشوة التي تسببها المخدرات سالفة الذكر، وعندما يقلع المريض تدريجيا عن تعاطي الميثادون بعد فترة العلاج به، فإن أعراض الحرمان التي يشكو منها تكون أقل وطأة من تلك الناجمة بعد إقلاعه عن الهيروين أو المورفين[2].

وهناك أدوية مهدئة للأعصاب، وأدوية مضادة للإحباط مثل لاروكسيل وأنافرانيل، ديروكسات...، وتستعمل هذه الأدوية للوقاية من حالة الإحباط جراء الفطام، كما توجد أدوية منظمة للمزاج مثل تيغريتيل وتستعمل للوقاية من الظواهر العصبية النفسية المرتبطة بالفطام كالنوبات التشنجية واضطرابات المزاج، وكذا المسكنات ومضادات التشنج في حالة وجود آلام.

وإلى جانب العلاج الكيميائي يوجد العلاج النفسي والذي يهدف إلى إقامة علاقة الثقة بين الطبيب المعالج والمريض المدمن، وهذا ما يسمح له بالتخفيف من الشعور بالذنب، كما تشجعه هذه العلاقة على الإفصاح عن الأزمات العاطفية والصعوبات المعترضة من قبله خلال سلوكه الإدماني، ويكون العلاج النفسي عن طريق الجماعة من خلال بث وثائق إعلامية ونصائح تحفز المريض للتوقف عن الإدمان والإبقاء على الامتناع، كما يشجع المدمن من خلال هذه اللقاءات على أن يكون عضوا عاملا في المجتمع.

وقد يستخدم العلاج بالجراحة، وتعتبر هذه الطريقة حديثة في علاج بعض حالات الإدمان خاصة إدمان الكوكايين، حيث نجح بعض الجراحين في إجراء العمليات الجراحية على عدد من مدمني الكوكايين، وذلك بالتقليل من التنبيه العصبي في الفص الأمامي للمخ، عن طريق اجراء عملية في الحزم العصبية التي تربط بين مراكز الإحساس بالنشوة في المخ والفص الأمامي[3].

والملاحظ أن المشرع الجزائري لم يحدد المدة المقررة للعلاج وترك هذا الأمر للطبيب المعالج، فمن جهة أحسن المشرع لما فعله، كون أن الطبيب أدرى بهذه المدة فهو يعتمد في ذلك على مدى تجاوب المريض

---

[1] إبراهيم نافع، مرجع سابق، ص53.

[2] جابر بن سالم موسى، عز الدين الدنشاري وآخرون، مرجع سابق، ص 226.

[3] Ramzi Haddad, op.cit, pp 35, 36.

واستجابته للعلاج، ومدى سيطرة المواد المخدرة على جسده[1]، ومن جهة أخرى نلاحظ أن قضية الاستهلاك الشخصي أو الحيازة من أجل الاستهلاك تبقى معلقة لأجل غير محدد، بحيث توقع العقوبة المقررة في المادة 12 إذا لم يكمل المدمن علاجه حتى الشفاء، وعليه تنتهي مدة العلاج في حالة إلغاء وقف تنفيذ العقوبة إذا ما خالف المدمن الواجبات المفروضة عليه في العلاج أو في حالة شفائه، ويكون ذلك بناء على تقرير الطبيب المعالج الذي يرسله إلى المحكمة لتقرر بعد ذلك انتهاء مدة إيداع المدمن بمصحة العلاج، ومواصلة باقي الإجراءات لاستفاء الغرامة و/أو باقي مدة العقوبة المقيدة للحرية مع خصم المدة التي قضاها المحكوم عليها بالمصحة، وطبقا للمادة 10 فقرة 02 من القانون رقم 18/04 يلزم الطبيب المعالج إعلام السلطات القضائية بصفة دورية بكل ما يتعلق بسير العلاج ونتائجه.

إن المشرع الجزائري على غرار باقي التشريعات انتهج منحى آخر، بحيث أجازت المادة 09 في فقرتها الأخيرة من القانون رقم 18/04 لقاضي التحقيق أو الأحداث أن يعيد إصدار قرار الخضوع للعلاج المزيل للتسمم، إذا رأى رجاء وفائدة من تطبيقه من جديد خصوصا إذا كانت إرادة المدمن ظاهرة، فالمشرع لم يحدد كم مرة يستطيع فيها القاضي تجديد أمر العلاج بل تركه لتقدير القاضي عندما يجد رغبة حقيقية عند المدمن، ولقد وفق المشرع الجزائري في نص المادة 09، على عكس ما أقرته بعض التشريعات الأخرى كالمشرع الكويتي الذي نص في المادة 33 من قانون المخدرات الكويتي على عدم إمكانية القاضي الأمر بإيداع المدمن في المصحة مرة ثانية إذا مضت سنتين من تاريخ خروجه، وعليه يلزم القاضي بتطبيق العقوبة.

ثالثا: مرحلة ما بعد العلاج: تقف هذه المرحلة على احتمالين:

1- إما المثول للشفاء واستقرار حالة المدمن واندماجه في المجتمع وهذا هو المرجو؛

2- وإما الرجوع للوراء عن طريق الانتكاس[2].

[1] إبراهيم نافع، مرجع سابق، ص53.

[2] محمد كولا (قاضي نيابة بمحكمة حسين داي، مجلس قضاء الجزائر)، "إشكالية انتكاسة المدمن والعود وما يقابلها من معالجة قانونية ملائمة"، مداخلة في: الملتقى الدولي حول تطبيق القانون 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، النادي الوطني للجيش، 2009، ص13.

والمقصود بالانتكاسة هو عودة المدمن المتعافى إلى نمط الحياة القديمة أي سلوك حياة التعاطي، ويرجع سبب الانتكاسة إلى دافعية المريض عند خروجه من المؤسسة الاستشفائية وعودته إلى نفس البيئة السابقة التي سببت إدمانه، لذلك تعد هذه المرحلة الأكثر صعوبة في عملية التكفل.

وبعد مرحلة العلاج تأتي مرحلة التأهيل والرعاية اللاحقة لتهيئة المدمن لمزاولة أعماله ومشاركة مجتمعه كعضو نافع في سبيل إصلاحه وعدم عودته للتعاطي أو إصابته بحالة الانتكاس[1]، لذلك ظهرت الحاجة إلى انشاء مؤسسات الرعاية اللاحقة، مع تكفل دور قطاع العدالة في القضاء على آفة المخدرات، وكذلك بالتركيز على دور التعليم والتكوين لتهذيب نفس المدمن، رغم أن المشرع في القانون رقم 18/04 لم ينص على انشائها، ولعل سبب هذا الاغفال راجع لكون المدمن يعالج بالمجان في المراكز المتخصصة على عكس ما فعله المشرع اللبناني.

الفرع الثالث: دراسة ميدانية بمركز فرانس فانون بالبليدة

بعد تناولنا للإطار القانوني الذي ينظم كل ما يتعلق بالوقاية والعلاج من إدمان المخدرات، أردنا أن نجسد مدى تطبيقه في الواقع المادي، وكان مركز فرانس فانون محل دراستنا التطبيقية بحكم أنه أكبر مركز لعلاج مدمني المخدرات وأول مركز عرفته الجزائر سنة 1990. وعليه سيتم تلخيص زيارتنا لهذا المركز في النقاط الآتية:

أولا: التعليق على القانون الداخلي: سيتم التعليق على القانون الداخلي من حيث الشكل والموضوع كالآتي:

1- من حيث الشكل: جاء القانون الداخلي[2] في شكل نقاط، دون فصول أو مواد مرقمة، ذلك أنه صادر عن اجتهاد الطاقم الطبي ومدير المركز، كون أن المشرع لم ينص على أي قانون ينظم كيفيات العمل داخل المراكز المتخصصة لعلاج الإدمان.

2- **من حيث الموضوع:** تضمن القانون الداخلي كل النقاط اللازمة من أهداف والتزامات وحسن التكفل بالمرضى، وقد نص بداية على الأهداف المرجوة من هذا القانون، وما أثار انتباهنا عند استقرائنا لهذه

[1] صالح سعد، المخدرات أضرارها وأسباب انتشارها، مطابع الأرز، عمان، 1997، ص40.

[2] ملحق رقم 04 يتضمن القانون الداخلي لمركز فرانس فانون بالبليدة.

الأهداف هو الحث على تحفيز المدمن للعلاج، كونه يتميز بالسرية فلا يتم الإفصاح عن اسماء المدمنين بحيث توضع لهم أرقام للدلالة عليهم، وهذا ما يعد عاملا للإقبال على العلاج.

ويلاحظ أن هذا القانون قد حدد مدة العلاج من 21 إلى 28 يوم حسب الحالة، هذا ما جعلنا نتصل بالطبيب المختص حبيباش عبد الرحمان المشرف على المصلحة، للاستفسار حول قصر المدة، فأكد لنا أن مدة العلاج في الأصل هي من 06 أشهر إلى سنة، إلا أن نقص الامكانيات جعلتنا نقلص المدة إلى 28 يوم، وعند نهاية هذه المدة يبقى المدمن على اتصال بالطبيب المعالج ويخبره بالمستجدات التي تنتابه خوفا من انتكاس حالته، وهذا ما يعرف بالمراقبة الطبية.

ثانيا: التعليق على إحصائيات 2017 و2018: سيتم التعليق على الإحصائيات السنوية للأشخاص الخاضعين للعلاج لسنتي 2017 و2018 من حيث الشكل والموضوع كالآتي:

1-**من حيث الشكل:** تضمن الجدول المتعلق بالإحصائيات كل البيانات الواجب ذكرها، إلا أنه لم يحدد العدد الإجمالي للأشخاص الخاضعين للعلاج داخليا وخارجيا.

2- **من حيث الموضوع:** نلاحظ من الجدول المتعلق بإحصائيات 2017[1] و2018[2] أن معظم المدمنين المتواجدين بالمؤسسة الاستشفائية قصد العلاج تقدموا إليها تلقائيا بمحض ارادتهم، بعد أن تم توجيههم من قبل الأطباء خارج المستشفى، وذلك بالتنسيق مع الأطباء المختصين لعلاج الإدمان، وأن حالات الأشخاص المحالين على العلاج لإزالة التسمم من طرف القضاء نادرة جدا أو منعدمة تماما كما هو عليه الحال في احصائيات 2018، أما في 2017 فقد أحيل 03 أشخاص للعلاج فقط، وهذا يدل على توجه القضاة للعقاب بدلا من الوقاية والعلاج لإعادة التأهيل وإعادة إدماج المريض المدمن في المجتمع.

[1] ملحق رقم 05 متعلق بالإحصائيات السنوية للأشخاص الخاضعين للعلاج لسنة 2017.

[2] ملحق رقم 06 متعلق بالإحصائيات السنوية للأشخاص الخاضعين للعلاج لسنة 2018.

خلاصة الفصل

أمام استفحال ظاهرة الإدمان على المخدرات، كان لابد على المشرع إيجاد حلول، فنص في قانون العقوبات على الوضع القضائي في مؤسسة علاجية لمدمني المخدرات وبين شروط الوضع فيها طبقا للمادة 22 من قانون العقوبات، وكان الغرض من ذلك القضاء على الخطورة الإجرامية الكامنة في شخص المدمن وكذا وقايته وعلاجه طبقا لما جاءت به المادة 04 /04 من قانون العقوبات، ونص القانون 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار الغير مشروعين بها في الفصل الثاني منه، بحيث عنونه "التدابير الوقائية والعلاجية" وتضمنت نصوصه جميع الآليات اللازمة لتطبيق هذا التدبير.

ورغم جوازية تطبيق التدبير، إلا أننا نستخلص من جميع النصوص القانونية المتعلقة بهذا الموضوع، أن نية المشرع تتجه بالدرجة الأولى نحو الوقاية والعلاج بدلا من توقيع العقوبة المنصوص عليها في المادة 12 من القانون المذكور أعلاه، وما يعلل ذلك تسبيق المشرع للمواد المتعلقة بالتدبير (المواد من 06 إلى 11 من القانون 18/04) على الأحكام الجزائية التي تناولت في البداية جريمة الاستهلاك أو الحيازة من أجل الاستهلاك الشخصي للمخدرات أو المؤثرات العقلية بطريقة غير مشروعة.

ويستخلص من دراستنا التطبيقية أن الأشخاص المدمنين اللاجئين لمركز العلاج بمحض إرادتهم أكثر بكثير من أولئك المبعوثين من القضاء، وهذا يدل على أن القضاة يتجهون نحو تطبيق العقوبة بدلا من التدبير الذي تتجه إليه معظم التشريعات الحديثة المعاصرة.

ختاما لدراستنا يمكن القول أن المشرع الجزائري واكب التشريعات العالمية والاتفاقيات الدولية بوضعه نصوص قانونية تحكم معاملة مدمن المخدرات، بحيث تهدف هذه النصوص بالدرجة الأولى إلى وقايته وعلاجه.

فالمشرع الجزائري اعتبر مدمن المخدرات شخص مريض ينبغي علاجه، فنص في المادة 19 من قانون العقوبات على تدبير الوضع القضائي في مؤسسة علاجية متخصصة في علاج مدمني المخدرات، وبين شروط الوضع فيها في نص المادة 22 من نفس القانون، كما وضح آليات تطبيقها في المواد من 06 إلى 11 من القانون رقم 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، ودعم هذه النصوص بمراسيم تنفيذية كالمرسوم التنفيذي رقم 229/07 المحدد لكيفيات تطبيق المادة 06 من القانون رقم 18/04 المذكور أعلاه.

ويتم علاج المدمن في مراكز علاجية مختلفة، ووفقا لأساليب وكيفيات تختلف باختلاف درجة الإدمان ونوع المخدر الذي كان يتعاطاه، ويشرف على هذا العلاج طبيب معالج والذي يلتزم بصفة دورية إعلام السلطات القضائية بسير العلاج ونتائجه، وحتى نكون على دراية كافية بهذا الموضوع قمنا بزيارة مركز علاج الإدمان فرانس فانون بالبليدة، أين اتضح لنا واقع تطبيق الوضع القضائي في مؤسسة علاجية.

ومن خلال دراستنا هذه فإن **أهم النتائج** التي توصلنا إليها تتمثل في:

1) يستنتج من التعريف الذي قدمه المشرع في المادة 02 من القانون رقم 18/04 سالف الذكر، أنه عرف المخدرات والمؤثرات العقلية على أساس الإحالة إلى الجداول المتضمنة تصنيفاتهما، كما عرف الإدمان في نفس المادة على أنه: "حالة تبعية نفسانية أو تبعية نفسية جسمانية تجاه مخدر أو مؤثر عقلي"، والملاحظ أن المشرع لم يعرف الإدمان في قانون العقوبات بل أشار إليه في المادة 22 من القانون بحيث وصفه بأنه إدمان اعتيادي ناتج عن تعاطي مواد كحولية؛
2) المخدرات والمؤثرات العقلية نوعان: مخدرات طبيعية (ذات أصل طبيعي) كالأفيون، ومخدرات اصطناعية (مواد تم تصنيعها) كالمورفين، ويستشف من الجداول الملحقة بالقانون رقم 18/04 والمتضمنة تصنيفات المخدرات والمؤثرات العقلية، أن المشرع الجزائري جمع بينهما في الجدول الأول والثاني، ولم يفرق بين المواد التي يمكن اعتبارها

مخدرات، والمواد التي يمكن اعتبارها مؤثرات عقلية، أما الجدول الثالث والرابع فجعله يتضمن المؤثرات العقلية فقط؛

3) اعتبر المشرع الجزائري مدمن المخدرات شخص مريض يستحق العلاج فقرر له توقيع تدبير الوضع القضائي في مؤسسة علاجية طبقا لنص المادة 19 من قانون العقوبات، وبين شروط الوضع فيها في المادة 22 من القانون سالف الذكر، وتتمثل هذه الشروط في: الجريمة السابقة، الخطورة الاجرامية، حالة الإدمان، إثبات الإدمان بالخبرة الطبية؛

4) تدبير الوضع القضائي في مؤسسة علاجية يكون صادر بموجب أمر أو حكم أو قرار، وللسلطة القضائية الخيار ما بين تطبيقه أو تطبيق العقوبة، كون أن المشرع في قانون العقوبات وفي القانون رقم 18/04 جعل من تطبيق التدبير أمر جوازي؛

5) حتى يتم توقيع التدبير لابد أن تتوفر آليات قضائية وعلاجية، تتمثل الأولى في: عدم ممارسة الدعوى العمومية ضد المدمن الذي امتثل للعلاج، أمر قاضي التحقيق بالعلاج المزيل للتسمم، إعفاء المدمن من العقوبة والحكم بوضعه في مركز علاجي، أما الآليات العلاجية فهي تكون داخل المراكز العلاجية المتخصصة، ووفقا لأساليب طبية تختلف من مدمن لآخر ومن مرحلة لأخرى، ويلزم الطبيب المعالج دوريا إخبار السلطات القضائية بكافة مستجدات ونتائج العلاج؛

6) في حالة عدم امتثال المدمن للعلاج أو عدم استكماله مدة العلاج اللازمة لشفائه، يخطر الطبيب المعالج وكيل الجمهورية ليتخذ ضده الإجراءات اللازمة، وتوقيع عقوبة جريمة الاستهلاك الشخصي أو الحيازة من أجل الاستهلاك الشخصي للمخدرات أو المؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة؛

7) جاء القانون رقم 18/04 ليسد الثغرات التي كانت موجودة في القوانين السابقة خاصة في القانون رقم 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، سواء من ناحية الوقاية والعلاج أو العقاب؛

8) يستشف من القانون رقم 18/04 أن المشرع رغم نصه على جوازية تطبيق التدبير إلا أن نيته تتجه نحو الوقاية والعلاج بدلا من العقاب والإيلام، ودليل ذلك أنه سبق النصوص المتعلقة بالتدبير على النصوص المتعلقة بالأحكام الجزائية والعقوبات، بخلاف عما كان ينوي إليه في قانون حماية الصحة وترقيتها، بحيث لم ينص فيه على

التدابير العلاجية إلا بعد أن نص على العقوبات الجزائية، وهذا ما يدل على اقتناع المشرع في القانون رقم 18/04 بأن السياسة العلاجية في مكافحة المخدرات تسبق السياسة العقابية؛

9) من خلال زيارتنا لمركز علاج الإدمان فرانس فانون بالبليدة، لاحظنا أن حالات الأشخاص المحالين على العلاج لإزالة التسمم من طرف القضاء نادرة جدا أو تكاد تكون منعدمة، فأغلب الأشخاص المدمنين المتواجدين بالمركز تقدموا إليه بمحض إرادتهم.

وبناء على النتائج السابقة **نقترح التوصيات** الآتية:

1) إن المشرع الجزائري لم يعرف المخدرات والمؤثرات العقلية وإنما قام بإحالتنا إلى الجداول المتضمنة تصنيفاتهما، وتعد طريقة تصنيف المخدرات والمؤثرات العقلية في جداول عائقا على عمل القاضي، كونه يصبح مقيدا بأنواع المخدرات والمؤثرات العقلية الموجودة في الجداول فقط، وفي هذه الحالة يمكن للمتهم الإفلات من العقاب لأن المخدر الذي بحوزته ليس مدرجا في الجداول، وبالتالي لا يمكن معاقبته طبقا لنص المادة 01 من قانون العقوبات؛

2) منذ سنة 2004 لم يصدر أي قرار وزاري يعدل الجداول المتضمنة تصنيفات المخدرات والمؤثرات العقلية، بالرغم من وجود مخدرات ومؤثرات عقلية جديدة، فعلى المشرع استدراك هذا الفراغ؛

3) على المشرع تجريم شرب الخمر بغض النظر عن المكان الذي يتم فيه الشرب سواء كان في مكان عمومي أم خاص، لأن شرب الخمر باستمرار يحقق نفس الأثر والأضرار التي تحققها المخدرات والمؤثرات العقلية، مما يؤدي إلى سهولة الإدمان عليه؛

4) المشرع لم يحدد الخطورة الاجرامية بنصوص واضحة تسهل عملية تطبيق التدبير، مما جعلها في إطار ضيق، وبالتالي يتعين عليه إعادة النظر في قانون العقوبات بإضافة بعض المواد التي تتعلق بالخطورة الإجرامية لتحديد ضوابطها؛

5) هناك تناقض بين اللجوء إلى التدبير أو تطبيق المادة 12 من القانون 18/04 التي تتضمن جريمة الاستهلاك أو الحيازة من أجل الاستهلاك الشخصي للمواد المخدرة أو

المؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة، فالمشرع جعل تطبيق التدبير أمر جوازي، لذلك ينبغي عليه إعادة الصياغة لتحقيق ما هو مرجو من الوقاية والعلاج؛

6) ينبغي على المشرع ضبط المصطلحات بدقة، لوجود حالة تناقض بين المادة 09 والمادة 12 من القانون رقم 18/04 سالف الذكر، فمن جهة تنص المادة 09 على تطبيق العقوبة الواردة في المادة 12، ومن جهة أخرى تنص نفس المادة على تطبيق التدبير بالإحالة إليه في المادة 07، وهذا ما يؤدي إلى الوقوع في حلقة مفرغة؛

7) وجود فجوة بين الأهداف التشريعية المسطرة والتطبيق القضائي لنصوص القانون، كون أن حالات الأشخاص المحالين على العلاج لإزالة التسمم من طرف القضاء نادرة جدا، وهذا راجع إلى نقص الوعي والفهم الصحيح لأهمية التدبير، فالقضاة لا يزالون يتوجهون إلى العقاب بدلا من التدبير الذي تفضله معظم التشريعات الحديثة، فعلى القضاة مسايرة ما تقضى به الدول التي نجحت في معاملة المدمن لتحقيق ما هو مرجو؛

8) يجب على المشرع تعديل المرسوم التنفيذي رقم 299/07 المتعلق بتطبيق المادة 06، كونه جاء تكرار لما تضمنته المادة 06 من القانون رقم 18/04، فعلى هذا المرسوم توضيح علاقة الطبيب المعالج بوكيل الجمهورية، وأيضا توضيح طبيعة الوثائق الطبية التي يرسلها الطبيب للمحكمة ومتى يكون ذلك؛

9) يتعين على المشرع أن يلزم وكيل الجمهورية متابعة المدمن حتى بعد انتهاء العلاج، خصوصا عند التأهيل والرقابة اللاحقة، كون أن هذه المرحلة هي الأصعب على الإطلاق فكثيرا ما يتعرض فيها المدمن للانتكاس؛

10) بما أن رأي الطبيب المعالج له تأثير على الدعوى العمومية، فيجب على المشرع أن يوضح حالات رفض وكيل الجهورية للتقرير الطبي؛

11) عدم وجود تنسيق بين الهيئات القضائية والجهة المعالجة، وذلك لغياب القرار المشترك بين وزير الداخلية والجماعات المحلية ووزير العدل حافظ الأختام والوزير المكلف بالصحة الذي نصت عليه المادة 10 من القانون رقم 18/04، والذي يجب أن يتضمن شروط سير العالج ويبين العلاقة بين الهيئة القضائية والهيئة المعالجة؛

12) يتعين على المشرع استبدال مصطلح الطبيب المعالج بمصطلح الطبيب المختص، ذلك أن الطبيب العام لا يمكنه فحص حالة الإدمان؛

13) يجب على المشرع أن يؤطر نصوص قانونية بخصوص العائد في جريمة الاستهلاك الشخصي الذي يستحق العلاج، كون أن العقوبة لم تجده نفعا؛

14) يجب على المشرع أن يبين الضمانات التي تمنح للمنتكس بعد إزالة التسمم حتى لا يصبح عائدا، كأن يحيل المنتكس إلى جلسات نفسية لمعرفة دواعي استمراره في التعاطي، مع محاولة منح ضمانات وبدائل للحد من ذلك، كأن يكافئه بعمل حتى يشغل نفسه ولا يتذكر الوسط الذي كان يتعاطى فيه، وهذا ما يساهم في القضاء على حالة الانتكاس؛

15) على المشرع أن يضع نصوص قانونية تخص معاملة المدمن الحدث، فلا يجوز معاملته معاملة الشخص البالغ؛

16) إنشاء مراكز علاجية متخصصة قادرة على استيعاب الحالات المتزايدة للإدمان، وتكون مواكبة لما توصل له الطب من تطورات؛

17) بما أن الجزائر تعتبر منطقة عبور بحكم موقعها الجغرافي، وبلد مستهلك للمخدرات والمؤثرات العقلية، فعليها تدعيم وسائل المراقبة على الحدود والمطارات والموانئ، باستخدام وسائل متطورة كالكاميرات الحرارية لردع مهربي المخدرات، لاسيما أنها تحتوي على مساحة شاسعة وحدود مع أكثر من دولة.

أولا: باللـغـــة العــربيـــة

أ- النصــوص القــانـونيــة

أ-1 القــوانيـــن

1- القانون 05/85 المؤرخ في 16 فيفري1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية عدد 08، بتاريخ 1985/02/17.

2- القانون 18/04 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الجريدة الرسمية عدد 83، بتاريخ 2004/12/26.

3- القانون رقم 04/05 المؤرخ في 06 فيفري2005 المتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، المعدل والمتمم بالقانون رقم 01/18 المؤرخ في 30 جانفي 2018، الجريدة الرسمية عدد 55، بتاريخ 31 /02/ 2018.

أ-2 الأوامـــر

1-رقم 156/66 المؤرخ في 08 جوان 1966 المتضمن قانون العقوبات المعدل والمتمم بالقانون رقم 02/16 المؤرخ في 2016/05/19، الجريدة الرسمية عدد37، بتاريخ 2016/06/22.

2-الأمر رقم 155/66 المؤرخ في 08 جوان 1966 المتضمن قانون الإجراءات الجزائية المعدل والمتمم بالقانون 06/18 المؤرخ في 2018/06/8، الجريدة الرسمية عدد 55، بتاريخ 2018/06/09.

3- الأمر رقم 09/75 المؤرخ في 1975/02/17 المتضمن قمع الاتجار والاستهلاك المحظورين للمواد السامة والمخدرات، ج ر عدد 06، بتاريخ 1975/02/18.

4- الأمر رقم 79/76 المؤرخ في 23 أكتوبر 1976 المتضمن قانون الصحة العمومية، الجريدة الرسمية عدد 101، بتاريخ 1976/12/19.

أ-3 المـــــراســيـــــم

- المـراسيـم الرئـاسيـة

1- المرسوم الرئاسي رقم 61/03 المؤرخ في 05 فيفري 2003، المتضمن التصديق على البروتوكول المتعلق بتعديل الاتفاقية الوحيدة لسنة 1961 حول المخدرات، الجريدة الرسمية عدد 10 بتاريخ 2003/02/12.

- المـراسيـم التنفيـذيـة

1- المرسوم التنفيذي رقم 228/07 المؤرخ في 30 جوان 2007 المحدد لكيفيات منح الترخيص باستعمال المخدرات والمؤثرات العقلية لأغراض طبية أو علمية، الجريدة الرسمية عدد 49، بتاريخ 2007/06/31.

2- المرسوم التنفيذي رقم 229/07 المؤرخ في 30 جوان 2007، يحدد كيفيات تطبيق المادة 06 من القانون 18/04 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الجريدة الرسمية عدد 49، بتاريخ 2007/06/31.

3- المرسوم التنفيذي رقم 230/07 المؤرخ في 30 جوان 2007 الذي يحدد كيفيات التصرف في النباتات والمواد المحجوزة أو المصادرة في إطار الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، الجريدة الرسمية عدد 49 بتاريخ 2007/06/31.

ب- الـــكـــتـــب

1- إبراهيم الشباسي، الوجيز في شرح قانون العقوبات، دار الكتاب اللبناني، بيروت، لبنان، 1998.

2- إبراهيم بن محمد الزين، دور الجامعة في وقاية الطلاب من المخدرات، جامعة نايف العربية، الرياض، السعودية،2011.

3- إبراهيم نافع، كارثة الإدمان، مركز الأهرام للترجمة، مصر، 1989.

4- أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجنائي الخاص، ج01، ط20، دار هومه، الجزائر، 2018.

5- أحمد أمين الحادق، أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات الرقابة على المخدرات والتعاون الدولي، ج01، دار النشر العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، السعودية، 1991.

6- أحمد عوض بلال، محاضرات في الجزاء الجنائي، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 2002.

7- أحمد فتحي سرور، أصول السياسة الجنائية، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1972.

8- إدوارد غالي الذهبي، جرائم المخدرات في التشريع المصري، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1988.

9- أسامة عبد السميع، عقوبة تعاطي المخدرات والاتجار بها بين الشريعة والقانون، دار الجامعة الجديدة، مصر، 2008.

10- الحسن العكوش، الموسوعة القضائية في شرح قانون المخدرات الجديد، ط3، دار الفكر الحديث، 1996.

11- الحسين بن شيخ آث ملويا، المخدرات والمؤثرات العقلية، دار هومة، عين مليلة، الجزائر، 2010.

12- الهادي علي يوسف أبو حمزة، المعاملة الجنائية لمتعاطي المخدرات، ط1، الدار الجماهيرية، ليبيا، 2012.

13- باربرا كوثمان بكنل، دور الآباء في مساعدة أبناءهم على الشفاء من الإدمان، زكي عبد العزيز حليم وسعاد موسى، الدار الدولية للنشر، مصر، 1994.

14- جابر بن سالم موسى، عز الدين الدنشاري وعبد الرحمان عقيل، المخدرات والمؤثرات العقلية أضرارها ووسائل تجنبها، دار المريخ، الرياض، السعودية، 1989.

15- جلال الدين عبد الخالق ورمضان السيد، الجريمة والانحراف، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2001.

16- حسن عبد المعطي، الأسرة ومواجهة الإدمان، دار قباء، مصر، 2002.

17- خلود سامي المعجون، مكافحة جرائم المخدرات، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض، السعودية،1991.

18- رجب محمد أبو جناح، المخدرات آفة العصر، الدار الجماهيرية، ليبيا،2000.

19- سامي مصلح، رحلة في عالم المخدرات، دار النشر، القاهرة، مصر، 1986.

20- سعد المغربي، سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مصر، 1986.

21- سعيد جفار، تعاطي المخدرات وإعادة التأهيل، ط1، دار الفكر المعاصر، دمشق، سوريا، 1994.

22- صالح سعد، المخدرات أضرارها وأسباب انتشارها، مطابع الأرز، عمان، الأردن، 1997.

23- صلاح الدين علي الحوالي، الركن المعنوي لجرائم المخدرات والمؤثرات العقلية في القانون الليبي، دار الشتات للنشر والبرمجيات، مصر، 2011.

24- عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، عالم الطباعة والمعرفة والنشر، الكويت، 1988، ص 10.

25- عبد الحليم أحمد سواس، المخدرات بين المفهوم اللغوي والحيوي، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2011.

26- عبد الحليم الشواربي، البراءة في جرائم المخدرات، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2003.

27- عبد الحميد سيد، أحمد منصور، المسكرات والمكيفات وأثارها الصحية والاجتماعية والنفسية، المركز العربي للدراسات الأمنية، الرياض، السعودية، 1989.

28- عبد الرحمان العيساوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1993.

29- عبد العزيز علي خزاعلة، دور البحث العلمي في رسم السياسات الوقائية والعلاجية لمشكلة المخدرات، ط01، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2001.

30- عبد القادر عدو، مبادئ قانون العقوبات الجزائري، دار هومه، الجزائر، 2010.

31- عبد الله سليمان، شرح قانون العقوبات الجزائري، الجزء 02، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 2002.

32- عبد الله محمد قازان، إدمان المخدرات والتفكك الأسري، ط1، دار الحامد، الأردن، 2005.

33- عبد المعطي مصطفى عبد الباقي، دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى عينة من المراهقين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 2006.

34- عزت حسنين، المسكرات والمخدرات بين الشريعة والقانون، ط01، دار النهضة العربية، مصر، 1950.

35- علي محمود السيد، المخدرات تأثيرها وطرق التخلص الآمن منها، ط4، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2012.

36- عمر خوري، السياسة العقابية، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر، 2009.

37- فاطمة العرفي وليلى إبراهيم العدواني، جرائم المخدرات في ضوء الفقه الإسلامي والتشريع، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2010.

38- فتحي دردار، الإدمان والخمر والتدخين والمخدرات، جامعة الجزائر، ب ت ن.

39- فؤاد بسيوني متولي، التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 2000.

40- فوزية عبد الستار، مبادئ علم الاجرام والعقاب، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1985.

41- مأمون محمد سلامة، حدود سلطة القاضي الجنائي في تطبيق القانون، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1975.

42- مأمون محمد سلامة، قانون العقوبات، ط03، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1990.

43- محمد أحمد حامد، التدابير الاحترازية في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 1990.

44- محمد جمال مظلوم، الاتجار بالمخدرات، ط01، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2012.

45- محمد سعيد الصاحي، محاكمة الأحداث الجناحين وفقا لأحكام قانون الأحداث، ط1، مكتبة الفلاح، الكويت، 2005.

46- محمد سلامة غباري، الإدمان أسبابه ونتائجه، دار النهضة العربية، الإسكندرية، مصر، 1999.

47- محمد صبحي نجم، أصول علم الإجرام وعلم العقاب، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2006.

48- محمد عوض، قانون العقوبات الخاص بجرائم المخدرات والتهريب الجمركي والنقدي، القاهرة، مصر، 1986.

49- محمد فتحي عيد، جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن، ج01، المركز العربي للدراسات الأمنية للتدريب، الرياض، السعودية، 1988.

50- محمد مرعي صعب، جرائم المخدرات، منشورات زين الحقوقية، بيروت، لبنان، 2007.
51- محمد يحيى النجيمي، المخدرات وأحكامها في الشريعة الإسلامية، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية، 2005.
52- محمود سعيد نمور، دراسات في فقه القانون الجنائي، ط1، دار الثقافة، عمان، الأردن، 2004.
53- محمود نجيب حسني، شرح قانون العقوبات، ط08، دار النهضة العربية، الإسكندرية، مصر، 2016.
54- محمود نجيب حسني، علم العقاب، دار النهضة العربية، الإسكندرية، مصر، 1967.
55- مصطفى السويف، المخدرات والمجتمع، عالم المعرفة، الكويت، 1996.
56- مصطفى مجدي هرجة، البراءة والإدانة في قضاء المخدرات، ط02، دار الكتب القانونية، مصر، 1994.
57- مصطفى مجدي هرجة، جرائم المخدرات الجديد، دار الكتاب الحديث، مصر، 1996.
58- منصور رحماني، علم الاجرام والسياسة الجنائية، دار العلوم، عنابة، الجزائر، 2006.
59- نبيل صقر، جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، دار الهدى، الجزائر، 2006.
60- نصر الدين مروك، جريمة المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية، دار هومه، الجزائر، 2007.
61- نواصر العايش، استهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، مطابع قرفي، باتنة، الجزائر، 1993.
62- نور الدين هنداوي، مبادئ علم العقاب، مؤسسة دار الكتاب، الكويت، 1996.
63- هاني عمروش، المخدرات إمبراطورية الشيطان، ط01، دار النفائس، بيروت، لبنان، 1990.

ج- الـرســائــل والمـذكـــرات

1- بركات بهية، الإدمان على المخدرات وتأثيره على السلوك الإجرامي، مذكرة ماجستير، تخصص قانون جنائي والعلوم الجنائية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر1 بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2005.

2-جمعاوي فوزية، السياسة الجنائية لمكافحة المخدرات في الجزائر، مذكرة ماجستير، تخصص قانون جنائي والعلوم الجنائية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر1 بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2013.

3- سعيد عباس، الإدمان على المخدرات المعالجة والتأهيل، مذكرة تخرج لنيل إجازة المدرسة العليا للقضاء، الدفعة 17، المدرسة العليا للقضاء، 2009.

4- مليكة شريط، مكافحة المخدرات بين الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري، مذكرة ماجستير في العلوم الإسلامية، تخصص شريعة وقانون، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة حمه لخضر، الوادي، الجزائر، 2015.

5- نور الهدى محمودي، تدابير الاحترازية وتأثيرها على الظاهرة الاجرامية، مذكرة ماجستير، تخصص قانون جنائي والعلوم الجنائية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجزائر1 بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2012.

د- الـمـقـــالات

1- إبراهيم العبيدي، "آثار الأسرة في الوقاية من المخدرات"، في: مجلة الأمن، جامعة الملك سعود، العدد03، السعودية، 1990.

2- حامد طوران كاميران، "المخدرات وعوامل انتشارها"، في: مجلة الحوار، العراق، 2012.

3- سامية ابريعم وزكية العمراوي، "ظاهرة الإدمان عند الشباب دراسة ميدانية على عينة من المدمنين على المخدرات"، في: مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر، 2012.

4- عبد الحفيظ طاشور، "طرق العلاج العقابي في التشريع الجزائري"، في: المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والاقتصادية والسياسية، جامعة قسنطينة، العدد 03، الجزائر، 1991.

5- علي قصير، "الوقاية من ظاهرة المخدرات"، في: مجلة العلوم الإنسانية دورية علمية محكمة، جامعة محمد خيضر، العدد 13، بسكرة، الجزائر، 2008.

6- غنية قداش، "الاستراتيجيات الجزائية والصحية في معالجة الإدمان"، في: مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان"، 2014.

7- محمد الزحيلي، "أحكام التخدير والمخدرات الطبية والفقهية"، في مجلة: العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية، جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، سوريا،2008.

هـ- القــوامــيـــس:

1- ابن منظور الأنصاري، لسان العرب، المجلد 04، بيروت، لبنان، ب ت ن.

2- بكوش البستاني، المنجد في الاعلام، ط14، دار المشرع، بيروت، لبنان، 1986.

3- جابر بن سالم وعبد الرحمان بن محمود، المعجم العربي للمواد المخدرة والعقاقير، ط2، جامعة نايف العربية، الرياض، السعودية، 2005.

4- الزمخشري، أساس البلاغة، ج01، ط03، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، 1958.

5- فريد نجار، المعجم الموسوعي للمصطلحات، ط01، مكتبة لبنان ناشرون، بيروت، لبنان، 2003.

6- فؤاد البستاني، منجد الطلاب، ط18، دار المشرق، لبنان، 1995.

7- مجمع اللغة العربية، معجم الوسيط، ج01، ط05، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة، مصر، 2011.

و- المــواقــع الإلكــتــرونــيــة

1-جمعية الطب النفسي الأمريكي، متاح على الموقع www.apa.org، 2019/04/01، 03:40.

2-خطورة الإدمان وعلاجه، متاح على الموقع www.ar.m.wikipedia.org، 2019/02/22، 15:32.

3- محاضرة حول آليات التنسيق بين مختلف الهيئات في اتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية على ضوء القانون 18/04 من إعداد وكيل الجمهورية لدى محكمة تبسة، ص ص 17، 20، متاح على الموقع www.onlcdt.mjustice.dz، 2019/02/14، 23:12.

ثــانــيــا: بــاللــغــة الفـرنسـيــة

A-LES OUVRAGES

1- Didier Yayle, philippe, la moureux, drogue et dépences, 2emme édition, inpes, 2007.

2- Henri jean Ey et Bernard Paul, manuel de la psychiatrie de l'enfant ،Masson ،Paris, France, 1978.

3- Jacques Leroy, droit général, librairie générale de la jurisprudence, paris, France, 2003.

4-Jean Larguier, droit pénal général, 17émme édition Dalloz, 1999.

5- L'evasseur Georges, les mesures de sûreté en droit comparé, Dalloz, Paris, France, 1974.

6- Lemercier Pierre, les mesures de grâce et de révision des condamnations dans la législation récente, RSC, paris, 1974.

7- Louszt(O), le diagnostique de l'Etat dangereux méthode ojode, Acts duli international crimpologie, France, 1955.

8-Rambinowicg Léon, les mesures de sureté, paris, France, 1998.

9-Stefani Guston, Levasseur Georges et Bouloc Bernard, droit général, 19 éme Edition, Dalloz, France, 1996.

B-Les Mémoires

1- Marie Solany, drogue et construction sociale de la Marginalisation diplôme d'étude approfondie, université cheikh antadoi de drakkar, 2004.

C-Les Revues

1- Florio (M), "la répression de l'usage des stupéfiants en droit français", dans : la revue pénitentiaire, 1973.

D-Les Interventions en séminaires

1-Ramzi Haddad, Suivi du toxicomane, séminaire de formation des médecins dans le cadre du projet MEDNET et l'offre nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie, prise en charge des toxicomane, Algérie, 1ier semestre, 2008.

2-Sandra Mouffok, évaluation de la prise en charge des toxicomanes en milieu institutionnel, séminaire de formation des médecins dans le cadre du projet MEDNET et l'office national de

lutte contre la drogue et la toxicomanie, prise en charge des toxicomanes, Algérie, 1ier semestre, 2008.

E- Les Dictionnaires

1- Larousse pluri dictionnaire, le dictionnaire des collègues, Librairie Larousse, 1977.

F- Les Sites Web

1- Rapport mondial sur la drogue, "évolution mondiale de la consommation de la production et du trafic illicites de drogue", disponible sur le site www.Unode.org, 10/05/2019,17h15.

الملحق رقم 01: أمر وكيل الجمهورية المرسل إلى الطبيب المعالج لفحص الشخص لإظهار حالة الإدمان

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة العدل

مجلس قضاء الأغواط

محكمة الأغواط

أمر إلى الطبيب لفحص شخص لإظهار حالة الإدمان

- **نحن وكيل الجمهورية لدى محكمة الأغواط**
- بعد الاطلاع على محضر رقم: 15/32 المؤرخ في: 2015/05/20 المحرر من طرف أمن الحضري الرابع.
- بعد الاطلاع على المادة 06 من القانون 18/04 المؤرخ في 25 ديسمبر 2001 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية.
- بعد الاطلاع على المادة 03 من المرسوم التنفيذي رقم 229/07 المؤرخ في 30 جويلية 2007 المتعلق بكيفية تطبيق المادة 06 من القانون 18/04.

نأمر الدكتور

حبيش عبد الرحمان المختص بإزالة الإدمان بالمركز الاستشفائي الجامعي فرانس فانون البليدة ليقوم بفحص المدعو أوكيلي معمر المولود في: 1989/06/02 الأغواط

ابن: العيد وبوعام نورة الساكن/ حي بن باديس عمارة 25 رقم الباب 14 الأغواط

لإظهار حالة الإدمان لديه من عدمه وما إذا كانت حالته تتطلب علاج مزيل للتسمم بمؤسسة متخصصة أم تحتاج لمتابعة طبية مع تحديد المدة الضرورية المقررة للفحص

والعمل على تسليم المعني عند نهاية العلاج المزيل للتسمم شهادة طبية تثبت أنه خضع للعلاج المزيل للتسمم وإرسال نسخة منها للنيابة الجمهورية لاتخاذ ما تراه مناسبا بشأنها.

الملحق رقم 02: الشهادة الطبية التي يرسلها الطبيب لوكيل الجمهورية

HOPITAL PSYCHIATRIQUE FRANTZ FANON DE BLIDA

Centre de lutte contre la toxicomanie **Blida le 14/07/2015**

EHS FRANTZ FANON de Blida

Compte Rendu Médical

(Concernant le patient….)

Le patient…..né le 10/10/1988, admis au sein de notre service en date du 23/06/2015

Et ce en exécution d'une Ordonnance du procureur de la République du Tribunal de Bab El Oued.

Il a bénéficié d'une thérapeutique médicamenteuse faite d'antidépresseur, anxiolytique, thymorégulateur et neuroleptique, ainsi qu'une psychothérapie de soutien durant son séjour.

Actuellement son état est satisfaisant et sa cure de désintoxication est à son terme, par conséquent il est déclaré sortant avec un traitement, et il doit être suivi à notre consultation régulièrement.

Dont compte rendu

Dr HABIBECHE

ملحق رقم 03: حكم يقضي بالإعفاء من العقوبة والأمر بوضع المتهم في المؤسسة الاستشفائية فرانس فانون بالبليدة

مجلس قضاء: الجزائر **الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**

محكمة: باب الوادي **باسم الشعب الجزائري**

قسم الجنح **حكم**

رقم الجدول: **15/03906** بالجلسة العلنية المنعقدة بمقر محكمة **باب الوادي**

رقم الفهرس: **15/03575** بتاريخ: العاشر من شهر **جوان سنة ألفين وخمسة عشر**

تاريخ الحكم: **15/06/10** **النظر في قضايا الجنح**

برئاسة السيد(ة): **تومي فاطمة الزهراء** رئيسا

استدعاء مباشر وبمساعدة السيد(ة): **سليمي فاطمة** أمين ضبط

وبحضور السيد(ة): **فايد مصطفى** وكيل الجمهورية

النيابة ضد/ **صدر الحكم الجزائي الآتي بيانه بين الأطراف**

التالية **بلقاسم أمين** **السيد وكيل الجمهورية**

مدعيا باسم الحق العام.

من

جهة

طبيعة الجرم/ ضد/

حيازة المؤثرات العقلية من أجل الاستهلاك الشخصي موقوف (رجوع قصية بعد خبرة)

بلقاسم أمين متهم حاضر

من مواليد 1988/10/10 بعين الحمام

ابن: براهيم وتواتي فروجة

الساكن: 14 طريق مالكي الأبيار

من جهة أخرى

بيان وقائع الدعوى

حيث أن المتهم بلقاسم أمين (موقوف) متابع من طرف نيابة الجمهورية لارتكابه بتاريخ 2015/05/09، بدائرة اختصاص محكمة باب الوادي، ومجلس قضاء الجزائر، منذ زمن لم يمض عليه التقادم جنحة الحيازة من أجل الاستهلاك الشخصي غير الشرعي للمؤثرات العقلية الفعل المنصوص والمعاقب عليه بالمادة 12 من القانون رقم 04/18 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية ومكافحة الاتجار بها.

حيث أحيل المتهم أمام محكمة الجنح عن طريق إجراءات التلبس بالجنحة طبقا للمادة 59 من قانون الإجراءات الجزائية

حيث تتلخص وقائع القضية في أنه بتاريخ 2015/05/09 وعلى الساعة السادسة مساء أثناء قيام عناصر من فرقة قمع الإجرام بمقاطعة وسط للمصلحة الولائية للشرطة القضائية بدوريات بقطاع الاختصاص وبالضبط بشارع أحسن ناشف الجزائر لفت انتباههم شخص مشبوه وعند توقيفه وتفتيشه ضبط بحوزته جزء صغير من المؤثر العقلي سيبيثاكس ويتعلق الأمر بالمدعو بلقاسم أمين الذي وبمواجهته بها اعترف بملكيته لها وأنها كانت موجهة لاستهلاكه الشخصي.

حيث أن المحكمة نبهت المتهم أن له الحق في طلب مهلة لتحضير دفاعه وهذا طبقا للمادة 338 من قانون الإجراءات الجزائية والذي فضل المحاكمة دون توكيل محامي واعترف بالتهمة المنسوبة إليه وأكد أنه يريد المداواة

حيث أن ممثل النيابة العامة تقدم بطلباته الشفوية طبقا للمادة 238 من قانون الإجراءات الجزائية التي التمس فيها ادانة المتهم بالجرم المنسوب إليه والحكم عليه بعام حبسا نافذا وب 50000 دج غرامة نافذة مع المصادرة.

حيث أعطيت الكلمة الأخيرة للمتهم الذي التمس العفو من العدالة.

حيث وبعد اقفال باب المرافعات تم وضع القضية في النظر للنطق بالحكم في جلسة 2015/05/20 وفقا للقانون

أنه وبتاريخ 2015/05/20 أصدرت المحكمة حكما قبل الفصل في الموضوع بتعيين الطبيب الخبير محمد الصالح العيدلي الكائن مقره بمستشفى محمد لمين دباغين (مايو سابقا) للانتقال الى مؤسسة إعادة التأهيل الحراش لفحص المتهم بلقاسم أمين والقول ما إذا كان حقيقة مدمن على تعاطي المخدرات وعلى الخبير إعادة تقرير بذلك وايداعه لدى أمانة ضبط المحكمة في أجل أقصاه

05 أيام من تاريخ توصله بنسخة من هذا الحكم مع إبقاء المصاريف محفوظة لحين الفصل في الموضوع حيث أنه وبتاريخ 2015/06/09 أودع الطبيب الخبير تقرير خبرته بأمانة المحكمة حيث جدولت القضية بعد رجوع الخبرة لجلسة 2015/06/10

حيث أن المتهم بعد الخبرة حضر الجلسة وأكد أن الطبيب زاره بالمستشفى وفحصه ويود المداواة.

حيث أن النيابة التمست تطبيق القانون

حيث تم النطق في حينه وفقا للقانون.

**** وعليه فإن المحكمة****

حيث أنه تبين من خلال دراسة أوراق القضية والمناقشات التي دارت بالجلسة قيام المتهم بحيازته لثلث قرص من المؤثرات العقلية سيبيتاكس من أجل الاستهلاك الشخصي غير الشرعي لها الثابت باعترافه

حيث أن المتهم أكد أنه مدمن على تعاطي المؤثرات العقلية التمس المداواة بوضعه في مصحة متخصصة لإزالة سموم المخدرات.

حيث أنه وبعد اطلاع المحكمة على التقرير المنجز من طرف الطبيب الخبير العيدلي محمد الصالح أكد أنه فحص المتهم وأنه مدمن على تعاطي المؤثرات العقلية من نوع سوبيتاكس وأنه يحتاج إلى الوضع بمصلحة متخصصة في إزالة سموم المخدرات وعليه وبناء على التقرير المذكور فإنه اتضح للمحكمة أن المتهم مدمن على تعاطي المؤثرات العقلية ويحتاج للعلاج للتخلص من سمومها وقد أبدى المتهم استعداده للعلاج وعليه وتطبيقا لنص المادة 08 من القانون 04-18 يتعين القضاء بإعفائه من العقاب وبالمقابل الأمر بوضعه بالمؤسسة الاستشفائية البليدة مصلحة إزالة سموم المخدرات وذلك للعلاج إلى غاية الشفاء التام مع إبقاء المصاريف القضائية على عاتق الخزينة العمومية.

حيث أن النيابة التمست مصادرة المحجوزات وهو الأمر الذي تستجيب له المحكمة وفقا للقانون.

****ولهذه الأسباب****

حكمت المحكمة حال فصلها في قضايا الجنح علنيا ابتدائيا حضوريا

بإدانة المتهم بلقاسم أمين بجنحة الحيازة من أجل الاستهلاك الشخصي غير الشرعي للمؤثرات العقلية طبقا للمادة 12 من القانون رقم 04/18 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية

ومكافحة الاتجار بها مع اعفائه من العقاب والأمر بوضعه بالمؤسسة الاستشفائية فرانس فانون البليدة مصلحة إزالة سموم المخدرات للعلاج إلى غاية الشفاء التام نع إبقاء المصاريف القضائية على عاتق الخزينة العمومية ومصادرة ثلث قرص مؤثر عقلي نوع سيبيتاكس المحجوز بموجب محضر ضبط أدلة الإثبات المؤرخ في 2015/05/11 تحت رقم 788/15.

لذا صدر هذا الحكم وأفصح به جهارا في الجلسة العلنية وأمضي أصله من طرفنا وأمين الضبط.

أمين الضبط

ملحـق رقــم 04: القــانـــون الداخلي لمـــركـــز فـــرانـــس فـــانون بالبليدة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

مصلحة الطب العقلي والادمان المؤسسة الاستشفائية المتخصصة فرانس فانون –البليدة–

القـانـــون الـداخـلـــي

أهداف القانون الداخلي:

- ضمان الحقوق والحريات؛
- تسهيل الحصول على العلاج؛
- الحفظ على الأسرار المهنية والعلاجية؛
- من أجل تحقيق المشروع الفردي لإعادة التأهيل.

الحق في العلاج: مرحلة العلاج تتطلب مجموعة من القواعد الإلزامية:

مدة العلاج تتراوح من 21 إلى 28 يوم حسب الحالة؛

–لا يسمح أي مخدر، أي مشروب كحولي، أو أي مادة أو أدوية ذات استعمال مخدر؛

–يتم تفتيش الأغراض الشخصية عند دخولكم المصلحة وطيلة مدة الإقامة؛

– يمنع منعا باتا حمل أو وضع رموز، معلقات، صور، أو هيئات تشير إلى المخدرات ومشتقاتها؛

–الإجازات غير مسموحة؛

– الزيارة تكون مؤطرة من طرف معالج.

الحق في الاحترام:

الالتزام بالنسبة للأشخاص:

–احترام حرية التفكير، طريقة العيش والتعبير لأي فرد؛

–العنف بكل أشكاله ممنوع (جسدي، لفظي، معنوي، التهديد، الاستفزاز، الإهانة، التحرش، والترويع النفسي؛

–يمنع التدخين داخل الغرف؛

–التجمع في الغرف ممنوع.

الالتزام بالنسبة للمعدات:

–الحفاظ على المعدات العامة والخاصة، الأثاث، المباني فمن المتفق عليه أنها وسيلة يجب المحافظة عليها؛

–أي عتاد تم افساده يتم تعويضه على حساب المسؤول عن افساده

يمنع جلب الهاتف النقال واللوحة الرقمية، تحفظ هذه الأجهزة عند منسق المصلحة.

الحق في التكفل:

-يرجى منكم تناول الأدوية الموصوفة لكم؛

-تستفيدون طيلة مدة العلاج من مقبلات فردية مع الأطباء والمعالجين؛

-تستفيدون من حصص العلاج الجماعي؛

-حضور المقابلات الفردية وحصص العلاج الجماعي إجباري؛

-العائلة أو الأقارب يمكن لهم المشاركة في حصص العلاج؛

-النشاطات داخل المركز إلزامية؛

-في حالة تلقيكم أية صعوبة، يمكنكم طلب المساعدة من الطاقم الطبي.

نشكركم على تفهمكم

ملحق رقم 05: الإحصائيات السنوية للأشخاص الخاضعين للعلاج لسنة 2017.

Centre De Cure Et **Blida le 02/01/2018**

De Désintoxication

EHS Frantz Fanon Blida

FICHE D'EVALUATION ANNUELLE

DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

Année 2017

		CIST	CD	AUTRES STRUCTURES	Total
Situation Familiale	M				2672
	C				4027
	Divorcé				555
Sexe	M				6761
	F				493
Tranche d'âge	$< 15\ ans$				63
	16-25				3012
	26-35				2439
	$> 35\ ans$				1740
Situation professionnelle	Etudiant				344
	Travailleur				5114
	Sans				1796
Produit (s) consommés	Cannabis				6650
	Psychotropes				5778
	Poly Toxicomanie				4638
	Opiacés				2477
Modalité du suivi	Consultation externe				7254
	Hospitalisation volontaire				362
	Injonction thérapeutique judiciaire				03

ملحق رقم 06: الإحصائيات السنوية للأشخاص الخاضعين للعلاج لسنة 2018.

Centre De lutte contre **BLIDA le 23/01/2019**

La toxicomanie

EHS Frantz Fanon Blida

FICHE D'EVALUATION ANNUELLE

DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES

Année 2018

		CIST	CD	AUTRES STRUCTURES	Total
Situation Familiale	M		1454		1454
	C		5099		5099
	Divorcé		282		282
Sexe	M		6155		6155
	F		680		680
Tranche d'âge	$< 15\ ans$		203		203
	16-25		3065		3065
	26-35		2957		2957
	$> 35\ ans$		610		610
Situation professionnelle	Etudiant		340		340
	Travailleur		4386		4386
	Sans		2109		2109
Produit (s) consommés	Cannabis		2759		2759
	Psychotropes		1849		1849
	Poly Toxicomanie		1624		1624
	Opiacés		603		603
Modalité du suivi	Consultation externe		6835		6835
	Hospitalisation volontaire		174		174
	Injonction thérapeutique judiciaire		00		00

قـــائـمـة المـلاحـــق

رقم الملحــق	عـنــوان المـلحــق	رقم الصفحـة
01	**أمر وكيل الجمهورية المرسل إلى الطبيب المعالج لفحص الشخص لإظهار حالة الإدمان**	66
02	**الشهادة الطبية التي يرسلها الطبيب لوكيل الجمهورية**	67
03	**حكم يقضي بالإعفاء من العقوبة والأمر بوضع المتهم في المؤسسة الاستشفائية فرانس فانون بالبليدة**	68
04	**القـانـــون الداخلي لمـــركـــز فـــرانـــس فـــانون بالبليدة**	72
05	**الإحصائيات السنوية للأشخاص الخاضعين للعلاج لسنة 2017**	74
06	**الإحصائيات السنوية للأشخاص الخاضعين للعلاج لسنة 2018**	75

العنـــــوان	الصفحة
مـقـدمـــة	أ، ب، ج، د.
الفصل الأول: مـاهـيـة إدمان المـخـدرات والمؤثرات العقلية	05
المبحث الأول: مفهوم المخدرات والمؤثرات العقلية	06
المطلب الأول: تعريف المخدرات والمؤثرات العقلية	06
الفـرع الأول: التعريف اللغوي والاصطلاحي	06
الفرع الثاني: التعريف القانوني	09
المطلب الثـانـي: أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية	11
الفرع الأول: المخدرات الطبيعية	11
الفرع الثاني: المخدرات الاصطناعية	14
المبحث الثاني: مفـهـوم الادمـــان	17
المطلب الأول: تعريف الإدمان	17
الفرع الأول: التعريف اللغوي والاصطلاحي	17
الفرع الثاني: التعريف القانوني	19
المطلب الثاني: أنواع الإدمان ومراحله	20
الفرع الأول: أنواع الإدمان	21
الفرع الثاني: مراحل الإدمان	21
الفصل الثـانـي: تدبير الوضع القضائي في مؤسسة علاجية	26
المبحث الأول: شروط تطبيق التدبير	27
المطلب الأول: الشروط المتعلقة بالجريمة	27
الفرع الأول: الجريمة السابقة	27
الفرع الثاني: الخطورة الاجرامية	29

المطلب الثاني: الشروط المتعلقة بالجاني	32
الفرع الأول: حالة الإدمان	32
الفرع الثاني: إثبات الإدمان بالخبرة الطبية	33
المبحث الثاني: آليات تطبيق التدبير	34
المطلب الأول: الآليات القضائية	34
الفرع الأول: على مستوى النيابة العامة	34
الفرع الثاني: على مستوى قاضي التحقيق	37
الفرع الثالث: على مستوى قضاة الحكم	42
المطلب الثاني: الآليات العلاجية	43
الفرع الأول: المراكز العلاجية المتخصصة	44
الفرع الثاني: أساليب العلاج	45
الفرع الثالث: دراسة ميدانية بمركز فرانس فانون بالبليدة	48
خـــاتـــمـــة	51
قائمة المراجع	56
الـــمـــلاحـــق	66
قائـمـة المـلاحـق	76

مقدمة

خاتمة

الفصـــل الأول

مـاهيـة إدمـان الـمخـدرات والمـؤثـرات العـقـليـة

الفصـــل الثـــاني

تدبيـر الوضـع القضـائـي فـي مـؤسســة عــلاجيــة

فهرس المحتويات

قـائـمـة المـلاحـق

قائمة المراجع

الملاحق

بسم الله الرحمن الرحيم