

## *Du besoin d'un juste équilibre entre le local et l'international*

# Les contradictions du système de régulation des drogues

*« La mise en place d'une domination totale serait en effet impossible sans la contribution importante de ceux qu'il s'agit justement de dominer ou d'éliminer. Il s'agit là d'une « zone grise, aux contours mal définis, qui sépare et relie à la fois les deux camps des maîtres et des esclaves. »*

Ivan Tchistiakov, *Journal d'un gardien du Goulag*, Denoël, 2012

## Catherine Ritter et Jean-Félix Savary

Médecin, Catherine Ritter est spécialiste de la pratique clinique, de la santé publique, des addictions et de la recherche en milieu carcéral. Elle a notamment publié « L'équivalence des soins aux usagers de substances incarcérés : un champ d'application pour la politique drogue, *Dépendances*, N° 35, 2008 ; avec Elger BS, « (2013). Second-hand tobacco smoke in prison: tackling a public health matter through research », *Public Health.*, 2013 and *Vade-mecum: Maladies transmissibles et addictions en prison*, Office fédéral suisse de la santé publique, 2012. Courriel : info@catherineritter.ch.

Jean-Félix Savary est politologue, spécialiste des politiques publiques de santé publique et de promotion sociale. Il dirige le GREA (Groupement romand d'études des addictions [www.grea.ch](http://www.grea.ch)), qui représente les professionnels actifs dans le domaine des dépendances de la partie francophone de la Suisse. Il a publié notamment : «La régulation mondiale du marché des drogues. Vers la fin de l'ostracisme actuel? », in *Dépendances*, n°33, AIS/GREA, Lausanne, 2008 ; « The Swiss four pillars policy: an evolution from local experimentation to federal law », Beckley Foundation, briefing paper n°18, London, 2009 et «Le débat sur la légalisation des drogues doit reprendre», In *Première Ligne*, n°16, Association Première Ligne, Genève, 2012. Email : jf.savary@grea.ch.

### Résumé

*Une proportion non négligeable de citoyens absorbe des substances psycho-actives. En fonction du type et des conséquences de cet usage, ces personnes peuvent être identifiées comme « malades », et ce d'après une cartographie bien précise. D'autres conséquences résultent principalement de la législation internationale en vigueur qui tente de réguler l'accès au produit. C'est sur ce dernier point que se concentrent les efforts et les investissements financiers principaux, en raison d'une vision trop réduite qui lui attribue encore une place de « cause du problème » qu'il suffit d'éliminer pour résoudre la situation de millions de personnes concernées. A partir d'expériences issues de la clinique et de la politique drogues sur le plan local et international, nous faisons part ici de réflexions personnelles dans ces deux domaines en interaction constante.*

## Introduction

La communauté internationale est souvent vue comme un facteur de développement social. Il est vrai que depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, les Nations Unies ont porté bien haut les valeurs contenues dans sa charte, notamment les droits humains. Même si le concept reste sujet à caution dans certaines régions du monde où il est compris comme une forme d'impérialisme culturel, il s'agit là indubitablement de progrès au vu des avancées notables dont il s'est fait le porteur.

Ainsi, d'un côté, le local serait un monde d'enfermement et d'oppression, symbolisé par les sociétés traditionnelles où les droits des individus disparaissent derrière l'intérêt supérieur du groupe, ou alors de son chef. Pour contrer cet obscurantisme, de grands mouvements internationalistes apporteraient la liberté, par la diffusion de valeurs qualifiées d'universelles. Les Nations Unies symbolisent aujourd'hui cet idéal. Avant eux, l'Internationale communiste, les Conventions de Genève sur la guerre, voire même l'expansion par les armes de la Révolution française par exemple ont aussi, d'une certaine manière, porté cet élan de libération des peuples.

L'exemple des politiques drogues au niveau mondial nous offre cependant un saisissant contre-exemple de cette rhétorique. Après des décennies de « guerre à la drogue », un constat implacable se fait jour. Sous la conduite des organisations internationales, les Etats du monde se sont vu contraints de mettre en place des politiques destructrices pour leur population et pour l'environnement. Après des décennies de lutte, au delà de la catastrophe sociale et sanitaire d'une guerre qui s'est retournée contre les personnes qui prennent des substances psycho-actives, c'est la démocratie elle-même qui est en danger dans de nombreux pays. Les critiques pleuvent, mais le système international a longtemps verrouillé le débat pour poursuivre cette ligne dure de prohibition.

Dans certains pays cependant, les conséquences de cette guerre ont pu être atténuées grâce à une « médicalisation » du comportement. L'usager est devenu un « malade », qu'il convient de soigner pour lui permettre de modifier ses habitudes « déviantes », symptômes d'un état de déficience qu'il y a lieu de rétablir. Cette approche, promue dans des pays comme la Suisse ou les Pays-Bas, a permis de réduire significativement les conséquences sanitaires de la prohibition. Elle s'est ainsi imposée comme un modèle à promouvoir, au côté de l'approche répressive, pour contrebalancer et diminuer l'impact visible de la répression.

La logique médicale renferme pourtant elle aussi des limites en matière de comportements sociaux. Ainsi, l'ancrage social lié à l'usage de psychotropes peine à faire sa place en

## *Les contradictions du système de régulation des drogues*

médecine qui est elle basée sur une objectivation des logiques du corps, avec une prise de distance de la dimension culturelle de l'usage.

Aujourd'hui, le système prohibitionniste vacille sous les coups de boutoirs de la société civile et même de certains Etats qui le remettent en cause. Le présent article vise à éclairer cette évolution en rappelant le profond ancrage social des psychotropes et donc en se faisant le promoteur d'approches diverses, selon les cultures et les situations locales des pays touchés. En même temps, la fin d'un paradigme sécuritaire sur les drogues ne doit pas déboucher sur un idéal « sanitaire » cette fois-ci, valable à nouveau sur l'ensemble du globe. Au contraire, il doit permettre de développer enfin des politiques drogues qui se caractérisent par le respect des personnes concernées et leur proximité avec les spécificités culturelles locales.

### **La politique de guerre à la drogue : une remarquable unité**

L'interdiction totale de commerce et d'usage de substances s'impose aujourd'hui mondialement, hormis pour celles qui sont licites, le tabac et l'alcool en l'occurrence, ainsi que le cannabis pour certains états. Les Etats se sont tous engagés dans leur législation à poursuivre cette noble « croisade » contre les drogues, source du mal et fléau moderne de nos sociétés. Le consensus sur la prohibition demeure un des plus solides dans le droit international, bien loin devant la lutte contre le réchauffement climatique ou la promotion des droits de l'homme. Sur le terrain, la situation demeure plus nuancée lorsque l'usage est ancré dans la culture locale, comme par exemple le Khat dans le sud de la péninsule arabe ou la feuille de coca dans certaines régions andines. Mais le discours officiel de tous les pays reste d'une unité remarquable. Les trois conventions onusiennes<sup>1</sup> sur les drogues comptent parmi les textes les plus reconnus au monde. Elles sont signées par plus de 180 Etats.

Ce qui est aujourd'hui une évidence ne l'a pourtant pas toujours été. La prohibition des drogues illégales date du 20<sup>e</sup> siècle seulement et ne s'ancre durablement qu'à partir de la deuxième moitié du siècle. La pénalisation de l'usage est encore plus récente. Ce n'est qu'avec la troisième convention des Nations Unies<sup>2</sup>, en 1988, que la lutte contre l'usage (et donc les personnes directement concernées – les usagers de drogues) devient une norme internationale.

Ce phénomène peut apparaître comme une des plus grandes réussites de la communauté internationale dans sa tentative d'imposer des normes uniformes. L'adhésion a longtemps été si forte que les Etats, membres de la *Commission on Narcotics and Drugs* (CND) se sont habitués à s'abstenir d'avoir des votes contradictoires sur le sujet, afin d'affirmer au « monde du crime » que l'alliance mondiale contre les drogues resterait forte. « L'esprit de Vienne », comme on appelle ce principe non-écrit de la CND<sup>3</sup>, demande aux Etats de ne

pas remettre en cause la stratégie poursuivie et de ne pas voter sur des propositions autres que celles concernant l'ajout de nouvelles substances à la liste, ou encore sur des mesures qui visent à consolider ou renforcer le système prohibitionniste lui-même. La communauté internationale a rarement été aussi unie autour d'un sujet donné.

## **Le système international**

Les premières tentatives de contrôle au niveau international remontent au début du 20<sup>e</sup>, siècle, avec une première conférence en 1909 à Shangai. Plusieurs textes seront adoptés dans les années suivantes : Convention internationale de l'opium (1912, La Haye ; 1925, Genève), Accord concernant la fabrication, le commerce intérieur et l'usage de l'opium préparé (1925, Genève), Convention internationale pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants (1931, Genève), Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles (1936, Genève), etc. Ces nombreux textes cherchaient d'abord à contrôler le marché dans un souhait de réglementation du commerce des produits psychotropes, notamment les opiacés de plus en plus utilisés en médecine et dans l'industrie. Les intérêts commerciaux des puissances coloniales, qui tiraient profit du commerce de l'opium grâce à des monopoles sur ces produits, limitèrent ces efforts. Le contexte international tendu, avec deux guerres mondiales, ainsi que les intérêts divergents, ne déboucha pas vraiment sur un système cohérent, ce que traduit cette multiplication des textes.

Une convention unique pourra cependant être signée en 1961, sous l'égide cette fois des Nations Unies. Celle-ci rassembla tous les éléments antérieurs dans un même traité doté de deux objectifs clairs : lutter contre le commerce illégal des substances psycho-actives interdites et offrir une source d'approvisionnement aux industries pharmaceutiques qui les utilisent dans un cadre médical. Cette première convention sera ensuite complétée par une seconde en 1971, puis une troisième en 1988. C'est avec cette dernière que la communauté internationale va élargir sa cible et inclure désormais la répression contre les personnes elles-mêmes. Elle demande explicitement aux Etats de prendre des mesures répressives contre les usagers de substances.

La pratique n'est cependant pas aussi simple et, comme pour tous les textes internationaux, il existe une marge d'application, variable selon leur poids politique pour les Etats, qui leur permet tout de même de suivre des chemins différents. Ainsi la situation des usagers de drogues diffère aujourd'hui fortement selon les pays. Si comme décrit ci dessus, dans de nombreux pays européens la dépendance aux substances est avant tout comme une problématique socio-sanitaire, de larges populations d'usagers vivent toujours sous des régimes qui en font des criminels. C'est le cas notamment dans les pays de l'Asie du Sud est, de la Chine ou de la Russie où la situation sanitaire et en matière de droits humains (citoyenneté, torture et traitements dégradants) est la plus grave. La

criminalisation des usagers peut même aller jusqu'à la peine de mort. Sur les 64 Etats qui la pratiquent encore, la moitié l'applique pour des délits liés aux stupéfiants. Il n'existe pas de statistiques précises sur cette question, mais on estime que plusieurs personnes sont mises à mort chaque année pour leur propre usage. Certains pays comme la Thaïlande vont même jusqu'à médiatiser ces exécutions pour « dissuader » l'usage par l'exemple<sup>4</sup>.

### **Une nouvelle guerre contre « la drogue »**

Le véritable tournant se situe cependant un peu plus tôt, en 1971 et dans un contexte bien particulier. C'est en pleine guerre du Vietnam que Richard Nixon va lancer une guerre d'un nouveau type : la guerre contre la drogue. Comme le terme le montre, il ne s'agit pas de demi-mesure, ni d'une approche basée sur la prévention ou pour contrer l'addiction. Les psychotropes deviennent l'ennemi intérieur principal des Etats-Unis, accusés de susciter un climat de défiance sociale, représenté par la contestation à la guerre du Vietnam et la libéralisation des mœurs du *flower power*. Certains n'hésitent pas à rapprocher ces mouvements et à attribuer ces changements sociaux aux produits psychotropes, dont la culture hippie de l'époque se revendique par ailleurs.

Les psychotropes seront ainsi combattus par la force, et en particulier la répression. Dans un climat social surchauffé après des années de profondes mutations de la société américaine, le président Nixon se propose de rassurer la majorité silencieuse pour restaurer l'ordre face à la contestation de l'organisation sociale établie. La drogue est désignée comme le fléau social principal qui corrompt la société et affaiblit la nation. Son usage devient punissable. Face à ce nouveau péril, la stratégie choisie ne fait pas dans la nuance et vise directement l'offre des produits stupéfiants. En éradiquant l'approvisionnement, on espère pouvoir faire disparaître son usage. Si tous les moyens sont dirigés contre la production et le commerce illégal, dans les faits, rapidement, ce sont pourtant les individus eux-mêmes, les usagers qui deviennent des cibles.

Les Etats-Unis vont rapidement mobiliser le monde entier autour de cette stratégie d'éradication et de criminalisation de l'usage. Même si en théorie l'idéal de vouloir supprimer le marché peut paraître censée, ce choix se révélera vite être une lourde erreur. Deux problèmes principaux ont en effet été sous-estimés. En premier lieu, l'apparition de la dépendance aux substances, qui rend les individus peu réceptifs aux injonctions légales de cesser leur usage. Deuxièmement, les substances sont des plantes qui poussent assez facilement qui ne requièrent pas de préparation préalable à leur usage (cannabis, feuille de coca). D'autres substances (cocaïne, héroïne) doivent certes être transformées, mais ce processus ne pose pas de difficulté particulière.

Il est ainsi aisé pour les personnes avides de profit de répondre à la demande et de pourvoir les usagers de leur produit, avec de très confortables profits. Comme sur tout marché, la décision de se porter offreur est un calcul entre le risque encouru et le profit potentiel. Tous les deux étant très élevés en l'occurrence, il est donc logique, d'un point de vue économique, que de nombreuses personnes se lancent dans ce commerce. Le creusement des inégalités dans le monde entre les riches et les pauvres à partir de cette époque va offrir à ce commerce illégal les petites mains nécessaires. Grâce aux profits considérables qui en résultent, les réseaux criminels peuvent à nouveau investir massivement dans des mesures de « protection » de leur marché, en premier lieu la corruption, mais aussi la violence. La devise du célèbre narco-trafiquant colombien, Pablo Escobar, était d'ailleurs explicite pour décrire ses relations avec l'autorité politique : « un pot de vin ou une balle ». Avec aujourd'hui des profits annuels de l'ordre de 320 milliards de dollars (estimation de l'UNODC), le crime organisé dispose de moyens importants pour se défendre<sup>5</sup>. Ceux-ci surpassent ceux des Etats qui se retrouvent dépassés par l'envergure du problème.

Ainsi, bien trop souvent, de par leur puissance, les réseaux criminels bénéficient d'une certaine impunité. Protégés par leurs hommes de main et des complaisances à haut niveau, ils ne sont pas inquiétés. La police et les autorités judiciaires sont réduites à traquer les infractions en bout de chaîne, à savoir les petits trafiquants, bien souvent aussi usagers, qui organisent le commerce de détail. Ces derniers sont eux-mêmes victimes d'un système qui les broie, comme par exemple les « mules » d'Amérique latine qui transportent des substances qu'elles ont ingérées sous forme de « boulettes » dans leur corps.

## **La dignité dans les politiques drogues**

L'incapacité à réellement s'attaquer aux grands réseaux criminels a donc comme conséquence de diriger l'action répressive sur le bas de l'échelle : les petits trafiquants et les usagers, bien souvent les mêmes personnes. La substance interdite coûte cher et la personne dépendante n'a souvent pas/plus la possibilité de gagner légalement les sommes d'argent requises. Ainsi, les personnes qui usent, ou abusent de substances psycho-actives se retrouvent logiquement au centre des politiques drogues répressives.

Dans les pays qui se réclament du welfare State et des droits humains, cette situation va tout de même poser problème. En effet, les personnes dépendantes se trouvent très souvent dans une situation sociale et psychologique précaire ; elles vivent généralement en lisière, voire carrément en marge de la société et apparaissent comme socialement défavorisées. S'acharner sur ce groupe de personnes déjà lourdement pénalisé tant au niveau économique que social, ne semble pas faire de sens. Ceux que notre humanité nous pousserait à vouloir aider sont en fait sanctionnés et stigmatisés<sup>6</sup>.

## *Les contradictions du système de régulation des drogues*

Même si les personnes dépendantes avaient toutes choisi de leur plein gré l'usage de substances et ses conséquences, on comprend intuitivement qu'il serait cependant trop réducteur d'y voir là une « faute » morale qu'une punition pourrait « redresser ». L'usage de psychotropes n'est pas dû au hasard. Il prend naissance, par une série de d'interactions complexes, dans un terreau donné, là où une histoire de vie particulière a débouché sur une situation donnée, le plus souvent très douloureuse ; les substances deviennent alors une automédication pour faire face à des difficultés, rendre ses émotions supportables, et souvent, simplement, continuer à avoir la capacité de vivre. Contrairement à la vision « classique » de la drogue, ce n'est pas l'expérimentation qui va provoquer la dépendance, mais bien l'usage qui en est fait. Les taux importants d'expérimentation du cannabis en Amérique du Nord (plus de 50%) et en Europe (de 23% des adultes en Europe<sup>7</sup>) le montrent. La substance ne crée ni le drogué ni le malade. C'est bien la décision d'un individu à un moment donné pour des raisons qui lui appartiennent d'y recourir de manière intensive qui crée le besoin et la dépendance. Ainsi, les usagers loin d'être « victimes » d'un produit, prennent au contraire ce chemin, par choix d'une stratégie personnelle face à des situations de vie le plus souvent chaotiques, y compris quand cette option est punissable. Ce n'est donc pas par la répression que nous pouvons leur apporter le soutien nécessaire, car elle ne fait que renforcer la précarité d'un individu qui, pour la supporter, continuera, voire augmentera son usage de substances.

Par ailleurs, en dehors de l'illégalité de leur pratique et des conséquences qui l'accompagnent, les usagers ne font du mal qu'à eux-mêmes. Sur quelle base repose donc cette punition qui leur est infligée ? Ce malaise doit être résolu par un apaisement de la criminalisation de l'usage. Ceci s'est produit notamment par la médicalisation de la problématique.

## **Médicalisation de l'usage et de la dépendance**

Les scènes de souffrance humaines auxquelles on a assisté dans plusieurs grandes villes dans les années 80 étaient insupportables. Face à une telle situation, il a fallu trouver une issue. Après le travail social, c'est la médecine, dont la mission est justement de soulager la souffrance, qui a investi le champ des addictions. L'usager s'est vu doté d'un nouveau statut, au côté de celui de criminel. Il est également devenu un malade, selon les divers items listés dans la Classification internationale des maladies ou le DSM-IV. Cette identité est tout de même bénéfique, car sans cette reconnaissance du statut de malade ou de souffrance liée à l'usage, l'attention donnée à l'individu serait probablement encore plus négligeable.

Cette nouvelle approche conserve cependant une dose d'ambiguïté. En effet, les efforts des intervenants socio sanitaires répondent souvent aux conséquences négatives de la guerre à la drogue. La nécessité de dissimuler son usage (qui échappe donc aux mesures de

prévention et de traitement), l'illégalité pour pourvoir à la substance et la nécessité de développer la réduction des risques n'auraient sans doute pas été aussi urgentes sans la prohibition, ou certainement moins étendue. La grande précarité des situations entraînées par la répression a conduit les populations à agir, que ce soit par des moyens sanitaires pour enrayer la propagation du VIH et la mise en œuvre de réduction des méfaits (échanges de seringues par exemple), ou la dépénalisation de substances pour améliorer la sécurité nationale.

Toute décision politique en matière de drogues a des répercussions sur les usagers, répercussions auxquelles les professionnels socio sanitaires tentent ensuite de remédier tant bien que mal. Malgré leur bonne volonté et leur importante mobilisation, les professionnels du champ socio sanitaire sont systématiquement en décalage et leurs efforts restent insuffisants derrière la législation et la politique répressive qui les dominent comme tout autre citoyen. Ainsi, la propagation du VIH, des hépatites, les incarcérations d'usagers restent des réalités dans de très nombreux pays, proportionnellement à la répression en vigueur<sup>8</sup>. Pourtant, bien des approches ont fait leur preuve en matière de réduction de la transmission du VIH et d'amélioration de la santé des personnes qui prennent des substances. Elles incluent la considération des droits humains<sup>9</sup> et par là même viennent contrecarrer les effets pervers résultant de la prohibition.

La maladie de l'abus ou de la dépendance aux substances psycho-actives comporte diverses catégories ou composantes : physiques, psychiques et sociales, auxquelles les professionnels de santé tentent de répondre avec toutefois un certain nombre de difficultés, en particulier celle de l'intégration de ces composantes, ou encore la tentative de domination de l'une sur les autres, selon le courant culturel en vigueur, que ce soit du côté de la société ou de l'identité professionnelle elle-même.

Ainsi, la personne concernée pourra se faire affubler d'une identité variable : usager, junkie, criminel ou malade, dénomination que l'on choisira en fonction de sa sensibilité personnelle. Les professionnels eux aussi sont emprunts de logiques qui les dépassent et dont ils ne sont pas nécessairement conscients. Récemment, la psychiatrie a développé son approche pharmacologique de la maladie mentale, y compris pour les addictions<sup>10</sup>, favorisant une lecture basée sur le trouble mental. Cette approche est complétée par des programmes de soins de santé primaires aux usagers dépendants qui reposent sur les médecins qui peuvent, selon les systèmes sanitaires, être autorisés à prescrire des traitements de substitution, désormais reconnus comme le traitement de base de la dépendance aux opioïdes<sup>11</sup>. Les intervenant sociaux développent notamment des approches de réduction des méfaits, mais aussi l'accompagnement psycho-social à visée de réhabilitation.

Le « détour » par la maladie liée à l'usage de substances a donc favorisé la mise en place de programmes de santé publique, bénéfiques tant pour les usagers que les sociétés. La tentative sanitaire de rendre présentables des personnes que la société préférerait cacher

## *Les contradictions du système de régulation des drogues*

vaut sans doute mieux que celle de continuer à les ignorer ou de les emprisonner. Il y a ici des enjeux éthiques importants qui ne doivent pas être évités, en termes de neutralisation des comportements sociaux<sup>12</sup>. En effet, dans une logique de soins, il est possible de lire le développement des dispositifs socio sanitaires comme une neutralisation des comportements déviants, une sorte de stérilisation de l'espace social, qui questionne là encore le sens de l'aide qui est apportée. Le véritable progrès qui reste à faire est celui de reconnaître un humain en tant que tel, indépendamment de sa maladie.

Parmi les réponses médicales, le traitement de substitution fut une avancée majeure. Il reste sujet à de nombreuses controverses, en raison des ses effets secondaires, du contrôle très serré sur sa délivrance qui peut limiter les déplacements, ou encore de son absence de « guérison » de la dépendance. Il a cependant le mérite d'exister et cette option thérapeutique a permis à de nombreuses personnes de recouvrer leur santé. La méthadone, ce médicament, qui implique donc l'intervention des médecins prescripteurs, est pratiquement indépendante de l'industrie pharmaceutique. Il en est autrement des traitements à base de buprénorphine, où les besoins des patients sont à nouveaux soumis aux enjeux du marché économique, légal cependant cette fois-ci, où les efforts pour décourager une éventuelle concurrence par des génériques sont reprochés au fabricant du médicament de substitution (Suboxone®) afin de maintenir une place unique sur le marché<sup>13</sup>.

Les développements récents des traitements de la dépendance ont tendance à se diffuser au niveau international, ceci mérite réflexion. En effet, les règles de la médecine fondée sur des preuves s'appliquent partout dans le monde et sont basées sur les mêmes logiques, alors que l'usage de substances est étroitement corrélé au marché et à la culture. Certaines des réponses sont aujourd'hui comparables d'une région du monde à l'autre, notamment, les programmes d'échanges de seringues qui sont développés dans des pays et lieux très différents a priori de ceux dans lesquels ils ont été expérimentés initialement<sup>14</sup>. Il est certain que les nombreux guidelines internationaux à disposition rédigés sous l'égide des Nations Unies ou de l'Organisation mondiale de la santé et disponibles en plusieurs langues, et gratuits de surcroît, contribuent à la dissémination d'une approche reconnue et validée scientifiquement. En tant que professionnel du terrain, recourir à ces documents, peut être un support important pour justifier de telle ou telle approche, mais que faire lorsque la hiérarchie, l'autorité ne souhaite pas entendre parler des mesures qui y sont décrites ? Ces documents rappellent les succès remportés ailleurs grâce à une approche rationnelle et fondée sur des évidences, mais les résistances à leur mise en œuvre sont elles irrationnelles et fondées sur des arguments qui laissent perplexes. Par exemple, en milieu carcéral on entend souvent que l'usage n'existe pas puisqu'il est interdit ! Ainsi, les détenus d'une douzaine de pays seulement ont accès à des programmes d'échanges de seringues, même si par ailleurs il a été clairement établi que la transmission du VIH et des hépatites survenait en prison<sup>15</sup>.

Même si les différents documents internationaux sont en général bien conçus et régulièrement mis à jour, l'approche ne devrait pas être systématiquement uniforme sans

examen préalable attentif du contexte local. Ainsi, si dans les régions du monde où la couverture des besoins des traitements de substitution reste très faible, il peut sembler paradoxal de préconiser les traitements seulement à base de méthadone ou encore moins de buprénorphine qui vont entraîner des coûts importants pour ces pays, surtout quand ils sont producteurs d'héroïne. La substitution à l'héroïne, une forme de traitement réservée à des situations particulières en Occident ou à l'opium (substitution inexistante en Occident) est peut-être une réponse adaptée dans des pays d'Asie centrale et orientale qu'il s'agirait d'explorer.

Finalement, la logique répressive, qui repose elle-même sur la croyance que l'interdiction est la solution pour anéantir l'usage, est un rempart que les logiques des professionnels socio sanitaires ne parviennent pas à affranchir. Ces derniers, même s'ils sont aujourd'hui organisés en associations professionnelles ou réseaux qui se rencontrent et échangent régulièrement, représentent une minorité au sein des professionnels de santé eux-mêmes. La médecine de l'addiction est moins attractive que la chirurgie cardiaque, certes, tout comme il est plus aisé d'être malade du cœur que de souffrir d'une addiction au regard des professionnels de la santé et de la société dans son ensemble.

## **Limites et marges de manœuvre des conventions**

Au niveau du droit international, l'apparente unité des Etats en matière de guerre à la drogue semble cependant de plus en plus une unité de façade. La vision univoque des conventions ne résiste plus aujourd'hui à la diversité des situations. Face au vaste spectre des problèmes rencontrés, un nombre important d'Etats explorent de nouvelles voies et prennent de la distance avec l'approche strictement prohibitionniste. Car malgré sa rigidité dogmatique, le système actuel offre aussi de la souplesse, de par sa nature même. Une publication récente a exposé ces marges de manœuvre<sup>16</sup>.

Tout d'abord, les conventions ne s'appliquent pas directement : elles doivent passer par les différents droits nationaux avant de déployer leurs effets. Les Etats s'engagent à respecter le droit international et à traduire leur principe dans leur droit national, mais aucun organisme supranational ne peut imposer les textes directement. Ensuite, la nature elle-même de ces textes laisse une marge d'interprétation. Par définition, ils sont le fruit de compromis délicats entre diplomates dotés d'agendas différents. Les formulations ambiguës permettent parfois de se mettre d'accord à moindre compte. Rappelons ici que le but ultime de ces conventions étant de rassembler un maximum d'Etats derrière la « guerre à la drogue », ces textes ont d'abord été pensés pour inclure le plus grand nombre possible de parties prenantes, et non pour assurer une sécurité juridique maximale.

Les Etats sont de plus en plus nombreux à utiliser ces marges de manœuvre. Malgré l'interprétation restrictive des textes que fait l'organe qui surveille leur application, *l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), la politique nationale reprend tout de même ses droits. Plusieurs pays se sont progressivement écartés de la vision prohibitionniste, au risque d'être mis au pilori par cet organe. C'est notamment le cas des Pays-Bas (Coffee-Shop), de la Suisse (prescription d'héroïne) et plus récemment du Portugal (dépénalisation des drogues). A chaque fois, la logique des pays a fini par imposer sa vision à cette instance, pourtant investie d'un pouvoir de contrôle. In fine, il s'agit donc avant tout d'une question politique, où tente de se régler la tension entre d'un côté le « pragmatisme » des acteurs de terrain favorables à une distanciation avec la logique prohibitionniste, et de l'autre les dogmes des conventions qui respectent les poncifs de la « guerre à la drogue ».*

### **L'application des conventions : une possibilité d'agir différemment**

Les conventions internationales sur les drogues sont des textes contraignants qui imprègnent les législations nationales de leur logique. Cependant, si le cadre international peut constituer un appui, un outil de référence, il ne peut pas être un diktat qui impose une solution à appliquer de manière uniforme sur le long terme, surtout lorsqu'il s'agit de répression. Ce cadre international est construit sur la base d'expériences locales qui continuent de l'enrichir au fur et à mesure de leur implémentation. Mais les guidelines, les conventions, avec leurs différents contenus ne peuvent pas être calquées telles quelles d'une région du monde à l'autre. Tant les politiques drogues que les approches de santé doivent rester souples et s'adapter aux contextes culturels différents. A cet égard, les recommandations de l'OMS sur l'alcool ne peuvent être comprises de la même manière dans les pays chrétiens que dans les pays musulmans.

Chaque fois, il faut repenser les solutions, recréer, retrouver une ou plusieurs réponses dans une situation donnée. Cela demande du temps, de la patience et un véritable intérêt et engagement pour les personnes concernées. En effet, dans ce travail de longue haleine, justement, les croyances sur les usagers sont encore fortement teintées d'opinions négatives, destructives, que la répression à outrance n'a fait que de renforcer sans laisser la place à l'expression de cette part souffrante de l'humanité. Les professionnels socio sanitaires ont apporté une première contribution à l'humanisation en redonnant une voix à ces personnes, celles de malades. Il s'agit de poursuivre ces efforts pour rétablir la dimension humaine dans son intégralité, chez tout individu dès le départ, juste parce qu'il est là, indépendamment de tout usage de substances, et pas seulement une fois qu'il est malade.

## Les politique drogue : tout commence sur le terrain

Sujet complexe par excellence, la politique drogue souffre aussi de sa complexité dans les démocraties. De par l'effet visible et néfastes sur l'individu ou la communauté de l'usage de substances, le premier réflexe consiste souvent à l'interdire. La logique est imparable. En supprimant le marché, on supprime aussi l'usage et donc les dommages associés. Ce genre de rhétorique domine les débats politiques sur le sujet.

Cependant, même si on pénalise l'usage, l'exemple nous a montré que la réalité ne se laissait pas courber aussi facilement à cette belle idée. L'arrêt de l'usage de psychotropes répond à des motivations plus complexes que le seul risque d'encourir une punition. D'ailleurs, l'usage lui-même, du fait des dommages encourus sur sa propre santé, peut déjà être vu comme une peine. C'est donc bien vers d'autres approches, pas seulement répressives, qu'il faut se tourner.

Il semble aujourd'hui évident que la prohibition de l'alcool aux Etats-Unis a apporté plus de problèmes que de solutions. Mais mettre fin à cette politique n'a été possible que par une crise majeure. La situation particulière des Etats-Unis du début des années 30, avec notamment l'aggravation progressive de la crise économique déclenchée en 1929, a autorisé l'Etat fédéral à faire preuve de pragmatisme pour abandonner une politique inefficace, mais politiquement et moralement tout à fait acceptable pour l'époque. Ainsi, malgré des conséquences objectivement négatives, l'opinion publique peut fort bien s'accommoder de politiques publiques dommageables (en l'occurrence l'explosion du grand banditisme liés au trafic d'alcool) quand les conditions le permettent.

Nous retrouvons la même dynamique à l'œuvre dans les politiques drogues. L'innovation vient également de période de crise, lorsque la pression devient si forte que le besoin de nouvelles réponses s'impose. Dans les villes où les problèmes sont devenus très importants, des solutions nouvelles ont été trouvées. La société a repris en main les conséquences de base de la répression (criminalité, maladies) et elle a montré qu'il était possible de dépasser la logique centrée sur la punition des usagers pour s'attacher à la réduction des dommages.

La politique suisse en matière de drogues a suivi cette évolution et éclaire ce processus « bottom-up »<sup>17</sup>. Une situation spécialement délicate dans certaines grandes villes comme Zürich et Berne a provoqué une grave crise politique. Alors que la politique fédérale suivait la voie tracée par les conventions, la pression de la population elle-même a poussé les gouvernements locaux à prendre des risques et à innover. Grâce à la structure fédéraliste de la Suisse sur trois niveaux (commune, cantons et confédération), les villes ont pu utiliser leur marge de manœuvre financière et législative pour proposer de nouvelles solutions, parfois en contradiction, voire en infraction avec la politique du pays. De ce bras

## *Les contradictions du système de régulation des drogues*

de fer entre le niveau local et le niveau fédéral est né le modèle de la politique des 4 piliers<sup>18</sup>.

Un vent de pragmatisme orienté vers des solutions a permis de dépasser le verrou de la « guerre à la drogue » et répondre aux préoccupations de la population. Les programmes de prescription d'héroïne, jugés dans un premier temps hérétiques, ont su montrer leur efficacité par la suite<sup>19</sup>. Comme les débats nationaux restaient très polarisés, sans possibilité de faire des avancées créatives, c'est sur le terrain, dans les villes, que les acteurs locaux confrontés aux problèmes ont du apprendre à « inventer » de nouvelles solutions. La situation de crise profonde ressentie dans les villes a permis aux mondes politiques sanitaire et sécuritaire d'effectuer l'évolution mentale nécessaire pour changer de paradigme et réfléchir avec une nouvelle approche, centrée sur la réduction des dommages.

Le processus « bottom-up » semble donc central dans les politiques drogues. Face aux représentations sociales et aux solutions simplistes pour « régler le problème », seul le pragmatisme des faits, sur le terrain, a le potentiel de déciller les yeux et de forcer à prendre une position dans laquelle des réponses peuvent être envisagées. La même évolution peut être observée ailleurs dans le monde, où les villes se trouvent souvent en opposition avec leur gouvernement national. Le débat sur le lieu d'accueil pour injections de substances à Vancouver est emblématique de cette tension<sup>20</sup>.

Le principal atout de la Suisse en la matière est donc été d'abord et avant tout son système fédéral, qui permet au niveau local de régler ces problèmes de manière relativement indépendante du niveau national. A l'opposé, on comprend mieux également la difficulté des grandes villes françaises de trouver des solutions convaincantes. Dans un état fortement centralisé comme la France, les maires des grandes villes, de gauche comme de droite, se heurtent systématiquement à leur manque de marge de manœuvre sur ce dossier. Il semblerait donc bien que plus le niveau d'abstraction est élevé, plus la gestion du problème drogues se conçoit loin du terrain, et que les réponses ressentent insuffisantes, manquent certainement leur but, voire restent clairement non éthiques. Les politiques drogues semblent d'abord devoir se concevoir au niveau local. Est-ce à dire qu'il serait malvenu d'avoir un système mondial de régulation ?

## **Conclusion**

Il existe une tension fondamentale autour du rôle des organismes internationaux en matière de drogues. D'une part, ils fournissent aujourd'hui à de nombreux acteurs de par le monde un soutien réel pour la mise en place de politiques plus nuancées sur les drogues. La récente conversion de UNODC à la réduction des risques donne des arguments

déterminants aux sociétés locales pour développer des politiques plus pragmatiques en matière de stupéfiants.

Cependant, un système mondialisé de régulation des drogues comporte également de nombreux problèmes. Les dangers de simplification dont il est porteur ont pu être largement vérifiés avec la guerre contre la drogue de ces dernières décennies. Par ailleurs, la production et la diffusion de connaissances scientifiquement validées dans un espace géographique souvent circonscrit à l'Amérique du Nord et à l'Europe Occidentale présente un risque de normalisation des pratiques, si l'on néglige la remise en question dont le sens devrait systématiquement être soumis à réflexion dans d'autres régions du monde.

La bonne place du droit international en matière de drogues n'est donc pas simple à saisir. Le droit peut permettre aux communautés de s'appuyer sur certains de ces principes pour promouvoir une politique plus humaine et respectueuse des droits de l'homme. Mais il est également source de rigidité et dogmatisme qui peuvent gêner l'émergence de solutions locales plus adaptées au terrain en question. Depuis 2011 une nouvelle voix se fait entendre pour construire un nouvel équilibre. La « Global commission on Drug policy », composée d'anciens responsables politiques, propose de re-inventer ce cadre<sup>21</sup>. Il s'agit de remettre au centre de l'agenda international des principes soutenus par la communauté internationale comme les droits humains et la sécurité, et de laisser des expériences pilotes se développer pour mieux répondre aux difficultés rencontrées jusqu'ici, sans ingérence des organisations internationales. Cette voie doit nous conduire à sortir de cette « guerre à la drogue », qui, comme toutes les guerres, est plus facile à commencer qu'à terminer.

---

<sup>1</sup> Voir ici tous les traités internationaux sur les drogues :

<http://treaties.un.org/Pages/Treaties.aspx?id=6&subid=A&lang=en>

<sup>2</sup> United Nations (1988), « United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances », *Treaty Series*, vol. 1582, p. 95, Vienna

<sup>3</sup> Barrett, Damon (2012), *Reflections on Human Rights and International Drug Control, Diplomacy and Strategy (IDEAS)*,

[http://www2.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/SR014/Barrett\\_Damon.pdf](http://www2.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/SR014/Barrett_Damon.pdf)

<sup>4</sup> Sur ce thème, voir « The death penalty for drug offences », IHRA, Rick Lines, 2007

<sup>5</sup> Voir le site <http://www.unodc.org/unodc/fr/drug-trafficking/index.html>

<sup>6</sup> The War on Drugs: Count the Costs. (2012). *The War on Drugs: Promoting stigma and discrimination*. [www.countthecosts.org](http://www.countthecosts.org)

<sup>7</sup> EMCDDA (2011), *Rapport Annuel*, OEDT, Lisbonne

<sup>8</sup> Moszynski, P. (2012). *Global war on drugs is a major factor driving HIV pandemic, report warns*. *BMJ*, 345, e4521.

<sup>9</sup> Wolfe, D., & Cohen, J. (2010). *Human rights and HIV prevention, treatment, and care for people who inject drugs: Key principles and research needs*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55(SUPPL. 1), S56-S62.

<sup>10</sup> *The Illusions of Psychiatry*, by Marcia Angell, *The New York Review of books*, July 14, 2011, Vol 58, N°12. Accessible sur <http://www.nybooks.com/issues/2011/jul/14/>

11 Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution des patients dépendants aux opioïdes, Société Suisse de Médecine de l'Addiction, 2012. Accessible sur [www.ssam.ch/SSAM/fr/recommandations](http://www.ssam.ch/SSAM/fr/recommandations)

<sup>12</sup> Quiron Bastien (2002), « Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope », in *Déviance et société*, Volume 26

13 Reckitt's Suboxone Strategy Is Really About Patients Or Profits? Forbes, Ed Siverman 10/12/2012. Accessible sur <http://www.forbes.com/sites/edsilverman/2012/10/12/reckitts-suboxone-strategy-is-really-about-patients-or-profits/>

14 Harm Reduction International. (2012). The Global State of Harm Reduction: Towards an integrated response. ISBN 978-0-9566116-6-6. <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>. Accessed 27 September 2012.

<sup>15</sup> Jürgens, R., Ball, A., & Verster, A. (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *The Lancet Infectious Diseases*, 9(1), 57-66.

<sup>16</sup> Bewley-Taylor D, Jelsma M (2012), « The UN drug control conventions : The Limits of Latitude », *Series on Legislative Reform of Drug Policies*, Nr. 18, TNI, IDPC, London

<sup>17</sup> Boggio Y, Cesoni M, Cattacin S (1997), Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogue, Georg, Genève

<sup>18</sup> Cseste J. (2010). *From the mountain tops : what the world can learn from drug policy change in Switzerland*. New York, Open Society Foundations.

<sup>19</sup> Aebi M F, Ribeaud D, Killias M (1999). Prescription médicale de stupéfiants et délinquance. Résultats des essais Suisses. *Criminologie*, vol. 32, n.2.

<sup>20</sup> Lettelier de Saint Just, L (2013) « Les droits de l'homme au chevet des TDO : enseignements et lendemains d'un jugement de la cour suprême du Canada sur la légalité des services d'injection supervisée », *Dépendances*, n°49, Addiction Suisse, GREA, Lausanne

<sup>21</sup> Global Commission on Durg Policy (2011), End the war on drug, first report, disponible à [www.globalcommissionondrugs.org](http://www.globalcommissionondrugs.org)