



Consortium International sur les Politiques des Drogues
Réseau mondial pour un débat ouvert et objectif sur les politiques liées à la drogue

Guide sur les politiques des drogues



Version 2, Mars 2012

Table des matières

Introduction.....	ii
Préambule	iii
Remerciements.....	v
Abréviations et acronymes.....	vi
Chapitre 1- Principes généraux pour l'élaboration de politiques efficaces en matière de drogue.....	1
1.1 Développer une approche structurée pour l'élaboration et la révision des stratégies.....	3
1.2 S'assurer du respect des droits humains et des libertés fondamentales.....	5
1.3 Se concentrer sur les risques associés aux marchés et à l'usage de drogues.....	9
1.4 Promouvoir l'intégration sociale des groupes marginalisés.....	11
1.5 Maintenir des relations ouvertes et transparentes avec la société civile.....	14
Chapitre 2- Justice pénale	16
2.1 Réformer les lois sur la drogue.....	17
2.2 Redéfinir le champ d'application des lois sur la drogue.....	32
2.3 Réduire les taux d'incarcération.....	42
2.4 Développer une politique efficace au sein des prisons.....	52
Chapitre 3- Programmes sanitaires et sociaux.....	65
3.1 Prévention en matière de drogue.....	66
3.2 Réduction des risques.....	76
3.3 Traitement de la dépendance à la drogue.....	93
Chapitre 4- Renforcer les communautés.....	106
4.1 Contrôle des drogues et développement.....	107
4.2 Réduire la violence associée aux marchés des drogues.....	120
4.3 Promouvoir d'autres moyens de subsistance.....	131
4.4 Protéger les droits des peuples autochtones.....	143
Glossaire	154

Introduction

Qu'est-ce que le Guide ?

Le Guide sur les politiques des drogues (le Guide) du Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC) rassemble les données mondiales et les exemples de bonnes pratiques, afin de proposer des recommandations sur l'examen, la conception et la mise en œuvre des politiques des drogues. Le Guide est destiné aux responsables politiques nationaux et aux organisations de la société civile qui sont impliqués dans le développement et la révision des stratégies relatives à la drogue, au niveau national ou local.

Cet ouvrage est la deuxième édition de notre Guide. Comme pour la première édition de 2010, il a été compilé suite à un important travail de recherche et en consultation avec notre réseau mondial d'experts.

Pourquoi le Guide a-t-il été élaboré ?

Les responsables politiques nationaux engagés dans la politique des drogues travaillent dans un contexte d'incertitude. Les stratégies simplistes de « guerre contre la drogue » ont échoué dans leurs objectifs principaux, c'est à dire l'éradication des marchés de drogues contrôlées et la réduction de la consommation de drogues. Par ailleurs, un nombre de plus en plus important de preuves montrent que le régime actuel de contrôle des drogues a eu des conséquences catastrophiques sur le développement, la santé publique et les droits humains. Un nombre croissant de gouvernements envisagent aujourd'hui d'adopter des politiques différentes, afin de faire face aux risques liés au trafic et à l'usage de drogues contrôlées.

Ce Guide a été conçu afin d'aider les responsables politiques nationaux dans le processus d'élaboration de politiques et de programmes efficaces, humains et appropriés, pour répondre aux problèmes auxquels leur pays est confronté. Chaque chapitre du Guide introduit un défi politique spécifique, poursuit une analyse des preuves et des expériences actuelles dans différents pays, et présente enfin des conseils et des recommandations pour élaborer des réponses politiques efficaces. Le Guide sera actualisé régulièrement afin de refléter les changements dans les données et les expériences mondiales relatives aux politiques des drogues.

Le Guide est également un outil pratique pour les organisations de la société civile, pouvant être utilisé dans leur travail de plaidoyer auprès des responsables politiques.

Comment le Guide peut-il être utilisé ?

Les informations et les conseils contenus dans le Guide peuvent être utilisés pour réviser les politiques et programmes nationaux concernant les drogues, ainsi que pour élaborer des politiques des drogues plus humaines et efficaces. Les chapitres du Guide fonctionnent en tant que sections autonomes d'analyse et de conseils, et peuvent être consultés séparément par les responsables politiques et les organisations de la société civile, selon les thèmes considérés comme les plus pertinents à leurs besoins locaux.

Grâce à son réseau mondial d'organisations membres et d'experts individuels, l'IDPC fournit des conseils experts aux responsables politiques, et offre son soutien pour adapter nos recommandations aux contextes locaux. Cela peut s'effectuer à travers la diffusion de matériaux écrits, des présentations lors de conférences, des rencontres avec des représentants-clés de gouvernements, des voyages d'étude, et le renforcement des capacités de plaidoyer des organisations de la société civile. Pour en savoir plus, veuillez nous contacter à contact@idpc.net.

Préambule

Le caractère international du phénomène des drogues requiert des approches nationales, régionales et multilatérales. Dans la mesure où il s'agit d'un problème transnational, la coopération internationale est essentielle pour une réponse appropriée, efficace et équilibrée.

Bien que certains pays aient adopté des approches individuelles différentes à l'égard de cette question (certaines d'entre elles sont présentées dans ce Guide), il existe un consensus clair, selon lequel les politiques des drogues doivent s'édifier sur la base de faits, et non sur des idéologies. Les politiques des drogues doivent prendre en considération les différentes cultures et normes existantes à travers le monde et les mesures de contrôle des drogues doivent respecter les droits humains et la dignité humaine.

Les risques sociaux, de santé et de criminalité liés aux drogues sont des préoccupations centrales au sein de l'opinion publique. La mise sur le marché et la consommation de drogues ont augmenté, malgré les ressources considérables affectées à leur contrôle. Le rôle des responsables politiques est de faire usage des ressources disponibles le plus efficacement possible et d'atteindre les objectifs centraux de la politique des drogues, c'est-à-dire, un niveau élevé de protection sanitaire, de cohésion sociale et de sécurité publique.

Cela doit se faire en préconisant une approche équilibrée, intégrée et multidisciplinaire, pour maîtriser le problème mondial des drogues, grâce à des mesures visant à réduire à la fois l'offre et la demande, qui se renforcent mutuellement et doivent être considérées comme aussi importantes l'une que l'autre.

La période d'austérité actuelle à laquelle sont confrontés certains pays peut avoir des implications importantes sur la prévalence de consommation de drogues au sein de la société et sur l'offre de services nécessaires pour la contrôler. Nous savons que les communautés socialement défavorisées et marginalisées sont les plus vulnérables, et il est à craindre que la crise économique s'accompagne d'une augmentation de formes problématiques d'usage de drogues, ainsi que d'une hausse parallèle de la criminalité.

Je tiens à souligner l'importance de prendre en compte des données fiables et comparables, afin d'obtenir une compréhension solide de la situation et d'adopter des mesures efficaces. En ces temps de crise économique, nous avons plus que jamais besoin d'informations fiables et solides sur les drogues, pouvant nous alerter sur de nouvelles menaces et de nouveaux problèmes. Ces informations nous offrent par ailleurs une base pour définir nos priorités politiques et nous investir dans des stratégies ayant prouvé leur efficacité.

Je pense que les pays peuvent apprendre les uns des autres en partageant leurs recherches et leurs exemples de bonnes pratiques, tout en sachant qu'une politique spécifique qui fonctionne dans un pays pourrait ne pas être répliquée à l'identique dans un autre. Le plus important est d'encourager les pays à promouvoir une approche de la dépendance à la drogue qui soit axée sur la santé et fondée sur des connaissances scientifiques.

La société civile peut jouer un rôle dans les politiques des drogues, comme plate-forme pour une meilleure sensibilisation à la consommation et promouvoir dialogue et échanges sur les meilleures pratiques, entre les différents acteurs impliqués.

Toutefois, comme nous le savons tous, l'élaboration de politiques et de réponses efficaces sur la drogue s'avère difficile. Les responsables politiques font face à de nombreux défis, tels que l'émergence de

nouvelles substances psychoactives et de nouveaux modes de consommation. Il nous faut des stratégies proactives qui nous permettent de repérer rapidement les nouvelles menaces et d'anticiper leurs conséquences potentielles.

La deuxième édition du *Guide sur les politiques des drogues* de l'IDPC énonce clairement les préoccupations centrales relatives à l'élaboration des politiques dans ce domaine complexe, en présentant les preuves scientifiques au niveau mondial, dans la mise en place de stratégies efficaces, équilibrées et ancrées dans les principes de santé publique, des droits humains et de développement. Ce document est un outil important pour nous guider et coordonner une réponse collective à ce phénomène en constante évolution. J'encourage les responsables politiques nationaux à faire bon usage des conseils et des informations qu'ils trouveront dans les pages de ce Guide. Nous devons nous concentrer sur la recherche internationale des meilleures pratiques, puisque les efforts individuels de chaque pays sont susceptibles de se révéler inefficaces. La communauté internationale doit par conséquent poursuivre ses efforts afin de lutter contre tous les aspects du problème des drogues, en se basant sur des informations et des preuves scientifiques.

João Goulão

Coordinateur national du Portugal pour la lutte contre les problèmes de drogue, la toxicomanie et l'usage abusif d'alcool

Remerciements

Le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC) est un réseau mondial composé d'organisations non-gouvernementales (ONG) et de réseaux de professionnels, qui promeut un débat ouvert et objectif sur le contenu, l'efficacité et l'orientation des politiques des drogues au niveau national et international. L'IDPC soutient des politiques efficaces basées sur des preuves scientifiques et qui visent à réduire les risques liés à la drogue (pour une liste complète de membres de l'IDPC, voir : <http://idpc.net/fr/membres>). Nous produisons des documents d'information périodiques, diffusons des rapports sur des thèmes liés à la drogue et nos experts conseillent les responsables politiques et les fonctionnaires du monde entier. Les membres de l'IDPC disposent de compétences et d'expériences variées dans l'analyse des problèmes et des politiques relatifs à la drogue, et contribuent aux débats politiques tant au niveau national qu'international.

2^{nde} Edition

Auteurs – Christopher Hallam (IDPC), Dan Werb (International Centre for Science in Drug Policy), Gloria Lai (IDPC), Marie Nougier (IDPC), Martina Melis (New Zealand Drug Foundation), Matt Curtis (Eurasian Harm Reduction Network)

Participants/pairs réviseurs – Anne Bergstrom (Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Centre Régional pour l'Asie orientale et le Pacifique), Ann Fordham (IDPC), Aram Barra (Espolea, Youth RISE), Coletta Youngers (IDPC), John Walsh (Washington Office on Latin America), Jorge Hernandez Tinajero (CUPIDH), Lisa Sanchez (Espolea), Martina Melis (New Zealand Drug Foundation), Martin Jelsma (Transnational Institute), Mike Trace (IDPC), Niamh Eastwood (Release), Nick Thomson (Johns Hopkins School of Public Health, Nossal Institute for Global Health), Pascal Tanguay (PSI), Ricardo Ricci (International Drug Markets Institute), Ruth Birgin (Women's Harm Reduction International Network), Steve Rolles (Transform Drug Policy Foundation), Thierry Charlois (Association Française de Réduction des Risques)

Traduction: Dounia Ibrahimy et Marie Nougier

1^{ère} Edition

Auteurs – Alex Stevens (Université de Kent), Amira Armenta (Transnational Institute), Anderson Morales de Castro e Silva (Viva Rio), Ann Fordham (IDPC), Ross Bell (New Zealand Drug Foundation), Coletta Youngers (Washington Office on Latin America), Eric Carlin (Independent Consultant), Niamh Eastwood (Release), Genevieve Harris (Release), Hugo Luck (UK National Health Service), Marie Nougier (IDPC), Mike Trace (IDPC), Roxanne Saucier (International Harm Reduction Development Programme)

Participants/pairs réviseurs – Adriana Beltran (Washington Office on Latin America), Alex Stevens (Université de Kent), Daniel Wolfe (International Harm Reduction Development Programme), David Bewley-Taylor (Conférencier, Université de Swansea), Allan Clear (Harm Reduction Coalition), Christopher Hallam (IDPC), Ernestien Jensem (Transnational Institute), Kathy Ledebur (Andean Information Network), Marie Nougier (IDPC), Nicola Singleton (UK Drug Policy Commission), Richard Pearshouse, Haydee Rosovsky (CRECE), Roxanne Saucier (International Harm Reduction Development Programme), Richard Elliott (Réseau Juridique Canadien VIH/SIDA), Ricardo Soberon (Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos), Warren Young (New Zealand Law Commission)

Abréviations et acronymes

CAHR	Action communautaire pour la réduction des risques (Community Action on Harm Reduction)
DARE	Education pour la prévention contre l'abus de drogues (Drug Abuse Resistance Education programme)
ECOSOC	Conseil Economique et Social (Economic and Social Council)
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
GHB	Gammahydroxybutyrate
HAARP	Programme Régional Asiatique de Lutte contre le VIH/Sida (HIV/AIDS Asia Regional Programme)
HRI	Harm Reduction International
IDPC	Consortium International sur les Politiques des Drogues (International Drug Policy Consortium)
INPUD	Réseau International des Usagers de Drogues(International Network of People who Use Drugs)
LSD	Diéthylamide de l'acide lysergique (Lysergic acid diethylamide)
MST	Maladie sexuellement transmissible
NADA	Agence Nationale de Lutte contre la Drogue (Malaisie) (National Anti-Drugs Agency)
NIDA	Institut National sur l'Abus de Drogues (Etats-Unis) (National Institute on Drug Abuse)
OICS	Organe International de Contrôle des Stupéfiants
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le HIV/SIDA
OTAN	Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
PES	Programme d'échange de seringues
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAH	Traitement à l'aide d'héroïne
TSO	Thérapie de substitution aux opiacés
UE	Union européenne
UPP	Unités de Police Pacificatrices (Rio de Janeiro, Brésil) (Unidades de Policia Pacificadora)
VIH	Virus d'immuno-déficience humaine

Chapitre 1

Principes généraux pour l'élaboration de politiques efficaces en matière de drogue

Principes généraux pour l'élaboration de politiques efficaces en matière de drogue

Principes généraux en matière de politiques des drogues

Afin de répondre à leurs objectifs et faire face aux défis complexes du XXI^{ème} siècle posés par les marchés et l'usage de drogues, les politiques relatives à la drogue doivent :

- Etre fondées sur une **évaluation objective** de priorités et des preuves scientifiques disponibles
- Etre pleinement conformes aux **normes internationales des droits humains**
- Se concentrer sur la **réduction des conséquences négatives** de l'usage et des trafics drogues
- Chercher à promouvoir l'**intégration sociale** de groupes marginalisés
- Tenter d'établir des relations ouvertes et constructives entre les gouvernements et la **société civile**

Au cours des cinquante dernières années, la plupart des gouvernements ont fidèlement suivi le modèle politique établi par les conventions des Nations Unies sur le contrôle des drogues : la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Convention sur les substances psychotropes de 1971 et la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Bien que l'objectif fondamental des conventions soit de protéger « la santé et le bien-être de l'humanité », comme l'indique le préambule des Conventions de 1961 et de 1971, le modèle est fortement centré sur le principe de dissuasion. En effet, les stratégies ont généralement mis l'accent sur la mise en place et l'exécution de lois et de politiques visant à interrompre l'approvisionnement en drogues contrôlées, ainsi que sur des peines sévères pour dissuader la demande, afin de perturber et finalement éradiquer le marché illégal de drogues. Ces politiques ont généralement été caractérisées par des débats idéologiques entre des sensibilités opposées, considérant les décisions prises en matière de drogue comme « dures » ou « laxistes ».

Les responsables politiques ont récemment été contraints de reconsidérer ces stratégies car :

- il s'est avéré impossible de réduire de manière significative et durable les marchés illégaux de drogues à l'échelle mondiale¹
- la mise en œuvre du système actuel de contrôle des drogues a eu des conséquences désastreuses, telles que l'augmentation des profits et du rayon d'action du crime organisé²
- l'aggravation des problèmes sanitaires et sociaux dont sont victimes les usagers de drogues a conduit à une nécessaire réévaluation des effets de leur criminalisation et de leur marginalisation³
- certains dommages liés à la drogue peuvent être combattus efficacement par le biais de politiques qui ne visent pas avant tout à réduire la prévalence de l'usage des drogues ou l'ampleur du trafic⁴
- l'ONU s'est montrée préoccupée par les violations des droits humains et des libertés fondamentales découlant des politiques actuelles de contrôle des drogues.⁵

Les gouvernements doivent réviser leurs stratégies pour atteindre un objectif essentiel : plus de sécurité, une meilleure santé publique et un niveau plus élevé de développement

Dans ce contexte, il est nécessaire que les gouvernements révisent en profondeur leurs législations, stratégies et programmes nationaux en matière de contrôle des drogues, afin d'utiliser les ressources disponibles de manière efficace et d'atteindre un objectif essentiel : plus de sécurité, une meilleure santé publique et un niveau plus élevé de développement.⁶

Nous disposons aujourd'hui de nombreuses preuves et expériences sur la manière de développer et de réviser les stratégies nationales de contrôle des drogues, ainsi que sur les programmes qui se sont avérés efficaces pour diminuer les problèmes qui y sont associés. Ce Guide s'appuie sur ces preuves et expériences pour formuler des recommandations à l'intention des responsables politiques. Il se propose de les aider à élaborer des politiques efficaces et appropriées aux défis de leur pays.

Nous suggérons que la conception et la mise en œuvre des stratégies nationales sur les drogues soient établies selon les cinq principes suivants:

- 1) Les politiques des drogues doivent être développées après une estimation objective et structurée des priorités et des expériences ayant fait leurs preuves
- 2) Toute activité doit être entreprise en totale conformité avec les principes internationaux de protection des droits humains
- 3) Les politiques des drogues doivent cibler prioritairement la réduction des risques plutôt que la réduction des niveaux de consommation de drogue ou de l'ampleur des marchés
- 4) Les politiques et actions doivent viser à promouvoir l'intégration sociale des groupes marginalisés
- 5) Les gouvernements doivent entretenir des relations constructives et de confiance avec la société civile, pour la définition de leurs objectifs et la mise en œuvre de leurs stratégies.

Chaque chapitre de ce guide s'appuie intégralement sur ces cinq principes fondamentaux.

Notes de bas de page

- 1 Commission Européenne, Institut Trimbos, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998-2007* (Luxembourg : Communautés Européennes), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf
- 2 Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf; UKDPC (2009), *Refocusing drug-related law enforcement to address harms – Full review report* (Londres: UKDPC), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Refocusing_Enforcement_Full.pdf
- 3 Schiffer, K. & Schatz, E. (2008), *Marginalisation, social inclusion and health: experiences based on the work of Correlation European Network Social Inclusion and Health* (Amsterdam: Correlation Network), http://idpc.net/sites/default/files/library/Correlation_Marginalisation_08_EN.pdf
- 4 Harm Reduction International (2011), *Harm Reduction: A low cost, high-impact set of interventions*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>; Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf
- 5 Grover, A. (aout 2010), *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (Assemblée Générale de l'ONU, A/65/255)* ; Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (Mars 2010), *De la coercition à la cohésion : Traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé, et non les sanctions* (Vienne : ONUDC), http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/Coersion_FRENCH.pdf; Nowak, M. (2010), *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, (A.G. de l'ONU, A/HRC/13/39/Add.5) http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/13session/A.HRC.13.39.Add.4_fr.pdf; Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2009), *Déclaration politique et plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue*, <http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-52-RelatedFiles/V0984964-French.pdf>
- 6 Préambule de la Convention Unique sur les Stupéfiants de 1961 : « Les parties [sont] soucieuses de la santé physique et morale de l'humanité », http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf

1.1 Développer une approche structurée pour l'élaboration et la révision des stratégies relatives à la drogue

La complexité des facteurs qui influent sur les niveaux et les modes de production, d'approvisionnement et de consommation de drogues, signifie qu'il est nécessaire pour les gouvernements d'adopter une approche structurée pour apporter des réponses politiques globales et intégrées aux problèmes posés par la drogue. Les lois sur la drogue et leur application ne représentent que l'un des moyens d'intervention gouvernementale pour s'attaquer à ces problèmes.

Le processus d'élaboration d'une politique des drogues nationale efficace devrait inclure les éléments suivants :

- **Un accord sur les objectifs fondamentaux à atteindre** : Ces objectifs découleront d'une évaluation des conséquences des trafics et de l'usage des drogues considérées comme étant les plus nuisibles à la société. Les communautés et la société civile, en particulier les représentants de producteurs et d'usagers de drogues, constituent une source précieuse d'expertise pouvant assister les responsables politiques, pour déterminer les questions prioritaires qu'ils doivent aborder et incorporer dans leur stratégie nationale sur la drogue. En fonction des circonstances locales, la priorité pourra être mise sur la réduction de la criminalité organisée et de la violence, sur la lutte contre les effets de l'usage de drogues dans les familles et les communautés, ou encore sur la prévention de la transmission du sida et d'autres maladies infectieuses chez les usagers de drogues. Les objectifs opérationnels, tels que le nombre de saisies de drogues ou d'arrestations, ne sont pas des indicateurs adéquats pour juger des progrès réalisés dans la réduction des risques liés à la drogue, et devraient par conséquent être exclus des stratégies nationales.
- **Une description des activités que le gouvernement poursuivra et soutiendra pour atteindre ses objectifs** : Les nombreuses preuves disponibles permettent de guider les responsables politiques à développer des programmes adaptés à la poursuite de leurs objectifs. Par exemple, l'existence de programmes de traitement de la dépendance à la drogue appropriés contribue à réduire la criminalité de rue.¹ De même, la mise en œuvre de programmes de réduction des risques permet de diminuer les taux d'infections par les virus du sida et de l'hépatite C.² Bien que la diversité et le nombre de services soient conditionnés par les ressources disponibles, investir dans des mesures efficaces permettra de réduire les dépenses dans le domaine de la santé, du social et de la lutte contre la criminalité.³
- **Une définition du rôle des acteurs publics engagés dans ces activités, ainsi que le mode de coordination de leurs actions** : Les problèmes liés aux drogues dans une société ne peuvent pas être résolus par un seul ministère ou une seule administration. Une stratégie intégrée nécessite que plusieurs organes gouvernementaux coopèrent et coordonnent leurs activités, notamment les ministères de la santé, des affaires sociales, de la justice, de l'éducation et des affaires étrangères. Les bureaux locaux de ces ministères jouent eux aussi un rôle clé pour s'assurer que les programmes sont exécutés avec succès, en partenariat avec les autorités municipales, les groupes communautaires et religieux et les organisations de la société civile, en particulier les communautés les plus affectées, celles des usagers et des producteurs de drogues.

Les gouvernements doivent adopter une approche structurée afin d'élaborer des réponses politiques globales et intégrées en matière de drogue

- Les ressources mises à disposition par les gouvernements pour soutenir ces activités :**
 Les stratégies nationales relatives à la drogue sont très diversifiées quant à l'affectation des ressources. Certains pays (notamment les Etats-Unis) dépensent des milliards de dollars chaque année pour la mise en œuvre de leur stratégie nationale, alors que d'autres pays n'investissent que des ressources limitées. Les dépenses peuvent être dissimulées au sein des budgets généraux des Ministères de la santé, de l'éducation, de la justice ou des organismes chargés de l'application des lois, où leur impact sur l'accomplissement des objectifs en matière de drogues ne peut pas être clairement évalué. Les responsables politiques doivent mettre en balance le montant des dépenses pour financer les mesures de lutte directe contre la drogue (c'est-à-dire, pour l'application des lois, la prévention, et les programmes de réduction des risques et de traitement de la dépendance) avec les économies qui pourraient être réalisées sans les dépenses indirectes (pour faire face aux problèmes de criminalité liés à la drogue, aux pertes d'activité économique ou au traitement des malades infectés par le HIV ou d'autres virus transmis par voie sanguine).
- Une articulation précise des objectifs et des échéances de la stratégie, ainsi que la mise en place d'un processus d'évaluation régulière des progrès réalisés :** Afin de tirer des leçons des succès et échecs des politiques des drogues, des mécanismes d'évaluation fiables de l'impact des stratégies doivent être mis en place. Pour ce faire, il est nécessaire d'établir des objectifs précis, échelonnés dans le temps, et s'engager à faire une évaluation objective, structurée et régulière (par exemple tous les cinq ans). Dans les années 1990, plusieurs pays ont développé des stratégies nationales complètes pour réduire les problèmes liés à la drogue, mais n'ont pas évalué l'impact de leur stratégie de façon systématique et objective. Cela a conduit à pérenniser certaines activités clairement inefficaces, aux dépens d'approches plus efficaces. Etant donné qu'aucun pays n'a jusqu'à présent réussi à résoudre complètement les problèmes dus aux trafics et à la consommation de drogues, les pouvoirs publics devraient être constamment à la recherche de réponses plus appropriées, se fondant sur les preuves disponibles et l'expérience, au lieu de se laisser guider par l'idéologie et les intérêts politiques.

Notes de bas de page

- Gossop, M. (2005), *Drug misuse treatment and reductions in crime: findings from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)* (National Treatment Agency for Substance Misuse), <http://www.addictionservicesguide.com/articles/NTORS.PDF>; Hughes, C.E. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *The British Journal of Criminology*, **50**(6): 999–1022; Rajkumar, A.S. & French, M.T. (1997), 'Drug abuse, crime costs and the economic benefits of treatment', *Journal of Quantitative Criminology*, **13**(3): 291–323, <http://www.springerlink.com/content/bg6247650485q36v/>
- Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf; Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A. & Mattick, R. for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and injecting drug use (2008), 'Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet*, **372**(9651): 1733–1754, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2808%2961311-2/abstract>
- Harm Reduction International (2011), *Harm reduction: a low cost, high-impact set of interventions*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>; National Treatment Agency for Substance Misuse (2009), *The Story of Drug Treatment* (Londres: NTA), http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/story_of_drug_treatment_december_2009.pdf; Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 'The economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)', *Addiction*, **99**(6): 697–707, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=15796344>

1.2 S'assurer du respect des droits humains et des libertés fondamentales

Selon les conventions des Nations Unies sur les drogues, la préoccupation première du système de contrôle des drogues est de promouvoir « la santé physique et morale de l'humanité ». ¹ Les organes de contrôle des drogues sont également liés par les articles 55 et 56 de la Charte de l'ONU, qui proclament le respect et la subordination de ses signataires aux droits humains et aux libertés fondamentales. ²

Les droits humains trouvent leur source dans la dignité et la valeur de la personne humaine. ³ Ils sont universels, interdépendants, indivisibles et inaliénables, ⁴ ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas être retirés à une personne sous prétexte qu'elle est susceptible d'être usagère ou productrice de drogues contrôlées, ou parce qu'elle a été contaminée par le virus du sida. Ce principe a été explicitement approuvé par le Haut-commissaire aux droits de l'homme des Nations Unies, Navanethem Pillay, qui a affirmé que « les individus qui consomment des drogues n'abandonnent pas leurs droits fondamentaux ». ⁵

Les obligations internationales relatives aux droits humains doivent être considérées comme des éléments clés dans le l'élaboration de lois nationales sur la drogue

Le respect des droits humains n'est pas seulement une déclaration de principe. Le droit international impose aux Etats des obligations qu'ils doivent respecter et dont ils doivent s'acquitter. ⁶ Les Etats doivent donc respecter les droits de leurs citoyens (y compris ceux des usagers et producteurs de drogues contrôlées). Ils doivent par ailleurs s'assurer que les agents chargés de faire appliquer la loi en fassent autant. Les gouvernements nationaux doivent enfin adopter des mesures législatives, constitutionnelles et budgétaires appropriées afin que les droits de leurs citoyens soient pleinement protégés.

Les gouvernements et les autorités de maintien de l'ordre n'ont pas accordé une attention suffisante aux libertés fondamentales dans la conception et la mise en œuvre de politiques nationales relatives à la drogue. En dépit des préoccupations exprimées par diverses agences de l'ONU, y compris Anand Grover, Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit à la santé, ⁷ les violations des droits humains continuent à proliférer sous l'égide de des politiques des drogues dans de nombreux pays (voir [Tableau 1](#)). ⁸

Tableau 1 : les violations des droits humains commises au nom de la lutte contre la drogue

Droit humain	Convention internationale des droits humains	Violations au nom de la lutte contre la drogue
Le droit à la vie	<ul style="list-style-type: none"> Article 4 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 Article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> Application de la peine de mort pour des offenses relatives aux drogues⁹ Exécutions extrajudiciaires par des agences de maintien de l'ordre¹⁰
Le droit de ne pas être soumis à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants	<ul style="list-style-type: none"> Article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 Article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966 Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1975 Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1984 	<ul style="list-style-type: none"> Détention arbitraire des usagers de drogues Abus commis dans des centres de détention obligatoire pour usagers de drogues¹¹

Droit humain	Convention internationale des droits humains	Violations au nom de la lutte contre la drogue
Le droit de ne pas être soumis à l'esclavage	<ul style="list-style-type: none"> Article 4 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 Article 8 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> Recours au travail forcé au nom du traitement de la dépendance à la drogue¹²
Le droit à la santé	<ul style="list-style-type: none"> Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1944 Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> Accès restreint aux médicaments essentiels au soulagement de la douleur¹³ Accès restreint à la prévention, au traitement et aux soins relatifs au sida et à la dépendance à la drogue
Les droits économiques et sociaux	<ul style="list-style-type: none"> Article 22 (et suivants) de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 Articles 6 et 7 (et suivants) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> Campagnes d'éradication forcée des cultures destinées aux marchés illégaux, laissant les agriculteurs sans moyens de subsistance¹⁴
Le droit à ne subir aucune forme de discrimination	<ul style="list-style-type: none"> Article 7 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 Article 26 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966 Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale, 1965 Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979 	<ul style="list-style-type: none"> Application discriminatoire des lois de contrôle des drogues, particulièrement envers les personnes appartenant à des minorités ethniques,¹⁵ les populations autochtones, les jeunes ou les femmes
Le droit à la vie privée	<ul style="list-style-type: none"> Article 12 de la Déclaration universelle des droits de l'homme 	<ul style="list-style-type: none"> Interpellations et fouilles de personnes, y compris d'enfants, soupçonnées de transporter des drogues, utilisation de chien renifleurs dans les écoles
Le droit d'être protégé de l'usage de drogues contrôlées	<ul style="list-style-type: none"> Article 33 de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> Interprétation restreinte de cet article, conduisant à une politique excessive de prévention (campagnes 'Dites Simplement Non', etc.) Refus de fournir aux jeunes des services de réduction des risques¹⁶

Aujourd'hui, le non-respect des droits humains fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'opinion publique. Les ONG œuvrant pour le respect des droits humains sont devenues plus actives quant à l'examen des performances des Etats dans ce domaine.¹⁷ Les organes de contrôle des Nations Unies ont également pris conscience de l'importance du problème. Par exemple, le Directeur Exécutif de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), Yury Fedotov, a récemment déclaré : « L'ONUDC cherche à améliorer la vie des individus et des communautés à travers le monde... La santé publique et les droits humains doivent par conséquent occuper une place centrale dans notre travail ». ¹⁸ Par ailleurs, tant le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture, le Professeur Manfred Nowak, que le Haut-commissaire des Nations Unies pour les droits de l'homme, Navanethem Pillay, ont appelé les gouvernements à respecter les droits humains lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de leurs politiques des drogues.¹⁹

Un changement radical est par conséquent nécessaire afin d'assurer le respect des droits de l'homme et de les considérer comme un élément essentiel des politiques des drogues.²⁰ Le cadre juridique de telles politiques devrait donc se centrer sur :

- **la santé publique**, dans le but d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels et de développer des programmes de réduction des risques, de prévention et de traitement
- **le développement**, dans le but de promouvoir le développement durable, mais aussi la réduction de la pauvreté, l'accès à l'éducation et à l'emploi, la sécurité sociale, etc.
- **la sécurité**, dans le but de recentrer les efforts des agences de maintien de l'ordre sur le crime organisé, plutôt que sur les petits dealers peu dangereux, les usagers de drogues et les communautés productrices vulnérables.

Notes de bas de page

- 1 Préambule de 1961 de la Convention unique sur les stupéfiants, http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf
- 2 Selon l'article 103 de la charte des Nations Unies, les obligations contenues dans la Charte prévalent sur celles de n'importe quel accord international y compris les « trois conventions sur les drogues illicites ». <http://www.un.org/fr/documents/charter/pdf/charter.pdf>
- 3 Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>
- 4 Conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993), *Vienna Declaration and Programme of Action* (A/CONF.157/23), 12 July 1993, para.1
- 5 Communiqué de presse des Nations Unies (10 Mars 2009), « Le haut High Commissaire appelle à se concentrer sur les Droits de l'Homme et sur la réduction des nuisances dans les politiques internationales de drogues. » <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>
- 6 Bureau du Haut Commissaire pour les Droits de l'Homme : *International human rights law*, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>
- 7 Grover, A. (aout 2010), *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible* (Assemblée Générale de l'ONU, A/65/255)
- 8 Human Rights Watch, Open Society Institute & Harm Reduction International, *UNGASS ten year drug strategy review: Ten ways drug policy affects human rights*, http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/3.15.2009_Health_Drugsandhumanrightsfactsheet1.pdf
- 9 En 2010, 33 pays appliquaient encore la peine de mort pour les délits relatifs à la drogue: Harm Reduction International (2010), *Complicity or abolition? The death penalty and international support for drug enforcement* (Londres: Harm Reduction International), http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_DeathPenaltyReport_2.pdf
- 10 Haugaard, L. & Nicholls, K. (December 2010), *Breaking the silence: in search of Colombia's disappeared* (Washington DC: Latin America Working Group Education Fund & US Office on Colombia), <http://lawg.org/storage/documents/Colombia/BreakingTheSilence.pdf>
- 11 Open Society Foundations (June 2011), *Treatment or torture? Applying international human rights standards to drug detention centers* (New York: International Harm Reduction Program, Open Society Foundations), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Treatment-or-torture.pdf>; Nowak, M. (février 2010), *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, (A.G. de l'ONU, A/HRC/13/39/Add.5), http://idpc.net/sites/default/files/library/A.HRC_13.39.Add_5_en.pdf; Wolfe, D. & Saucier, R. (May 2010), 'In rehabilitation's name? Ending institutionalised cruelty and degrading treatment of people who use drugs', *International Journal of Drug Policy*, **21** (3): 145–148, <http://www.ijdp.org/article/PIIS095539591000095/abstract?rss=yes>
- 12 Human Rights Watch (January 2010), *'Where darkness knows no limits' – incarceration, ill-treatment, and forced labor as drug rehabilitation in China* (New York: Human Rights Watch), http://idpc.net/sites/default/files/library/hrw_china_darkness%20knows%20no%20limits.pdf
- 13 L'OMS estime qu'environ 80% de la population mondiale n'a pas accès ou a un accès limité à des programmes de traitement pour des douleurs modérés ou sévères. In Organisation Mondiale de la Santé, Programme d'Accès aux Médicaments Contrôlés (2008), *Improving access to medications controlled under international drug conventions*, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_bnote_english.pdf

- 14 Mansfield, D. (2011), *Assessing supply-side policy and practice: Eradication and alternative development* (Genève: Commission Globale sur la Politique des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/crop-eradication-and-alternative-development.pdf>
- 15 Par exemple aux Etats-Unis, les Africain-Américains sont dix fois plus susceptibles d'aller en prison pour des délits relatifs à la drogue que les blancs : Human Rights Watch (2008), *Targeting blacks: drug law enforcement and race in the United States* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/en/node/62236/section/1>
- 16 Harm Reduction International & Youthise, *Drugs, harm reduction and the UN Convention on the rights of the child: Common themes and universal rights*, <http://www.ihra.net/child-rights>
- 17 The Beckley Foundation Drug Policy Programme, International Harm Reduction Association, Human Rights Watch, Réseau Juridique Canadien VIH/SIDA (2008), *Report 13 - Recalibrating the regime: The need for a human rights-based approach to international drug policy*, <http://idpc.net/publications/2008/03/recalibrating-the-regime>
- 18 Communiqué de presse des Nations Unies (2010) *New UN drugs and crime chief to focus on public health and rights-based approach* (UNIS/INF/386), <http://idpc.net/alerts/unodc-chief-focuses-on-public-health-and-human-rights>
- 19 Communiqué de presse des Nations Unies (10 Mars 2009), *High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy*, <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>
- 20 Barrett, D., Nowak, M. (2009), 'The United Nations and drug policy: Towards a human rights-based approach', *The Diversity of International Law: Essays in Honour of Professor Kalliopi K. Koufa* (Constantinides & Nikos Zaikos eds., Brill/Martinus Nijhoff): 449-477, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1461445

1.3 Se concentrer sur les risques associés aux marchés et à l'usage de drogues

Les pays ont consacré la grande majorité de leurs efforts à réduire l'ampleur des marchés des drogues avant tout par des moyens répressifs, en pensant que cela conduirait à une diminution des risques associés à la drogue.¹ Lors de la rédaction des conventions de l'ONU sur la drogue, les responsables politiques présents considéraient que mettre un frein à l'approvisionnement en drogues et incarcérer les usagers et les dealers serait une stratégie efficace pour atteindre leurs objectifs sociaux et sanitaires. Les progrès réalisés dans le cadre des politiques des drogues ont par conséquent été largement mesurés en termes de « processus », c'est-à-dire en répertoriant le nombre de saisies de drogues, de trafiquants et d'usagers arrêtés, et en imposant des peines sévères contre les délits liés à la drogue.

Pour la plupart, ces tentatives ont été infructueuses. En dépit des investissements politiques et financiers dédiés aux politiques répressives mises en œuvre au cours des cinquante dernières années, la disponibilité et l'usage des drogues est plus élevé que jamais. De plus, alors que la lutte contre les marchés illégaux aurait théoriquement dû conduire à une réduction des risques sanitaires et sociaux, en pratique l'opposé s'est souvent produit. Par exemple, des opérations réussies de démantèlement de réseaux de distribution ont souvent conduit à une augmentation des niveaux de violence à cause des affrontements entre gangs rivaux cherchant à récupérer le « territoire » laissé vacant.² De même, les interventions visant une drogue en particulier ont conduit les usagers à consommer des substances souvent plus dangereuses.³

L'expérience a montré qu'il n'existe guère de corrélation entre une mise en œuvre accrue des politiques répressives de contrôle des drogues et la réalisation des objectifs qui ont un véritable impact sur la vie des individus et des communautés, c'est-à-dire une meilleure santé, une sécurité accrue, et le bien-être communautaire.

Le concept de réduction des risques devrait être appliqué à tous les aspects de la politique des drogues

Au sein des marchés de consommation, par exemple, l'arrestation massive des usagers de drogues ne réduit en rien la consommation et ne fait qu'aggraver les problèmes sociaux et sanitaires. Les critères liés au nombre d'arrestations ou aux mesures répressives contre certaines drogues ou certains réseaux de distribution ont donc peu d'importance dans la réalisation des objectifs souhaités : la réduction de la criminalité liée à la drogue, l'amélioration de la sécurité communautaire et la réduction de problèmes de santé dus à la drogue tels que les overdoses et la transmission du sida.

Par ailleurs, l'éradication des cultures dans les pays producteurs n'arrête pas la circulation des drogues dans les marchés de consommation, mais crée d'importants problèmes économiques et sociaux parmi les communautés productrices de drogue. Les mesures de « processus » appliquées dans les stratégies de réduction de l'offre (c'est-à-dire la superficie des zones de culture éradiquées et les niveaux de production de drogues) ne sont pas des indicateurs adéquats de performance. En effet, alors que ces programmes d'éradication ont eu certains impacts au niveau local, le marché mondial des drogues a été peu affecté, étant donné que les zones et les méthodes de production se sont adaptées pour contourner les actions de maintien de l'ordre. Il est bien plus pertinent de mesurer les résultats en fonction de la réduction de la violence associée aux marchés des drogues et du développement socio-économique des communautés vulnérables et marginalisées vivant dans les régions affectées.

La simple poursuite de l'objectif à long terme d'une « société sans drogues » n'est pas une politique durable. L'objectif inhérent aux stratégies internationales et nationales actuelles, c'est-à-dire celui de réduire de manière significative l'ampleur des marchés et de la consommation, est également irréalisable. Une telle stratégie a conduit à une erreur de ciblage et d'affectation des ressources disponibles, alors que les programmes sociaux et sanitaires (qui sont bien plus efficaces pour réduire les dommages associés à la drogue) sont privés des ressources suffisantes et de soutien politique. Dans un tel contexte, il est nécessaire de repenser les objectifs des politiques des drogues.

Le concept de réduction des risques a traditionnellement été associé à l'ensemble des interventions permettant de réduire les risques de santé accompagnant la consommation de drogues, même si elles ne débouchent pas sur une diminution du niveau global de consommation.⁴ La réduction des risques s'est avérée efficace pour améliorer les problèmes sociaux et sanitaires. Le concept devrait donc également être appliqué à tous aspects de la politique des drogues. Les responsables politiques devraient explicitement définir les risques spécifiques qu'ils cherchent à réduire par leurs politiques de drogues, concevoir des programmes ayant prouvé leur efficacité à réduire ces risques, attribuer les ressources nécessaires pour leur mise en œuvre et évaluer ces programmes afin de s'assurer qu'ils atteignent les résultats souhaités.

Il est nécessaire de s'éloigner des mesures relatives à l'ampleur du marché afin de se concentrer sur les indicateurs évaluant la réduction des risques associés au marché, tels que les niveaux de criminalité violente et de corruption dus au trafic de drogue, les indicateurs de développement social et économique dans les zones de production de drogue et l'amélioration des conditions de santé et de bien-être socioéconomique dans les milieux de consommation.

Notes de bas de page

- 1 Prébambules des conventions sur les drogues des Nations Unies de 1961, http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf; 1971, http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf; et 1988, http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf
- 2 Commission Européenne, Trimbos Instituut & Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 19982007* (Luxembourg: Communautés européennes), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf; Roberts, M., Trace, M., Klein, A. (2004), *Beckley Report 3 – Law enforcement and supply reduction* (Drug Scope & Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_lawenforce.pdf
- 3 Hallam, C. (Avril 2010), *IDPC Briefing Paper – Jar wars: the question of schools-based drug testing* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), http://idpc.net/sites/default/files/library/Schools%20Briefing%20paper%202010%20FINAL_0.pdf
- 4 Harm Reduction International (2010) *Qu'est-ce que la réduction des risques et méfaits? Position de l'IHRA*, http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf

1.4 Promouvoir l'intégration sociale des groupes marginalisés

La consommation de drogue varie selon les différents groupes sociaux d'un pays à l'autre. Dans certaines régions, l'usage de drogue est uniformément réparti géographiquement, transcendant les classes sociales et les différentes ethnies et cultures, alors que dans d'autres pays, la drogue est uniquement consommée par certains groupes sociaux ou dans certaines régions. Cependant, une tendance semble persister au sein de toutes les sociétés : les groupes les plus touchés par la dépendance à la drogue sont souvent les plus marginalisés. Cela n'a rien de surprenant, puisqu'il est largement démontré que des conditions de vie difficiles et les difficultés émotionnelles qui en résultent sont des facteurs majeurs dans le développement d'une consommation problématique.¹ De même, les cultures destinées au marché des drogues sont concentrées dans les régions les plus pauvres du monde.²

Les pouvoirs publics sont chargés d'améliorer les conditions de vie des populations pauvres et marginalisées et d'encourager leur intégration dans la vie socio-économique de leur pays. Cependant, de nombreux aspects des politiques des drogues ont eu l'effet inverse de celui escompté sur les usagers de drogues :

- la désapprobation de la consommation de drogue stigmatise les individus, les groupes affectés et parfois des communautés entières, limitant leurs capacités à prendre part aux activités sociales et économiques du pays
- les adolescents ou des jeunes adultes arrêtés pour possession ou usage de drogue sont souvent exclus du système éducatif ou de l'emploi. Cela peut empirer leur situation sociale, économique et sanitaire
- les arrestations et les sanctions pénales sévères envers les usagers de drogues ont un effet dissuasif limité. Ces mesures les coupent de relations sociales positives qu'ils auraient pu construire au fil des années et augmentent leur exposition aux maladies ainsi que leur vulnérabilité vis-à-vis des organisations criminelles.
- Les efforts de maintien de l'ordre poussent les usagers dépendants dans la clandestinité et les dissuadent d'accéder aux programmes sanitaires et sociaux dont ils ont besoin.

Afin de minimiser la marginalisation sociale, des mesures contre la stigmatisation des individus les plus vulnérables sont nécessaires

Pour minimiser la marginalisation sociale il convient de réduire le recours aux arrestations massives et aux peines sévères à l'encontre de ceux qui cultivent ou consomment de la drogue, et d'adopter des politiques et des programmes de lutte contre la marginalisation et la stigmatisation des groupes vulnérables.

Au niveau international ce concept bénéficie d'un soutien croissant. Par exemple, le secrétaire général de l'ONU a déclaré : « J'invite instamment tous les pays à mettre fin aux lois, politiques et pratiques punitives qui entravent l'action contre le SIDA [...]. Dans de nombreux pays, les cadres juridiques institutionnalisent la discrimination contre les groupes les plus menacés [...]. Nous devons veiller à ce que les actions contre le sida soient fondées sur des faits et non sur des idéologies et qu'en bénéficient ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les plus touchés ».³ Cette position s'écarte sensiblement des

approches historiques traditionnelles en matière de politiques des drogues, fondées sur le principe de dissuasion (c'est-à-dire l'idée que des peines sévères dissuaderont les usagers actuels et potentiels de consommer de la drogue, et conduiront à la disparition du marché noir). La dissuasion n'est pas un facteur important dans les niveaux de dépendance à la drogue au sein d'un groupe spécifique, alors que le prix d'une drogue et la facilité pour s'en procurer ainsi que les inégalités sociales, la pauvreté et la dureté des conditions de vie, sont des facteurs clés.⁴

De nombreux pays se déclarent maintenant en faveur de la **réduction des peines pénales** pour les infractions liées à la drogue ou de la **dépénalisation** (c'est-à-dire que l'infraction n'est plus incluse dans le cadre pénal) (voir encadré 4 de la Section 2.1 : « La réforme des lois sur la drogue »), afin d'éviter d'aggraver l'exclusion sociale des consommateurs de drogue.⁵ Les politiques en vue de promouvoir l'inclusion sociale peuvent être soit spécifiques à la drogue, soit faire partie d'un programme social, économique et sanitaire plus large.

Politiques spécifiques en matière de drogue

- Les législations relatives à la drogue et leur mise en application doivent éviter d'exacerber la marginalisation des usagers et des producteurs de drogues.
- Les programmes de prévention et d'éducation doivent être soigneusement élaborés afin de favoriser le développement des jeunes vers l'âge adulte et garantir leur autonomie. L'exclusion des consommateurs du système scolaire ou de certains services est par conséquent à éviter.
- Les programmes de traitement de la dépendance doivent avoir pour but final d'aider les usagers dépendants à se réintégrer dans la société active.
- Les représentants des groupes les plus affectés par les politiques des drogues, tels que les usagers ou les producteurs de drogues, doivent être inclus dans le processus d'élaboration des politiques et programmes de réduction des problèmes liés à la drogue. Cela permettra de mettre au point une politique plus ciblée et d'éviter les retombées négatives sur ces communautés.⁶

Des politiques socio-économiques plus larges

Les niveaux de pauvreté, d'inégalité et de marginalisation sociale ont, sur le long terme, un impact plus important sur la prévalence de la consommation de drogues et les problèmes associés que n'en ont les différentes politiques nationales s'adressant exclusivement à la drogue.⁷ L'exemple le plus souvent cité est celui de l'Europe, où la Suède et les Pays-Bas ont un niveau relativement bas de consommation de drogue, bien qu'ils poursuivent des politiques de drogue diamétralement opposées.⁸ La raison en est que ces deux pays ont en commun une société relativement aisée et égalitaire, bénéficiant de liens intracommunautaires solides et des programmes sociaux sophistiqués. Par conséquent, si un gouvernement souhaite mettre la priorité sur la réduction des problèmes de drogue dans un pays donné, il lui faudra adopter une politique sociale plus ambitieuse et ne pas exacerber l'exclusion sociale des usagers et producteurs de drogues à travers des politiques des drogues trop répressives.

Notes de bas de page

- 1 Par exemple, voir: Moore, G., Gerdtz, M. & Manias, E. (2007), 'Homelessness, health status and emergency department use: An integrated review of the literature', *Australasian Emergency Nursing Journal*, **10**(4): 178–185, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626707001097>; Breslau, N. (2002), 'Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders'. *The Canadian Journal of Psychiatry* **47**(10): 923-929, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12553127>
- 2 Melis, M. & Nougier, M. (Octobre 2010), *IDPC briefing paper – Drug policy and development: how action against illicit drugs impacts on the Millennium Development Goals* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/publications/idpc-briefing-drugs-and-development>; The Nossal Institute for Global Health (2010), *Dependent on development – the interrelationships between illicit drugs and socioeconomic development* (Melbourne: Nossal Institute for Global Health), http://idpc.net/sites/default/files/library/Dependent_on_Development_Report_and_Case_Studies_March2011.pdf
- 3 Secrétaire Général des Nations Unies (2009), *Message du Secrétaire Général de l'ONU, journée mondiale de lutte contre le sida*, <http://www.un.org/fr/events/aidsday/2009/sgmessage.shtml>
- 4 March, J.C., Oviedo-Joekes, E. & Romero, M. (2006), 'Drugs and social exclusion in ten European cities', *European Addiction Research* **12**(1): 33–41, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16352901>; Buchanan, J. (2004), 'Missing links? Problem drug use and social exclusion', *Probation Journal*, **51**(4): 387–397, <http://prb.sagepub.com/cgi/content/abstract/51/4/387>; Wilkinson, R. & Marmot, M.G. (2004), *Les Déterminants sociaux de la santé: les faits* (Genève: OMS), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf
- 5 Cette approche a notamment été adoptée avec succès au Portugal (voir Chapitre 2 : « Justice pénale », pour plus de détails)
- 6 Réseau Juridique Canadien sur le VIH/sida (2005), « Rien à notre sujet sans nous » - *L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues contrôlées : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains* (Toronto : Réseau Juridique Canadien sur le VIH/sida) <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=86>
- 7 Cela semble évident lorsque l'on compare les cartes de l'Indice de Développement Humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) : http://hdr.undp.org/en/statistics/data/hd_map/hdi_trends/, avec les données rapportées par le *Rapport Mondial sur la Drogue* de 2011 de l'ONUDC : https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/ExSum-translations/WDR_2011_-_FR.pdf ; Voir aussi, par exemple: 'Comparative study of the impact of drug policy in Amsterdam and San Francisco on drug use'. In Reinerman, C., Cohen, P.D., & Kaal, H.L. (2004), 'The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and San Francisco'. *American Journal of Public Health* **94**(5): 836–842, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117709>
- 8 Stephens, A. (2011), *Drugs crime and public health: the political economy of drug policy* (Abingdon: Routledge), Chapitre 7, pp.108–128.

1.5 Maintenir des relations ouvertes et transparentes avec la société civile

Dans ce Guide, le terme de « organisations de la société civile » englobe plusieurs groupes, mais il se réfère en particulier aux communautés (et leurs représentants) qui sont les plus concernées par les politiques des drogues, tels que les usagers de drogues, les personnes vivant avec le VIH, les producteurs de cultures destinées au marché illégal, les populations autochtones, les jeunes, les femmes, les prestataires de services de réduction des risques, les ONG et les universitaires travaillant sur la politique des drogues.

Des échanges respectueux, stratégiques, constructifs, transparents et responsables doivent être établis entre les gouvernements et la société civile

Dès le début du mouvement de lutte contre le sida, il a été reconnu que la participation des personnes touchées par le virus était vitale pour lutter efficacement et durablement contre la maladie. De la même manière, dans le domaine des politiques des drogues, les organisations de la société civile jouent un rôle majeur pour analyser le phénomène et offrir des services appropriés à ceux qui en ont besoin. Toutefois, la question des drogues étant un sujet sensible politiquement, les responsables politiques ont souvent été amenés à se défier de la société civile. Pourtant, grâce à leur expérience et leurs compétences à propos des marchés de drogues et l'usage de drogues, ainsi que leur capacité à entrer en contact avec les groupes les plus marginalisés, les organisations de la société civile

constituent une source d'information et d'expertise précieuse pour les responsables politiques. Cela est particulièrement vrai des organisations représentant les personnes qui cultivent ou consomment de la drogue.

Le système de contrôle des drogues des Nations Unies a récemment commencé à reconnaître la valeur ajoutée que les contributions des organisations de la société civile apportent aux débats en matière de politiques des drogues.¹ L'initiative « Au-delà de 2008 », un mécanisme structuré créé au sein de la Commission des Stupéfiants, afin d'assurer la participation des ONG, en est un bon exemple. Cette initiative, d'une durée de deux ans, a amené des milliers de représentants de la société civile dans le monde entier à se rassembler pour discuter de l'impact du système de contrôle des drogues dans leur pays et pour adopter des recommandations qui ont, par la suite, été soumises à la Commission.² De même, trois sièges avec plein pouvoir de vote ont été alloués aux organisations de la société civile au sein du Conseil de Direction du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Malaria et le Paludisme, tandis que les Instances de Coordination Nationale (CCM) du Fonds Mondial organisent des partenariats entre les acteurs de la société civile et les organes gouvernementaux nationaux, afin d'assurer la participation de tout acteur pertinent dans le processus de prise de décision.³ La participation du Réseau International des Usagers de Drogues (INPUD),⁴ par exemple, a joué un rôle déterminant dans ces différents forums, en promouvant une politique des drogues humaine et fondée sur les preuves disponibles.

L'engagement constructif des groupes de la société civile, dans les débats relatifs à la politique des drogues, comporte de nombreux avantages et permet aux responsables politiques de :

- Fixer des priorités et formuler une politique des drogues mieux documentée, en s'appuyant sur des conseils pratiques et des expériences concrètes.

- Faciliter les échanges entre les responsables politiques et les acteurs principaux de la société civile, en s'assurant que les individus et les communautés soient impliqués dans la planification des interventions qui les concernent.
- Rechercher des partenariats mutuellement bénéfiques avec des organismes de la société civile, afin de garantir une meilleure concertation dans la programmation et la mise en œuvre des projets et d'atteindre les groupes les plus vulnérables et marginalisés.
- Stimuler le développement d'un réseau dynamique d'organisations de la société civile qui pourra soutenir l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques et programmes efficaces sur le long terme.

Des modes de communication respectueux, stratégiques, constructifs, transparents et responsables doivent être établis entre les gouvernements et les représentants de la société civile, afin d'encourager des échanges fructueux d'informations et de perspectives dans le domaine de la drogue.

Notes de bas de page

- 1 Pour en savoir plus, voir : Nations Unies (2008) ; *UN-civil society engagement: year in review 2007* (New York et Genève: Nations Unies), http://www.un-ngls.org/IMG/pdf/Final_Year_in_Review_2007.pdf
- 2 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2008), *Looking beyond: towards a stronger partnership with civil society organizations on drugs and crime – bringing civil society's voice to the international debate!* (Vienne: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime) http://www.unodc.org/documents/NGO/New_Leaflet_Looking_Beyond.pdf ; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2009), *Independent evaluation of Beyond 2008 (GLO/J37)* (Vienne: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime), http://idpc.net/sites/default/files/library/Beyond_2008_Evaluation_FINAL_August_2009%20%282%29.pdf
- 3 <http://www.theglobalfund.org/en/civilsociety/>
- 4 Réseau international des usagers de drogues (INPUD), www.inpud.net



Chapitre 2

Justice pénale

2.1 Réformer les lois sur la drogue

Dans cette section:

- Le cadre juridique international
- Questions techniques relatives aux lois actuelles en matière de drogue
- Options pour une réforme des lois sur les drogues
- Réduction des peines pénales
- Dépénalisation *de facto*
- Dépénalisation
- Réglementation légale

Il est nécessaire de mettre fin aux politiques qui sanctionnent sévèrement les consommateurs de drogues et d'adopter, à la place, une politique basée sur le respect des droits humains, la santé publique et le développement socio-économique. Cette approche sera plus efficace et plus compatible avec les autres politiques développées dans le domaine sanitaire et social.

Pourquoi une réforme des lois relatives aux drogues est-elle importante ?

Depuis la création du système international de contrôle des drogues, la stratégie principale utilisée pour réduire l'ampleur des marchés des drogues et leur consommation a été fondée sur le principe de dissuasion et a consisté à adopter et mettre en œuvre des lois sévères interdisant la production, la distribution et la consommation de ces substances contrôlées. Les responsables politiques croyaient que cette stratégie, visant à dissuader toute implication dans le marché illégal des drogues, permettrait de réduire, voire d'éliminer, le marché mondial des drogues et les risques sociaux et sanitaires associés.

Les stratégies actuelles visant à réduire l'offre de drogues ont eu un impact très limité sur l'ampleur du marché noir, tout en ayant des conséquences dévastatrices

De nombreuses études ont aujourd'hui démontré que les deux éléments principaux de cette stratégie (c'est-à-dire la suppression de l'offre, en contrôlant la production et la distribution, et de la demande, en imposant des peines sévères à l'encontre des consommateurs) n'ont eu qu'un impact limité.¹ Cette politique a par ailleurs eu des conséquences dévastatrices. En 2008 l'ex-Directeur de l'ONUDC a présenté une liste des conséquences négatives imprévues découlant du système de contrôle des drogues et dont voici un résumé ci-dessous :²

- **La création d'un marché noir** immense, lucratif et exploité par de puissantes organisations criminelles. Les actions répressives contre ces marchés peuvent créer les conditions mêmes qui encouragent les criminels à devenir plus violents et impitoyables.
- **Une mauvaise affectation des ressources disponibles** : les ressources déjà limitées, destinées à mettre un frein au marché des drogues, sont affectées à des interventions de maintien de l'ordre inefficaces. En conséquence, les programmes de santé publique et socioéconomiques bénéficient de ressources très restreintes.

- **La relocalisation géographique** : aussi connue sous le nom d'« effet ballon », elle signifie qu'une opération réussie contre une zone de production de drogues conduira nécessairement à une augmentation de la production de substances contrôlées dans une autre partie du pays, de la région ou du monde. Les analystes ont noté qu'une opération réussie contre un réseau de trafiquants spécifique pouvait aussi conduire à une augmentation de la violence puisque de nouveaux groupes rivaux de trafiquants se battraient pour prendre possession du « territoire » laissé vacant.
- **Une évolution du type de drogues consommées** : Lorsqu'une action de réduction de l'offre ou de la demande vise une substance spécifique, les dealers et les consommateurs se tournent vers d'autres substances, parfois plus nocives.³
- La pénalisation des usagers de drogues aggrave leur **marginalisation et leur stigmatisation**. Les actions répressives à l'encontre des consommateurs de drogues et la désapprobation sociale dont ils sont l'objet sont souvent contre-productives, entravant leur accès aux services sociaux et sanitaires dont ils ont souvent besoin et privant la société de leur force productive. La pénalisation des consommateurs rompt aussi les liens familiaux et communautaires positifs qu'ils ont pu tisser et les coupe d'un accès à l'emploi et à l'éducation. Les groupes minoritaires sont particulièrement touchés, car ils sont souvent les premières cibles des interventions répressives.

Il est essentiel que les gouvernements envisagent de réformer les lois sur la drogue pour les adapter aux situations et structures juridiques propres à leur pays

Le système de contrôle des drogues a eu bien d'autres conséquences négatives, telles que le problème posé par les lois interdisant la distribution de matériel de consommation de drogues (dissuadant les usagers de drogues d'accéder à des programmes d'échange de

seringues),⁴ les lois limitant l'accès à certaines substances contrôlées (dont le cannabis, l'ecstasy, la morphine, la méthadone, et la buprénorphine) utilisées à des fins médicales ou scientifiques, empêchant des millions de gens de traiter leur dépendance aux opiacés et d'atténuer la douleur modérée ou aiguë à laquelle ils sont confrontés,⁵ et l'imposition de peines disproportionnées pour les infractions liées à la drogue.⁶

Compte tenu de l'impact limité et des conséquences négatives du cadre juridique traditionnel, visant à contrôler et réduire l'ampleur du marché mondial des drogues, les gouvernements doivent envisager une réforme de leurs lois sur la drogue pour les adapter aux situations et structures juridiques propres à leur pays. Ce chapitre rappelle le cadre juridique international à l'intérieur duquel toute réforme devra être conduite, analyse les principes-clés de lois sur les drogues et décrit les différents types de réformes possibles.

Le cadre juridique international

Les conventions des Nations Unies sur les drogues

Le système mondial de contrôle de la drogue consiste en trois conventions complémentaires qui ont été ratifiées par la plupart des Etats membres de l'ONU :

- **La Convention de 1961 sur les stupéfiants**⁷ établit une typologie des drogues et exige que ces substances soient rigoureusement contrôlées selon leur dangerosité, le risque de dépendance du consommateur et/ou leur valeur thérapeutique potentielle. L'objectif principal de la convention est de restreindre l'usage de la drogue à des fins purement « médicales et scientifiques ».

- **La Convention de 1971 sur les substances psychotropes**⁸ a introduit un régime de contrôle pour des drogues psychotropes plus récentes, telles que les hallucinogènes et les tranquillisants, restreignant là encore leur usage à des fins « médicales et scientifiques ». La Convention préconise aussi la coopération internationale, afin d'aborder les problèmes relatifs à la lutte contre le trafic de drogue (article 21).
- **La Convention de 1988 contre le trafic de stupéfiants et de substances psychotropes**⁹ a, elle aussi, pour objectif de contrer le pouvoir grandissant des groupes criminels organisés au niveau transnational et de promouvoir la coopération internationale en matière de lutte contre le trafic de drogue. Les pays signataires ont l'obligation d'adopter des mesures, afin de qualifier comme délit pénal toute activité liée à la production, à la vente, au transport, à la distribution ou à l'achat des substances contrôlées au sein des Conventions de 1961 et 1971 (articles 3, paragraphe 1 et 21).

Ces trois conventions permettent aux pays signataires d'adopter des mesures pour le traitement, l'éducation, le suivi médical, la réhabilitation et la réinsertion sociale des individus dépendants à la drogue et ayant commis des infractions liées à la drogue. Ces contrevenants peuvent être encouragés à suivre des programmes de traitement en remplacement ou en complément de sanctions pénales.¹⁰ Il n'existe aucune condition spécifique requérant la pénalisation de la consommation de drogues dans les conventions. Les gouvernements ont par conséquent une flexibilité considérable en ce qui concerne des infractions mineures liées à la possession de drogues pour usage personnel.¹¹ La réduction des peines pénales et/ou la dépenalisation de la possession et ou de la production de drogues pour usage personnel (ces deux concepts sont expliqués dans l'encadré 4 ci-dessous) est donc possible, en vertu des conventions de l'ONU sur les drogues.¹²

Bien que ces conventions imposent des obligations aux gouvernements, les Etats signataires gardent leur pouvoir discrétionnaire et une certaine souplesse, quant à la manière dont les lois nationales sur la drogue peuvent être conçues et mises en œuvre.¹³ En appliquant les conventions de l'ONU sur les drogues, les gouvernements doivent avant tout garder à l'esprit que leur objectif principal est d'améliorer « la santé et le bien-être de l'humanité »,¹⁴ et ensuite qu'ils sont tenus de respecter leurs obligations en vertu d'autres traités internationaux, en particulier les conventions de protection des droits humains et des libertés fondamentales.

Le système de protection des droits humains des Nations Unies

La seule référence explicite à l'usage illégal de drogues se trouve dans l'article 33 de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant, mais il existe des références implicites dans l'ensemble de l'architecture du traité des droits humains. Les droits humains et les libertés fondamentales s'appliquent bien évidemment dans le contexte de la politique des drogues, et les consommateurs et producteurs de drogues peuvent, comme tout autre citoyen, bénéficier de ces droits à tout moment (voir [Section 1.2](#) : « S'assurer du respect des droits humains et des libertés fondamentales »). Dans le monde entier, les gouvernements ont signé un certain nombre de traités internationaux et de déclarations qui protègent différents aspects des droits humains, tels que le droit à la vie, à la santé, à un procès équitable, de ne pas être victime de discrimination, de torture et d'esclavage, etc.

Toutefois, comme la section 1.2 l'a expliqué, un certain nombre de politiques des drogues se sont accompagnées de graves violations des droits humains. Il est essentiel que, lorsqu'ils élaborent leurs lois sur les drogues, les responsables politiques s'assurent de leur conformité avec leurs obligations internationales en matière de droits humains.

Problèmes techniques relatifs aux lois actuelles en matière de drogues

Les drogues et leur classification

Une grande partie des lois actuelles classent les drogues en différentes catégories selon leur nocivité. A ces catégories est associée avec une hiérarchie de sanctions permettant d'évaluer la gravité de l'infraction commise concernant une substance donnée.

La catégorisation des drogues soulève un problème majeur : comment s'en tenir à une approche scientifique rigoureuse dans cette classification ?

Les conventions internationales sur les drogues guident les gouvernements sur la façon de catégoriser les différentes substances contrôlées. Cependant, le mécanisme de catégorisation proposé par les conventions a été créé il y a 50 ans, à une époque où les données scientifiques étaient limitées. Aujourd'hui, ce système s'avère vague et parfois même incohérent, comme l'ont souligné l'OMS¹⁵ et l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS).¹⁶ Par exemple,

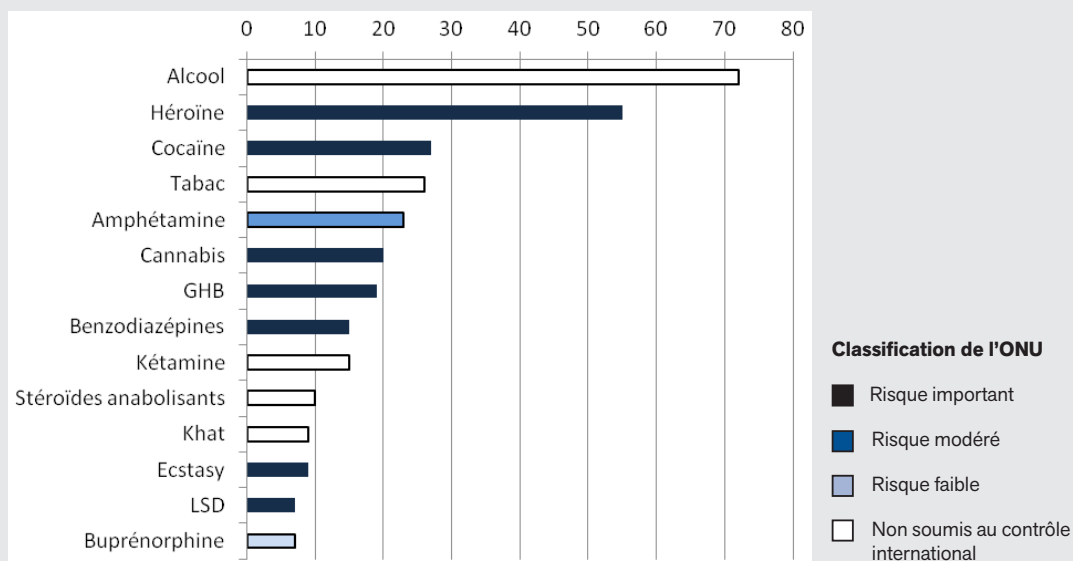
alors que le cannabis, la feuille de coca et la morphine ont été utilisés pour soulager la douleur depuis des siècles, et malgré les preuves montrant que ces substances sont peu nuisibles à la santé, elles ont toutes été catégorisées dans le Tableau 1 de la Convention de 1961, c'est-à-dire le régime de contrôle le plus strict, s'appliquant à des drogues telles que l'héroïne.

L'encadré 1 ci-dessous met en évidence les disparités entre les niveaux de risque et de contrôle de différentes drogues. Bien que l'étude en question comporte des limites, en raison de la difficulté pour mesurer les risques associés à des substances spécifiques, elle montre clairement que le système de classification établi par les conventions de l'ONU sur les drogues ne repose pas sur des preuves solides.

Encadré 1. Les disparités entre les niveaux de risque et de contrôle

Dans un rapport publié dans *The Lancet* en 2007¹⁷ et révisé en 2010,¹⁸ une équipe de scientifiques britanniques a classé les drogues légales et contrôlées selon les risques réels et potentiels qu'elles faisaient courir à la société et ont comparé ces résultats avec le classement de chaque substance dans la loi britannique sur la drogue (*Misuse of Drugs Act*). Le graphique de la figure 1 utilise les résultats de 2010 sur les risques associés, et les compare au système de classification des drogues établi par les conventions de l'ONU sur les drogues.¹⁹

Figure 1. La classification des drogues par l'ONU mis en contraste avec leur niveau de risque



Un problème majeur se pose dans cette catégorisation des drogues : il est très difficile de procéder à une classification rigoureusement scientifique. Tout d'abord, les découvertes sur les risques liés à certaines drogues évoluent constamment. Ensuite, une estimation des risques associés à la drogue peut être erronée, car ces risques sont souvent fonction du dosage, du mode d'administration, de la fréquence de consommation, de la poly-consommation, de l'environnement au sein duquel les drogues sont consommées, etc. Par conséquent, la classification est rarement basée sur des preuves solides, mais plutôt sur des jugements idéologiques et culturels. L'émergence rapide de nouvelles substances synthétiques, aussi appelées « nouvelles substances psychoactives »,²⁰ ainsi que la consommation illégale croissante de produits pharmaceutiques, rend encore plus complexe le mécanisme de classification des drogues.

Les gouvernements doivent s'assurer que les peines imposées pour les infractions liées à la drogue soient proportionnées

Le principe selon lequel différents niveaux de contrôle devraient être définis pour les infractions, selon le niveau de nocivité des substances en cause, peut avoir une certaine utilité, à condition que cette classification ne soit pas l'unique facteur pour déterminer la sanction à appliquer, lorsque l'infraction est gérée dans la cadre de la justice pénale (voir paragraphe ci-dessous sur la proportionnalité des peines). La classification devrait donc être accompagnée d'un certain niveau de discrétion judiciaire qui prendrait en compte des facteurs variés liés à l'infraction et au contrevenant, afin de déterminer la sanction appropriée (par exemple, la quantité et le type de drogues vendues, les antécédents judiciaires de la personne, la nécessité d'un traitement de la dépendance à la drogue, etc.)

Sur la base de ces principes, plusieurs éléments doivent être pris en compte, lors de la révision du système de classification des drogues au niveau national :

- Le système actuel de classification doit-il être maintenu ou devrait-il être remplacé par un nouveau procédé permettant d'évaluer la gravité de l'infraction (par exemple, à l'aide de facteurs aggravants ou de circonstances atténuantes) ? Si le système de classification est conservé, les catégories actuelles sont-elles pertinentes au regard des données scientifiques et empiriques du moment, et le système en place est-il susceptible d'être compris par tous ?
- Quelles substances devraient être contrôlées au sein des législations nationales (en référence aux obligations imposées par les Nations Unies) et comment convient-il de les répartir dans les différentes catégories ?
- Des facteurs tels que la quantité ou la valeur de revente d'une substance devraient-ils être pris en compte pour déterminer l'appartenance d'une drogue à telle ou telle catégorie ? Par quel procédé les nouvelles substances psychoactives doivent-elles être examinées, puis catégorisées ? Si la substance devient obsolète ou s'il est établi que les risques associés à certaines drogues ont été surestimés ou sous-estimés par le passé, quel procédé faut-il adopter pour re-classifier ces substances ?
- Quel est le cadre le mieux adapté pour englober toutes les substances psychotropes (à savoir les drogues contrôlées et d'autres substances telles que l'alcool, le tabac ou les produits pharmaceutiques) ?

Plusieurs études ont été conduites en vue d'une estimation des risques associés à la circulation et à consommation de différentes drogues.²¹ Ces études peuvent guider les gouvernements dans le choix d'un système de classification adéquat.

Garantir la proportionnalité des peines pour les infractions liées à la drogue

Les mécanismes de poursuites judiciaires traditionnels distinguent les individus selon la quantité et la dangerosité des drogues trouvées en leur possession, ainsi que les preuves montrant leur intention de les revendre. Au fil des années, les gouvernements se sont rendu compte que ces facteurs étaient insuffisants pour permettre d'identifier de manière exacte le rôle des différents acteurs des marchés des drogues, ou pour consacrer les efforts de maintien de l'ordre aux individus les plus violents, ayant la main mise sur les marchés illicites. Ce système a aussi conduit certains juges à imposer des peines disproportionnées pour des infractions relativement mineures, comme ce fut le cas en Equateur (voir l'[encadré 2](#) ci-dessous), ou dans d'autres parties du monde, où certaines infractions liées aux drogues sont punies par la peine de mort (voir l'[encadré 3](#) ci-dessous).

Encadré 2. L'expérience équatorienne de la proportionnalité des peines²²

Les lois équatoriennes en matière de drogue ont été rédigées dans les années 1980 sous une pression internationale intense et sont rapidement devenues les lois les plus sévères d'Amérique Latine. L'application stricte de ces lois a conduit à d'innombrables problèmes de surpeuplement carcéral : en 2008, 17 000 personnes ont été incarcérées dans une prison construite pour accueillir un maximum de 8 000 prisonniers. Parmi ces 17 000 personnes, 34% étaient détenues pour des infractions liées à la drogue. En 2008, une peine minimale obligatoire de 10 ans était imposée à toute personne déclarée coupable d'une infraction en matière de drogues, sans distinction entre les consommateurs de drogues, les contrevenants ayant commis leur première infraction, les petits dealers et les trafiquants à grande échelle. Le recours excessif à l'incarcération a aggravé les problèmes au sein des prisons équatoriennes.

En 2008, le gouvernement a lancé une campagne nationale pour gracier les petits trafiquants de drogues. Cette réorientation politique a été justifiée par le fait que la loi équatorienne : « établit des peines disproportionnées par rapport à l'infraction commise. En réalité, la majorité des personnes condamnées ne sont pas de grands trafiquants ou des dealers, mais des « passeurs de drogues », pour la plupart des femmes, la majorité d'entre elles n'ayant aucun contrôle sur le trafic de drogue, ne faisant que louer leur corps [...] pour transporter de la drogue, en échange [...] d'une somme d'argent qui n'a aucun rapport avec les profits obtenus grâce à la vente de ces substances ».²³

En Juillet 2008, l'Assemblée constitutionnelle équatorienne a adopté une série de mesures comprenant notamment l'acquittement des petits trafiquants. En Janvier 2009, 6 600 prisonniers ont été libérés par la simplification des procédures judiciaires, l'octroi de grâce aux individus souffrant de maladies en phase terminale et aux petits trafiquants (1 600 d'entre eux étaient des passeurs de drogue).

Encadré 3. Le recours à la peine de mort pour les infractions liées à la drogue²⁴

Trente-deux pays et territoires à travers le monde conservent la peine de mort pour les infractions liées à la drogue. Même si très peu d'Etats appliquent encore la peine de mort, des centaines de contrevenants pour infractions liées à la drogue sont exécutés chaque année. Plusieurs pays, dont l'Égypte, l'Iran, le Koweït, la République démocratique populaire du Laos et le Soudan, ont recours à la peine de mort pour certaines infractions relatives à la drogue.

Recourir à la peine de mort constitue une violation du principe de proportionnalité des peines protégé par le droit international. Le Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques stipule que la peine de mort ne peut être légalement appliquée que pour les crimes « les plus graves » (article 6.2). Les organismes internationaux de défense des droits humains ont conclu

que les délits liés à la drogue n'atteignaient pas un tel niveau de gravité. L'un des arguments mis en avant est le fait que les personnes exécutées sont souvent issues de groupes économiquement vulnérables, exploités par des gangs de trafiquants.

Ces dix dernières années, des pays comme les Philippines, l'Ouzbékistan et le Kirghizistan ont aboli la peine de mort en tant que telle, tandis que le Tadjikistan et la Jordanie ont supprimé la peine capitale pour les délits relatifs à la drogue.

Les gouvernements doivent veiller à ce que les sanctions pour les infractions liées à la drogue soient proportionnées et à ce que les ressources disponibles soient utilisées de façon efficace. Pour atteindre ces objectifs, il est utile de considérer quatre principaux cas et de proposer des moyens efficaces de les traiter en vertu de la loi.

- **Les consommateurs occasionnels ou « à des fins récréatives »** : Ces individus sont arrêtés pour possession de petites quantités de drogues, ne montrent pas de signes apparents de dépendance (comme par exemple des condamnations multiples pour possession de drogue, ou des antécédents médicaux) et n'ont pas de casier judiciaire. Une application de peines sévères à l'encontre de ce groupe a un effet de dissuasion très limité et n'est pas efficace pour réduire leur consommation.²⁵ Il est donc nécessaire de réformer les lois actuelles, afin de considérer les usagers occasionnels comme une priorité minime au sein du système de justice pénale et de réduire la part budgétaire qui leur est consacrée (ou, dans un marché légal réglementé, d'éliminer celle-ci intégralement). Ces politiques peuvent inclure **la réduction des peines pénales** (par exemple, en imposant des avertissements informels de la part de la police), **la dépénalisation de facto** (c'est-à-dire donner l'ordre à la police de sortir ce groupe de ses priorités), ou la **dépénalisation** (en se contentant d'infliger des amendes, des sanctions informelles telles que des dons à un organisme de bienfaisance, des travaux d'intérêt général ou toute autre sanction civile ou administrative). Ce type de politiques est décrit plus en détail dans l'[encadré 4](#) ci-dessous.
- **Les usagers dépendants** : Ces individus sont ceux arrêtés en possession de drogues et pour lesquels il apparaît évident que la consommation de drogues fait partie d'un comportement qui peut représenter un danger pour eux-mêmes et/ou leur entourage. Ces individus sont souvent arrêtés pour possession de drogues, mais aussi pour d'autres formes de délits tels que les atteintes à la propriété privée, le travail du sexe ou le trafic de drogue de petite envergure. Les lois nationales doivent créer des mécanismes permettant d'offrir à ces groupes un programme de traitement de la dépendance adapté. Cette orientation vers un centre de traitement devra cependant respecter une procédure en bonne et due forme et inclure des mécanismes de contrôle sous la responsabilité d'équipes de professionnels (voir [Section 2.2](#) : « [Redéfinir le champ d'application des lois sur la drogue](#) »). Lorsque des usagers dépendants sont envoyés en prison, un service de traitement spécialisé dans la dépendance devrait leur être offert (voir [Section 2.4](#) : « [Développer une politique efficace au sein des prisons](#) »).
- **Les dealers « sociaux » ou de petite envergure** : Ils se trouvent au niveau le plus bas du marché des drogues. Cependant, vu que leurs activités sont souvent les plus visibles au sein du marché noir, ils s'exposent à être les plus facilement appréhendés par les forces de l'ordre.

Il est utile de considérer quatre groupes principaux:

- Les usagers à des fins récréatives
- Les usagers dépendants
- Les dealers sociaux ou de petite envergure
- Les trafiquants dits de grande envergure ou opérant en bandes organisés

Certains individus sont de simples dealers sociaux qui revendent leur drogue pour un très faible bénéfice. D'autres sont des « passeurs de drogues », qui sont souvent forcés, par intimidation ou désespoir, à travailler dans le marché des drogues.²⁶ Concentrer les ressources policières et de la justice sur ces individus est problématique, et ce pour deux raisons. Tout d'abord, une fois arrêtés et mis à l'écart du marché des drogues, ils sont rapidement remplacés. Cette politique a donc un impact très limité sur le marché noir. Ensuite, ces trafiquants de petite envergure se trouvent souvent sous l'autorité de ceux qui contrôlent réellement le marché des drogues. Les législations doivent par conséquent être révisées afin de recentrer les efforts sur les trafiquants de drogue de grande envergure (et non pas sur les petits dealers) et de prendre en considération les circonstances dans lesquelles le délit en question a été commis, pour s'assurer que les peines sont proportionnées. Enfin, vu que certains petits dealers peuvent aussi être dépendants à la drogue, ils devraient être considérés comme appartenant à la catégorie décrite ci-dessus.

- **Les trafiquants de grande envergure ou opérant en bandes organisés** : Ces réseaux contrôlent le marché des drogues à grande échelle et font souvent usage de niveaux de violence extrêmement élevés. Ces individus sont les plus nocifs pour la communauté. Les individus les plus influents au sein de ce groupe sont souvent les plus difficiles à appréhender. Ils devraient cependant constituer la cible privilégiée des forces de police et de la justice. L'introduction de diverses circonstances aggravantes, rendrait plus aisée la distinction des différents degrés de gravité de chaque type de trafic de drogue, et l'application de sanctions appropriées.²⁷ Ces facteurs pourraient notamment inclure la possession d'armes, le recours à la violence, les preuves d'actes relevant de la criminalité organisée, ou l'implication d'enfants. Le trafic de drogue dans des lieux publics peut être ajouté à cette liste, mais doit être manipulé avec soin et davantage de sensibilité, puisque les criminels organisés, dotés d'un pouvoir important et d'une réelle richesse, resteront généralement à l'arrière-plan, faisant appel à des petits consommateurs-revendeurs (souvent des individus vulnérables) pour dealer dans les rues. Conçues et appliquées avec précaution, ces mesures pourront avoir un impact réel sur la nature du marché des drogues et dissuader les réseaux de trafic d'avoir recours à la violence, de faire du prosélytisme, et de nuire à la communauté (voir [Section 4.2 : « Réduire la violence associée aux marchés des drogues »](#))

Options de réforme des lois relatives aux drogues

De nombreux gouvernements ont aujourd'hui pris conscience que les lois sur les drogues devraient chercher à contribuer aux objectifs nationaux de réduction de la criminalité, d'amélioration de la santé publique et de développement socio-économique. Ils disposent de diverses stratégies de substitution pour concevoir des lois sur les drogues qui soient plus humaines et efficaces, pour concentrer les ressources disponibles sur les aspects les plus négatifs du marché des drogues, tout en offrant des services de soutien et de soins médicaux aux personnes qui cultivent et/ou consomment de la drogue. Il existe quatre types de réformes politiques, de plus en plus reconnues aujourd'hui comme des façons autres et viables de contrôler les drogues (voir [encadré 4](#)).

Encadré 4. Définitions

Réduction des peines pénales : Réduction de la sévérité des peines à l'encontre des infractions liées à la drogue. Les peines restent dans le cadre du droit pénal.

Dépénalisation de facto : la consommation de drogues, ou leur possession pour usage personnel restent illégaux en vertu de la loi mais, en pratique, la personne qui consomme ou possède cette drogue ne sera ni arrêtée ni poursuivie en justice.

Dépénalisation : La consommation de drogues et/ou la possession, la production et la culture de drogues pour usage personnel ne font plus l'objet de sanctions pénales, mais les infractions pour trafic de drogue restent une infraction pénale. En vertu de ce régime juridique, les sanctions peuvent être administratives ou complètement abolies.

Réglementation légale : Aucune infraction liée à la drogue n'est assujetties au droit pénal. Cependant, la production, la distribution et la consommation de ces substances sont strictement réglementées dans le cadre des lois administratives, comme c'est le cas pour le tabac ou l'alcool.

La réduction des peines pénales

Cette réforme consiste à réduire la sévérité des peines infligées en cas d'infractions liées à la drogue, mais ces peines restent régies par le droit pénal et le contrevenant conserve généralement un casier judiciaire. Au Royaume-Uni, par exemple, une personne arrêtée pour possession de drogues pour usage personnel reçoit un avertissement, plutôt qu'une peine de prison (voir encadré 5).

Encadré 5. Le régime britannique d'avertissement pour possession de cannabis

Le régime d'avertissement pour possession de cannabis introduit en 2004 au Royaume-Uni permet à la police d'adopter une approche par étapes pour des infractions liées à la possession de petites quantités de cannabis. Les individus arrêtés en possession de cannabis pour la première fois reçoivent un « avertissement pour possession de cannabis », signifié sur le champ, et ne donnant pas lieu à une arrestation ou à une inscription au casier judiciaire. Lors de la deuxième interpellation, le contrevenant doit payer une amende pour atteinte à l'ordre public (d'un montant de 80€, payable sur place) sans inscription à son casier judiciaire, à condition que l'amende soit payée dans les 21 jours suivant l'interpellation de l'individu. Une personne arrêtée pour la troisième fois fera l'objet d'une mise en garde ou sera poursuivie en justice. En cas de circonstances aggravantes (par exemple, fumer en public), le régime décrit ci-dessus ne s'applique pas. Ce régime est discrétionnaire : un agent de police peut donc décider d'arrêter un individu sans suivre ces directives. Certaines données montrent que depuis 2004, la consommation du cannabis a chuté de manière significative au Royaume Uni, en particulier parmi les jeunes.²⁸

La dépénalisation *de facto*

Dans le cadre de la dépénalisation *de facto*, la possession, la production et la distribution d'une drogue à grande échelle sont toujours considérés comme des activités illégales. Cependant, en pratique, les personnes arrêtées pour usage, possession et/ou production de ces substances pour usage personnel ne sont plus soumises à des arrestations ou à des poursuites. Cette dépénalisation *de facto* intervient généralement lorsqu'un gouvernement ordonne de ne plus appliquer les lois en vigueur. L'un des exemples les plus frappants de cette approche est celui des Pays-Bas, en matière de possession et de consommation du cannabis (voir encadré 5 de la Section 2.3 : « Réduire les taux d'incarcération »). Toutefois la dépénalisation *de facto* implique que l'ordre informel d'un gouvernement peut facilement être révoqué, en cas de changement de couleur politique à la tête du pays.

La dépénalisation

La dépénalisation signifie l'abrogation des lois qui définissent la consommation de drogues ou la possession pour usage personnel comme un délit pénal, ou alors le renvoi du processus judiciaire à des services administratifs ou sanitaires. L'avantage évident de la dépénalisation sur la dépénalisation *de facto* est le fait qu'elle est formalisée dans le cadre de la loi. La dépénalisation présente aussi de nombreux avantages par rapport à la réduction des peines pénales : l'individu arrêté en possession

de drogues n'aura pas de casier judiciaire, ce qui permet d'éliminer l'obstacle que celui-ci représente quant à l'accès à l'éducation, à l'emploi et aux services sociaux.

En pratique, la dépénalisation peut soulever des problèmes importants pour les gouvernements, puisque ces derniers doivent créer des mécanismes leur permettant de distinguer entre la possession pour usage personnel et la possession avec intention de revendre à autrui. Quelques gouvernements ont établi des quantités seuils comme directives pour différencier la drogue destinée à des fins personnelles et celle utilisée à des fins commerciales, tandis que d'autres gouvernements laissent aux juges ou à la police le soin de déterminer l'intention de la possession. Bien qu'il n'y ait pas de réponse établie à cette question, les données disponibles montrent que les quantités seuils devraient être purement indicatives et prises en compte conjointement avec d'autres facteurs, tels que la dépendance, l'intention du contrevenant, sa culpabilité et les dommages causés.²⁹

Environ 30 pays et territoires ont adopté un système de dépénalisation de la possession de drogues, tels que le Portugal (en 2001), le Brésil (en 2006), et la République Tchèque (en 2010). L'Argentine est, elle aussi, en train de réviser ses lois sur les drogues pour dépénaliser la possession pour usage personnel. Aux Etats Unis, 14 états ont déjà dépénalisé la possession du cannabis pour usage personnel.³⁰

Ayant été développé et évalué en détail depuis plus de dix ans, le modèle portugais de dépénalisation montre des tendances encourageantes. En vertu de la loi portugaise adoptée en 2001, la possession de drogues pour usage personnel reste légalement interdite, mais relève exclusivement du droit civil et non du droit pénal. Le processus de dépénalisation a été combiné avec une approche plus globale de santé publique (voir encadré 6 de la Section 2.3 : « Réduire les taux d'incarcération »). Les données disponibles concluent que cette politique a conduit à une réduction importante de problèmes de santé liés à la drogue (y compris les infections par le sida et les décès liés à la drogue), une meilleure assiduité aux programmes de traitement de la dépendance, une réduction de la surpopulation carcérale et de l'engorgement du système de justice pénale, une baisse de la criminalité liée à la drogue, une augmentation des actions répressives à l'encontre du trafic de drogue à grande échelle et une importante amélioration de la sécurité publique. Quant à la prévalence de la consommation de drogues, elle n'a pas augmenté de manière significative.³¹

Un marché de drogues légal mais strictement réglementé

Alors que les critiques des approches prohibitionnistes n'ont fait qu'augmenter, la question parallèle concernant les solutions autres que la prohibition a commencé à s'inscrire les débats politiques sur la drogue (voir encadré 6). La réglementation juridique se distingue de la « légalisation ». Dans les deux systèmes, la production, la distribution et la consommation de drogues ne sont plus considérées comme illégales, mais un modèle réglementé signifie que des règles strictes seront mises en place pour contrôler ces activités.

Encadré 6. Extrait du rapport de la Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues

« [Nous] encourageons l'expérimentation par les gouvernements de modèles de régulation légale des drogues, de manière à réduire le pouvoir du crime organisé et à protéger la santé et la sécurité des citoyens. Si cette recommandation s'applique particulièrement au cannabis, pour d'autres drogues nous encourageons également d'autres expériences en matière de dépénalisation et de réglementation, capables d'atteindre les mêmes objectifs ».³²

C'est au cours de ces dix dernières années que les premières propositions détaillées³³ ont émergé, offrant différentes options de contrôles sur les substances (dosage, préparation, prix et emballage),

les vendeurs (licences, filtrage et exigences de formation, marketing et promotions), les points de vente (emplacement, densité du point de vente, apparence), l'accès aux substances (contrôle d'âge, acheteurs agréés, régimes d'adhésion à des clubs) et les lieux où elles peuvent être consommées.

Le *Plan d'action pour la réglementation*³⁴ examine, par exemple, certaines options visant à réglementer diverses drogues dans des contextes variés et propose une discussion sur les différents modèles de réglementation qui peuvent conduire à une gestion des marchés de drogues à moindre risque, au niveau social et sanitaire (voir encadré 7). Il est possible de tirer des leçons des réussites et des échecs de la réglementation de l'alcool et du tabac dans différents pays, ainsi que des systèmes de contrôle des médicaments et autres produits ou activités à risque réglementés par les gouvernements.

Encadré 7. Cinq modèles de base pour réglementer l'accès aux drogues

Modèle de prescription médicale ou de lieux supervisés : pour des substances contrôlées (drogues injectables, y compris l'héroïne, et des stimulants plus puissants comme la méthamphétamine).

Modèle de vente au détail en pharmacie : l'accès à des substances à risque modéré (par exemple l'amphétamine, la cocaïne en poudre et l'ecstasy), dont la quantité est contrôlée à la vente, par un usager spécifique ayant l'autorisation de les consommer.

La vente au détail sous licence : ceci inclut des niveaux de réglementation appropriés aux risques associés au produit et aux besoins locaux. Ce modèle de réglementation peut être utilisé pour des drogues à risque plus faible et pour des préparations, telles que des boissons à base de stimulants moins forts.

Des établissements détenteurs de licence pour la vente et la consommation : similaires aux commerces de proximité autorisés à vendre l'alcool et aux « coffee shops » hollandais vendant du cannabis. Ce système pourrait être utilisé pour fumer de l'opium et boire du thé à base de pavot.

Les ventes sans permis : une réglementation minimale pour les produits à moindres risques, tels que les boissons à base de caféine et le thé de coca.

La réglementation des marchés de drogues sur la base des modèles disponibles ci-dessus n'est bien évidemment pas une réponse miracle. A court terme, la réglementation des marchés parviendra sans doute à réduire les problèmes découlant de la prohibition et du commerce illégal qui en résulte. Cependant, un tel régime ne parviendra pas à résoudre les facteurs sous-jacents de la dépendance à la drogue, tels que la pauvreté et les inégalités sociales. Toutefois, en promouvant un modèle plus pragmatique, basé sur la santé publique, et en utilisant les ressources disponibles de manière plus efficace, dans le cadre d'une politique sanitaire et sociale solide, le nouveau régime créerait un environnement plus propice. Les coûts pour élaborer et mettre en œuvre une infrastructure réglementée doivent être pris en compte, mais ne représenteront probablement qu'une fraction des ressources croissantes que nécessitent actuellement les efforts pour contrôler l'offre et la demande. Un modèle réglementé offrirait par ailleurs la possibilité de récupérer et utiliser, sous la forme de recettes fiscales légitimes, une portion des profits aujourd'hui récoltés par les groupes criminels.

Différents milieux sociaux exigeront des approches adaptées pour répondre aux défis spécifiques auxquels ils sont confrontés. Cependant, les modèles de réglementation des marchés de drogues et de la consommation, par le biais d'institutions étatiques et commerciales légales, constituent aujourd'hui une option crédible à la disposition des responsables politiques, impuissants à gérer les

risques auxquels sont confrontées leurs sociétés, dans le cadre du système actuel de contrôle des drogues. L'évolution vers une légalisation réglementée exigera aussi que soient levés les obstacles institutionnels et politiques présents dans le système international de contrôle des drogues. Enfin, il serait opportun que le modèle soit appliqué progressivement sur plusieurs années, avec une évaluation régulière et un suivi prudent de ses effets, tant négatifs que positifs.

Recommandations

- 1) Une révision exhaustive des lois nationales relatives à la drogue est nécessaire, à la lumière des évolutions observées dans les tendances de consommation de drogue et au regard des leçons tirées des stratégies de maintien de l'ordre passées.
- 2) Dans le cadre de ce processus, les gouvernements et les agences internationales devraient procéder à des évaluations de l'impact des lois actuelles sur les drogues et de leur mise en œuvre.
- 3) Lors de l'élaboration ou de la révision des lois nationales en matière de drogue, les gouvernements devront déterminer quels aspects du marché des drogues sont les plus nuisibles à la société et ajuster leurs lois, avec pour objectif la réduction des risques.
- 4) Les nouvelles lois et réformes en matière de drogue devraient comporter des dispositions permettant de distinguer les différents acteurs opérant au sein du marché des drogues, en accordant une protection particulière aux consommateurs de drogues, de façon à apporter une réponse appropriée à chacun de ces groupes. Des solutions autres que l'emprisonnement, telles que des amendes, ou un processus d'orientation vers des services de soin et de traitement, doivent être conçues pour les petits dealers et les usagers dépendants.
- 5) Les nouvelles lois et réformes en matière de drogue doivent établir un catalogue précis et structuré des drogues auxquelles elles font référence, s'appuyant sur des données scientifiques concernant le degré de nocivité constaté pour chaque substance, et mettre en place un processus simple pour ajouter, déplacer ou retirer certaines substances de telle ou telle catégorie.
- 6) Les nouvelles lois et réformes en matière de drogue doivent être soigneusement élaborées afin de renforcer, au lieu d'affaiblir, les programmes sanitaires et sociaux. Les actions de réduction des risques, telles que les PES et la TSO, doivent être particulièrement encouragées.

Ressources clés

Réseau Juridique Canadien sur le VIH/SIDA (2006), *Legislating for health and human rights: model law: model law on drug use and HIV/AIDS*, <http://www.aidslaw.ca/EN/modellaw/english.htm>

Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2003), *The role of the quantity in the prosecution of drug offences: an ELDD comparative study* (Lisbonne: Base de données juridique européenne sur les drogues), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5738_EN_Quantities.pdf

Galbally, R. (2000), *The review of drugs, poisons and controlled substances legislation: final report part A*. (Woden: Commonwealth of Australia), <http://www.tga.gov.au/pdf/archive/review-galbally-050628-parta.pdf>

Hughes, C.E. & Stevens, A. (2012), 'A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs', *Drug and Alcohol Review*, **31**:101-113, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2011.00383.x/abstract>

Pain & Policy Studies Group (Centre de Collaboration en matière de Politique et de Communications pour les Soins relatifs au Cancer de l'Organisation Mondiale de la Santé, Paul P Carbone Comprehensive Cancer Centre, School of Medicines and Public Health, University of Wisconsin) (2009), *Do international model drug control laws provide for drug availability?* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19492215>

Ritter, A. (2009), 'Methods for comparing drug policies – the unity of composite drug harm indexes', *International Journal of Drug Policy*, **20**(6): 475-479, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(09\)00049-8/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(09)00049-8/abstract)

Room, R. & Reuter, P. (January 2012), 'How well do international drug conventions protect public health?', *The Lancet*, **379**(9810): 84-91, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961423-2/abstract>

Winstock, A. & Wilkins, C. (Octobre 2011), *TNI/IDPC Series on legislative reform of drug policies Nr. 16 - 'Legal highs': the challenge of new psychoactive substances* (Amsterdam/Londres: Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Legal-highs.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2000), *Guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control*. EB105/2000/REC/1, ANNEXE 9, avec annexes, http://www.cpdd.vcu.edu/Pages/Index/Index_PDFs/GuidelinesForTheWhoReviewOfDependenceProducingPsychoactiveSubstancesForInternationalControl.pdf

Notes de bas de page

- 1 Commission européenne, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 19982007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf; Roberts, M., Trace, M. & Klein, A. (2004), *Beckley Report 3 – Law enforcement and supply reduction* (Oxford: DrugScope & Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_lawenforce.pdf
- 2 Costa, A.M. (Mars 2008), *Making drug control 'fit for purpose': building on the UNGASS decade*, E/CN.7/2008/CRP.17 (Vienne: Commission des Stupéfiants), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/DrugControl_FFP_Bldg_UNGASSdecade.pdf
- 3 Récemment, par exemple, la pénalisation de la consommation de drogues a poussé les usagers à cesser de consommer des drogues connues, y compris les plantes psychotropes légères pour se tourner vers des substances synthétiques inconnues et parfois très dangereuses, connues sous le nom « d'euphorisants légaux » (c'est-à-dire des substances ayant des propriétés psychoactives mais qui ne sont pas incluses dans le système de contrôle national des drogues)
- 4 Open Society Institute (2009), *The effects of drug user registration laws on people's rights and health: key findings from Russia, Georgia and Ukraine* (International Harm Reduction Development Program), (New York: Open Society Institute), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf
- 5 Organisation Mondiale de la Santé, Programme d'Accès aux Médicaments Contrôlés (2008), *Improving access to medications controlled under international drug conventions* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_brnote_english.pdf and Organisation Mondiale de la Santé (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled substances* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html
- 6 Transnational Institute & Washington Office on Latin America (March 2011), *Systems overload: drug laws and prisons in Latin America* (Amsterdam/Washington: Transnational Institute), http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Systems_Overload/TNI-Systems_Overload-def.pdf

- 7 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>
- 8 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/psychotropics.html?ref=menuside>
- 9 http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf
- 10 Articles 36 et 38 de la Convention de 1961, articles 20 et 23 de la Convention de 1971 et article 3 de la Convention de 1988
- 11 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 18 - The UN drug control conventions: The limits of latitude* (Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/publications/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>
- 12 Afin de comprendre la flexibilité existant au sein des conventions, il est utile de classer les contraventions liées à la drogue en deux catégories. Celles classées dans la première catégorie sont des activités commerciales qui incluent la possession de drogues avec intention de les revendre à profit. Les autres contraventions sont celles liées à la consommation, à la possession, à la production et à la culture pour usage personnel ou pour distribution à des proches sans fins lucratives. Les conventions sont peu flexibles concernant la pénalisation des contraventions liées à la commercialisation et au trafic de drogues, mis à part pour les contraventions mineures où le contrevenant est dépendant à la drogue (Article 3 §4 de la Convention de 1988). Au contraire, les conventions sont bien plus flexibles vis-à-vis des contraventions liées à l'usage personnel et permet aux responsables politiques de traiter de ces questions en dehors du système de justice pénale.
- 13 Les conventions ne sont pas directement applicables au niveau international. En effet, bien qu'elles imposent des obligations internationales aux Etats signataires, ces obligations ne pourront être mises en œuvre au niveau national que si l'Etat signataire a adopté des lois et des réglementations nationales traduisant les obligations internationales du traité au niveau national. L'autonomie du droit national est reconnue dans chacune des trois conventions sur la drogue et est reflétée dans le cadre des déclarations et des réserves des Etats signataires. D'autre part, les conventions stipulent que les Etats signataires doivent mettre en œuvre les provisions des conventions au niveau international, tout en respectant leurs principes constitutionnels et les concepts de base de leur système juridique national.
- 14 Préambule de la Convention de 1961 sur les stupéfiants, <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>
- 15 Organisation Mondiale de la Santé (2003), *WHO expert committee on drug dependence, thirty-third report* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_915.pdf
- 16 Organe International de Contrôle des Stupéfiants (1994), *Evaluation of the effectiveness of the international drug control treaties, Supplement to the INCB Annual Report for 1994* (Vienne: Organe International de Contrôle des Stupéfiants)
- 17 Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007), 'Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse', *The Lancet*, **369**(9566): 1047-1053, <http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2960464-4/fulltext>
- 18 Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010), 'Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis', *The Lancet*, **376**(9752): 1558-1565, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/fulltext>
- 19 Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf
- 20 Voir, par exemple: Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies (2010), *Rapport annuel de 2010 : Etat du phénomène de la drogue en Europe* (Lisbonne: Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies), http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDOQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fatt_120104_FR_EMCCDA_AR2010_FR.pdf&ei=L7N-UPQrxr3RBcaMgaAG&usq=AFQjCNFp4dQ_IC0ySOWYimVWzZhvNnJXhA; Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies (2005), *ECMDDA – Europol annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA In accordance with Article 10* (Lisbonne: Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33246_EN_Final_Annual_Report_Art_10.pdf; Winstock, A. & Wilkins, C. (October 2011), *TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 16 - 'Legal highs': the challenge of new psychoactive substances* (Amsterdam/Londres: Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Legal-highs.pdf>
- 21 Organisation Mondiale de la Santé (2000), *Guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control* (EB105/2000/REC/1, ANNEXE 9, avec annexes), http://www.cpdd.vcu.edu/Pages/Index/Index_PDFs/GuidelinesForTheWhoReviewOfDependenceProducingPsychoactiveSubstancesForInternationalControl.pdf ; Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010), 'Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis' *The Lancet*, **376**(9752): 1558-1565, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/fulltext>
- 22 Transnational Institute & Washington Office on Latin America (March 2011), *Systems overload: drug laws and prisons in Latin America* (Amsterdam/Washington D.C.: Transnational Institute & Washington Office on Latin America), http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Systems_Overload/TNI-Systems_Overload-def.pdf; Metaal, P. (2009), *Series on legislative reform of drug policies Nr.1 - Drugs and prisons: Pardon for Mules in Ecuador, a sound proposal* (Amsterdam: Transnational Institute), http://idpc.net/sites/default/files/library/TNI_WOLA_Ecuador_Feb09_EN.pdf

- 23 Majority Report (3 Avril 2008), *Informe sobre el sistema de rehabilitación social, Republic of Ecuador* (Montecristi: Constitutional Assembly).
- 24 Harm Reduction International (2011), *The death penalty for drug offences, global overview 2011 – shared responsibility and shared consequences* (Londres: Harm Reduction International), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/HRI_DeathPenaltyReport_Sept2011.pdf
- 25 Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The Incarceration of Drug Offenders, An Overview* (Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BF_Report_16.pdf
- 26 Voir, par exemple: Jensema, E. (Juillet 2010), *Series on legislative reform of drug policies Nr.7 - A matter of substance: Fighting drug trafficking with a substance-oriented approach* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://idpc.net/sites/default/files/library/A%20matter%20of%20substance.pdf>; Al Jazeera (2011), *Filipino drug mules*, <http://english.aljazeera.net/programmes/101east/2011/04/201145151543366504.html>
- 27 L'article 3, § 5 de la Convention de 1988 souligne l'importance de prendre en compte les "circonstances factuelles" lors de la détermination des peines pour les accusés, <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illegal-traffic.html>
- 28 Department of Health (Octobre 2011), *United Kingdom drug situation, 2011 Edition – Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (Londres: Department of Health), <http://www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/Good%20Practice/UKFocalPoint2011.pdf>
- 29 Pour une argumentation complète, voir: Harris, H. (2011), *Report of TNI-EMCDDA expert seminar on threshold quantities* (Amsterdam/Lisbonne: Transnational Institute & Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies), <http://idpc.net/sites/default/files/library/thresholds-expert-seminar.pdf>; Harris, G. (2011), *Series on legislative reform of drug policies Nr.14 - Conviction by numbers: threshold quantities for drug policy* (Amsterdam/Londres: Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Threshold-quantities-for-drug-policy.pdf>
- 30 Rosmarin, A. & Eastwood, N. (2012), *A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe* (Londres: Release), <http://idpc.net/fr/publications/2012/07/une-revolution-silencieuse-les-politiques-de-depenalisation-des-drogues-dans-le-monde>
- 31 Domostawski, A. (2011), *Drug policy in Portugal – the benefits of decriminalising drug use* (Varsovie: Open Society Foundations) <http://idpc.net/sites/default/files/library/drug-policy-in-portugal-benefits-of-decriminalising.pdf>; Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies (2011), *Drug policy profiles – Portugal* (Lisbonne: Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies), <http://idpc.net/sites/default/files/library/EMCDDA-drug-policy-profile-Portugal.pdf>; Hughes, C. & Stevens, A., *Beckley Briefing Paper 14 – The effects of decriminalization of drug use in Portugal* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://idpc.net/sites/default/files/library/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf.pdf
- 32 Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf
- 33 King County Bar Association Drug Policy Project (2005). *Effective drug control: toward a new legal Framework. State-level intervention as a workable alternative to the 'war on drugs'* (Seattle: King County Bar Association), www.kcba.org/druglaw/pdf/EffectiveDrugControl.pdf; Health Officers Council of British Columbia (2005), *A public health approach to drug control* (Victoria: Health Officers Council of British Columbia), www.cfdp.ca/bchoc.pdf; Rolles, S. (2009), *After the War on Drugs Blueprint for Regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/blueprint%20download.htm>
- 34 King County Bar Association Drug Policy Project (2005). *Effective drug control: toward a new legal Framework. State-level intervention as a workable alternative to the 'war on drugs'* (Seattle: King County Bar Association), www.kcba.org/druglaw/pdf/EffectiveDrugControl.pdf; Health Officers Council of British Columbia (2005), *A public health approach to drug control* (Victoria: Health Officers Council of British Columbia), www.cfdp.ca/bchoc.pdf; Rolles, S. (2009), *After the war on drugs: blueprint for regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/blueprint%20download.htm>

2.2 Redéfinir le champ d'application des lois sur la drogue

Dans cette section:

- Les limites des stratégies actuelles
- Nouveaux objectifs et indicateurs pour le maintien de l'ordre
- Fixer des objectifs et des indicateurs plus efficaces

Les forces de l'ordre doivent chercher à atteindre un ensemble d'objectifs plus larges et plus équilibrés afin de cibler les infractions liées à la drogue et les problèmes sanitaires et sociaux qui y sont associés, plutôt que de chercher simplement à réduire l'ampleur du marché des drogues.

Pourquoi est-il important de mettre en place une stratégie efficace de maintien de l'ordre ?

Les conventions des Nations Unies et les législations nationales relatives à la drogue sont fondées sur la conviction qu'une application stricte des lois interdisant la production, la distribution et la consommation de drogues aura pour effet de mettre un terme à l'offre et à la demande, et permettra d'éradiquer le marché noir. Les forces de l'ordre nationales et locales, les agences spécialisées en matière de drogue et, dans certains pays, l'armée ont par conséquent joué un rôle majeur dans la mise en œuvre des politiques des drogues. Jusqu'à présent, les interventions de maintien de l'ordre, visant à réduire la demande et l'offre de drogues, ont principalement consisté à :

- contrôler la production, en éradiquant les cultures et en imposant des peines sévères à l'encontre des fabricants et des producteurs de drogue
- démanteler les réseaux de contrebande
- Identifier et incarcérer des individus accusés de trafic à grande échelle
- Arrêter et condamner sévèrement les individus impliqués dans la revente de drogue
- Arrêter et condamner sévèrement les individus coupables de possession ou de consommation de drogues.¹

Les mesures de maintien de l'ordre entreprises à l'encontre des producteurs et des trafiquants ont visé à empêcher la drogue d'arriver jusqu'aux consommateurs, tout en cherchant à dissuader les consommateurs potentiels, en brandissant la menace d'une arrestation.

Les stratégies de répression visant à arrêter et imposer des peines sévères à l'encontre des producteurs, des trafiquants et des consommateurs n'ont pas réussi à réduire l'ampleur du marché noir

Ces stratégies n'ont pas réussi à réduire l'ampleur du marché noir. D'autre part, la plupart des actions mises en œuvre dans le cadre de ces stratégies ont eu des conséquences désastreuses (pour en savoir plus, voir [Section 1.3 : « Se concentrer sur les risques associés aux marchés et à l'usage de drogues »](#)). Dans un rapport publié en 2011, la Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (voir [encadré 1](#)) montre que le marché mondial

des drogues s'est étendu, malgré la multiplication des interventions répressives depuis plus de 50 ans.² Ces stratégies répressives doivent être repensées, afin de réduire les risques qui menacent la santé et le bien-être des communautés touchées.

Encadré.1 Extrait du rapport de la Commission Mondiale sur la Politique des Drogues³

« Lorsque la Convention Unique des Nations Unies sur les Stupéfiants a vu le jour il y a 50 ans, et lorsque le président Nixon a lancé la guerre du gouvernement américain contre la drogue il y a 40 ans, les responsables politiques croyaient que des interventions répressives sévères à l'encontre des personnes concernées par la production, la distribution et la consommation des drogues conduirait à une réduction du marché pour les drogues, telles que l'héroïne, la cocaïne et le cannabis et qu'il s'ensuivrait, à terme, un 'monde sans drogue'. En pratique, le volume des marchés internationaux des drogues, largement contrôlés par le crime organisé, a augmenté de façon considérable pendant cette période ».

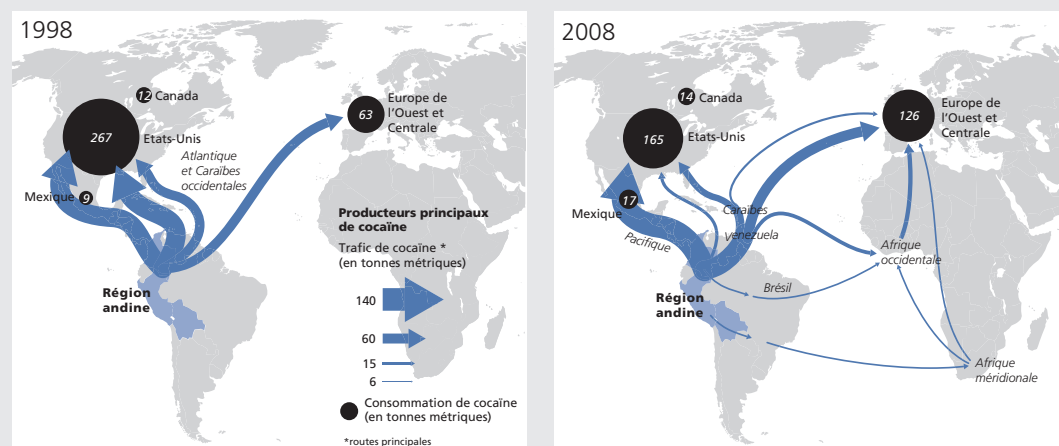
Les limites des stratégies actuelles

A l'échelle mondiale, les campagnes lancées et les engagements pris par les Nations Unies pour éliminer ou réduire de manière sensible les marchés des drogues, n'ont pas atteint leurs objectifs, et ce malgré un important soutien politique et financier. Le succès d'opérations, dans un certain nombre de pays ciblé ou à l'encontre de certains groupes de trafiquants, a rapidement été contrebalancé par « l'effet ballon » : les activités illégales, ayant été éliminées grâce aux actions de maintien de l'ordre, ont été rapidement relocalisées dans d'autres régions, impliquant d'autres groupes criminels ou d'autres substances contrôlées, d'où des problèmes encore plus importants que ceux qui existaient auparavant.

Encadré 2. « L'Effet ballon »

On parle d'« Effet ballon » lorsqu' une intervention réussit à mettre fin à une activité liée à la drogue, avec pour conséquence le déplacement de cette activité dans une autre zone du marché des drogues. La figure 1 ci-dessous illustre ce phénomène : les actions répressives ciblant les Caraïbes n'ont eu pour effet que de créer de nouveaux itinéraires de trafic, passant par l'Afrique occidentale pour les drogues provenant d'Amérique Latine, à destination de l'Europe. Des tendances semblables sont apparues pour la production et la consommation de drogues : En effet, des actions répressives, parvenant à éradiquer la production de drogues dans une région spécifique, conduisent à une hausse de la production dans une autre région (par exemple, la réduction de la production du pavot à opium en Thaïlande a conduit à une augmentation de la production en Afghanistan). De même, des actions répressives ciblant les consommateurs d'une substance spécifique ont simplement contraint les usagers à se tourner vers d'autres substances, parfois plus nocives, telles que les « euphorisants légaux ».

Figure 1. Une évolution des voies de trafic de cocaïne entre 1998-2008⁴



Ces dilemmes stratégiques ne signifient pas que les organismes de maintien de l'ordre doivent abandonner tout effort de contrôle des marchés de drogues, mais plutôt que les responsables politiques devront adopter des stratégies plus efficaces permettant de réduire « leurs effets pervers » (voir [Section 2.1 : « Réformer les lois sur la drogue »](#)).

Nouveaux objectifs et indicateurs pour le maintien de l'ordre

Lors de la révision des stratégies actuelles en matière de drogue, il importe avant tout de reconsidérer les objectifs et les priorités dans la lutte contre les marchés et la consommation de drogues. Le devoir fondamental de la police et des forces de l'ordre est de protéger la santé et le bien-être des citoyens. De nombreux responsables politiques et responsables du maintien de l'ordre ont longtemps considéré que le meilleur moyen de protéger leurs concitoyens contre les risques associés à la drogue était de consacrer tous leurs efforts à l'éradication des marchés des drogues. L'impact des stratégies de maintien de l'ordre a, par conséquent, été mesuré en termes de progrès réalisés dans l'éradication des marchés noirs, en particulier la surface des zones de culture détruites, la quantité de drogues saisie, le nombre de laboratoires démantelés et de consommateurs ou de dealers arrêtés.

Encadré 3. Mise en corrélation du taux élevé d'arrestations aux Etats Unis avec la prévalence de l'usage de drogues.

La figure 2 ci-dessous donne une estimation du nombre d'adultes incarcérés pour des infractions liées à la drogue, aux Etats Unis, sur une période de 30 ans. Selon le graphique, le nombre d'adultes incarcérés a augmenté de 1000% entre 1972 et 2002. Comme nous pouvons le voir dans la Figure 3, un aperçu de la prévalence de l'usage de drogues parmi les jeunes étudiants américains montre qu'il n'y a aucune corrélation entre les niveaux d'incarcération pour les infractions liées à la drogue et la prévalence de l'usage de drogues.

Figure 2.
Le nombre estimé d'adultes incarcérés pour infractions relatives à la drogue aux Etats-Unis, entre 1972 et 2002 :⁶

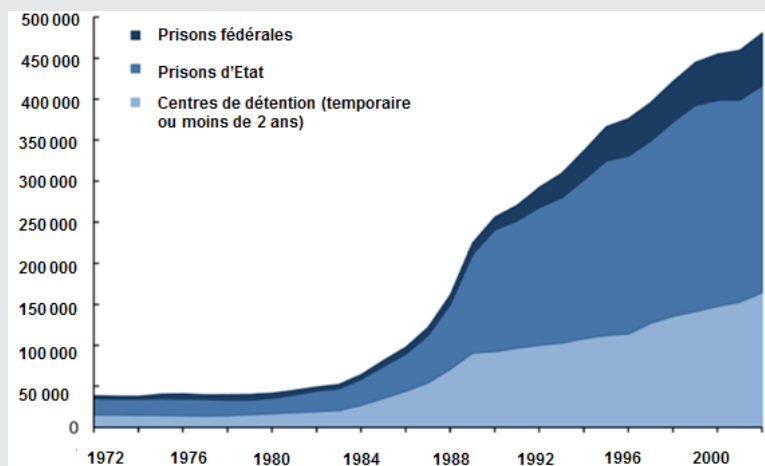
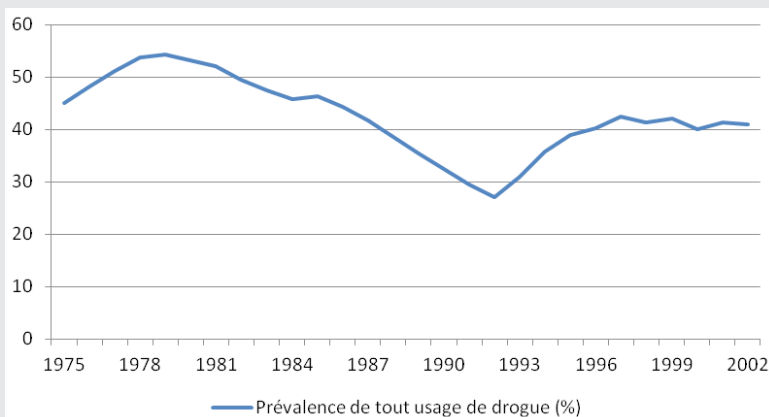


Figure 3.
La prévalence annuelle de l'usage de drogues contrôlées parmi les étudiants en classe de terminale, entre 1975 et 2002⁷



Malheureusement, aucun de ces indicateurs ne permet de dire de façon exacte si les problèmes posés par la drogue ont réellement diminué. Ils ne représentent pas non plus un baromètre adéquat pour mesurer l'impact sur la santé et le bien-être de l'humanité, tels qu'ils sont envisagés dans le préambule de la Convention de 1961. Par exemple, les opérations ayant effectivement conduit à l'élimination de certaines organisations de trafiquants n'ont pas conduit à une réduction durable des quantités de drogues sur le marché. De même, la multiplication des programmes d'éradication des cultures illégales n'a pas permis de restreindre l'étendue de la production au niveau mondial. Par ailleurs, aucune corrélation n'a été établie entre le nombre d'usagers de drogues arrêtés et la diminution de la prévalence de consommation dans un pays donné (voir [encadré 3](#)).⁵

Fixer des objectifs et des indicateurs plus efficaces

Les ressources disponibles pour appliquer les lois sur la drogue doivent viser prioritairement à réduire la criminalité et les risques sociaux et sanitaires qui y sont associés. Il n'est plus possible d'affirmer que les stratégies ayant recours à des saisies de drogues, à des arrestations et des sanctions à l'encontre des consommateurs, résoudre le problème de la drogue. Au lieu de cela, les ressources pour appliquer la loi devraient être consacrées à la lutte contre le crime organisé et les risques sanitaires et sociaux liés à la drogue, afin d'atteindre l'objectif ultime, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens. La stratégie d'application des lois doit se soucier davantage des conséquences (qu'elles soient positives ou négatives) du marché des drogues sur la société que de son ampleur. Pour évaluer les progrès réalisés dans l'accomplissement de ces objectifs redéfinis, de nouveaux indicateurs doivent être adoptés :

- **Des indicateurs montrant davantage l'impact des opérations de maintien de l'ordre sur la consommation de drogue:**
 - Les opérations d'application de la loi ont-elles limité la possibilité pour les jeunes de se procurer une drogue particulière (résultats mesurés selon le taux de consommation ou la facilité d'accès) ?
 - Les opérations d'application de la loi ont-elles eu une incidence sur le prix ou la qualité des drogues revendues ? Si oui, cela a-t-il eu un impact positif ou négatif sur le marché des drogues et sur les consommateurs ?
- **Des indicateurs mesurant les niveaux de criminalité liée à la drogue :**
 - Les profits, le pouvoir et la zone d'influence de la criminalité organisée ont-ils diminué ?
 - La violence associée aux marchés des drogues a-t-elle été réduite ?
 - Le nombre de délits mineurs commis par les usagers dépendants à la drogue a-t-il décliné ?
- **Des indicateurs montrant les effets bénéfiques des interventions de maintien de l'ordre sur les programmes sanitaires et sociaux:**
 - Combien d'individus dépendants ont été orientés vers des services de traitement par les forces de l'ordre et le système judiciaire ?
 - Suite au traitement, combien d'individus sont parvenus à une abstinence durable ?
 - Le taux de mortalité par overdose a-t-il diminué ?

- Les niveaux de contamination par le VIH ou par hépatite virale ont-ils baissé chez les usagers dépendants ?
- Des indicateurs évaluant l'influence des actions de maintien de l'ordre sur l'environnement, les modes de consommation et la dépendance :
 - Quel est l'impact des actions de maintien de l'ordre sur l'environnement socio-économique des communautés affectées ?
 - Suite à ces interventions, les tendances de consommation et de dépendance à la drogue ont-elles évolué ?

Les actions de maintien de l'ordre doivent avoir pour but de :

- Lutter contre le crime organisé
- S'attaquer aux problèmes associés au petit trafic
- Réduire les facilités d'accès des jeunes à la drogue
- Restreindre le nombre de délits mineurs commis par les usagers dépendants
- Soutenir les programmes socio-sanitaires

Ces indicateurs sont proposés pour déterminer si les programmes d'application de la loi ont contribué à réduire les effets négatifs des marchés de drogues et fixent un ensemble d'objectifs réalistes et donc plus faciles à atteindre. Cette réorientation des objectifs et des indicateurs ne signifie pas que les programmes de maintien de l'ordre n'auraient plus leur place dans le contrôle des drogues, mais plutôt qu'un meilleur ciblage des objectifs et des indicateurs renforceront l'efficacité des agences de maintien de l'ordre dans leur action, en particulier dans les domaines abordés ci-dessous :

Lutter contre le crime organisé

De simples programmes de maintien de l'ordre ne seront jamais en mesure d'éradiquer entièrement le marché des drogues contrôlées (des opérations longues et coûteuses, visant à éliminer un groupe en particulier, n'ont souvent pour résultat que son remplacement par

un autre). Il est par conséquent nécessaire que les stratégies et interventions prennent pour cible les organisations criminelles et les individus dont les activités sont les plus nuisibles à la société, que ce soit par la corruption d'administrations et d'institutions, la violence, l'intimidation de citoyens respectueux des lois, ou le détournement et l'affaiblissement d'activités économiques légales.

Les interventions contre le crime organisé doivent être basées sur des informations fiables⁸ et se préoccuper avant tout des dommages causés à la société. Cela peut conduire à des difficultés pour établir les priorités des stratégies de lutte contre la drogue : il s'agira de s'attaquer aux aspects les plus dommageables de ces activités, plutôt que de se concentrer uniquement sur les saisies de drogues et les arrestations. Il convient aussi d'inciter les marchés à se tenir à l'écart des espaces publics⁹ et à mettre en place des réseaux de partenaires non-violents (pour plus d'informations, voir [Section 4.2 : « Réduire la violence associée aux marchés des drogues »](#)). Comme il s'agit d'une question transnationale, une coopération internationale sera souvent nécessaire.

S'attaquer aux problèmes associés au petit trafic

Les marchés de détail peuvent fonctionner de plusieurs façons, dans des espaces privés ou publics, de manière concentrée ou dispersée, sous le contrôle de quelques groupes dominants ou, au contraire, d'un grand nombre de réseaux. Les différents types de marchés de détail peuvent avoir des impacts différents sur les communautés, en fonction de leur visibilité, leur niveau de violence ou la méthode d'intimidation utilisée. Les initiatives de maintien de l'ordre qui se basent indifféremment sur les aspects

visibles du marché peuvent provoquer des changements qui ne font qu'aggraver les dommages causés à la communauté. Par exemple, il arrive fréquemment que le succès d'une opération menée contre un groupe de trafiquants conduit à une aggravation de la violence entre différents groupes prétendant s'approprier un « territoire » laissé vacant, ou à son occupation par un groupe encore plus violent. De même, une descente dans des locaux privés, où les trafiquants de drogues sont concentrés, peut avoir pour effet de déplacer le marché vers un lieu public, le rendant plus dangereux. Bien que chaque situation soit unique, les marchés de détail causent généralement plus de dommages lorsqu'ils se développent dans des espaces publics, vu la concentration et l'implication de groupes prêts à recourir à la violence, l'intimidation ou la corruption pour protéger leur commerce. Les stratégies de maintien de l'ordre contre le petit trafic doivent par conséquent s'appuyer sur une bonne connaissance du marché local et chercher à le canaliser, afin de minimiser les dommages collatéraux (voir les encadrées 4 et 5 de la [Section 4.2 : « Réduire la violence associée aux marchés des drogues »](#)).

Encadré 4. « Le miracle de Boston »

Le « miracle de Boston » est un exemple intéressant d'une approche qui s'attaque aux problèmes associés aux marchés de détail. A la fin des années 1980, la ville de Boston aux Etats-Unis a connu une hausse rapide de son taux d'homicides, qui est passé d'environ 15 pour 100 000 au milieu des années 1980 à 25 pour 100 000 en 1990. Les populations les plus touchées étaient souvent de jeunes hommes d'origine afro-américaine, faisant usage d'armes semi-automatiques, membres, pour bon nombre d'entre eux, d'un gang impliqué dans le marché du crack, en pleine expansion. Suite à un incident mortel en 1992, une alliance de groupes religieux s'est constituée et s'est mise à organiser des réunions regroupant des contrevenants impliqués dans des gangs, des officiers de police, des prêtres et des employés de services sociaux. L'alternative proposée aux délinquants était soit d'accepter de l'aide à travers des programmes éducatifs et d'apprentissage, soit d'être poursuivis par la police pour leurs activités violentes. Le projet visait également à empêcher le trafic d'armes. Une évaluation du programme en 2001 a révélé une baisse de 63% du taux mensuel d'homicide chez les jeunes.¹⁰

Encadré 5. L'application de la loi à High Point, en Caroline du Nord, aux Etats Unis

Un autre exemple est celui de la ville de High Point en Caroline du Nord, où la police a mis en place le modèle de Boston. Au cours d'une longue période, la police a rassemblé des informations sur des jeunes dealers impliqués dans le marché local de drogues, a contacté leurs parents ou d'autres personnes susceptibles de les influencer et, sur la base de ces informations, a pris contact avec les dealers. La police a fait savoir aux dealers qu'ils risquaient fort d'être emprisonnés s'ils continuaient leurs activités. Au bout de deux ans, cette initiative a eu pour résultat une réduction du nombre d'arrestations, ainsi qu'une diminution de 25% de la violence contre les personnes et d'atteintes à la propriété privée. Aujourd'hui le marché local a disparu.¹¹

Réduire l'accès des jeunes à la drogue

Il semble illusoire d'espérer que les forces de l'ordre puissent réduire de façon durable la quantité de drogues contrôlées disponibles dans un pays ou une ville donnée. En revanche, il est possible d'intervenir sur le marché de détail de façon à minimiser le risque que les jeunes aient accès au marché de la drogue. Les forces de l'ordre doivent chercher à modifier le marché local des drogues, afin qu'il soit moins accessible aux jeunes, par exemple, en concentrant leurs efforts sur les transactions qui ont lieu dans des parcs ou des aires de jeu, ou en incitant les marchés à opérer dans des locaux privés.

Les organismes responsables des politiques des drogues pourraient considérer comme facteur aggravant, lors de la détermination des peines, le fait de vendre des drogues à des enfants ou d'utiliser des mineurs

pour dealer. Cette approche a notamment été adoptée par la République Tchèque, l'Estonie, le Danemark et les Etats-Unis, mais cela a souvent conduit à des condamnations de plus en plus disproportionnées. Aux Etats-Unis, par exemple, les personnes les plus susceptibles de vendre de la drogue à proximité des écoles sont souvent des individus de couleur noire, en difficulté financière, car ils vivent souvent dans des banlieues surpeuplées où sont concentrées un grand nombre d'écoles. Les avantages et les inconvénients de ces « facteurs aggravants » doivent, par conséquent, être envisagés avec prudence.

Dans un marché réglementé, la vente de drogue à des mineurs pourrait être facilement restreinte par l'application de règles strictes, comme celles qui s'appliquent au tabac, à l'alcool ou aux drogues pharmaceutiques (voir encadré 7 de la Section 2.1 : « Réformer les lois sur la drogue »).

Réduire le nombre de délits mineurs commis par les usagers dépendants à la drogue

Les formes les plus répandues de délits liés à la drogue sont le vol, la fraude, la prostitution et les cambriolages commis par des usagers dépendants, afin de réunir l'argent nécessaire pour financer leur consommation.¹² De nombreux pays se sont rendu compte que les usagers dépendants représentaient un pourcentage important dans les statistiques relatives à certains délits mineurs. Les gouvernements qui ont mis en œuvre des programmes pour identifier des contrevenants récidivistes et les orienter vers des programmes de traitement de la dépendance, à l'efficacité éprouvée, ont constaté que c'était un moyen efficace et peu coûteux pour réduire les taux de criminalité.¹³ Les forces de l'ordre, étant souvent en contact avec ces individus, sont bien placées pour jouer ce rôle. Les solutions d'orientation vers des programmes de traitement de la dépendance, après arrestation ou après jugement, ou encore dans les prisons, se sont tous avérés efficaces pour réhabiliter les usagers dépendants et les couper de la petite délinquance (pour plus d'informations voir Section 2.3 : « Réduire les taux d'incarcération »).¹⁴ Les forces de l'ordre devraient par conséquent orienter un maximum d'usagers dépendants vers des programmes de traitement adaptés, plutôt que de consacrer l'essentiel de leurs efforts et de leurs ressources à les arrêter et les emprisonner.

Soutenir les programmes sanitaires et sociaux

A cause du régime de contrôle des drogues actuel, les usagers de drogues vivent souvent en marge de la société. La pauvreté et l'isolement sont des facteurs majeurs dans l'initiation à la consommation de drogues et le développement de la dépendance (des conditions de vie difficiles et le traumatisme émotionnel associé peuvent augmenter la vulnérabilité des individus face à la dépendance). Réciproquement, la dépendance exacerbe les problèmes préexistants.

Certains gouvernements ont adopté des politiques qui ont pour effet de renforcer l'exclusion sociale. Par exemple, l'arrestation et la condamnation des usagers dépendants, et les difficultés d'accès à l'emploi et à l'éducation peuvent renforcer la marginalisation sociale qu'ils connaissent déjà. Dans de telles circonstances, l'usage de drogues multiplie les risques sanitaires, tels que des overdoses ou des infections transmissibles par voie sanguine comme les hépatites ou le sida. Dans de nombreux pays, le sida est largement transmis par le partage de matériel d'injection contaminé. Les autorités sanitaires se sont par conséquent lancées dans une campagne mondiale visant à augmenter les services de prévention du sida pour les usagers dépendants. La plupart de ces mesures, telles que les programmes de distribution d'aiguilles stériles et de seringues, ne cherchent pas avant tout à diminuer les niveaux de consommation, mais visent plutôt à garder les usagers de drogues vivants et en bonne santé, et à les encourager à envisager des options de traitement. Les forces de l'ordre se sont généralement montrées réticentes à soutenir ces initiatives, considérant souvent qu'elles avaient pour effet d'excuser ou d'encourager la consommation de drogues contrôlées.

Le manque de soutien de la part des forces de l'ordre pour les initiatives sociales et sanitaires ciblant les usagers de drogues constitue un obstacle politique important. Il est pourtant nécessaire et souhaitable

que les forces de l'ordre et le système judiciaire soutiennent les programmes d'orientation des usagers dépendants vers des services sanitaires et sociaux appropriés, afin d'améliorer la santé publique, en particulier grâce à la réduction de la transmission du sida et du taux de décès par overdose. Etant en contact régulier avec les populations les plus exposées, la police et les fonctionnaires de justice peuvent jouer un rôle clé pour fournir des conseils et informations, faciliter l'accès aux services de réduction des risques, et répondre rapidement aux overdoses. Lorsque les forces de l'ordre et les services sanitaires travaillent conjointement pour atteindre des objectifs communs, les programmes d'intervention ont permis de réduire sensiblement la transmission du sida et le taux de mortalité par overdose (voir [encadré 6](#)).

Encadré 6. La politique des « quatre piliers » en Suisse

En 1994, le gouvernement suisse a adopté une nouvelle stratégie en matière de drogue, intégrant les objectifs de sécurité publique, de santé et de cohésion sociale. Elle comprend quatre piliers : les programmes de prévention, de traitement, de réduction des risques et de maintien de l'ordre. La stratégie a été élaborée en consultation avec les représentants des secteurs du maintien de l'ordre, de la santé publique et de la communauté. Cette nouvelle politique prévoit notamment la prescription d'opiacés (entre autres l'héroïne) pour traiter la dépendance. La mise en œuvre progressive de cette stratégie a conduit à une diminution significative des problèmes liés à la consommation de drogue. Dans un premier temps, la consommation d'héroïne a connu une baisse significative entre 1990 et 2005. Dans un deuxième temps, la politique a provoqué une réduction significative du nombre de décès par overdose et de décès indirectement liés à l'usage de la drogue, tels que ceux dus au SIDA et aux maladies associées au SIDA ou aux hépatites. Entre 1991 et 2004 le taux de mortalité lié à la drogue a chuté de plus de 50%. Troisièmement, les niveaux de contamination par le sida, via l'injection de drogue, ont été réduits de 80% en 10 ans. Enfin, la fréquence des délits liés à la propriété privée a baissé de 85%, et le trafic de drogues « dures » par les clients des programmes de prescription d'héroïne a diminué de 90%.¹⁵

Recommandations

- 1) Il est nécessaire de réviser les stratégies de maintien de l'ordre et de les recentrer sur de nouveaux objectifs, qui ne se focaliseraient plus uniquement sur le nombre de saisies de drogues et d'arrestations, mais principalement sur l'établissement d'un partenariat entre les organismes concernées, visant à réduire les problèmes sociaux et sanitaires liés à la drogue.
- 2) Il convient d'adopter un nouvel ensemble d'objectifs stratégiques et d'indicateurs de réussite pour l'application des lois relatives à la drogue.
- 3) La lutte contre la grande criminalité doit s'appuyer sur des informations fiables, et les ressources doivent être affectées aux aspects les plus néfastes du crime organisé plutôt qu'aux saisies de drogue et aux arrestations de petits dealers.
- 4) Les stratégies d'intervention contre les marchés de détail doivent être basées sur des informations précises concernant leur évolution au niveau local, et être en mesure de les canaliser pour réduire leurs dommages collatéraux.
- 5) Des politiques qui diminuent l'accessibilité des marchés de drogues aux jeunes doivent être développées. Cet objectif peut être atteint si les interventions des forces de l'ordre parviennent à canaliser le marché local des drogues, de telle façon qu'il soit moins à la portée des jeunes.

- 6) Il convient de mettre en place des mécanismes peu coûteux et ayant fait leurs preuves, afin de diriger les contrevenants vers des services de santé appropriés, tels que les services communautaires de traitement d'usagers de drogues. Les forces de l'ordre et le système judiciaire peuvent jouer un rôle majeur dans l'identification et l'orientation des usagers dépendants vers ces services.

Ressources clés

Caulkins, J. & Reuter, P. (January 2009), 'Towards a harm reduction approach to enforcement', *Safer Communities*, **8**(1):9–23, http://www.ukdpc.org.uk/resources/Safer_Communities_Jan09_Special_Issue.pdf

European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998–2007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf

Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies (2007), *Drug use and related problems among very young people (under 15 years old)* (Lisbonne: Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44741_EN_TDSI07001ENC.pdf

Jelsma, M. (2009), *Legislative innovation in drug policy* (Latin American Initiative on Drugs and Democracy), http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/Legislative%20Innovation_Martin_Eng.pdf

Lenton, S., Chanteloup, F., Fetherston, J., Sutton, A., Hawks, D., Barratt, M. & Farrington, F. (2005), *An evaluation of the impact of changes to cannabis law in Western Australia: Summary of the year 1 findings. Monograph Series No. 12.* (Melbourne: Commonwealth of Australia), http://www.ndlrf.gov.au/pub/Cannabis_WA.pdf

McSweeney, T., Turnbull, P.J. & Hough, M. (2008), *Tackling drug markets and distribution networks in the UK* (Londres: UKDPC), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Drug_Markets_Full_Report.pdf

Stevens, A. & Bewley-Taylor, D. (2009), *Beckley Report 15 – Drug markets and urban violence: can tackling one reduce the other?* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_15.pdf

UK Drug Policy Commission (2009), *Refocusing drug-related law enforcement to address harms – Full review report* (Londres: UKDPC), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Refocusing_Enforcement_Full.pdf

Notes de bas de page

- 1 Commission Européenne, Institut Trimbos, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998-2007* (Communautés européennes), http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc/report_short_10_03_09_en.pdf
- 2 Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionon-drugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf
- 3 Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionon-drugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf
- 4 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2011), *Rapport mondial sur la drogue pour 2011* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_french.pdf. Source: Rapport mondial sur la drogue de l'ONUDC pour 2009 et Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2008), UNODC calculations informed by US ONDCP, Cocaine Consumption Estimates Methodology (document interne)
- 5 Lenton, S. et al. (2005), *An Evaluation of the Impact of Changes to Cannabis Law in Western Australia: Summary of the Year 1 Findings*. Monograph Series No. 12. (Australie: NDLERF & NDRI), http://www.ndlerf.gov.au/pub/Cannabis_WA.pdf
- 6 International Centre for Science in Drug Policy (2010), *Effect of drug law enforcement on drug-related violence: evidence from a scientific review* (Vancouver: International Centre for Science in Drug Policy), <http://www.icsdp.org/docs/IC-SDP-1%20-%20FINAL.pdf>
- 7 National Institute on Drug Abuse (2004), *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2004, Volume I* (Bethesda: National Institute on Drug Abuse).
- 8 McSweeney, T., Turnbull, P.J. & Hough, M. (2008), *Tackling drug markets and distribution networks in the UK* (Londres: UK Drug Policy Commission), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Drug_Markets_Full_Report.pdf
- 9 Les marchés de détail fermés sont souvent associés à des taux de dommages liés à la drogue moins élevés. Les forces de l'ordre ont le potentiel d'"encourager" les marchés à devenir plus fermés
- 10 Stevens, A., Bewley-Taylor, D. (2009), *Beckley Report 15 – Drug markets and urban violence: Can tackling one reduce the other?* (Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_15.pdf
- 11 Caulkins, J.P. & Reuter, P. (2009) 'Towards a harm reduction approach to enforcement', *Safer Communities*, **8**(1)
- 12 Ces délits sont souvent spécifiques aux différents types de drogues utilisés. Voir : Bennet, T., Holloway, K. (2009), 'The causal connection between drug misuse and crime', *The British Journal of Criminology*, **49**: 513-531, <http://bjc.oxford-journals.org/cgi/content/abstract/azp014>
- 13 Voir, par exemple., Hughes, C.H. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *British Journal of Criminology*, **50**:999-1022. Cependant, cette approche n'a pour le moment pas prouvé son d'efficacité à réduire les taux généraux de criminalité, ce qui suggère que ces taux seraient davantage influencés par des facteurs sociaux plus larges (tels que l'inégalité, la pauvreté ou la marginalisation sociale) plutôt que par les marchés des drogues.
- 14 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2007), *Handbook of basic principles and promising practices on alternatives to imprisonment* (New York: ONU), http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/07-80478_ebook.pdf
- 15 Savary, J.F., Hallam, C. & Bewley-Taylor, D. (2009), *Briefing Paper 18 – The Swiss four pillars policy: An evolution from local experimentation to federal law* (Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Briefing_18.pdf

2.3 Réduire les taux d'incarcération

Dans cette section:

- Problèmes associés à des taux élevés d'incarcération
- Alternatives à l'emprisonnement
- Dépénalisation et réduction des peines pénales pour possession de drogues pour usage personnel
- Mécanismes d'orientation des contrevenants hors du système carcéral

La dépénalisation, la réduction des peines pénales ou l'orientation des usagers de drogues vers des programmes appropriés sont des mécanismes efficaces et peu coûteux pour réduire les taux d'incarcération et la criminalité liée à la drogue. Ces mécanismes permettent également de promouvoir la santé et l'intégration sociale des auteurs de délits liés à la drogue.

Pourquoi est-il important de réduire les taux d'incarcération ?

Dans le but de réduire l'ampleur des marchés des drogues, de nombreux gouvernements recourent à la prison pour les auteurs d'infractions liées à la drogue. Cette stratégie est justifiée par la croyance que des sanctions sévères imposées par un système de justice pénale impitoyable dissuaderont les producteurs, les consommateurs et dealers potentiels de s'impliquer dans le marché des drogues. Les prisons jouent donc souvent un rôle important dans les systèmes nationaux du contrôle des drogues, bien que l'étendue et la nature de leur utilisation varie considérablement d'un pays à l'autre.

Ces quatre dernières décennies, un nombre croissant d'individus ont été arrêtés et incarcérés pour des délits relatifs à la drogue. L'exemple le plus impressionnant est celui des prisons fédérales américaines, où plus de la moitié des détenus ont été condamnés pour des infractions liées à la drogue.¹ L'Europe, l'Asie, l'Afrique, l'Océanie et le continent américain ont aussi connu une hausse, certes moins importante, du nombre de personnes incarcérées pour des délits liés à la drogue.² Cette tendance à la hausse du recours à la prison est troublante, en particulier parce que leur efficacité à réduire les problèmes associés à la drogue est fort contestable.

Encadré 1. Extrait du *Manuel de l'ONUDC sur les principes fondamentaux et pratiques prometteuses d'alternatives à l'emprisonnement*³

« La liberté individuelle est l'un des droits humains les plus fondamentaux, reconnu par les instruments internationaux de défense des droits humains et les constitutions des pays du monde entier. Pour pouvoir priver quelqu'un de ce droit, même temporairement, les gouvernements ont le devoir de justifier le recours à l'emprisonnement comme étant une mesure nécessaire dans l'intérêt de la société, en l'absence d'autres moyens moins restrictifs pour atteindre le même objectif ».

L'incarcération massive des usagers de drogue est coûteuse, inefficace et responsable d'une hausse des problèmes sanitaires et sociaux, tout en n'ayant qu'un effet dissuasif et préventif limité sur la consommation de drogues

L'attitude adoptée par le système de contrôle des drogues de l'ONU reste elle-même ambivalente face aux mesures punitives contre des infractions relatives à la drogue. En 2007, l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) a consacré un chapitre entier de son rapport annuel à la nécessité d'appliquer des sanctions proportionnées aux délits liés à la drogue. Cependant, cette recommandation a été faite dans un contexte juridique international qui continue d'encourager une approche purement pénale vis-à-vis de la drogue. La Convention de 1988⁴, en particulier, oblige les gouvernements à adopter toutes les mesures nécessaires pour mettre en place des sanctions pénales contre les infractions liées à la drogue. Cependant, les conventions de contrôle de l'ONU laissent aux Etats signataires une marge de manœuvre considérable, en leur permettant d'appliquer des mesures sociales et sanitaires en complément, ou en remplacement des peines pénales pour les contrevenants dépendants à la drogue. Par conséquent, les conventions n'exigent pas spécifiquement que la consommation de drogues soit criminalisée.⁵ En pratique, la plupart des pays ont introduit des lois et des peines de plus en plus sévères, afin de respecter le texte et « l'esprit » des conventions de l'ONU sur la drogue. Des critiques ont récemment été émises à l'encontre des politiques d'incarcération massive, jugées trop coûteuses, inefficaces et responsables d'une hausse des problèmes sanitaires et sociaux, tout en n'ayant qu'un effet dissuasif et préventif limité vis-à-vis de la consommation de drogues.

Problèmes associés à des taux élevés d'incarcération

Les preuves disponibles soulignent que des interventions répressives, visant à incarcérer un grand nombre d'individus, ont eu des conséquences désastreuses, non seulement pour les usagers de drogues mais également pour le système de justice pénale et pour la société.

Un coût financier important

D'après les calculs de Jeffrey Miron, professeur d'économie à l'Université de Harvard, environ 12,3 milliards de dollars auraient été dépensés en 2006 aux Etats-Unis⁶, pour maintenir les individus ayant transgressé les lois anti-drogue dans les prisons d'état et les prisons fédérales. Au début des années 1990, on estimait même que le coût annuel pour maintenir un individu en prison était supérieur à celui des frais de scolarité, de logement et de pension à l'Université de Harvard pendant un an. Ces coûts élevés ne concernent pas que les Etats-Unis. Au nord de la frontière, le gouvernement canadien a affecté près de 3 milliards de dollars à ses institutions pénitentiaires pendant la période de 2005-2006. Alors que des ressources considérables sont consacrées à l'incarcération de personnes condamnées pour consommation de drogues, peu de ressources sont affectés à des programmes sociaux et économiques importants, tels que le logement, l'éducation et le traitement de la dépendance à la drogue, programmes pourtant indispensables pour atténuer les problèmes associés à la drogue et lutter contre les conditions mêmes qui peuvent conduire certaines personnes à en consommer.

Une surcharge du système de justice pénale

Les lois nationales imposant des peines plancher et un système de détention provisoire conduisent à une augmentation significative des taux d'incarcération, notamment pour les contrevenants non-violents. Ce phénomène peut, par ailleurs, avoir un effet négatif sur la crédibilité et le fonctionnement du système judiciaire d'un pays donné. En effet, la condamnation des auteurs de délits mineurs liés à la drogue à des peines aussi sévères que celles prononcées contre les braqueurs de banques, les preneurs d'otages, les violeurs et les assassins, ne peut que nuire à la crédibilité des principes d'équité et de proportionnalité du système judiciaire. La surcharge du système de justice pénale avec des délits mineurs affaiblit également sa capacité à fonctionner efficacement et à concentrer les ressources disponibles sur les criminels les plus dangereux.

Un impact limité sur la réduction de la consommation de drogues

Certains gouvernements soutiennent que l'application de lois répressives aura un effet direct sur la réduction de la demande, et donc de la consommation. Cette certitude est basée sur la supposition erronée que les consommateurs incarcérés ne contribueront plus au marché noir et que le niveau de consommation sera réduit par l'effet dissuasif de sanctions sévères. En pratique, il est cependant difficile de trouver une corrélation entre les taux d'incarcération des usagers de drogues et la diminution de l'ampleur du marché illégal (voir [encadré 2](#)). L'OMS a constaté que « les pays ayant adopté des politiques sévères sur la consommation de drogues n'ont pas enregistré de taux plus faibles de consommation par rapport aux pays dont les politiques en matière de drogue sont plus libérales ».⁷

Encadré 2. Une comparaison entre les taux d'incarcération et la prévalence de consommation de drogues à Amsterdam et à San Francisco

Une étude de 2004 comparant la consommation de cannabis à Amsterdam, aux Pays-Bas, et à San Francisco, aux Etats Unis, a conclu que le risque potentiel de sanction n'avait aucun effet sur le niveau de consommation. Malgré des différences significatives dans les régimes législatifs de ces villes (Amsterdam permet la consommation de drogues dans les coffee shops, alors que San Francisco envoie les usagers de drogues en prison), les chercheurs ont mis en évidence des similitudes notables quant aux tendances de consommation.⁸ Les recherches effectuées jusqu'à aujourd'hui montrent que les sanctions ont généralement un effet limité sur la consommation de drogues, particulièrement chez les usagers dépendants.

Les politiques ayant recours à la prison pour réduire la prévalence de consommation semblent par ailleurs ignorer l'existence d'importants marchés noirs au sein même des prisons du monde entier. Par exemple, en 2004, un rapport de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) estimait que la prévalence de l'usage de drogues parmi les détenus variait de 22% à 86% dans les prisons européennes.⁹ De même, une étude allemande datant de 2006 révélait que 75% des usagers de drogues injectables incarcérés continuaient à s'injecter de la drogue en prison.¹⁰

D'autres gouvernements ont justifié leur politique d'incarcération en invoquant le rôle positif de réinsertion sociale joué par les prisons pour les individus ayant enfreint les lois sur les drogues. Cependant, il est largement reconnu que l'emprisonnement en soi n'a pas d'effet réformatrice. Proposer aux prisonniers dépendants un traitement de la dépendance approprié peut certes avoir un impact positif sur la consommation de drogue et sur les taux de récidives après leur libération. Toutefois, le traitement de la dépendance en prison devrait toujours être considéré comme un dernier recours. Les exemples de bonne pratique à travers le monde montrent que de meilleurs résultats peuvent être atteints lorsque le traitement est effectué au sein de la communauté (voir [encadré 3](#)).

Encadré 3. Comparaison entre l'efficacité du traitement au sein de la communauté et le traitement dans les prisons new-yorkaises

Le programme « Traitement alternatif à la prison pour les usagers de drogues » a été développé à Brooklyn, à New York, en 1990. Ce programme offre un programme de traitement de 15 à 24 mois dans un centre thérapeutique résidentiel. Le centre est accessible aux usagers dépendants, condamnés à une peine de prison pour récidive dans la revente de drogues, qui n'ont pas commis de crimes violents, n'ont pas de problèmes de santé graves et sont prêts à suivre un programme de traitement et à accepter une vie communautaire. Une évaluation du programme sur cinq ans a fait état de taux de récidive de 26% pour les participants, contre 47% pour les détenus suivant un traitement similaire.¹¹

Le recours excessif à la prison a un coût collatéral important pour la santé

Conséquences sur la santé publique

Les programmes d'incarcération engendrent également des dommages collatéraux significatifs dans le domaine de la santé, en particulier en ce qui concerne les infections transmissibles par voie sanguine, telles que le sida ou l'hépatite C. Le niveau de consommation de drogue, surtout par injection, est plus élevé en prison qu'au sein de la population dans son ensemble. A cause du manque, voire de l'inexistence de programmes d'échange de seringues dans les prisons de la plupart des pays, les détenus sont souvent contraints à réutiliser du matériel contaminé. En 2009, un bilan des données sur le sida en prison a révélé que les taux élevés de sida, de dépendance à la drogue et de partage de matériel d'injection parmi les détenus faisaient des prisons un environnement particulièrement risqué pour la transmission du sida et autres maladies transmissibles par voie sanguine. Ces facteurs contribuent ensuite à la propagation du sida dans l'ensemble de la population, lorsque les prisonniers sont libérés et retournent dans leur communauté (voir [Section 2.4 « Développer une politique efficace au sein des prisons »](#)).¹²

L'incarcération généralisée à également une incidence sur un grand nombre de pathologies, notamment les problèmes de santé mentale non diagnostiqués, les maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension ; ainsi que des problèmes de santé bucco-dentaire et de nutrition. D'autre part, les condamnations à de longues peines d'emprisonnement ont conduit à une augmentation du nombre de personnes âgées en prison, atteintes de pathologies diverses telles que la maladie d'Alzheimer, des insuffisances cardiaques et respiratoires, etc. Bien souvent, les problèmes de santé des prisonniers s'aggravent plutôt qu'ils ne s'améliorent pendant la durée de la détention, à cause de la surpopulation carcérale et du manque de moyens.

Alors que de plus en plus de services, visant à prévenir et à traiter le sida et autres maladies infectieuses, sont disponibles au sein de la communauté, les prisonniers n'ont généralement pas accès aux soins médicaux de base, à une nutrition adéquate ou à un diagnostic et un traitement du sida et d'autres maladies infectieuses.

Des stratégies alternatives à l'incarcération

Au vu du coût de l'incarcération et de son effet peu dissuasif, il est difficile de justifier une politique des drogues basée sur des arrestations généralisées et des sanctions sévères. Les stratégies alternatives à l'incarcération devraient être basées sur des preuves scientifiques ayant montré leur efficacité à faciliter le traitement de la dépendance et à réduire la criminalité liée à la drogue. Elles devraient par ailleurs être fondées sur deux principes clés, c'est-à-dire :

- **Traiter la consommation de drogues comme un problème de santé, et non comme un crime** : il est nécessaire d'opter pour une nouvelle approche qui ne considère plus la consommation de drogues comme un crime, mais comme un problème de santé. Les usagers dépendants ne devraient, par conséquent, plus être punis mais encouragés à accéder à un programme de traitement de la dépendance fondé sur des preuves scientifiques. Cette approche implique aussi la réduction des taux d'incarcération et l'élaboration d'autres mécanismes pour traiter les usagers interpellés.
- **Imposer des peines proportionnées contre des infractions relatives à la drogue** : un changement fondamental est nécessaire pour sanctionner les infractions relatives à la drogue. Les lois et règlements établissant des peines et des sanctions contre les infractions relatives à la drogue devraient être réformés, pour refléter la gravité de l'infraction et l'impact probable des sanctions pénales sur le marché global des drogues. Quant à elle, la peine de mort ne devrait jamais être utilisée pour les infractions liées à la drogue (voir [encadré 3](#) de la Section 2.1 : « Réformer les lois sur la

drogue »). Il est important de faire la distinction entre différents types de contrevenants : les usagers récréatifs ou occasionnels, les usagers dépendants, les dealers « sociaux » ou de petite envergure et les trafiquants de grande envergure ou opérant en bandes organisés (voir [Section 2.1 : « Réformer les lois sur la drogue »](#)). La détention provisoire et les peines plancher doivent être évitées en cas de délits mineurs et non-violents, afin de réduire la surpopulation dans les prisons. Les responsables politiques doivent s'efforcer de comprendre l'étendue des risques engendrés par les différentes activités liées à la drogue, afin de déterminer si la sanction est nécessaire et proportionnée.

Certains mécanismes d'orientation des contrevenants vers des programmes sociaux et sanitaires permettent de réduire les taux d'incarcération

Certains mécanismes d'orientation vers des programmes sociaux et sanitaires peuvent contribuer à réduire les taux d'incarcération de contrevenants de petite envergure et non-dangereux. Il est possible de combiner différents mécanismes afin d'éviter d'envoyer ces individus en prison, de réduire la pression sur les systèmes de justice pénale et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan social et sanitaire.

Réduire les peines pénales et dépénaliser la possession de drogues pour usage personnel

Les personnes appréhendées en possession de drogues pour usage personnel devraient être considérées comme appartenant à une catégorie spéciale, et ne pas être envoyées en prison pour simple possession en vue d'un usage personnel ou consommation. Jusqu'ici, trois stratégies principales ont été adoptées dans le but d'éviter l'emprisonnement dans des cas de ce type :

- la réduction des peines pénales (voir [encadré 4](#) avec l'exemple de l'Australie)
- la dépénalisation *de facto* (voir [encadré 5](#) avec l'exemple des Pays Bas)
- la dépénalisation (pour des exemples détaillés voir [Section 2.1 : « Réformer les lois sur la drogue »](#))

Ces stratégies ont eu pour effet de réduire l'engorgement des systèmes de justice pénale et la surpopulation carcérale et d'améliorer l'accès aux services sociaux et sanitaires, sans pour autant conduire à une hausse de la consommation de drogue.¹³

Encadré 4. La réduction de peines pénales en Australie

Plusieurs états australiens ont adopté une politique équilibrée englobant le maintien de l'ordre et l'offre de services de traitement pour des auteurs d'infractions relatives à la drogue. Dans ces états, la culture et la possession du cannabis sont punies par des amendes ou des avis d'infraction, plutôt que par des peines de prison. Les policiers ont mis en œuvre ce système modéré de maintien de l'ordre, avec un succès considérable, tout en évitant certains effets négatifs des modèles trop prohibitionnistes, tels que la perte de main d'œuvre et les menaces sur les libertés civiles. Cette approche a eu un effet positif sur les taux d'incarcération, puisque 11% seulement de la population carcérale était emprisonnée pour délits relatifs à la drogue en 2010.¹⁴

Encadré 5. Le modèle de dépénalisation *de facto* aux Pays-Bas

Dans les années 1970, le gouvernement hollandais a appliqué une politique de dépénalisation *de facto* vis-à-vis du cannabis. Bien que, dans ce système, la possession et la consommation du cannabis restent illégaux, le Ministère hollandais de la justice a choisi de ne pas faire appliquer strictement la loi. La possession de moins de cinq grammes de cannabis ne fait donc plus l'objet d'interventions répressives. Depuis les années 1980, l'achat et la revente de petites quantités de cannabis ont été autorisés dans des « coffee shops » pourvus d'une licence, et soumis à une réglementation stricte.

L'orientation des contrevenants vers des services sociaux et de santé va souvent de pair avec les systèmes de réduction des peines pénales et de dépenalisation. Les divers systèmes d'orientation utilisés à travers le monde varient considérablement, mais peuvent être classés selon le moment où la personne est orientée. Ces différents mécanismes sont expliqués ci-dessous :

- l'orientation des contrevenants lors de l'arrestation
- l'orientation des contrevenants lors des procédures judiciaires
- l'orientation des contrevenants lors de la détermination des peines

Une autre distinction entre les systèmes d'orientation des contrevenants peut être établie : dans quelques pays, l'orientation s'applique aux personnes appréhendées en possession de drogues, tandis que d'autres pays choisissent d'appliquer le système uniquement aux personnes arrêtées pour des délits résultant de leur dépendance à la drogue (par exemple le vol, la fraude ou le travail du sexe).

L'orientation des contrevenants dès leur arrestation

Les mécanismes d'orientation des contrevenants au moment de leur arrestation ont été conçus pour éviter de surcharger le système judiciaire avec des auteurs d'infractions mineures, et pour offrir des services appropriés aux usagers dépendants. L'orientation des contrevenants dès leur arrestation fait donc appel aux commissaires et officiers de police, comme personnes clés pouvant décider si une personne sera envoyée vers un programme de traitement ou sera poursuivie en justice. Le Portugal offre un bon exemple d'orientation hors du système de justice pénale (voir [encadré 6](#)).

Encadré 6. Les Commissions de dissuasion portugaises¹⁵

En Juillet 2001, le Portugal a adopté une loi nationale pour dépenaliser la possession de drogues pour usage personnel. En vertu de ce régime juridique, le trafic de drogue continue d'être considéré comme une infraction pénale, mais la possession de drogues pour usage personnel est maintenant d'ordre administratif. La loi a également introduit un système de renvoi à des Commissions de dissuasion pour la dépendance à la drogue (« *Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência* »). Lorsqu'une personne en possession de drogues est arrêtée, la police la renvoie directement à son comité régional, constitué de trois personnes, un(e) assistant(e) social(e), un conseiller juridique, un professionnel de la santé, et soutenu par une équipe d'experts techniques.

Les commissions utilisent une panoplie de solutions, au cas par cas, pour dissuader les nouveaux usagers et encourager les usagers dépendants à recevoir un traitement. Elles peuvent, par exemple, imposer des sanctions telles que des travaux d'intérêt général, des amendes, la suspension de licences professionnelles et l'interdiction de fréquenter certains lieux. Les commissions peuvent enfin recommander des programmes de traitement ou d'éducation pour les usagers dépendants.

Suite à l'adoption de ce nouveau système, la proportion de contrevenants usagers de drogues condamnés à l'emprisonnement a chuté à 28% en 2005, après un pic de 44% en 1999. Cette baisse a contribué à réduire la surpopulation dans les prisons : les établissements, prévus pour accueillir 100 détenus, en accueillent aujourd'hui 101,5, au lieu de 119 en 2005.¹⁶ Ces données indiquent que la réforme portugaise a effectivement réduit la pression exercée sur le système de justice pénale.

L'orientation des contrevenants lors des procédures judiciaires

Dans ce système, ce sont les procureurs qui déterminent si le contrevenant arrêté devrait comparaître devant un tribunal ou être dirigé vers un programme de traitement (voir [encadré 7](#)).

Encadré 7. Le système écossais d'orientation des contrevenants lors des procédures judiciaires¹⁷

Le programme national écossais d'orientation des contrevenants lors des procédures judiciaires, introduit en 2000-2001, s'applique aux contrevenants de tout âge. Cette approche est conçue pour éviter qu'une personne, ayant commis une infraction relativement mineure et ne représentant aucun danger pour la société, soit renvoyé au système de justice pénale. En Ecosse, il appartient au procureur de désigner, parmi les accusés qui lui sont signalés par la police, ceux pouvant être orientés vers des services sociaux.

Une jeune personne participant à un tel programme devra participer à des entretiens individuels et/ou des séances collectives, portant sur un certain nombre de thèmes, tels que les comportements délictueux, l'alcoolisme et la drogue, les aptitudes sociales, l'éducation, l'emploi, la formation, ainsi que la résolution de problèmes personnels. Ce programme a beaucoup contribué à réduire les taux de récidive. Par exemple, le programme d'Orientation des Jeunes Hors du Système Judiciaire à Dumfries et Galloway, mis en œuvre de Mai à Août 2010 et grâce auquel 20 jeunes ont été orientés vers un programme d'assistance sociale de 6 semaines, a donné des résultats très encourageants : seulement cinq d'entre eux ont récidivé.

L'orientation des contrevenants lors de la détermination des peines

Ce système accorde aux juges la responsabilité de la décision. Il existe deux types de tribunaux pour orienter les contrevenants, lors de la détermination des peines : les tribunaux ordinaires ou les tribunaux spécialisés en matière de drogue. Quelques pays, tels que le Royaume Uni, utilisent ces deux systèmes (voir [encadré 8](#)).

Encadré 8. L'orientation des contrevenants lors de la détermination des peines au Royaume Uni

Le Royaume Uni a mis en place à la fois des tribunaux généraux et des tribunaux spécialisés pour répondre aux infractions liées à la drogue. Depuis le milieu des années 1990, une campagne importante a été développée, pour orienter les contrevenants dépendants à la drogue vers un programme de traitement plutôt que de les emprisonner.

Chaque tribunal britannique dispose des moyens et des procédures nécessaires pour déterminer si l'infraction commise est liée ou non à la dépendance à la drogue, et si le contrevenant pourrait bénéficier d'un traitement (au Royaume Uni les personnes sont rarement emprisonnées pour simple possession de drogue, la plupart des contrevenants étant poursuivis pour des infractions liées à la drogue, telles que la revente de drogues, le vol, la fraude et le travail du sexe). Si le tribunal estime qu'une peine non-privative de liberté est appropriée, et si des places sont disponibles dans un programme de traitement, il peut décider de diriger le contrevenant vers ce programme, plutôt que de l'envoyer en prison. Dans ce cas, des agents de probation sont chargés de conseiller le tribunal sur les options de traitement adaptées.

En 2004, le Royaume Uni a créé, de façon expérimentale, six tribunaux pilotes spécialisés en matière de drogue (DDC) pour les contrevenants dépendants. Ces tribunaux ont le même pouvoir

que les tribunaux ordinaires, celui de décider si un programme de traitement peut se justifier comme peine de substitution à l'incarcération. Ils se différencient par le fait qu'ils disposent de personnel et de juges spécialisés dans les problèmes de drogue, et suivent de beaucoup plus près les progrès des contrevenants dans leur traitement. Par exemple, les tribunaux spécialisés exigent des rapports réguliers sur les progrès du traitement, et des entretiens périodiques du contrevenant avec le juge pour faire le point. Ces rapports réguliers aident à développer une relation plus étroite entre le contrevenant et le juge, ce qui permet d'améliorer les résultats des programmes de traitement. Une évaluation de ce programme a mis en évidence sa contribution à réduire la consommation de drogue et les infractions liées à la drogue, mais elle a aussi montré que l'efficacité de ces tribunaux spécialisés dépendait beaucoup de l'existence de traitements vraiment appropriés vers lesquels orienter les contrevenants.¹⁸

Recommandations

- 1) Un changement stratégique est nécessaire consistant à voir la consommation de drogues sous l'angle de la santé publique plutôt que sous celui de la criminalité. Les usagers dépendants, qui ne sont pas impliqués dans des délits menaçant l'ordre public, devraient donc bénéficier d'un traitement plutôt que d'encourir une sanction pénale. La prison devrait être réservée aux contrevenants dangereux.
- 2) Les lois et les règlements prescrivant les peines contre les délits liés à la drogue doivent être revus, afin de faire la distinction entre les niveaux de gravité des infractions, les différents acteurs impliqués dans le marché des drogues et les divers impacts qu'ils peuvent avoir sur le marché.
 - Le recours à l'incarcération devrait être réservé aux grands trafiquants et/ou aux plus violents.
 - Les gouvernements devraient envisager une réduction des peines pénales et/ou la dépénalisation pour la consommation de drogues et le petit trafic de rue non-violent.
- 3) Afin d'éviter que des affaires mineures en matière de drogue paralysent les systèmes de justice pénale, des mécanismes devraient être conçus pour orienter les contrevenants, lors de leur arrestation ou du prononcé des peines, permettant aux usagers dépendants d'accéder à des services appropriés, tels que des programmes de traitement de la dépendance à la drogue fondés sur des preuves scientifiques.
- 4) Les procédures pénales susceptibles d'engendrer une surcharge de la capacité carcérale (telles que les peines plancher ou la détention provisoire) devraient s'appliquer uniquement dans les cas d'infractions les plus graves.

Ressources clés

Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The incarceration of drug offenders, an overview* (Oxford: The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Report_16_2_FINAL_EN.pdf

Réseau Juridique Canadien sur le VIH/SIDA (2006), *Legislating on health and human rights: model law on drug use and HIV/AIDS. Module 1: Criminal law issues* (Toronto: Réseau Juridique Canadien sur le VIH/SIDA), <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1052>

Crossen-White, H. & Galvin, K. (2002), 'A follow-up study of drug misusers who received an intervention from a local arrest referral scheme', *Health Policy*, **61**(2): 153–171, <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/heap/article/PIIS016885100200009X/abstract>

Edmunds, M., May, T., Hearnden, I. & Hough, M. (1998), *Arrest referral – emerging lessons from research* (Londres: Crown Copyright), Report prepared for the Home Office, <http://www.nationalarchives.gov.uk/ERORecords/HO/421/2/dpas/cdpur23.pdf>

Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons', *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)

Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2007), *UNODC handbook of basic principles and promising practices on Alternatives to Imprisonment* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/07-80478_ebook.pdf

Notes de bas de page

- 1 US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (Décembre 2011), *Prisoners in 2010* (Washington D.C.: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics), <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/p10.pdf>
- 2 Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R., (2009), *Beckley Report 16 – the incarceration of drug offenders, an overview* (Oxford: The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Report_16_2_FINAL_EN.pdf
- 3 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2007), *Handbook of basic principles and promising practices on alternatives to imprisonment* (New York: ONUDC), http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/07-80478_ebook.pdf
- 4 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>
- 5 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 18 - The UN drug control conventions: The limits of latitude*, <http://idpc.net/publications/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>
- 6 Miron, J. (Décembre 2008), *The budgetary implications of drug prohibition*, http://petermoskos.com/readings/miron_2008.pdf
- 7 Degenhardt, L., Chiu, W.T., Sampson, N., Anthony, J.C., Angermeyer, M., et al (2011), 'Towards a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys', *PLoS Medicine*, **5**(7): e141, <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050141;jsessionid=BC64618F2CF7D2D6597EB7C1E05B7A81>
- 8 Reinerman, C., Cohen, P.D. 7 Kaal, H.L. (2004), 'The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and San Francisco'. *American Journal of Public Health*, **94**(5):836-842, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117709>
- 9 Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, (2003), *Rapport Annuel de 2003 - State of the drugs problem in the European Union and Norway* (Lisbonne: Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2003>
- 10 Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S. 7 Bienze, U. (2006). 'A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin', *Germany Epidemiology and Infection* **134**(4): 814-819, <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract;jsessionid=16924D20C547071C9D74A6CDC1FC504A.tomcat1?fromPage=online&aid=449884>
- 11 National Center on Addiction and Substance Abuse (2003), *Crossing the bridge: An evaluation of the drug treatment alternative-to-prison (DTAP) Program*. ACASA White Paper (New York: National Center on Addiction and Substance Abuse, Colombia University), <http://www.casacolumbia.org/articlefiles/379-Crossing%20the%20Bridge%20DTAP%20Evaluation.pdf>
- 12 Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons'. *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1):57-66, <http://www.who.int/hiv/topics/idu/InterventionsReduceHIVIDUinPrisons.pdf>
- 13 Voir; par exemple: Hughes, C.E. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *British Journal of Criminology*, **50**: 999–1022, <http://bjc.oxfordjournals.org/content/50/6/999.abstract>
- 14 Australia Bureau of Statistics (2010), *Prisoners in Australia* (Melbourne: Australian Bureau of Statistics), [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/F3916FB1F45FAF12CA2577F3000F11F0/\\$File/45170_2010.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/F3916FB1F45FAF12CA2577F3000F11F0/$File/45170_2010.pdf)
- 15 Domostawski, A. (2011), *Drug policy in Portugal – the benefits of decriminalising drug use* (Warsaw: Open Society Foundations), <http://idpc.net/sites/default/files/library/drug-policy-in-portugal-benefits-of-decriminalising.pdf>; Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies (2011), *Drug policy profiles – Portugal* (Lisbonne: Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies), <http://idpc.net/sites/default/files/library/EMCDDA-drug-policy-profile-Portugal.pdf>; Hughes, C.E. & Stevens, A. (2012), 'A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs', *Drug and Alcohol Review*, **31**: 101–113, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2011.00383.x/abstract>
- 16 Aebi, M.F. & Delgrande, M. (2009), *Council of Europe annual penal statistics, Space I, Survey 2007*. (Strasbourg: Council of Europe), http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP_2009_%2001Rapport%20SPACE%20I_2007_090505_final_rev.pdf
- 17 The Development Centre for Scotland, Social Work in Youth and Criminal Justice, *Diversion*, <http://www.cjsw.ac.uk/content/diversion>
- 18 Ministère de la Justice britannique (2011), *The dedicated drug courts pilot evaluation process study*, Ministry of Justice Research Series (Londres: Crown Copyright), <http://www.justice.gov.uk/downloads/publications/research-and-analysis/moj-research/ddc-process-evaluation-study.pdf>

2.4 Développer une politique efficace au sein des prisons

Dans cette section :

- Risques sanitaires en prison
- Responsabilités concernant la santé des détenus : les obligations internationales
- Gérer les risques sanitaires dans les prisons
- Traiter la dépendance à la drogue dans les prisons
- Responsabilité pour assurer les soins médicaux en prison

Les responsables politiques et les autorités pénitentiaires doivent parvenir à gérer efficacement les problèmes de santé en prison, tout en protégeant les droits humains des détenus, en leur offrant des programmes de traitement de la dépendance à la drogue, fondés sur des preuves avérées, et des services de réduction des risques pour ceux qui en ont besoin.

Pourquoi est-il important de mettre en place des interventions sur la drogue efficaces en milieu carcéral ?

Dans d'autres sections du Guide, nous avons préconisé des réformes juridiques visant à réduire le nombre de contrevenants non-violents envoyés en prison ou dans d'autres formes de milieu carcéral. Dans de nombreux pays, les contrevenants, et en particulier les usagers de drogues, constituent une proportion importante de la population carcérale. En outre, les efforts visant à empêcher l'entrée des

drogues dans les prisons ont généralement échoué, à tel point que ces substances circulent librement parmi les détenus. Dans un environnement surpeuplé et manquant de services de base, cela peut conduire à un certain nombre de risques sanitaires. Cela signifie qu'il est absolument nécessaire de mettre en place des politiques des drogues efficaces au sein des prisons.

D'autres raisons justifient la nécessité pour les législateurs d'adopter une politique pénitentiaire efficace en matière de drogue :

Les autorités pénitentiaires doivent poursuivre des stratégies permettant de réduire les problèmes sociaux et sanitaires associés aux marchés des drogues et à leur consommation en prison

- **La santé publique** : Prévenir les problèmes de santé en prison entraîne des dépenses importantes car, par leur nature même, les prisons sont des lieux où il est très difficile de rester en bonne santé. Ceci est particulièrement vrai en cas de consommation de drogues, des pratiques telles que le partage de matériel d'injection pouvant faciliter la propagation des virus par voie sanguine. Par ailleurs, même si la vie à l'intérieur des prisons est souvent méconnue du grand public, les prisons ne sont pas déconnectées de la société. Elles ont donc un rôle important dans la gestion de la santé publique et font partie des responsabilités gouvernementales. Les problèmes de santé, les

infections et autres maladies, ne restent évidemment pas confinés au sein des prisons, mais sont étendus au reste de la société par les nombreuses personnes qui entrent et sortent chaque jour de ces institutions.

- **L'économie** : répondre à la criminalité liée à la drogue, aux overdoses et aux infections transmissibles par voie sanguine, à la fois au sein et hors des prisons (parmi les ex-prisonniers, leurs familles, etc.), peut s'avérer très coûteux, en particulier pour des maladies chroniques et persistantes telles que le sida. Il existe par conséquent un argument économique solide pour la mise en place de mesures de prévention destinées à limiter ces problèmes sanitaires dans les prisons.
- **Les obligations en matière de droits humains** : le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible est inscrit dans les objectifs de l'ONU et de plusieurs traités internationaux (en particulier, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). Ce droit est également inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme. Ces textes ne mentionnent pas spécifiquement les prisonniers, mais de nombreux pays sont signataires d'autres traités qui protègent explicitement ce droit pour eux. Les traités internationaux qui proclament des droits fondamentaux en matière de santé pour les détenus sont décrits ci-dessous.

Les autorités pénitentiaires sont tenues de respecter leurs obligations internationales en matière de droits humains, et de poursuivre des stratégies qui visent à réduire les problèmes sociaux et sanitaires associés aux marchés et à la consommation de drogues dans les prisons.¹ La poursuite de politiques sanitaires dans les prisons permettra d'améliorer l'état de santé non seulement des détenus, mais aussi de la population dans son ensemble. En outre, elle aura un impact positif sur les finances publiques et pas seulement sur la santé publique.

Risques sanitaires en prison

Consommateurs de drogue en prison et autres milieux surveillés

La population carcérale mondiale est actuellement estimée à 10,1 millions de détenus, ce chiffre atteignant jusqu'à 10,75 million d'individus, si les estimations incluent les 650 000 personnes détenues dans des « centres de détention » en Chine.²

En raison des difficultés pour obtenir des données fiables, et des problèmes de comparabilité lorsque ces données sont disponibles, il n'est pas possible de déterminer de façon exacte la proportion des détenus qui consomment des drogues au niveau mondial. Toutefois, une estimation peut être donnée : dans l'Union européenne (UE), environ 50% des détenus ont des antécédents de consommation de drogues, alors qu'aux Etats-Unis, ce chiffre dépasse 80%. Les usagers de drogues injectables sont largement surreprésentés, constituant souvent 50% des détenus, alors qu'ils représentent seulement 1 à 3% de la population dans son ensemble.³

Ces dernières décennies, il y a eu une croissance rapide du nombre de prisonniers et, parmi eux, d'usagers de drogues. Dans de nombreux pays, cette augmentation a été causée par l'arrestation et l'incarcération massives de personnes, pour des infractions mineures relatives à la drogue (possession, consommation ou trafic à petite échelle). Dans d'autres pays, ce sont des contrevenants ayant commis des délits tels que le vol ou la fraude, pour financer leur drogue, qui sont arrêtés et envoyés en prison. Quelle que soit la situation, les drogues sont au cœur de la vie pénitentiaire et sont aujourd'hui souvent considérées comme « la monnaie courante de la vie pénitentiaire ».⁴

Ces dernières décennies, il y a eu une croissance rapide du nombre de prisonnier, et parmi eux, d'usagers de drogues

Dans un environnement où maintenir les individus en bonne santé est déjà difficile, la présence d'une telle proportion d'usagers de drogues, souvent déjà confrontés à un nombre de risques importants liés à leur consommation, représente un défi important pour les responsables politiques. Il est cependant possible de relever le défi, en appliquant les diverses solutions mentionnées dans cette section du Guide.

La prévalence des maladies chez les détenus

A cause de leur mode de vie avant leur incarcération et des risques spécifiques qui y sont liés, à quoi s'ajoute un manque de disponibilité de services de santé en prison, les détenus consommateurs de drogue présentent souvent un niveau élevé de problèmes de santé, et sont particulièrement

vulnérables face à des infections par le sida, les hépatites ou la tuberculose. Le sida et l'hépatite C en particulier, peuvent se propager extrêmement vite en milieu carcéral, à moins que des mesures appropriées de réduction des risques soient prises rapidement.

Les détenus consommateurs de drogues sont souvent confrontés à de nombreux problèmes de santé, en particulier les infections par le sida, les hépatites B et C et la tuberculose

Le sida constitue une menace sanitaire importante pour les 10 millions de détenus dans les prisons du monde entier. Dans la plupart des pays, les niveaux de contamination

au sein de des prisons sont beaucoup plus élevés qu'en dehors des prisons. Cependant, le taux de contamination varie considérablement selon les pays et selon les prisons. Dans certains cas, les niveaux de contamination par le sida dans les prisons sont plus de 100 fois supérieurs à ceux constatés dans la communauté.⁵ Si l'on se réfère à la transmission du virus par voie d'injection, la préoccupation majeure dans de nombreux pays, les données disponibles montrent que les taux d'injection sont plus faibles parmi les prisonniers qu'au sein des groupes de population qui s'injectent de la drogue en dehors des prisons. En revanche, les taux d'échange des seringues, et les risques associés à cette pratique, ont atteint des niveaux alarmants au sein des institutions carcérales : la plupart des pays signalent des taux d'échange compris entre 60 et 90%.⁶

De nombreux détenus sont par ailleurs infectés par l'hépatite C. L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'environ 3% de la population mondiale est infectée par l'hépatite C, alors que le taux d'infection va de 4,8% dans les prisons indiennes jusqu'à 92% dans les prisons du nord de l'Espagne.⁷

De la même façon, les niveaux d'infection de tuberculose sont souvent beaucoup plus élevés dans les prisons qu'au sein de la communauté. Par exemple, une étude thaïlandaise a révélé que la contamination des détenus par la tuberculose était huit fois supérieure à celle de l'ensemble de la population.⁸ D'autres études vont dans le même sens, l'une effectuée dans une prison à Victoria (en Australie) a établi que 10% des détenus étaient infectés par la tuberculose,⁹ l'autre réalisée dans un centre pénitentiaire de Bahia (au Brésil) a rapporté une prévalence de tuberculose latente de 61,5%, et une prévalence de tuberculose active de 2,5%.¹⁰

Comportements à risque

A l'exception peut-être de certains pays où la transmission du sida se fait essentiellement par voie hétérosexuelle, le partage de matériel d'injection contaminé constitue le risque majeur de propagation du sida en milieu carcéral. Dans les prisons, de nombreuses personnes sont susceptibles de partager des aiguilles et des seringues, en raison du manque de fourniture de matériel d'injection stérile par des services de réduction des risques, tels que les PES, et par crainte d'être surpris en possession de drogues. Certains usagers ont recours au partage de seringues pour la première fois en prison tandis que, pour d'autres usagers, c'est là que commence leur pratique de s'injecter de la drogue. Les comportements à risque résultent en partie du contexte carcéral lui-même : les drogues sont souvent consommées pour échapper à la misère, la brutalité, le manque de vie privée, l'anxiété et l'insécurité

chronique qui caractérisent souvent la vie en prison. Les facteurs associés aux institutions carcérales, au mode de vie des prisonniers et aux pratiques à risque des usagers de drogues injectables, constituent un environnement à risque accru pour la santé des prisonniers.¹¹

Le viol et les violences sexuelles sont également des vecteurs de transmission du sida. Les prisonniers tout en bas de la hiérarchie informelle présente en prison sont le plus souvent les victimes de telles agressions. Dans les pays où les usagers de drogues sont particulièrement stigmatisés, ils peuvent être les plus exposés à ce type de violences.

Les détenus consommateurs de drogues sont par ailleurs très sujets à des overdoses, en particulier pendant la période suivant immédiatement leur libération. En effet, les usagers dépendants réduisent généralement leur consommation en prison perdant ainsi leur tolérance à la drogue. Cela signifie que leur corps ne peut plus supporter les doses qu'ils prenaient avant d'entrer en prison et qu'en reprenant des doses équivalentes après leur libération, ils s'exposeront à un risque élevé d'overdose et de décès. Une étude réalisée en 1997 dans une prison française a révélé que pour les ex-prisonniers âgés de 15 à 24 ans, les taux de décès par overdose étaient 124 fois plus élevés que parmi les usagers de drogue en général, et jusqu'à 274 fois plus élevés pour les ex-prisonniers âgés de 35 à 54 ans.¹² De fait, qu'il s'agisse de suicide, de perte de tolérance, ou de drogues contaminées, la probabilité qu'un prisonnier décède en prison reste élevé. Une autre étude, sur les prisons de l'Etat de Washington, a établi que les anciens détenus étaient 129 fois plus susceptibles de décéder d'une overdose, dans les deux premières semaines suivant leur libération, que les usagers de drogues en général.¹³

Les responsabilités concernant la santé des prisonniers : les obligations internationales

Le concept de **jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible** découle de la Constitution de l'OMS. Ces dernières années, l'OMS a été à la pointe des efforts visant à faire entrer dans les faits le droit à la santé des prisonniers, qui représentent un groupe particulièrement marginalisé de la population.¹⁴

Le droit à la santé trouve son fondement dans la Charte des Nations Unies, la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. S'appuyant sur ce droit universel, la communauté internationale a progressivement mis en place le **principe d'équivalence**, qui soutient que le droit à la santé s'applique aussi bien aux détenus qu'à la population en général et à tous les êtres humains.

La première référence explicite aux prisonniers dans les accords internationaux est apparue dans les Règles minima pour le traitement des détenus de 1977, qui ont défini un ensemble de normes de base sur les conditions de détention des prisonniers, y compris leur santé. Approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies, la résolution a établi un principe général d'équivalence, en précisant que ces normes de base devraient s'appliquer à tous, sans aucune discrimination « fondée sur la race, la couleur, le sexe [...] ou toute autre situation ».¹⁵

L'article 9 des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, adoptés par l'ONU en 1990, a rendu explicite ce principe d'équivalence: « Les détenus ont accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique ».¹⁶ Cette résolution a également été adoptée par l'Assemblée générale.

Le principe d'équivalence soutient que le droit à la santé s'applique aussi bien aux détenus qu'à la population en général

L'UE a elle aussi adopté une nouvelle série de normes en 2006, connue sous le nom des Règles pénitentiaires européennes, qui réaffirme le principe d'équivalence, en ajoutant que « chaque détenu doit bénéficier des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques requis, y compris ceux disponibles en milieu libre ».¹⁷

En Décembre 2010, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté les Règles des Nations Unies pour le traitement des femmes détenues, aussi connues sous le nom de « Règles de Bangkok ».¹⁸ Ces règles reconnaissent que les instruments adoptés par le passé, tels que les Règles à minima, ne répondent pas suffisamment aux besoins spécifiques des femmes en prison. A l'origine, les prisons ont été principalement conçues en réponse aux besoins des détenus de sexe masculin. Les Règles de Bangkok fournissent donc des garanties supplémentaires pour les femmes en milieu carcéral.

Ces directives, et bien d'autres, ne sont pas des obligations en tant que telles. Ce sont des recommandations non contraignantes et il n'existe aucun mécanisme pour les faire appliquer. Toutefois, leur force réside dans le fait qu'elles ont été adoptées d'un commun accord par des Etats signataires, et que ce sont des principes moraux que ces Etats se sont publiquement engagés à respecter.

Selon ces lignes directrices, les détenus ont droit à des services de santé équivalents à ceux disponibles en dehors des prisons. Cette mesure s'applique bien entendu aux détenus qui consomment ou ont consommé des drogues. L'OMS a encore une fois ouvert la voie, en promouvant des programmes de santé efficaces pour les usagers de drogues incarcérés. Dans le cadre de ses offres de conseils aux responsables politiques sur l'apport de médicaments antidouleur essentiels, l'OMS a proposé la mise à disposition de traitements pour la dépendance à la drogue en milieu carcéral, affirmant sans équivoque que : « Les prisons devraient offrir des programmes de traitement fonctionnels pour la dépendance aux opiacés ».¹⁹ Ces directives de l'OMS sur les substances contrôlées ont été approuvées par l'OICS.

Dans son Rapport annuel de 2007, l'OICS a également déclaré que: « les gouvernements ont la responsabilité [...] de proposer des services adéquats pour les auteurs d'infractions liées à la drogue (que ce soit dans les services de traitement ou en prison) ».²⁰ Ces bonnes pratiques concernant le traitement des usagers dépendants incarcérés sont, par conséquent, fermement ancrés dans les accords internationaux signés par la plupart des Etats.

Gérer les risques sanitaires en prison

Alors que de nombreuses études ont examiné les politiques des drogues dans l'ensemble de la population, peu de chercheurs se sont penchés sur les services de traitement de dépendance à la drogue et de réduction des risques en prison. Dans de nombreux pays, les moyens dont disposent les prisons sont insuffisants, et la sécurité est souvent prioritaire, par rapport aux besoins sanitaires des usagers dépendants.

Les autorités carcérales se sont généralement efforcées de réduire le pouvoir des dealers et de limiter l'accès aux drogues grâce à des mesures strictes de sécurité et des tests de dépistage parmi les détenus. Ces interventions n'ont pas permis d'atteindre l'objectif recherché, à savoir des prisons sans drogues, et ont parfois eu des conséquences négatives. Par exemple, le dépistage en prison peut conduire les usagers à se tourner vers des drogues qui ne sont pas soumises aux tests ou qui sont plus difficiles à détecter, mais qui peuvent être plus dangereuses (par exemple, les détenus peuvent passer du cannabis à l'héroïne, car le cannabis est détectable dans l'organisme plus longtemps que l'héroïne). De plus, plusieurs études ont révélé que les tests de dépistage de drogues étaient très coûteux.²¹ L'ONUDC a lui-même déclaré que ces programmes n'avaient pas leur place en prison.²²

Les autorités carcérales ont à leur disposition une variété de méthodes qui, utilisées conjointement, sont soutenues par l'OMS, l'ONUSDC et l'ONUSIDA comme des exemples de bonnes pratiques.

L'éducation et l'information

De nombreux prisonniers ne sont pas conscients des risques sanitaires auxquels ils s'exposent. Des informations sur ces risques et les comportements à adopter afin de se protéger et de protéger les autres devraient être largement diffusées. Certaines administrations pénitentiaires diffusent des vidéos pédagogiques ou organisent des séminaires d'information, ce qui permet d'augmenter le niveau de sensibilisation aux risques liés à la drogue. Les campagnes d'information et d'éducation, utilisées conjointement avec l'offre de services adéquats de santé et de réduction des risques, sont efficaces pour promouvoir des comportements moins risqués.

Les campagnes de vaccination

Des vaccins efficaces existent pour se protéger contre l'hépatite A et l'hépatite B. Les périodes d'incarcération sont souvent l'occasion d'encourager les individus à se faire vacciner (nombre d'entre eux n'utilisent pas ces services de santé préventive au sein de leur communauté). La vaccination consiste en deux injections à six mois d'intervalle. De nombreuses administrations carcérales ont ciblé les prisonniers usagers de drogues dans leurs programmes de vaccination contre les hépatites A et B, et ces derniers ne manifestent aucune réticence à participer à ces programmes.

La prévention des maladies sexuellement transmissibles

Nombreuses sont les administrations carcérales qui ont autorisé la distribution de préservatifs aux prisonniers, leur permettant ainsi d'avoir accès à la même protection que celle dont ils disposeraient en dehors des prisons. La crainte que les préservatifs puissent être utilisés pour le trafic de drogue s'est révélée infondée. A ces mesures s'ajoutent des programmes de diffusion d'information, d'éducation et de communication sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) s'adressant aux prisonniers et au personnel pénitentiaire. Ces interventions ont pour thème le suivi et le dépistage ou encore la prévention des viols, des violences sexuelles ou de l'usage de la force.

Les programmes d'échange de seringues

Les programmes de distribution de matériel d'injection stérile aux usagers de drogues injectables se sont avérés efficaces pour empêcher la propagation du sida. De nombreuses voix se sont néanmoins élevées contre l'introduction de programmes d'échange de seringues (PES) en milieu carcéral. Parmi les arguments invoqués, figurent la crainte que les aiguilles soient utilisées comme armes contre le personnel pénitentiaire, que les aiguilles usagées constituent un risque d'infection pour les autres détenus et le personnel et que la mise à disposition d'aiguilles stériles encourage l'usage de drogues dans les prisons. En 2009, dix pays ont introduit des PES dans leurs prisons, avec des résultats très positifs. La plupart des études ont révélé que le partage de matériel d'injection entre les détenus avait considérablement diminué, alors qu'aucune des craintes exposées ci-dessus n'a été observée (voir encadré 1).²³

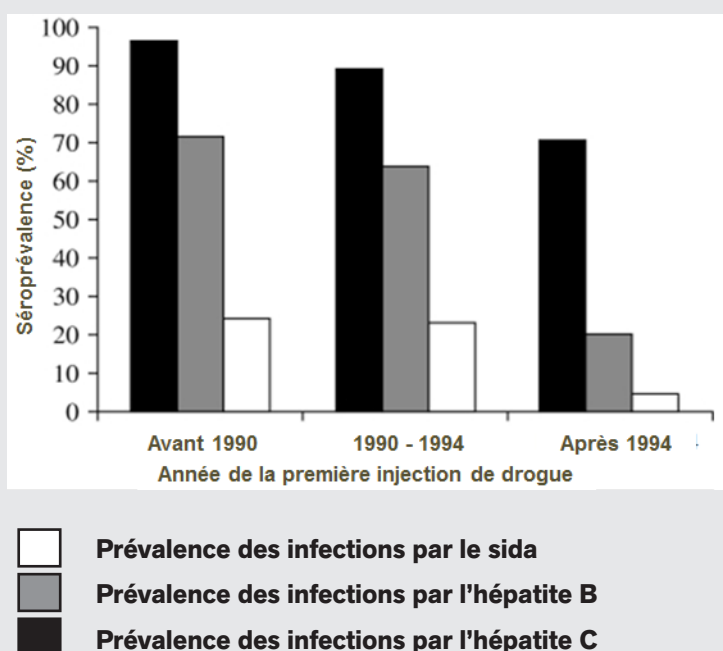
Une combinaison de méthodes peut contribuer à réduire les risques sanitaires en prison :

- L'éducation et l'information
- Les programmes de vaccination
- La prévention des maladies sexuellement transmissibles
- Les PES
- La prévention des overdoses

Encadré 1. Programmes d'échange de seringues dans les prisons allemandes²⁴

Un PES a été lancé en 1998 dans deux prisons berlinoises, en Allemagne. Une étude a été menée dans ces deux prisons afin d'enquêter sur la faisabilité et la sécurité du programme et d'évaluer ses effets sur les modes de consommation de drogues et les risques sanitaires associés. L'étude a révélé que les taux de partage de matériel d'injection entre détenus avaient chuté de 71%, suite à l'introduction du PES. L'étude a également conclu que le programme avait permis de réduire les infections par le sida et l'hépatite B (voir figure 1). Les infections par l'hépatite C ont diminué, mais l'étude a conclu que l'efficacité des PES dépendait de leur combinaison avec d'autres programmes.

Figure 1. Prévalence du sida et des hépatites B et C chez les usagers de drogues injectables incarcérés, en fonction de l'année de leur première injection



En Octobre 2009, la Recommandation de Madrid, adoptée lors d'une conférence internationale d'experts de la santé dans les prisons, et à laquelle assistaient des représentants du Ministère espagnol de la Santé, de l'OMS et de l'ONUSIDA met l'accent sur « les preuves irréfutables de l'efficacité des mesures de protection de la santé, y compris des mesures de réduction des risques, au sein des prisons ».²⁵

La prévention des overdoses

Les programmes de prévention, d'identification et de réponse aux overdoses devraient consister en des campagnes de sensibilisation et de diffusion d'informations, des mesures pratiques telles que des formations au secourisme et la distribution de naloxone (un médicament utilisé pour bloquer les effets des opiacés). La continuation du programme de traitement de substitution aux opiacés (TSO) pendant la garde à vue, la détention et après la libération est également efficace pour prévenir les overdoses.

Traitement de la dépendance en prison

Vu le nombre élevé de détenus dépendants, les prisons pourraient être considérées comme étant des lieux propices au traitement de la dépendance, permettant ainsi de briser le cercle de la dépendance et de la criminalité. Cela exige que des programmes de réhabilitation ainsi que des traitements, fondés sur des preuves avérées, soient disponibles dans les milieux carcéraux.

Les programmes de traitement de la dépendance à la drogue, fondés sur des preuves avérées, devraient être disponibles en prison

Selon les données disponibles, plusieurs traitements peuvent être mis en place en milieu carcéral. La thérapie de substitution aux opiacés (TSO), en particulier avec la méthadone, peut être offerte aux usagers dépendants aux opiacés, dans un bon nombre de prisons. Les programmes de TSO dans les prisons se sont avérés efficaces pour diminuer la fréquence des injections et du partage de matériel d'injection associé à cette pratique, sous réserve que le traitement soit fourni sur le long-terme et implique des dosages suffisants (voir encadré 2). Il est par ailleurs fort probable que le programme conduise également à une chute importante du risque de transmission du sida et d'autres virus par voie sanguine parmi les détenus. Par ailleurs, la TSO a des bienfaits supplémentaires, d'une part pour les détenus participant aux programmes, et d'autre part pour le système carcéral et la communauté dans son ensemble. Les données disponibles montrent que les prisonniers ayant reçu une TSO adaptée sont moins susceptibles d'être réincarcérés.²⁶ D'autre part, la TSO a un effet positif sur le comportement des individus, car il réduit leur envie de se procurer de la drogue, améliorant ainsi la sécurité en prison. Enfin, les problèmes rencontrés par les administrations pénitentiaires pour gérer certains prisonniers dépendants à la drogue (à cause de problèmes de sécurité et de comportements violents), ont été atténués grâce aux programmes de TSO.²⁷

Certaines études ont également démontré que d'autres formes de traitement, telles que les thérapies psychosociales, étaient efficaces pour réduire les cas de dépendance en milieu carcéral.²⁸ Des programmes structurés utilisant la communauté thérapeutique, le modèle de traitement en 12 étapes ou la méthode cognitive-comportementale, ont aussi conduit à une réduction de la dépendance aux drogues chez certains détenus, entraînant ainsi une baisse des problèmes sanitaires et de criminalité.

Par conséquent, un traitement efficace de la dépendance à la drogue doit comporter une variété d'options pour les détenus dépendants, afin de multiplier les chances de réhabilitation et d'éviter leur retour à la dépendance et à la criminalité après leur libération.²⁹ Les principes de base du traitement de la dépendance dans les prisons et dans la communauté sont similaires :

- Des mécanismes efficaces doivent être mis en place pour identifier les individus ayant besoin d'un traitement. Dans la mesure où les programmes de traitement proposés seront volontaires, humains et de bonne qualité, les prisonniers n'auront aucune réticence à y participer. Il est possible d'identifier et de motiver les prisonniers pour qu'ils acceptent un programme de traitement, en mettant en place des procédures de dépistage à leur arrivée en prison, ainsi que des services de conseil et d'orientation vers des programmes appropriés.
- Différents modèles de traitement se sont avérés efficaces pour améliorer la santé et réduire les taux de criminalité dans les prisons de nombreux pays.³⁰ Il est nécessaire que les autorités carcérales puissent proposer une gamme complète de services thérapeutiques (sevrage, substitution, accompagnement psychosocial) pour traiter efficacement la dépendance en prison. Ces programmes doivent être organisés de façon à ce que les détenus puissent passer d'un service à un autre tout au long de leur période de détention, et ce selon leurs besoins et au moment où ils le désirent.
- A la fin du traitement une attention particulière doit être portée à l'accompagnement des prisonniers, et à la continuation du traitement après leur libération. Plusieurs études ont établi que ces soins étaient nécessaires pour garantir les effets du traitement sur le long terme, mais aussi réduire les taux de récidive.³¹ Cela signifie que des mécanismes spécifiques doivent être mis en place pour relier les programmes de traitement en prison à ceux qui sont offerts au sein de la communauté.

Lorsque les programmes de traitement sont solidement conçus et organisés, leur réussite dépendra aussi de la motivation des détenus, qui pourra être stimulée en leur offrant, par exemple, la perspective d'une libération anticipée.

Encadré 2. La thérapie de substitution aux opiacés dans les prisons indonésiennes

L'épidémie du sida en Indonésie est en hausse rapide. Ce phénomène est en grande partie dû au partage de matériel d'injection de drogues. La réponse répressive du gouvernement à la consommation des drogues s'est traduite par l'incarcération d'un grand nombre d'usagers de drogues injectables, de sorte que les prisons ont été un facteur important de l'aggravation de l'épidémie. Le Réseau indonésien des usagers de drogues, ainsi que l'ONUSIDA en 2008, ont exhorté le pays à traiter les usagers de drogues comme des patients, et non plus comme des criminels.³² Le gouvernement indonésien a répondu de manière positive à ces appels.

En Août 2005, la prison de Kerobokan, à Bali, en Indonésie, a donc commencé à fournir une TSO à la méthadone. De 2005 à 2009, 322 patients ont pu bénéficier de cette première expérience. Le programme associe la TSO à une série de mesures de réduction des risques, dont l'échange de seringues, le nettoyage du matériel d'injection avec de l'eau de Javel, et la distribution de préservatifs. Ces mesures appliquées dans la prison de Kerobokan se sont avérées plus efficaces que le programme développé dans la prison de Banceuy, à Bandung, où la réduction des risques était moins intégrée dans le programme, et où seulement neuf patients bénéficiaient du programme de TSO entre 2007 et 2009.³³

Responsabilités concernant les soins médicaux en prison

De plus en plus d'appels se font entendre pour que la responsabilité de la santé en prison soit transférée des Ministères de la justice à ceux des affaires sanitaires et sociales. Un certain nombre de pays et d'états, dont la Norvège, la France, l'Angleterre et le Pays de Galles au Royaume-Uni, et la Nouvelle-Galles du Sud en Australie, ont déjà fait ce pas, avec des résultats globalement positifs.³⁴

La responsabilité de la santé dans les prisons devrait être transférée des Ministères de la justice à ceux des affaires sanitaires et sociales

Ce transfert se justifie par les incertitudes concernant l'indépendance du personnel de santé en poste dans les prisons, la confiance que leur accordent les détenus, leur connaissance des derniers développements cliniques et professionnels hors du

milieu carcéral, tout un ensemble de questions logistiques et éthiques. Généralement, les prisons ne bénéficient pas d'un contrôle et d'une évaluation efficaces par le Ministère de la santé. Ce travail est généralement du ressort des Ministères de la justice ou de l'intérieur qui n'ont que peu d'expertise en matière de santé. Il s'ensuit que la question de la santé en prison est coupée des préoccupations de santé publique.³⁵

L'efficacité des politiques de santé publique requiert précisément ce type d'intégration qui manque souvent dans leurs dispositifs. Les gouvernements devraient par conséquent prendre en considération les bienfaits qu'ils pourraient attendre du placement des problèmes de santé en prison sous la responsabilité des Ministères de la santé.

Recommandations

- 1) Il est nécessaire d'étudier et de comprendre la nature de la consommation et de la dépendance à la drogue dans les prisons afin d'élaborer des politiques appropriées.
- 2) Des services de traitement de la dépendance et de réduction des risques doivent être développés en milieu carcéral. Soigneusement conçus et dotés de moyens appropriés, ces services peuvent avoir un impact très positif en réduisant les dangers pour la santé et la sécurité souvent associés aux auteurs d'infractions relatives à la drogue.
- 3) Les PES sont nécessaires en prison pour éviter les risques liés à l'échange de matériel d'injection entre les détenus. L'introduction des PES doit être soigneusement préparée, en offrant des informations et des formations au personnel pénitentiaire. Le mode de distribution des seringues (par exemple, à la main ou par distributeur automatique) doit être choisi en fonction de l'environnement et des besoins de la population carcérale.
- 4) Des services complémentaires de réduction des risques devraient également être fournis, tels que les programmes d'information, d'éducation, de distribution de naxolone, etc. afin de prévenir la transmission de maladies par voie sanguine et les overdoses.
- 5) Un traitement de la dépendance à la drogue, scientifiquement éprouvé, devrait être proposé à tous les détenus dépendants, combinant diverses approches adaptées et coordonnées, traitement de substitution, thérapie psychosociale, groupe d'entraide et de soutien. Ces programmes de traitement devraient être rigoureusement évalués.
- 6) Les liens entre les services de soin en prison et les services existant hors du milieu carcéral devraient être renforcés, afin que les détenus puissent continuer à suivre leur traitement lorsqu'ils arrivent en prison ou quand ils sont libérés.
- 7) Les gouvernements devraient envisager de transférer la responsabilité de la santé dans les prisons des ministères de la justice aux ministères des affaires sanitaires et sociales.

Ressources clés

Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009) 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons', *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)

Mayet, S. Farrell, M. & Mani, S.G. (2010), 'Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **(1)**: CD:008221, <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008221/frame.html>

Perry, A., Coulton, S., Glanville, J., Godfrey C., Lunn J., McDougall, C. & Neale Z. (2009), 'Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **(3)**: CD:005193, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16856083>

Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Mondiale de la Santé & Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2008), *HIV and AIDS in places of detention – A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: Nations Unies), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2007), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health* (Copenhague: OMS Europe), <http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2009), *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings* (Genève: OMS Bureau Régional du Pacifique Occidental Western Pacific Regional Office), http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/clinical_guidelines_close_setting_wpro.pdf

Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments* (Genève: OMS), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf

Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Genève: OMS), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>

Notes de bas de page

- 1 Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons', *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)
- 2 Walmsley, R. (2011), *World prison population list (ninth edition)* (Londres: International Centre for Prison Studies), <http://www.idcr.org.uk/wp-content/uploads/2010/09/WPPL-9-22.pdf>
- 3 Dolan, K., Khoei, E.M., Brentari, C. & Stevens, A. (2007), *Beckley Report 12 – Prisons and drugs: a global review of incarceration, drug use and drug services* (Oxford: The Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Beckley_RPT12_Prisons_Drugs_EN.pdf
- 4 Stover H. & Wellandt, C. (2007), 'Drug use and drug services in prisons' in *Health in prisons: A WHO guide to the essential of prison health* (Copenhague: Organisation Mondiale de la Santé), <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>
- 5 Pour plus d'informations, voir: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Mondiale de la Santé & Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: Nations Unies), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- 6 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: Needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Genève: OMS), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>
- 7 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2008), *HIV and AIDS in places of detention – A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: Nations Unies), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- 8 Sretrirutchai, S., Silapapojakul, K., Palittapongarnpim, P., Phongdara, A. & Vuddhakul, V. (2002), 'Tuberculosis in Thai prisons: magnitude, transmission and drug susceptibility'. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, **6**(3): 208–214, <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtlid/2002/00000006/00000003/art00005>
- 9 MacIntyre, C.R., Carnie, J. & Randall, M. (1999), 'Risks of transmission of tuberculosis among inmates of an Australian prison'. *Epidemiology and Infection*, **123**(3): 445–450, <http://www.jstor.org/pss/4617493>
- 10 Moreira Lemos, A.C., Dias, Matos E. & Nunes Bittencourt, C. (2009), 'Prevalence of active and latent TB among inmates in a prison hospital in Bahia, Brazil'. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, **35**(1): 63–68, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19219332>
- 11 Organisation Mondiale de la Santé (2007), *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons* (Genève: WHO), http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/index.html
- 12 Verger, P., Rotily, M. & Prudhomme, J. (2003), 'High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison' *Journal of Forensic Sciences*, **48**(3): 614–616, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12762532>
- 13 Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011), 'Review: the health of prisoners', *The Lancet*, **377**(9769): 956–965
- 14 Organisation Mondiale de la Santé Regional Office for Europe website, *Prisons and health*, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health>
- 15 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1955), *Standard minimum rules for the treatment of prisoners*, <http://www2.ohchr.org/english/law/treatmentprisoners.htm>
- 16 Assemblée générale (14 Décembre 1990), *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, A/RES/45/111, http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/45/111
- 17 Règles pénitentiaires européennes, para.40.4 et 40.5, <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec%282006%292&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>
- 18 <http://www.un.org/News/fr-press/docs/2010/AGSHC3980.doc.htm>
- 19 Organisation Mondiale de la Santé (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html
- 20 Organe International de Contrôle des Stupéfiants (2007), *Annual Report for 2007* (Vienne: Organe International de Contrôle des Stupéfiants), http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2007/AR_2007_French.pdf

- 21 Dean, J. (2005), 'The future of mandatory drug testing in Scottish prisons: a review of policy'. *International Journal of Prisoner Health*, **1**(2–4): 163–170, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17449200600553134>
- 22 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Mondiale de la Santé & Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: Nations Unies), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- 23 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: Needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Genève: OMS), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf> ; Harm Reduction Coalition (Janvier 2007), *Syringe exchange in prisons: the international experience*, <https://harm.rdsecure.org/article.php?id=418>
- 24 Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., & Bienzle, U. (2006), 'A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin', *Germany Epidemiology and Infection*, **134**(4): 814–819, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2870452/>
- 25 Organisation Mondiale de la Santé (2010) *The Madrid Recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health* (Copenhague: OMS), <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/the-madrid-recommendation-health-protection-in-prisons-as-an-essential-part-of-public-health>
- 26 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, *Drug dependence treatment: interventions for drug users in prison* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), http://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf
- 27 Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments* (Genève: WHO), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf
- 28 Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2003), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, <http://ar2003.emcdda.europa.eu/en/page061-en.html> ; Moreno Jimenez, M.P. (2000), 'Psychosocial interventions with drug addicts in prison. Description and results of a programme', *Psychology in Spain*, **4**(1): 64–74, <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2000/6.htm>
- 29 Dolan, K., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., & Wodak, A.D. (2005), 'Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection', *Addiction*, **100**(6): 820–828, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15918812>
- 30 Mayet, S. Farrell, M., Mani, S.G. (2010) *Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison* (Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1), <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008221/frame.html>
- 31 Bullock, T. (2003), 'Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison'. In Ramsay, M. (ed.) *Prisoners' Drug Use and Treatment: Seven Research Studies. Home Office Research Study 267* (Londres: Ministère de l'Intérieur)
- 32 The Associated Press (2008), UN urges Indonesia to stop imprisoning drug users, *The Jakarta Post*, 16 October 2008, <http://www.thejakartapost.com/news/2008/10/16/un-urges-indonesia-stop-imprisoning-drug-users.html>
- 33 Nelwan, E.J., Diana, A., van Crevel, R., Alam, N.N., Alisjahbana, B., Pohan, H.T., van der Ven, A. & Djaya, I. (2009), 'Indonesian prisons and HIV: Part of the problem or part of the solution?' *The Indonesian Journal of Internal Medicine*, **41**(1): 52–56, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920299>
- 34 Hayton P., Gatherer A. and Fraser A. (2010), *Prisoner or patient: does it matter which government ministry is responsible for the health of prisoners?* (Copenhagen: WHO Regional Office for Europe), <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/patient-or-prisoner-does-it-matter-which-government-ministry-is-responsible-for-the-health-of-prisoners>
- 35 Weissner P. & Stuijkyte R. (2010), *Discussion Paper: Does it matter which government ministry is responsible for health in prison?* (Brussels: European AIDS Treatment Group), <http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/World-Policy/Discussion-paper-Does-it-matter-which-ministry-is-responsible-for-health-in-prison>



Chapitre 3

Programmes sanitaires et sociaux

3.1 Prévention en matière de drogue

Dans cette section

- L'efficacité des approches actuelles de prévention
- Les interventions de marketing social
- Les interventions de prévention en milieu scolaire
- Les interventions à base communautaire
- Les interventions par les pairs

Les programmes de prévention en matière de drogues impliquant le marketing social de masse et les interventions en milieu scolaire, axées sur le paradigme de la dissuasion, ne sont pas efficaces dans la réduction des niveaux de consommation de drogues. Des initiatives plus efficaces de prévention comprennent des interventions communautaires, qui cherchent à traiter les causes socio-économiques sous-jacentes de l'usage de drogues, et des interventions faisant appel aux pairs.

Pourquoi la prévention en matière de drogues est-elle importante ?

La consommation de drogues est un phénomène mondialement répandu. Alors que l'usage de drogues existe chez les groupes divers, les jeunes ont des niveaux de consommation de drogues systématiquement plus élevés que la moyenne dans d'autres sous-populations¹. Les données semblent indiquer que les jeunes s'initient le plus souvent à la consommation du cannabis, et une minorité de jeunes usagers déclarent aussi avoir consommé une variété d'autres substances illégales, dont la méthamphétamine, la cocaïne et l'héroïne, entre autres.²

L'usage de drogues peut avoir un certain nombre de conséquences évitables pour la santé, parmi lesquelles la transmission d'infections par voie sanguine comme l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH, suite à l'utilisation de matériel d'injection non stérile, la mort par overdose, et l'exacerbation de maladies psychiatriques ou physiques existantes.³ Vu le risque que de tels méfaits pour la santé se manifestent, l'un des principaux objectifs des stratégies internationales et nationales de contrôle des drogues est centré sur la prévention de leur usage.⁴

La prévention en matière de drogue est codifiée dans le cadre du mandat de l'ONUDC.⁵ Toutefois, malgré l'affectation systématique d'une part substantielle des ressources publiques à la prévention, les données disponibles indiquent que les taux de consommation de drogues parmi les jeunes restent à des niveaux élevés, et sont peu affectés par les approches de prévention adoptées jusqu'ici.⁶ Il est donc nécessaire d'écarter les actions de prévention inefficaces, pour se concentrer sur les interventions qui ont eu des effets plus positifs sur les niveaux de consommation de drogues et sur la réduction des risques.

Il est nécessaire d'écarter les actions de prévention inefficaces, pour se concentrer sur celles qui ont des impacts positifs sur les niveaux de consommation de drogues.

L'efficacité des approches actuelles de prévention

Comme cela est expliqué en détail au [chapitre 2](#) du Guide, la plupart des politiques des drogues nationales ont traditionnellement été guidées par le principe de dissuasion, selon lequel l'application stricte de la loi et des sanctions sévères à l'encontre des producteurs et des consommateurs de drogues suffira à réduire la production et la consommation.⁷

Il est nécessaire d'écarter les actions de prévention inefficaces, pour se concentrer sur celles qui ont des impacts positifs sur les niveaux de consommation de drogues.

Les programmes de prévention ont été fondés sur ce même principe de dissuasion, dans l'espoir que les usagers cesseront de consommer de la drogue s'ils sont mis en garde contre ses effets négatifs et avertis des sanctions auxquelles ils s'exposent.

Comme le démontre ce guide, il n'existe aucune preuve attestant que les politiques des drogues fondées sur la dissuasion ont protégé les jeunes contre la tentation de consommer des drogues, ou contribué à réduire la production de cultures destinées au marché illégal de drogues.⁸ Un constat similaire peut être fait

concernant la prévention en matière de drogue, bien que certaines actions de prévention se soient révélées plus prometteuses que d'autres.

Approches de prévention inefficaces

Malgré l'engouement de certains groupes politiques pour des messages « musclés » sur les risques liés à la consommation de drogues, les actions de marketing social de masse et les programmes scolaires de prévention se sont révélés coûteux et inefficaces dans la réduction de la consommation de drogues parmi les groupes qu'ils ont cherché à cibler, et peuvent même avoir des effets négatifs sur la prévalence de l'usage de drogues. L'expérience de telles approches de prévention devrait nous inciter à les éviter.

Les actions de marketing social de masse et les programmes scolaires de prévention sont coûteux et inefficaces (et parfois contre-productifs) pour la réduction de la consommation de drogues

Interventions de marketing social

L'une des approches les plus répandues pour prévenir l'usage de drogues chez les jeunes est la mise en œuvre de campagnes de marketing social. Ces campagnes peuvent prendre des formes diverses, mais elles consistent le plus souvent à diffuser des annonces publiques anti-drogue à la télévision et à la radio. Toutefois, les campagnes de marketing social ont récemment étendu leur rayon d'action en

ayant recours à de nouveaux médias. Par exemple, les vidéos sur Internet et les pages web consacrées à la diffusion de messages anti-drogue sont devenues un moyen de prévention de plus en plus fréquent et sophistiqué.⁹ La grande majorité des interventions de marketing social, y compris les annonces publiques anti-drogue, s'appuient sur la théorie cognitive sociale et de ses dérivés,¹⁰ dont la théorie de l'action raisonnée,¹¹ et la théorie du comportement maîtrisé,¹² toutes basées sur une relation étroite entre l'intention et le comportement.

Les actions de marketing social de masse et les programmes scolaires de prévention sont coûteux et inefficaces (et parfois contre-productifs) pour la réduction de la consommation de drogues

L'essentiel des recherches scientifiques menées à ce jour sur la prévention en matière de drogue ont mis l'accent sur le marketing

social et les approches en milieu scolaire. En ce qui concerne le marketing social, un bilan exhaustif récent de toutes les évaluations scientifiques d'annonces de service public anti-drogue a révélé que ces interventions avaient été largement inefficaces, et peuvent même inciter à l'usage de drogues (voir [encadré 1](#)).¹³

Encadré 1. La campagne de marketing social anti-drogue de l'Institut National sur l'Abus de Drogue aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, une campagne nationale de marketing social anti-drogue a coûté plus de 1,3 milliards de dollars depuis 1998. Une évaluation¹⁴ demandée par l'Institut National sur l'Abus de Drogue (NIDA) a abouti à la conclusion :

- que cette campagne n'avait eu aucun effet sur les jeunes qui avaient déjà commencé à consommer du cannabis
- que le nombre de jeunes, exposés de façon intensive à ce type de campagne, et qui s'étaient mis à consommer de la drogue, avait augmenté de façon significative
- que la campagne avait peut-être eu pour effet de discréditer la perception qu'avaient les jeunes ciblés des normes anti-cannabis
- que, même si des changements, tant positifs que négatifs, avaient été observés chez les jeunes ciblés vis-à-vis de la drogue, rien ne prouvait que la campagne elle-même était responsable de ces évolutions¹⁵

Alors que l'Office National sur la Politique de Contrôle des Drogues (ONDCP) aux États-Unis contestait ces conclusions, un audit de l'Office Gouvernemental des Responsabilités Publiques en a confirmé la validité.¹⁶

Interventions de prévention en milieu scolaire

En milieu scolaire, les actions anti-drogue ont été amplement analysées, en particulier aux Etats-Unis, depuis les années 1970,¹⁷ bien qu'elles soient incluses dans le système éducatif américain depuis le XIX^{ème} siècle, selon certains chercheurs.¹⁸ L'intervention sans doute la plus connue sous le sigle de DARE, est le programme d'Education pour Résister à l'Usage Illégal de Drogues (voir [encadré 2](#)).

Encadré 2. DARE et l'inefficacité de la prévention en milieu scolaire

Le programme d'Education pour Résister à l'Usage Illégal de Drogues, également connu sous le sigle DARE, a été lancé en 1983 et constitue le programme de prévention en milieu scolaire le plus ambitieux, présent aujourd'hui dans plus de 75% des écoles américaines et mis en application dans 43 pays.¹⁹ DARE ainsi que d'autres interventions similaires en milieu scolaire, s'appuient sur la théorie des « portes d'entrée » à la consommation de drogues, selon laquelle l'usage de drogues telles que l'alcool, le tabac ou le cannabis conduira forcément à la consommation de drogues « plus dures » comme l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines.²⁰ Ces programmes sont aussi fondés sur les théories de l'autoprotection efficace, favorisant le développement de compétences interpersonnelles et sociales pour armer les jeunes face à l'influence de leurs pairs susceptibles de les initier à l'usage de drogues.²¹

De nombreuses évaluations de l'impact de DARE ont conclu que sur le long terme, le programme n'avait eu que des effets limités. Une étude sur 5 ans, visant à observer les habitudes de consommation d'un groupe, pris au hasard, d'élèves de terminale ayant été exposés à DARE pendant leur année de cinquième, en les comparant à un groupe témoin, n'a trouvé aucune différence significative entre le groupe exposé à DARE et le groupe témoin, en termes d'âge d'initiation, de fréquence et de prévalence de consommation d'une variété de drogues au bout de ces 5 années. La seule exception, statistiquement significative, était le taux de consommation

d'hallucinogènes au cours des 30 derniers jours au sein du groupe exposé à DARE, qui était presque trois fois plus élevé que celui du groupe non-exposé.²² Un autre essai de contrôle sur 6 ans, réalisé dans 36 écoles élémentaires et 300 écoles secondaires n'a trouvé aucune relation statistiquement significative entre l'usage de drogues chez les jeunes et leur exposition au programme DARE, pendant la totalité de la période d'étude de 6 ans.²³ D'autres études ont confirmé ces résultats.²⁴

Enfin, plusieurs méta-analyses de DARE ont conclu que les effets positifs du programme étaient négligeables ou inexistantes.²⁵ Le fait que DARE soit encore si largement mis en œuvre, malgré les preuves évidentes de son inefficacité, montre bien que de nombreux responsables politiques sont plus intéressés par le symbole des campagnes de prévention en matière de drogue que par leur impact.

Approches de prévention prometteuses

Bien qu'il soit nécessaire d'évaluer de façon plus approfondie les actions présentées ci-dessous, celles-ci montrent des résultats prometteurs en termes de prévention contre la drogue.

Les interventions émanant des communautés ou des pairs ont donné des résultats prometteurs en termes de prévention contre la drogue

Interventions à base communautaire

Les programmes de prévention émanant des communautés impliquent souvent un certain nombre d'acteurs et d'actions appliquées simultanément ou successivement. En général, ces programmes visent non seulement à modifier des comportements individuels, mais aussi à atteindre des objectifs plus larges, orientés vers un changement global et une responsabilisation de la communauté elle-même, en mettant l'accent sur le renforcement des facteurs de protection (par exemple des liens

familiaux solides et positifs, la réussite scolaire, de bonnes aptitudes sociales, des opportunités d'emploi, etc.) qui permettront de réduire la consommation de drogues au sein des communautés, en particulier chez les jeunes.²⁶ Dans ce sens, ces programmes visent non seulement à prévenir l'usage de drogues, mais aussi à favoriser le développement économique et social des communautés. Ces objectifs variés nécessitent la participation d'un ensemble d'acteurs pour mettre en œuvre les programmes. Même si ces acteurs varient selon les communautés, un certain nombre d'organisations familiales et de jeunes, les médias, les groupes communautaires, les écoles, les

forces de l'ordre, les organisations religieuses et le gouvernement sont généralement impliqués dans la plupart de ces programmes. La création de telles coalitions offre les moyens de poursuivre les objectifs de responsabilisation des communautés, c'est à dire des objectifs qui renforcent leurs capacités en tant que groupes actifs, contrairement aux communautés qui se considèrent comme les destinataires passifs de programmes de prévention.²⁷

Les approches communautaires pour prévenir l'usage de drogues sont devenues de plus en plus populaires chez les jeunes. Il convient cependant de rappeler que ces interventions portent essentiellement sur le renforcement des compétences destinées à responsabiliser la communauté, il est donc souvent difficile d'identifier les résultats spécifiques des programmes dans les délais habituels prévus pour les évaluer.²⁸ En effet, la responsabilisation des communautés est un travail de longue haleine qui peut sembler difficile à évaluer.²⁹ Les stratégies de prévention à base communautaire

Les interventions émanant des communautés ou des pairs ont donné des résultats prometteurs en termes de prévention contre la drogue

comportent souvent un ensemble complexe d'éléments qui interagissent pour prévenir l'usage de drogues, ce qui ajoute encore à la complexité d'évaluation de ces actions. Toutefois, ces programmes à long terme ont donné des résultats encourageants dans la lutte contre les facteurs de risque qui conduisent à l'usage de drogues, et dans le renforcement des facteurs de protection contre ces risques au sein de la communauté.

Un exemple de programme à base communautaire au Royaume-Uni est exposé dans l'[encadré 3](#).

Encadré 3. Le programme « Avenirs Positifs » au Royaume-Uni³⁰

Le programme « Avenirs Positifs » est un exemple d'intervention communautaire ciblant des facteurs socio-environnementaux plus larges, et qui a été mis en œuvre au Royaume-Uni par « Sport England », le « Youth Justice Board » et l'Unité de Coordination Anti-Drogue britannique en 2000. Ce programme utilise les sports et d'autres activités pour approcher les jeunes âgés de 10-19 ans identifiés comme étant susceptibles de s'initier à la consommation de drogues.

Une évaluation du programme « Avenirs Positifs » a mis en évidence, chez les jeunes inscrits dans le programme, une amélioration des relations sociales, une augmentation des performances scolaires et un niveau d'emploi plus élevé.³¹ Les programmes « Avenirs Positifs » se sont généralisés et ont été favorablement accueillis par de nombreuses communautés britanniques, ainsi que par les participants et les responsables politiques. Cependant, malgré des évaluations qualitatives globalement positives, aucune analyse statistique n'a été menée sur les résultats de ces programmes. Le mécanisme d'évolution est, par conséquent, mal connu et les effets quantitatifs de ces programmes n'ont, quant à eux, jamais été mesurés. Par exemple, aucune donnée n'a encore été publiée précisant l'impact de « Avenirs Positifs » sur les modes de consommation de drogues chez les jeunes.

Interventions par les pairs

Les actions de prévention émanant des pairs visent à instaurer un dialogue direct avec les membres de la communauté touchée afin d'atteindre les individus marginalisés, exposés au risque de consommation de drogues.³² Au moment où l'avis et l'action des pairs sont de plus en plus intégrés dans les interventions préventives de marketing social par le biais de réseaux sociaux, des actions préventives autonomes menées par les pairs existent néanmoins dans un certain nombre de milieux. Toutes les interventions de prévention menées par les pairs impliquent l'engagement de membres d'un groupe spécifique (« les pairs ») dans un rôle d'éducateurs.³³ En principe, les pairs doivent simplement appartenir au même groupe que la population ciblée, pour pouvoir agir et être perçus comme des pairs éducateurs. En pratique, les pairs éducateurs peuvent être des collègues, des camarades de classe, des coéquipiers, des usagers de drogues au sein d'un réseau de consommateurs, etc. Dans ces approches les pairs sont souvent perçus comme étant plus à même de transmettre des messages de prévention à des groupes difficilement accessibles. À ce jour, peu de recherches scientifiques ont été menées sur la prévention contre la drogue assurée par les pairs.

Le nombre limité d'évaluations peut s'expliquer par le fait que, à l'instar des interventions communautaires, les actions menées par les pairs ont souvent pour objectif la diffusion d'informations ou une amélioration générale de la confiance en soi, c'est-à-dire des résultats qui ne répondent pas nécessairement à l'objectif premier de la prévention. Par ailleurs, les évaluations d'actions préventives par les pairs ont généralement porté sur la prévention des risques liés à la drogue, plutôt que sur la prévention de l'usage lui-même. Malgré l'absence de preuves suffisantes, les études disponibles tendent à montrer que les interventions menées par les pairs peuvent contribuer à réduire les taux de consommation de drogues (voir [encadré 4](#)).

Encadré 4. Un programme de prévention mené par les pairs parmi les jeunes consommateurs d'amphétamines en Thaïlande³⁴

Depuis les années 1990, la consommation d'amphétamines a proliféré en Thaïlande, en particulier chez les jeunes. Simultanément, les comportements sexuels à risque parmi ce groupe de population sont en hausse. Une étude aléatoire a été menée pour évaluer les effets d'actions entreprises par un réseau de pairs, centrées sur les dangers mortels liés à l'usage de méthamphétamine et aux comportements à risque face au HIV, chez les jeunes âgés de 18 à 25 ans, à Chiang Mai, en Thaïlande. L'étude a mis en évidence le lien de cause à effet entre l'intervention en réseau impliquant des pairs et la réduction de la consommation de méthamphétamine, l'usage accru des préservatifs, et un recul des MST. L'étude a conclu que les interventions en petits groupes étaient un moyen efficace de réduire la consommation de méthamphétamine et les risques sexuels parmi les jeunes thaïlandais.

Conclusions

Malgré les nombreuses interventions préventives jusqu'ici mises en œuvre, les taux de consommation de drogues (c'est-à-dire le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines) sont restés stables ou ont augmenté dans les principaux marchés de drogues à travers le monde. Ces marchés ne semblent pas avoir été affectés par les campagnes de prévention mises en application par les gouvernements.³⁵ Ceci est probablement dû à l'utilisation de la dissuasion et de la peur comme principaux moyens préventifs, ce qui est le cas pour la plupart des politiques de contrôle des drogues axées sur une application sévère de la loi et l'imposition de sanctions sévères à l'encontre des consommateurs ont été privilégiées des politiques de prévention qui sont passées à côté de l'expérience vécue par les jeunes, faute de cibler les facteurs qui ont un impact sur leur comportement vis-à-vis de l'usage de drogues (comme par exemple les effets de mode, la pression des pairs, le bien-être émotionnel, l'égalité et la cohésion au sein de la communauté).

Les données disponibles montrent que les campagnes de marketing social de masse et les programmes en milieu scolaire, visant à sensibiliser la population, en particulier les jeunes, sur les risques posés par les drogues, n'ont pas réussi à réduire l'usage de drogues ou à retarder l'âge où cet usage intervient. Certaines études ont même montré que ces programmes de prévention pouvaient, au contraire, augmenter la prévalence de consommation au sein du groupe ciblé, en suscitant l'attention ou la curiosité des jeunes vis-à-vis de certaines drogues.

Des études analysant les effets des interventions communautaires et des programmes de prévention menés par les pairs ont montré des résultats plus optimistes, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour véritablement évaluer l'impact de ces interventions sur la prévalence de l'usage de drogues.

Recommandations

Un changement de paradigme doit être adopté en matière de prévention de la consommation de drogues, afin de mettre la priorité sur les éléments suivants :

- 1) Les interventions de prévention doivent à la fois identifier les causes sociales sous-jacentes de l'usage de drogues et les gérer par le biais de programmes sociaux, économiques et sanitaires, en particulier à travers des programmes de prévention communautaires.
- 2) Les interventions de prévention en matière de drogue doivent favoriser l'éducation et la diffusion d'information à travers des programmes gérés par des pairs.
- 3) Les gouvernements devraient explorer des programmes de prévention novateurs fondés sur les preuves disponibles.
- 4) La mise en œuvre des actions de prévention en matière de drogue devrait systématiquement être accompagnée d'une évaluation scientifique des processus et des résultats, afin de mesurer leur efficacité.

Ressources clés

Aguirre-Molina, M. & Gorman, D.M. (1996), 'Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use', *Annual Review of Public Health*, **17**(1): 337–358, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8724231>

Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., *et al.* (2000), 'Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health', *British Medical Journal*, **321**(7262): 694, <http://www.bmj.com/content/321/7262/694.full>

Degenhardt, L., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J.C., Angermeyer, M., *et al.* (2008), 'Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys', *PLoS Medicine*, **5**(7): 1053–1067, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050141>

Drucker, E. (1999), 'Drug prohibition and public health: 25 years of evidence', *Public Health Reports*, **114**(1): 14, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308340/>

Friedman, S.R., Cooper, H.L., Tempalski, B., Keem, B., Friedman, R., Flom, P.L., *et al.* (2006), 'Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas', *AIDS*, **20**(1): 93, <http://www.idpc.net/publications/relationships-of-deterrence-and-law-enforcement-to-drug-related-harms>

Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2003), *Peer to peer: using peer to peer strategies in drug abuse prevention* (New York: Nations Unies), http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_peer_english.pdf

Werb, D., Mills, E.J., DeBeck, K., Kerr, T., Montaner, J.S.G. & Wood, E. (2011), 'The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements: a systematic review and meta-analysis', *Journal of Epidemiology & Community Health*, **65**(10): 834–840

West, S. & O'Neal, K. (2004), 'Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited', *American Journal of Public Health*, **94**(6): 1027, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448384/>

Notes de bas de page

- 1 Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2008), 'Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975-2007'. In *Volume I: Secondary school students* (Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse), http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2_2007.pdf
- 2 Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., et al. (November 2004), *The ESPAD Report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European countries* (Stockholm: The European Survey Project on Alcohol and Other Drugs); Johnston, L.D., Bachman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2007), *Monitoring the future: national results on adolescent drug use. Overview of key findings, 2006* (Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse), <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2006.pdf>
- 3 Garfield, J. & Drucker, E. (2001), 'Fatal overdose trends in major US cities: 1990 – 1997', *Addictions Research and Theory*, **9**(5): 425, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/16066350109141762>; Zou, S., El Saadany, S., Forrester, S. & Giulivi, A. (2001), *Estimating the incidence of hepatitis C virus infection in Canada* (Canadian Conference on Epidemiology, Ottawa: Blood-borne Pathogens Division, Population and Public Health Branch, Health Canada), <http://www.openmedicine.ca/article/viewArticle/249/287>; Sutcliffe, C.G., German, D., Sirojnj, B., Latkin, C., Aramrattana, A., Sherman, S.G., Sirojnj, B., Latkin, C., Aramrattana, A., Sherman, S.G. & Celentano, D. (2009), 'Patterns of methamphetamine use and symptoms of depression among young adults in northern Thailand', *Drugs and Alcohol Dependence*, **101**(3): 146–151, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2692876/>; Zule, W.A. & Desmond, D.P. (2000), 'Factors predicting entry of injecting drug users into substance abuse treatment', *American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, **26**(2): 247, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10852359>
- 4 Office of National Drug Control Policy (2007), *National youth anti-drug media campaign*. (Washington, D.C.: Office of National Drug Control Policy), <http://www.whitehouse.gov/ondcp/anti-drug-media-campaign>; Government of Canada (2007), *National Anti-Drug Strategy – Prevention* (Ottawa: Government of Canada); Council of the European Union (November 2004), *EU Drugs Strategy (2005–2012)* (Brussels: European Union), <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index6790EN.html>; Government of Australia (2004), *Australian National Illicit Drug Strategy 2004-2009* (Sydney: Australian Government Department of Health and Ageing).
- 5 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2011), *Rapport Mondial sur la Drogue* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/Press-releases/PR-French.pdf>
- 6 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2011), *Rapport Mondial sur la Drogue* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/Press-releases/PR-French.pdf>
- 7 Friedman, S.R., Cooper, H.L., Tempalski, B., Keem, B., Friedman, R., Flom, P.L., et al. (2006), 'Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas', *AIDS*, **20**(1): 93, <http://www.idpc.net/publications/relationships-of-deterrence-and-law-enforcement-to-drug-related-harms>
- 8 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2005), *World Drug Report 2005* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), http://www.unodc.org/pdf/WDR_2005/volume_1_web.pdf
- 9 Office of National Drug Control Policy (2007), *National youth anti-drug media campaign* (Washington DC: Office of National Drug Control Policy)
- 10 Bandura, A. (1986), *The social foundations of thought and action: a social cognitive theory* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall)
- 11 Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980), *A theory of reasoned action* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.)
- 12 Ajzen, I. (1985), *From intentions to actions: a theory of planned behavior. Action control: from cognition to behavior* (Springer), pp. 11–39, <http://www.getcited.org/pub/103371616>
- 13 Werb, D., Mills, E.J., DeBeck, K., Kerr, T., Montaner, J.S.G. & Wood, E. (2011), 'The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements: a systematic review and meta-analysis', *Journal of Epidemiology & Community Health*, **65**(10): 834–840
- 14 Office of National Drug Control Policy (2009), *FY2010 Budget Summary* (Washington, D.C.: ONDCP)
- 15 Orwin, R., Cadell, D., Chu, A., Kalton, G., Maklan, D., Morin, C., et al. (2004), *Evaluation of the national youth anti-drug media campaign: 2004 report of findings* (Washington D.C.: NADA), Report No.: N01DA-8-5063, <http://archives.drugabuse.gov/initiatives/westat/#reports>
- 16 US Government Accountability Office (2006), *ONDCP Media Campaign: contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use* (Washington, DC: Government Accountability Office), Report No.: GAO-06-818, <http://www.gao.gov/products/GAO-06-818>

- 17 Gorman, D.M. (1995), 'The effectiveness of DARE and other drug use prevention programs', *American Journal of Public Health*, **85**(6): 873, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615488/>; Pearson, H. (2004), 'A hard habit to break', *Nature*, **430**: 2; Berberian, R., Gross, C., Lovejoy, J. & Paparella, S. (1976), 'The effectiveness of drug education programs: A critical review'. *Health Education and Behaviour*, **4**(4): 377, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1010754>; Bangert-Drowns, R.L. (1988), 'The effects of school-based substance abuse education - a meta-analysis', *Journal of Drug Education*, **18**(3): 243, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3058921>
- 18 Beck, J. (1998), '100 years of "just say no" versus "just say know". Reevaluating drug education goals for the coming century', *Evaluation Review*, **22**(1): 15, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10183299>
- 19 D.A.R.E. (2007), *Drug Abuse Resistance Education* (Inglewood, California: D.A.R.E. America), <http://www.dare.com/home/default.asp>
- 20 Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. (2006), 'Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis', *Addiction*, **101**(4): 556, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16548935>
- 21 Bandura, A. (1977), 'Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change', *Psychology Review*, **84**(2): 191, <http://garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989U419500001.pdf> or <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>
- 22 Wysong, E., Aniskwicz, R. & Wright, D. (1994), 'Truth and DARE: tracking drug education to graduation and as symbolic politics', *Social Problems*, **41**(3): 448, <http://www.jstor.org/pss/3096972>
- 23 Rosenbaum, D.P. & Hanson, G.S. (1998), 'Assessing the effects of school-based drug education: A six year multilevel analysis of Project DARE', *Journal of Research in Crime and Delinquency*, **35**(4): 381, <http://jrc.sagepub.com/content/35/4/381.abstract>
- 24 Lynam, D.R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S.P., Logan, T.K., Martin, C., *et al.* (1999), 'Project DARE: no effects at 10-year follow-up', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67**(4): 590, <http://barkingduck.net/ehayes/essays/ccp674590.html>; Becker, H.K., Agopian, M.W. & Yeh, S. (1992), 'Impact evaluation of drug abuse resistance education (DARE)', *Journal of Drug Education*, **22**(4): 283, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1484326>; Harmon, M. (1993), 'Reducing the risk of drug involvement among early adolescents: an evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)', *Evaluation Review*, **17**(2): 221, <http://erx.sagepub.com/content/17/2/221.abstract>; Thombs, D.L. (2000), 'A retrospective study of DARE: substantive effects not detected in undergraduates', *Journal of Alcohol and Drug Education*, **46**(1): 27, <https://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=195552>; Clayton, R.R. (1996), 'The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (project DARE): 5-year follow-up results', *Prevention Medicine*, **25**(3): 307, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8781009>; Dukes, R., Ullman, J. & Stein, J. (1995), 'An evaluation of D.A.R.E. (Drug Abuse Resistance Education), using a Solomon four-group design with latent variables', *Evaluation Review*, **19**(4): 409, <http://erx.sagepub.com/content/19/4/409.abstract>; Rosenbaum, D.P., Flewelling, R.L., Bailey, S.L., Ringwalt, C.L. & Wilkinson, D.L. (1994), 'Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE)', *Journal of Research Crime & Delinquency*, **31**(1): 3, <http://jrc.sagepub.com/content/31/1/3.abstract>; Zagumny, M.J. & Thompson, M.K. (1997), 'Does D.A.R.E. work? An evaluation in rural Tennessee', *Journal of Alcohol and Drug Education*, **42**(2): 32, <https://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=172910>; Dukes, R.L. (1996), 'Three-year follow-up of Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.)', *Evaluation Review*, **20**(1): 49, <http://erx.sagepub.com/content/20/1/49.abstract>; Ringwalt, C., Ennett, S. & Holt, K. (1991), 'An outcome evaluation of Project DARE (Drug Abuse Resistance Education)', *Health Education Research*, **6**(3): 327, <http://her.oxfordjournals.org/content/6/3/327.abstract>
- 25 West, S. & O'Neal, K. (2004), 'Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited', *American Journal of Public Health*, **94**(6): 1027, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448384/>; Ennett, S.T., Tobler, N.S., Ringwalt, C.L., Flewelling, R.L. (1994), 'How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations', *American Journal of Public Health*, **84**(9): 1394, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615171/>
- 26 Aguirre-Molina, M., Gorman, D.M. (1996), 'Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use', *Annual Review on Public Health*, **17**(1): 337–358, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8724231>
- 27 Wagenaar, A.C., Murray, D.M., Wolfson, M., Forster, J.L. & Finnegan, J.R. (1994), 'Communities mobilizing for change on alcohol: Design of a randomised community trial', *Journal of Community Psychology*, **101**, http://www.epi.umn.edu/alcohol/pubs/pubpdf/11_6_69.PDF; Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1994), 'Introduction to community empowerment, participatory education, and health', *Health Education Quarterly*, **21**(2): 141–148, <http://heb.sagepub.com/content/21/2/141.extract>; McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988), 'An ecological perspective on health promotion programs', *Health Education & Behaviours*, **15**(4): 351, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3068205>
- 28 Waddington, I. (2000), *Sport-focussed interventions for young people at risk: do they work? The UK experience*; Edmonds, K., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M.A. (2005), *Drug prevention among vulnerable young people* (Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention)
- 29 Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., *et al.* (2000), 'Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health', *British Medical Journal*, **321**(7262): 694, <http://www.bmj.com/content/321/7262/694.full>

- 30 Edmonds, K., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M.A. (2005), *Drug prevention among vulnerable young people* (Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention)
- 31 Edmonds, K., Sumnall, H., McVeigh, J. & Bellis, M.A. (2005), *Drug prevention among vulnerable young people* (Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention), <http://www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=175>
- 32 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2003), *Peer to peer: using peer to peer strategies in drug abuse prevention* (New York: Nations Unies), http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_peer_english.pdf
- 33 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2003), *Peer to peer: Using peer to peer strategies in drug abuse prevention* (New York: Nations Unies), http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_peer_english.pdf
- 34 Sherman, S.G., Sutcliffe, C., Srijon, B., Latkin, C.A., Aramratanna, A. & Celentano, D.D. (2009), 'Evaluation of a peer network intervention trial among young methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand', *Social Science & Medicine*, **68**(1): 69–79, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18986746>
- 35 Ross, M.W. & Williams, M.L. (2001), 'Sexual behaviour and illicit drug use', *Annual Review of Sex Research*, **12**: 290-310

3.2 La réduction des risques

Dans cette section:

- Les principes constitutifs du concept de réduction des risques
- Un large choix d'interventions
- Soutenir les groupes les plus exposés aux risques liés à la drogue

La réduction des risques se réfère à des interventions de santé publique qui visent à réduire les conséquences négatives de l'usage de drogues et des politiques des drogues. La réduction des risques a été rigoureusement évaluée et s'est révélée efficace pour réduire la transmission d'infections par voie sanguine ainsi que la morbidité et la mortalité liées à l'usage de drogues.

Pourquoi la réduction des risques est-elle importante ?

Une définition générale du concept de « réduction des risques », telle que nous y faisons référence dans ce Guide, a été donnée dans le [Chapitre 1](#). Le chapitre qui suit traite exclusivement de la réduction des risques sanitaires, tout en abordant les moyens de façonner les politiques publiques, de manière à promouvoir le bien-être des usagers de drogues.

L'usage de drogues, en particulier dans le contexte du régime de contrôle actuel, peut engendrer un certain nombre de conséquences nuisibles à la santé des consommateurs, telles que les infections des tissus mous et la transmission de virus par voie sanguine, dont ceux de l'hépatite B et C ou le VIH, suite au partage d'un matériel d'injection contaminé, les décès par overdose et l'exacerbation de maladies psychiatriques ou physiques existantes.

La réduction des risques est également concernée par les risques causés par les politiques publiques et les attitudes envers les usagers de drogues. Dans de nombreux pays, la plupart des risques sont causés directement ou indirectement par la criminalisation et l'incarcération en masse des consommateurs, mais aussi par la discrimination qui en résulte dans l'accès aux services de santé, à l'emploi, aux prestations de service social, au logement, ou aux gardes d'enfants. La réduction des risques est donc souvent conçue à la fois comme un problème de santé publique et comme relevant des de droits humains.

La réduction des risques concerne à la fois la santé publique et les droits humains

Près de 16 millions d'individus consomment des drogues injectables à travers le monde.¹ Selon de récentes estimations, plus de 10% des infections par le VIH sont causées par l'injection de drogues, et 30% des nouvelles infections se produisent en dehors de l'Afrique sub-saharienne.² Dans certains pays du Moyen Orient, d'Afrique du Nord, d'Afrique Centrale, d'Asie du Sud et du Sud-est et d'Amérique Latine, la majorité des infections par le VIH concerne les usagers de drogues injectables (UDI).³ La transmission du VIH liée à l'injection est, par ailleurs, récemment devenue de plus en plus fréquente en Afrique sub-saharienne, où la prévalence de l'usage de drogues injectables se rapproche maintenant de la moyenne mondiale.⁴

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) a identifié l'overdose comme étant une cause majeure de mortalité dans les Etats membres de l'Union européenne.⁵ Une étude internationale financée par l'OEDT a révélé que dans sept zones urbaines européennes, entre 10 et 23% des décès parmi les personnes âgées de 15 à 49 ans pouvaient être attribués à l'usage d'opiacés.⁶ Aux Etats-Unis, l'overdose est la principale cause de mortalité chez les personnes âgées de 35-54 ans.⁷ A San Francisco (Etats-Unis) des études ont révélé que 89% des usagers d'héroïne avaient été témoins d'au moins une overdose au cours de leur vie⁸ et que 51% des usagers d'héroïne en Australie avaient été victime d'overdose.⁹ Ce taux peut atteindre 66% dans la province du Yunnan en Chine¹⁰ et 83,1% au Nord du Vietnam.¹¹ En Russie, 21% des décès parmi les personnes vivant avec le VIH en 2007¹² pouvaient être attribués à une overdose et le pays avait enregistré un total de 9 354 décès par overdose l'année précédente, ce qui est probablement une sous-estimation.¹³

L'usage de drogues non-injectables autres que les opioïdes peut également avoir des impacts négatifs sur la santé. Dans de nombreuses parties du monde, la consommation de cocaïne et de stimulants de type amphétamine, tels que la méthamphétamine a augmenté, ainsi que l'usage non médical de substances pharmaceutiques.^{14,15} Dans certains contextes, l'usage de drogues non injectables a été associé à un risque accru de transmission sexuelle du VIH.¹⁶ Le partage de matériel servant à fumer du crack est lui aussi associé à une augmentation des risques de transmission de l'hépatite C.¹⁷ Les stimulants peuvent provoquer de l'hyperthermie, des troubles psychiatriques aigus, ainsi que d'autres troubles. Les drogues inhalées peuvent provoquer des infections pulmonaires et parfois des leuco-encéphalopathies.¹⁸ L'encadré 1 fournit des exemples de services efficaces de réduction des risques pour les usagers de drogues non-injectables.

Encadré 1. Services de réduction des risques pour les usagers de drogues non injectables

Bien qu'ils soient parfois moins visibles, en raison de l'accent mis sur la prévention du sida dans les financements publics, les services de soutien aux usagers de drogues non-injectables constituent une partie cruciale de la réduction des risques. En réponse aux risques associés à l'usage de drogues non-injectables, des organisations, telles que « DanceSafe » en Amérique du Nord, ont lancé des programmes éducatifs, de tests chimiques des drogues consommées et autres services, pour s'assurer que les usagers de « drogues festives » soient bien informés sur une consommation sans danger et sur la nature des produits qu'ils consomment.

Des groupes de réduction des risques au Canada et ailleurs ont mis à disposition des kits d'équipement nécessaires pour un usage de crack plus sûr, comprenant des notices d'information et un matériel servant à fumer. Ce dernier est fabriqué à partir de matériaux qui n'exhalent pas de substances chimiques toxiques lorsqu'ils sont chauffés. Ces kits ont facilité l'adoption de comportements moins risqués chez les consommateurs.¹⁹ Depuis le début des années 1990, les services de réduction des risques pour les usagers de drogues non-injectables (tels que les services de conseil, de logement, d'orientation vers des services de traitement de la dépendance, etc.) ont coexisté avec les PES dans les pays comme l'Amérique Latine et les Caraïbes, où la consommation de poudre de cocaïne et de crack est répandue. Dans plusieurs pays, des « installations d'inhalation plus sûre » ont également été mises en place aux côtés d'installations pour l'injection, afin que les clients puissent fumer ou sniffer de la drogue dans un environnement sous contrôle médical.²⁰

Le partage de matériel d'injection non stérile a été une source majeure d'infections par le VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale. La mise en œuvre de services de réduction des risques a permis un contrôle croissant de l'épidémie. Par exemple, en 2009 la ville de New York, qui avait soutenu des services de réduction des risques depuis près de 20 ans, a signalé que seuls 5% des nouveaux cas d'infection par le VIH avaient été causés par l'usage de drogues injectables.²¹ Il en a été de même

en l'Australie, premier pays à avoir intégré une politique de réduction des risques dans sa stratégie nationale de lutte contre le sida. L'Australie a pu ainsi réaliser une économie de plus de 820 millions de dollars entre 2000 et 2009 sur les dépenses de santé²² grâce à la baisse de la propagation du sida chez les usagers de drogues injectables.²³ Le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la France, l'Espagne et d'autres pays européens ont connu des réussites similaires dans la réduction de l'incidence du sida parmi les usagers de drogues injectables grâce à l'accès accru aux PES, aux TSO, etc. Au contraire, des pays comme la Russie et la Thaïlande sont confrontés à une forte prévalence d'infections par le virus du sida chez les usagers de drogues injectables, faute d'avoir élaboré une politique de réduction des risques.²⁴

La réduction des risques est fondée sur des expériences réussies, le souci de réduire la propagation de maladies transmissibles par voie sanguine, d'améliore la santé publique et de faire baisser les niveaux de consommation de drogues

La réduction des risques est fondée sur des expériences réussies, le souci de réduire la propagation de maladies transmissibles par voie sanguine, d'améliore la santé publique et de faire baisser les niveaux de consommation de drogues

Les programmes de réduction des risques ont toujours été fondés sur des preuves solides. Les services de réduction des risques ont été évalués de manière détaillée. Les études disponibles soulignent l'efficacité de ces programmes pour réduire la propagation du sida et d'autres maladies transmissibles par voie sanguine améliorer la santé publique, sans pour autant conduire à une augmentation des taux de consommation.^{25,26} Par conséquent, la réduction des risques est devenue l'approche de santé publique prépondérante pour répondre aux risques associés à la consommation de drogues recevant le soutien de nombreux organismes de santé internationaux et d'associations professionnelles, dont le système des Nations Unies, la Fédération Internationale de la Croix Rouge et du Croissant Rouge, la Société Internationale contre le SIDA, et l'Association Médicale Américaine. Au moins 82 pays soutiennent la réduction des risques dans leurs politiques et/ou dans leurs pratiques.²⁷

Les principes constitutifs du concept de réduction des risques

Ce chapitre utilise la définition du concept de réduction des risques adopté par Harm Reduction International (HRI)²⁸ et décrit comment ces principes doivent être appliqués dans la pratique.

Selon HRI, la réduction des risques se réfère « aux politiques, aux programmes et aux pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques de la consommation de drogues psychoactives légale et illégale, sans forcément réduire le niveau de consommation. La réduction des risques est bénéfique pour les usagers, leurs familles et la communauté ».²⁹

La réduction des risques cherche à réduire les risques et les dommages liés à la consommation de drogues. Elle est fondée sur des preuves solides, minimise les coûts, s'avère efficace, cumulative, respectueuse de la dignité et des droits humains, conteste les politiques qui conduisent à une maximisation des risques et s'appuie sur les principes de transparence, de responsabilité et de participation

La réduction des risques cherche à réduire les risques et les dommages liés à la consommation de drogues. Elle est fondée sur des preuves solides, minimise les coûts, s'avère efficace, cumulative, respectueuse de la dignité et des droits humains, conteste les politiques qui conduisent à une maximisation des risques et s'appuie sur les principes de transparence, de responsabilité et de participation

La réduction des risques accepte l'idée que, malgré les conséquences négatives de l'usage de drogues, beaucoup d'individus puissent refuser ou être incapables d'y renoncer, que la plupart des risques associés à l'usage de drogues pourraient être évités et que, pour beaucoup de gens, l'usage de drogues peut présenter des aspects positifs. Tous ces éléments doivent être pris en considération pour réduire des risques liés à la consommation de drogues. La réduction des risques s'efforce de prendre en compte l'expérience unique de chaque consommateur de drogues et, au niveau communautaire, de s'appuyer sur les services de soins de base et ceux spécialisés dans le traitement de la dépendance à la drogue, les services de logement, le système de justice pénale, et d'autres domaines pertinents. Au niveau local, régional et national, la réduction des risques a pour souci d'orienter la politique du gouvernement vers l'amélioration de la santé publique et l'abandon d'une approche pénale de l'usage de drogues.

La réduction des risques :

- **cible les risques et les dommages :** la réduction des risques a pour point de départ l'identification des risques et des dommages spécifiques qui surviennent lors de la consommation de drogues par un individu ou une population, en définissant les causes de ces risques et de ces dommages et en déterminant ce qui pourrait être fait pour les réduire. En Thaïlande, par exemple, les usagers de métamphétamine sont ainsi encouragés à fumer cette substance au lieu de l'injecter, afin d'éviter les risques associés à l'injection. En Ukraine, les prestataires de services de réduction des risques ont constaté que les femmes usagères de drogues n'avaient pas les mêmes droits d'accès aux services de gynécologie que les autres et ont par conséquent créé des services innovants pour répondre à ce problème.³⁰ Aux Etats-Unis, les programmes de réduction des risques ont utilisé un relevé topographique des « points chauds » où les usagers les plus accros aux drogues injectables manquent de seringues stériles, afin de mieux cibler les services de PES.³¹
- **est source d'économies et fondée sur des preuves scientifiques :** les programmes de réduction des risques sont fondés sur les découvertes scientifiques relatives à la santé publique et sur des expériences pratiques. Ils utilisent des méthodes qui s'avèrent généralement peu coûteuses et ont démontré leur efficacité. De nouvelles données concernant l'efficacité des méthodes de nettoyage des seringues, par exemple, ont suscité un regain d'attention pour venir en aide aux personnes qui réutilisent leurs seringues.³² Il existe un nombre croissant d'études relatives au faible coût et à l'efficacité des actions de réduction des risques, notamment en ce qui concerne les PES et la TSO.³³
- **est cumulative :** comme l'explique HRI : « Les prestataires de services de réduction des risques reconnaissent l'importance de tout changement positif dans la vie d'une personne. Les interventions de réduction des risques sont basées sur le volontariat plutôt que sur la contrainte [...] et sont conçues pour répondre aux besoins de la personne, quel que soit son choix de vie ». ³⁴ Ce principe est utilisé de bien des manières, dans le travail quotidien des fournisseurs de services de réduction des risques, allant de l'aide apportée à des individus pour réduire les risques immédiats associés à l'usage chaotique du crack à Rio de Janeiro, à l'assistance fournie aux usagers de drogues pour trouver un logement à New York.
- **est fondée sur la dignité et la compassion :** la réduction des risques considère les usagers de drogues comme des membres à part entière de leur communauté, mais aussi comme des amis, des membres de famille et des conjoints. Le concept rejette donc la discrimination, les stéréotypes et la stigmatisation. Le projet de réduction des risques « COUNTERfit » à Toronto, au Canada, a mis en avant ces principes pour faire accepter un code de conduite bienveillant à l'égard des usagers de drogue sur le lieu de travail. drogues.³⁵ En Iran, les programmes de réduction des risques ont encouragé la création d'un environnement bienveillant et ouvert et ont œuvré pour mettre la réduction des risques en accord avec les principes de l'Islam afin d'atteindre les usagers de drogues injectables les plus marginalisés.³⁶

- **reconnait l'universalité et l'interdépendance des droits humains** : le Haut-commissaire aux droits de l'homme, Navanathem Pillay, a déclaré que « Les usagers de drogues ne perdent pas leurs droits humains, y compris le droit de jouir du meilleur état de santé possible, d'avoir accès aux services sociaux, de travailler, de bénéficier des progrès scientifiques, de ne pas être arrêtés et détenus arbitrairement et de ne pas subir de traitement cruel, inhumain ou dégradant » (voir [Section 1.2: « S'assurer du respect des droits humains et des libertés fondamentales »](#)).³⁷
- **remet en cause les politiques et les pratiques qui maximisent les risques** : l'environnement politique au sein duquel des drogues sont consommées a un impact important sur les risques associés à l'usage de drogues. La réduction des risques cherche par conséquent à réduire à la fois les risques associés aux politiques de drogues et les problèmes qui découlent directement de la consommation de drogues. Cette prise de conscience a amené les gouvernements à dépénaliser l'usage de drogues dans une grande partie de l'Europe occidentale et centrale, ce qui a eu de nombreux effets positifs en matière de santé publique dans certains pays, notamment le Portugal.³⁸ D'autres pays ont opté pour l'abandon de politiques qui privaient les usagers de drogues injectables d'un libre accès aux programmes de traitement du sida³⁹ à la TSO et à d'autres services de santé pouvant leur sauver la vie.
- **valorise la transparence, la responsabilité et la participation** : les prestataires de services de réduction des risques, les donateurs, les agents publics et autres personnes concernées ont une responsabilité envers les usagers de drogues. La réduction des risques s'efforce de garantir cette responsabilité en engageant ces derniers à prendre part à la conception et à la mise en œuvre des politiques et des programmes qui les concernent et à en assurer la direction. Par exemple, les usagers de drogues ont eu un rôle central dans la conception et la consolidation du mouvement américain de réduction des risques, dans la représentation des usagers de drogues au sein des groupes exécutifs des organisations de réduction des risques, dans la création du Réseau International des Usagers de Drogues (INPUC) et dans l'adoption de la « Déclaration de Vancouver » en 2006.⁴⁰

Encadré 2. Le projet « Acton communautaire pour la réduction des risques »

Le projet « Action Communautaire pour la Réduction des Risques » (CAHR) est un exemple intéressant illustrant la manière dont les principes de réduction des risques peuvent être incorporés dans un programme global. CAHR vise à donner aux usagers de drogues injectables un accès plus large aux services de réduction des risques au Kenya, en Chine, en Inde, en Indonésie et en Malaisie. Le projet constitue une démarche unique pour mettre en place et développer des services destinés aux usagers de drogues injectables, par l'intermédiaire d'initiatives communautaires locales, de partenariats pragmatiques avec les autorités locales et les établissements de santé publique et universitaires et enfin par la suppression des obstacles politiques et structurels qui entravent la viabilité du programme.

Le projet met l'accent sur le renforcement des moyens d'action des organisations communautaires locales et sur le partage de connaissances et d'expériences dans le but de mettre en place des interventions de réduction des risques au Kenya, d'améliorer l'accès aux services de soutien communautaire en Chine, d'améliorer la qualité des programmes visant à changer les comportements des usagers en Inde et en Malaisie et d'étendre les services de réduction des risques de qualité à de nouvelles communautés d'usagers de drogues injectables en Indonésie.

Le projet se définit par un objectif pragmatique : celui de développer des services efficaces de lutte contre le sida et autres risques associés à la consommation de drogues, sur la base

des preuves disponibles. Les résultats des expérimentations sur le terrain sont régulièrement exploités afin de peser sur les débats politiques à la fois au niveau national et international. Enfin, les objectifs de CAHR comprennent la participation active des usagers de drogues à la conception des politiques et des programmes qui les concernent, ainsi que la protection et la promotion de leurs droits humains.⁴¹

Un large choix d'interventions

La réduction des risques implique une approche holistique, avec pour objectif la protection de la santé des usagers de drogues. L'OMS recommande un ensemble d'interventions de réduction des risques⁴²

Les services de réduction des risques se renforcent mutuellement pour optimiser leur efficacité dans la protection de la santé des usagers de drogues

qui se renforcent mutuellement pour optimiser leur efficacité pour protéger la santé des usagers de drogues. Les données disponibles montrent également qu'à l'accès aux services de réduction des risques s'ajoute un accès plus large aux services de santé de base. La liste ci-dessous n'est évidemment pas exhaustive, mais chacune de ces actions s'appuie sur des recherches solides et constitue une réponse à moindre coût aux problèmes engendrés par la drogue.

Les programmes d'échange de seringues (PES)

La pratique de réduction des risques la plus connue est sans doute celle qui consiste à fournir un matériel d'injection stérile aux usagers de drogues afin de réduire les risques de propagation du sida et d'autres infections transmissibles par voie sanguine. Les PES visent également à empêcher les infections de la peau et des tissus mous (telles que des abcès et des inflammations) qui peuvent être évitées en utilisant un matériel d'injection stérile. Les PES servent par ailleurs de passerelle d'accès à un grand nombre de services sociaux et sanitaires, dont les services de santé généralistes, le traitement de la dépendance à la drogue, etc.

Le succès de ces programmes dépend de plusieurs facteurs, tels que la participation des usagers de drogues à la conception et à la mise en œuvre du service, l'accessibilité et le rayon d'action des services fournis, l'adaptabilité du service au type de consommation locale,⁴³ le soutien des agences de maintien de l'ordre locales afin qu'elles n'entravent pas l'accès aux services disponibles,⁴⁴ ainsi que les négociations et consultations avec l'ensemble de la communauté.⁴⁵

Alors que la plupart des PES étaient, à l'origine, destinés principalement aux injecteurs d'héroïne et de cocaïne, la réduction des risques aborde aujourd'hui tous les aspects de l'usage de drogues. Sur la base du concept des PES, le Canada et les États-Unis, par exemple, ont été pionniers dans le développement de matériel plus sûr pour les fumeurs de crack afin de réduire le risque de brûlures, d'infections pulmonaires et de possible transmission sanguine de l'hépatite ou d'autres infections, lors du partage de pipes.⁴⁶ Les programmes visant les usagers de méthamphétamine tels que « Crystal Clear » à Vancouver, au Canada, font appel à des pairs pour adapter cette approche à l'usage de drogues injectables et non-injectables (voir encadré 4).

Les salles de consommation à moindre risque

Certains gouvernements, tels que l'Australie, le Canada, l'Espagne, l'Allemagne et la Suisse, ont récemment mis en place des salles de consommation à moindre risque.⁴⁷ Ces locaux supervisés permettent aux usagers de s'injecter (ou dans certains cas, fumer) leur drogue sans peur d'être arrêtés, mais aussi d'intervenir en cas d'overdoses et autres problèmes de santé grâce à une équipe médicale

compétente. Les salles de consommation à moindre risque ont permis de réduire la mortalité due à des overdoses. Par exemple, les taux de décès dans le quartier autour de la salle de consommation « Insite » à Vancouver ont chuté de 35% durant l'année suivant son ouverture.⁴⁸

Le traitement de la dépendance à la drogue

La thérapie de substitution aux opiacés (TSO) par méthadone ou buprénorphine est actuellement la méthode la plus répandue pour traiter les problèmes de dépendance aux opiacés, et s'appuie sur une importante base de preuves concluantes. Certains pays prescrivent également de l'héroïne pharmaceutique (appelée diacéylmorphine) comme substitut de l'héroïne habituellement consommée par l'utilisateur et qui est généralement adultérée. Les programmes de TSO se sont avérés efficaces pour réduire ou mettre fin à l'usage de drogues injectables, réduire la criminalité, et améliorer la santé et le bien-être des usagers.⁴⁹ La TSO joue un rôle central dans l'adhésion des usagers dépendants aux opiacés à des traitements du sida,⁵⁰ de l'hépatite C et de la tuberculose.⁵¹ Elle représente aussi un outil important pour prévenir les overdoses.⁵² En l'absence de thérapies de substitution pour les substances autres que des opioïdes, il existe d'autres formes de traitement, telles que la thérapie cognitive-comportementale et d'autres approches psychosociales, étayées par des études probantes, montrant leurs effets positifs sur la santé des usagers dépendants. Pour en savoir plus, voir [Section 3.3 : « Traitement de la dépendance à la drogue »](#).

Prévention des overdoses

Un nombre important d'usagers d'opiacés sont victimes d'une overdose au cours de leur vie. Dans de nombreux pays, les overdoses sont une cause majeure de décès chez les personnes qui s'injectent des drogues, et notamment chez les jeunes. Dans les années 1990, des programmes développés au Royaume-Uni, aux États-Unis (voir [encadré 3](#)) et dans d'autres pays ont commencé à éduquer les usagers d'héroïne ainsi que leurs amis et leurs familles sur la manière de prévenir et de répondre aux overdoses, et à distribuer de la naloxone, un médicament qui bloque rapidement et en toute sécurité les effets des opioïdes en mettant fin à l'hypoventilation qui peut conduire à la mort. Récemment ces programmes se sont étendus à d'autres pays, du Vietnam, au Tadjikistan et de Porto Rico à la Slovaquie, où il est amplement démontré qu'ils ont contribué à une réduction significative des taux de mortalité.^{53,54} Les salles de consommation à moindre risque et les programmes de TSO sont également des outils essentiels pour prévenir les overdoses (voir ci-dessus). Les overdoses de cocaïne, qui causent un grand nombre de décès dans certains pays,⁵⁵ sont un défi important car il n'existe pas de médicament équivalent à la naloxone que toute personne profane est capable d'administrer. D'autres politiques de prévention des overdoses incluent l'amélioration des services médicaux d'urgence spécialisés dans les overdoses, des lois de « bon Samaritain » protégeant les personnes qui portent secours à des victimes d'overdose contre des poursuites pénales, une meilleure surveillance et le développement des recherches sur l'overdose.

Encadré 3. Les premiers programmes de prévention des overdoses à New York

Pendant des années, les taux de mortalité due aux overdoses n'ont pas cessé d'augmenter parmi les participants à des programmes de réduction des risques à New York. Inspirés par leurs collègues de Chicago, de San Francisco et du Nouveau Mexique, les prestataires de trois programmes communautaires de réduction des risques de New York ont lancé les premiers programmes de prévention des overdoses en 2004, en distribuant de la naloxone aux usagers d'opioïdes. Les trois groupes couvraient alors chacun un secteur géographique de la ville, offraient des services de réduction des risques destinés aux jeunes, et sont passés de la prestation de services périodiques à des interventions plus larges de formation des rues, en offrant aux communautés des informations et des outils pour prévenir et gérer les overdoses. À la mi-2006, suite à une évaluation des premiers projets, la ville de New York a pris le programme en charge et a contribué

à son financement, en attribuant les ressources nécessaires pour soutenir les programmes de prévention des overdoses à l'ensemble des organisations de réduction des risques de la ville, et en embauchant un directeur médical à plein temps pour superviser le programme. Dans les deux années qui ont suivi, le taux de mortalité par overdose a chuté de 27% à New York,⁵⁶ et des données non publiées indiquent que cette tendance s'est poursuivie. Depuis, des centaines de projets similaires ont proliféré dans le monde sur la base du modèle simple qui a vu le jour aux États-Unis et dans certains pays de l'Europe occidentale.

Prévention et traitement du sida et autres maladies sexuellement transmissibles

Comme pour toute autre personne risquant de contracter une maladie sexuellement transmissible, que ce soit le sida ou d'autres MST, les préservatifs, les services de santé et les programmes d'éducation sexuelle doivent être accessibles aux usagers de drogues, à leurs partenaires sexuel(le)s et à la communauté en général. Le dépistage et le traitement des MST sont souvent liés aux services de réduction de risques, en partie parce que les MST (en particulier celles qui provoquent des lésions génitales) peuvent augmenter le risque de transmission du sida. Les programmes offrant des conseils et un dépistage volontaire du sida sont également un service de base pour réduire les risques et devraient être reliés aux efforts visant à orienter les personnes nouvellement diagnostiquées vers des services de soin et de traitement. Les études disponibles ont constaté que les personnes ayant des antécédents de consommation de drogues injectables avaient un taux de réussite du traitement du sida comparable à celui des personnes non-consommatrices.⁵⁷

Prévention, dépistage et traitement de l'hépatite virale

Les vaccins contre les hépatites A et B sont très efficaces et doivent être mis à la disposition de toutes les personnes présentant un risque d'infection par l'hépatite, en particulier les usagers de drogues injectables. À l'échelle mondiale, environ 90% des nouveaux cas d'hépatite C sont liés à l'usage de drogues injectables. Bien qu'il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C, l'immunisation contre l'hépatite A et B peut améliorer les résultats cliniques pour les personnes atteintes de l'hépatite C. Des avancées majeures ont eu lieu dans le traitement de l'hépatite C et toute personne devrait y avoir accès, indépendamment de son statut de consommateur de drogues.⁵⁸

Prévention et traitement de la tuberculose

Les personnes dont le système immunitaire est affaibli, notamment les individus séropositifs, courent un risque élevé d'infection active par la tuberculose, en particulier dans des environnements clos tels que les prisons et dans les pays où la tuberculose est endémique.⁵⁹ La tuberculose est la première cause de mortalité des personnes séropositives dans le monde, parmi lesquelles les usagers de drogues séropositifs, notamment en Europe de l'Est et en Asie centrale, où plusieurs souches résistantes à de multiples médicaments ont proliféré. Certains programmes de réduction des risques, tels que la Fondation de Lutte contre le SIDA à Tomsk, en Russie, ont réagi en augmentant les efforts de surveillance et d'éducation des usagers de drogues sur la prévention de la tuberculose, et en incitant les personnes atteintes de tuberculose à se faire soigner.

Santé mentale, bien-être social et autres services

Même s'ils ne sont parfois pas considérés comme faisant partie de stratégies au cœur de la réduction des risques, d'autres services sont souvent offerts aux usagers de drogues. Les maladies psychiatriques, par exemple, sont plus fréquentes chez les personnes dépendantes à la drogue que dans le reste de la population.^{60,61} La dépression sévère, le syndrome de stress post-traumatique et d'autres maladies peuvent exacerber les comportements à risque liés à la drogue et à l'inverse l'usage de drogues peut compliquer les soins psychiatriques. Le stress chronique lié à des circonstances sociales et économiques difficiles peut avoir un impact sur la consommation de drogues et la comorbidité psychiatrique (pour

plus d'informations, voir [Section 3.1: « Prévention en matière de drogue »](#)).⁶² Par exemple, le centre de réduction des risques dans le quartier du sud-est de Manhattan à New York, a mis sur pied une équipe de professionnels de la santé mentale, afin de venir en aide aux clients atteints d'une maladie psychiatrique, ainsi que des services de logement, un soutien juridique, et une gestion de cas pour coordonner les services socio-sanitaires.

Soutenir les groupes les plus exposés aux risques liés à la drogue

Certains groupes sociaux, tels que les femmes, les jeunes et les minorités, sont davantage exposés aux risques liés à la drogue à cause de problèmes de discrimination, d'abus de pouvoir, etc. Les programmes de réduction des risques ont pour responsabilité d'identifier les personnes usagères de drogue particulièrement vulnérables au sein de leur communauté afin de développer des services appropriés à leur cas.

Les jeunes

Alors que beaucoup de jeunes consomment de la drogue,⁶³ la plupart des services de réduction des risques sont conçus pour les adultes. De toute évidence, les jeunes ont souvent consommé de la drogue sur une plus courte durée que les adultes. Leurs comportements à risque et leurs conditions de vie, sociales, économiques et juridiques sont, eux aussi, différents de ceux des adultes. Ils sont enfin vulnérables car exposés à un comportement abusif de la part des adultes. Il est donc nécessaire que des programmes de réduction des risques spécifiques soient élaborés pour les jeunes (voir [encadré 4](#)). Cependant, ces programmes n'ont été développés que dans un nombre limité de pays. En outre, il existe de nombreux obstacles qui empêchent les jeunes d'accéder aux services de réduction des risques, notamment le consentement parental. Il est essentiel que ces obstacles soient levés. « The Way Home » (Le chemin du retour) à Odessa, en Ukraine, et l'Alliance des Jeunes Sans-abri à San Francisco, aux États-Unis, sont des exemples de programmes efficaces de réduction des risques pour les jeunes. Ces programmes ont accordé une place importante aux jeunes dans la conception et l'administration des programmes et ont adopté une approche fondée sur le droit à la santé. D'autres interventions ont ciblé les jeunes dans les milieux festifs par le biais d'interventions allant de la diffusion d'information sur internet et la distribution de brochures sur la drogue à l'offre de services de vérification de la composition des substances que les usagers souhaitent consommer.⁶⁴

La réduction des risques doit répondre aux besoins spécifiques des groupes usagers de drogue les plus vulnérables

Encadré 4. Services de réduction des risques pour les jeunes

Fondé en 2003 à Vancouver, « Crystal Clear », un projet canadien de réduction des risques d'une durée de trois mois, a débuté en offrant des cours de formation par des pairs et visant les jeunes des rues préoccupés par leur consommation de méthamphétamine. Avec le soutien des organismes de santé au niveau national et municipal, « Crystal Clear » est devenu un programme permanent comprenant des services de sensibilisation par les pairs, du soutien pour le développement du leadership chez les jeunes ciblés, la diffusion d'information sur la réduction des risques et des services de santé. Le programme prévoit également l'engagement ferme d'autres organisations civiques et gouvernementales de faire en sorte que les jeunes consommateurs de méthamphétamine soient représentés. Dans le cadre du projet, l'Autorité de Santé sur la Côte de Vancouver a publié un manuel intitulé : « *Crystal Clear: un guide pratique pour travailler avec les pairs et les jeunes* ». ⁶⁵

De même, « Youth RISE », un réseau de jeunes travaillant à la réduction des risques au niveau international, a été créé en 2006 pour promouvoir la mise en place de programmes de réduction

des risques de haute qualité pour les jeunes. Youth RISE a piloté une série d'ateliers sur la réduction des risques pour des jeunes en Roumanie, en Inde, au Mexique et au Canada, le projet reposant sur la responsabilité des pairs et le respect des droits humains, en particulier ceux gravés dans la Convention sur les droits de l'enfance. L'organisation a par la suite produit un manuel de formation en collaboration avec Espolea, une organisation basée à Mexico concernée par les jeunes atteints par le sida, l'égalité des sexes et la politique des drogues.⁶⁶

Les femmes

Bien que, dans la plupart des pays, les femmes soient une minorité parmi les usagers de drogues injectables elles sont souvent confrontées à une stigmatisation et une marginalisation particulières provoquée par leur usage de drogues et ce à cause de préjugés culturels. De nombreux facteurs augmentent les risques liés à la drogue pour les femmes, tels que les relations de pouvoir inégales avec les hommes, la discrimination, l'extorsion, ou la violence sexuelle perpétrée par des représentants des forces de l'ordre et les pratiques discriminatoires pour accéder aux services médicaux (en particulier envers les consommatrices de drogues enceintes). Les programmes de traitement et de réduction des risques sont, quant à eux, essentiellement conçus pour des usagers masculins. Les consommatrices de drogues sont souvent moins susceptibles que les hommes d'acheter la drogue, elles-mêmes, de savoir comment l'injecter correctement, ou comment accéder aux services de réduction des risques. Les consommatrices enceintes ou qui ont des enfants et qui s'injectent de la drogue sont particulièrement vulnérables face à ces abus.⁶⁷ Certains programmes de réduction de risques ont abordé ces questions de bien des façons (voir les encadrés 5 et 6), parfois en créant des espaces non-mixtes et des groupes de soutien aux femmes, en adaptant les modèles de sensibilisation aux besoins des femmes, et en offrant des services de santé sexuelle et gynécologiques spécifiques. Des réseaux mondiaux ont également été mis en place pour plaider en faveur des droits des consommatrices de drogues, dont le Réseau International des Consommatrices de Drogues (INWUD), et le Réseau International de Réduction des Risques chez les Femmes (WIHRN).

Encadré 5. Créer des services pour les consommatrices de drogues en Ukraine et en Russie

Afin de répondre aux problèmes spécifiques auxquels les consommatrices de drogues sont confrontées, des organisations de réduction des risques en Ukraine et en Russie ont récemment fait des progrès importants en développant des services pour les femmes. Après avoir constaté que près des deux tiers des consommatrices de drogues n'avaient pas accès aux services de santé dans leur ville, la Fondation anti-sida de Tomsk en Sibérie occidentale a créé un espace réservé aux femmes. Le programme a permis aux femmes d'accéder plus facilement aux soins et aux services de réduction des risques et d'augmenter le nombre de femmes ayant effectué un test de dépistage du sida. De même, la Fondation d'Action Humanitaire de Saint-Pétersbourg utilise un bus pour diffuser des informations et offrir des services ciblant spécifiquement les travailleuses du sexe. La Fondation gère aussi l'un des rares centres de gestion de crise pour les femmes russes ayant des enfants en bas âge.⁶⁸

La mise en place de programmes d'aide sociale accordant une plus grande attention aux femmes permet d'obtenir des résultats spectaculaires concernant l'accès aux services: par exemple, l'organisation Virtus à Dnipropetrovsk, en Ukraine, a observé une augmentation de 50% du nombre de clientes et une augmentation de 80% du nombre de mères ayant accès au service. Le programme MAMA+ à Kiev propose un modèle de service plus intensif pour les femmes vivant avec le sida. MAMA+ a augmenté la proportion de ses clientes usagères de drogues en leur offrant des services de dépistage et de traitement du sida et autres MST, des services d'aide psychologique, de planification familiale, de soins gynécologiques, de protection de l'enfance, de soins nutritionnels, de soutien multidisciplinaire pour les femmes enceintes, de visites à domicile, et d'assistance juridique.⁶⁹

Encadré 6. Atteindre les femmes qui s'injectent des drogues dans le Manipur, en Inde

Bien que les femmes ne constituent qu'une faible proportion des usagers de drogues injectables dans le Manipur, en Inde, elles sont très exposées aux infections transmissibles par voie sanguine, notamment le sida. En partenariat avec l'Organisation de Services de Sensibilisation Sociale, l'Alliance Internationale contre le VIH/sida en Inde a développé un programme pour répondre aux besoins immédiats des consommatrices de drogues et pour améliorer leur accès aux services de réduction des risques, ainsi que celui de leurs partenaires.⁷⁰

Un centre d'accueil a été créé dans le cadre du projet pour que les femmes puissent recevoir un certain nombre de services, tels que des PES, des préservatifs gratuits, des bilans de santé (y compris les soins médicaux de base), des programmes de désintoxication en milieu clinique et de TSO, ainsi que des services de conseil et d'orientation vers d'autres institutions de la santé reproductive, et des services de soins et de soutien pour le sida.

Le centre d'accueil est également un lieu de loisirs, offrant la possibilité de regarder la télévision, de lire des journaux et des magazines, et constitue un espace pour discuter avec des amis et le personnel. Les femmes peuvent aussi prendre un bain et utiliser des trousseaux de maquillage offertes par le centre. Le centre est aussi un espace d'entraide et de rencontre pour les groupes de soutien et pour des cours éducatifs. Vu que les consommatrices de drogues constituent un groupe particulièrement marginalisé de la société, l'objectif principal du centre est de les atteindre et de les encourager à accéder aux programmes de réduction des risques et aux soins médicaux de base.⁷¹

Les minorités

Certaines minorités, telles que les lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles, transgenres, intersexuées et homosexuels (LGBTTIQ), les groupes ethniques minoritaires, les immigrés ou les réfugiés, sont davantage exposés aux risques associés à la drogue, en raison de pratiques discriminatoires, de pressions juridiques ou économiques, et des barrières qui entravent leur accès aux services disponibles. Les politiques et les programmes de réduction des risques doivent par conséquent s'assurer que ces services sont accessibles pour les minorités du pays concerné. Ces interventions doivent être élaborées dans le cadre d'une collaboration étroite entre les responsables politiques et les communautés affectées. Les projets doivent également pouvoir être accessibles aux minorités dans leur propre langue et être sensibles aux spécificités culturelles des groupes ciblés.⁷² De nombreux exemples positifs existent (voir [encadré 7](#)), comme par exemple les PES visant les communautés minoritaires comme les Ouzbeks à Och au Kirghizistan ou les Roms à Bucarest en Roumanie, ou encore des services utilisant des pairs, ou offrant des conseils sur la réduction des risques liés aux STA, comme ceux de la Fondation SIDA de San Francisco.

Encadré 7. Protéger la santé des minorités en Australie et en Roumanie

De Londres, à Chiang Mai en passant par Zanzibar, les groupes ethniques minoritaires ont souvent un accès relativement limité aux services de réduction des risques. Et, s'ils y sont admis, les services ne sont pas adaptés à leur culture. En Australie, les taux de consommation de drogues, d'infection par le sida et par l'hépatite virale, et les problèmes de santé liés à la consommation de drogues sont significativement plus élevés dans les communautés autochtones que chez les Australiens d'origine européenne.⁷³ Alors que certains services de drogues sont aujourd'hui bien implantés, ce n'est que récemment que certains efforts ont été faits pour les développer davantage. Parmi ces efforts figurent notamment l'engagement du Conseil National Gouvernemental sur la Drogue et la mise en place de partenariats avec des organisations clés telles que l'Organisation de Contrôle National de Protection de la Santé des Communautés Autochtones et la Ligue Australienne des Usagers et Injecteurs de Drogues.

En Roumanie, les Roms constituent une minorité importante, surreprésentée en termes de pauvreté, à la santé précaire et consommatrice de drogues. Depuis la fin des années 1990, lorsque les premiers programmes de réduction des risques ont été créés à Bucarest, ces services ont visé les communautés Roms, employé du personnel issu de ces communautés et produit des documents dans le dialecte local romani. La consommation de drogues est fortement stigmatisée dans les communautés roms, ce qui a constitué un obstacle important pour venir en aide aux consommateurs de drogues roms. Pour répondre à ce problème, la première initiative de réduction des risques menée au sein de cette communauté a été lancée en 2009 dans le district Ferentari à Bucarest, par Sastipen, une organisation de services de santé qui cible principalement la communauté rom. Les services de santé de base et préventifs de Sastipen ont été mis à la disposition de l'ensemble de la communauté rom afin de faciliter leur acceptation du programme de réduction des risques au sein de leur groupe.

Recommandations

- 1) Sur la base de données relatives à la santé publique, à l'économie, et d'autres preuves, il faudrait créer un ensemble de services et adopter des politiques de réduction des risques dans toutes les zones où la consommation de drogues injectables est particulièrement répandue, dans le but de promouvoir l'accès aux services de santé et de réduire les effets négatifs imprévus des politiques pénales, sanitaires et sociales.
- 2) La réduction des risques ne devrait pas être conçue comme un service autonome, mais plutôt comme une approche intégrée, complémentaire des services sanitaires et sociaux, avec lesquels les usagers de drogue sont en contact, et complétée par eux. La réduction des risques doit donc être intégrée autant que possible aux programmes de traitements de la dépendance à la drogue, aux services médicaux de base et spécialisés, ainsi qu'aux services sociaux et aux systèmes de justice.
- 3) La réduction des risques vise à donner aux usagers de drogues les moyens d'améliorer leur santé et de maîtriser, réduire ou éliminer les effets négatifs de leur consommation. Les programmes doivent donc être évalués du point de vue de l'objectif principal de la réduction des risques, à savoir conduire à un changement positif. Bien que l'abstinence soit le résultat espéré des approches de réduction des risques, limiter la « réussite » de la réduction des risques à un objectif unique, l'abstinence, irait à l'encontre des preuves scientifiques relatives à la dépendance à la drogue et ne prendrait pas en ligne de compte la somme de progrès cumulés dont les bienfaits sont inestimables pour les individus et la société.
- 4) Les services de réduction des risques doivent être aussi complets que possible dans un contexte donné, s'efforçant de remplir les fonctions minimales suivantes, soit directement soit par l'intermédiaire de réseaux partenaires: la prévention du sida, de l'hépatite, de la tuberculose et des STI, l'aiguillage vers les services médicaux et de traitement, la promotion de pratiques plus sûres pour la consommation de drogues, la prévention et le traitement des overdoses la prise en charge des problèmes de santé mentale et de protection sociale.
- 5) Des programmes de réduction des risques ciblant spécifiquement les femmes, les jeunes et les minorités qui consomment de la drogue doivent être mis en place, améliorés ou étendus pour garantir à ces groupes un accès aux services appropriés dont ils ont besoin.

- 6) Les programmes de réduction des risques et les politiques des drogues gagnent en légitimité lorsque les usagers de drogues sont impliqués activement dans leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation. Les organisations de réduction des risques et leurs partenaires, ainsi que les organismes gouvernementaux, doivent encourager la création d'organisations communautaires d'usagers de drogues et veiller à ce que les usagers soient représentés et participent à tous les niveaux de prise de décision et de mise en œuvre des politiques.
- 7) Toutes ces interventions de réduction des risques doivent également être appliquées dans le milieu carcéral (voir [Section 2.4 : « Développer une politique efficace au sein des prisons »](#)).

Ressources clés

Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (Lisbonne: Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association* (Londres: HRI), http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf

Harm Reduction International (2010), *The global state of harm reduction 2010* (Londres: International Harm Reduction Association), <http://www.ihra.net/contents/245>

International HIV/AIDS Alliance (2010), *Good practice guide: HIV and drug use* (Hove: International HIV/AIDS Alliance), <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454>

Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Minimum requirements for effective HIV prevention programming – know your epidemic and your current response*, http://hivpreventiontoolkit.unaids.org/Knowledge_Epidemic.aspx

Open Society Foundations & Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Why overdose matters for HIV* (New York: Open Society Foundations & Eurasian Harm Reduction Network), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/why-overdose-matters-20100715

Schiffer, K. (2011), *'Nothing about us, without us' – participation of drug users in health services and policy making* (Amsterdam: Correlation Network), http://www.correlation-net.org/files/peer_involvement.pdf

Sorge, R. & Kershner, S. (1998), *Getting off right: a safety manual for injection drug users*. (New York: Harm Reduction Coalition), <http://harmreduction.org/drugs-and-drug-users/drug-tools/getting-off-right/>

Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2009), *WHO, UNODC, UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), <http://www.who.int/hiv/idu/TechnicalGuideTargetSettingApril08.pdf>

Notes de bas de page

- 1 Mathers, D.M., *et al.* (2008), 'Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet*, **372**(9651): 1733-1745, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608613112/abstract>
- 2 Aceijas, C., Stimson, G.V., Hickman, M., Rhodes, T. (2004) 'Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users', *AIDS*, **18**(17): 2295-2303, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15577542>
- 3 *ibid.*
- 4 Reid, S.R. (2009), 'Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review', *Harm Reduction Journal*, **6**:24 Cette présentation peut être téléchargée à l'adresse suivante: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_13402_EN_11%20JV%20Epidemiological%20Situation%20D-R%20Deaths.pdf
- 5 Cette présentation peut être téléchargée à l'adresse suivante: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_13402_EN_11%20JV%20Epidemiological%20Situation%20D-R%20Deaths.pdf
- 6 Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P., Buster, M., *et al.* (2005), 'Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries', *European Journal of Public Health*, **16**(2):198-202, <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/16/2/198>
- 7 Warner, M., Chen, L.H. & Makuc, D.M. (2009), *Increase in fatal poisonings involving opioid analgesics in the United States, 1999-2006. NCHS data brief, no. 22* (Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics)
- 8 Seal, K.H., Downing, M., Kral, A.H., Singleton-Banks, S., Hammond, J.P., Lorvick, J., *et al.* (2003), 'Attitudes about prescribing take-home naloxone to injection drug users for the management of heroin overdose: a survey of street-recruited injectors in the San Francisco Bay Area', *Journal of Urban Health*, **80**(2): 191-301
- 9 Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. & Hall, W. (2001), *Heroin overdose: Prevalence, correlates, consequences, and interventions* (Woden, ACT, Australia: Australian National Council on Drugs)
- 10 Bartlett, N., Deming, X., Hong, Z. & Bamian, H. (2011), 'A qualitative evaluation of a peer-implemented overdose response pilot project in Gejiu, China', *International Journal of Drug Policy*, **22**(4):301-305
- 11 Bergenstrom, A., Quan, V.M., Van Nam, L., McCausland, M., Thuoc, N.P., Celentano, D., *et al.* (2008), 'A cross-sectional study on prevalence of non-fatal drug overdose and associated risk characteristics among out-of-treatment injecting drug users in North Vietnam', *Substance Use & Misuse*, **43**(1): 73-84
- 12 Ermak, T.N., Kravchenko, A.V., Shakhgildyan, V.I. & Ladnaya, N.N. (2009), *Causes of death among people living with HIV in Russia*. Présentation lors du Congrès russe sur les maladies infectieuses; Moscou, Fédération russe, 30 Mars au 1^{er} Avril 2009
- 13 Coffin, P. (2008), *Overdose: a major cause of preventable death in Central and Eastern Europe in Central Asia* (Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network), <http://www.harm-reduction.org/library/1344-overdose-a-major-cause-of-preventable-death-in-central-and-eastern-europe-in-central-asia-recommendations-and-overview-of-the-situation-in-latvia-kyrgyzstan-romania-russia-and-tajikistan.html>
- 14 Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2009), *Rapport annuel de 2009 : Etat du phénomène de la drogue en Europe* (Lisbonne: OEDT), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>
- 15 Gilson, A.M. & Kreis, P.G. (2009), 'The burden of nonmedical use of prescription opioid analgesics', *Pain Medicine*, **10**(S2): S89-S100
- 16 Ross MW, Williams, ML. (2001), 'Sexual behavior and illicit drug use', *Annual Review of Sex Research*, **12**:290-310
- 17 Fischer B, Powis J, Firestone Cruz M, Rudzinski K, Rehm J (2008), 'Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia', *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, **20**(1): 29-32
- 18 Hall, W., Degenhardt, L., Sindich, N. (2010), 'Illicit drug use and the burden of disease'. In Patel V, Woodward A, Feigin, V., eds, *Mental and neurological public health: a global perspective*. Academic Press: San Diego, CA.
- 19 Kimber, J., Dolan, K., van Beek, I., *et al.* (2003), 'Drug consumption facilities: an update since 2000', *Drug and Alcohol Review*, **22**: 227-233
- 20 *Ibid.*
- 21 New York City Department of Health and Mental Hygiene (2009), *New York City HIV/AIDS Annual Surveillance Statistics 2009* (New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene), http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/ah/surveillance2009_tables_all.pdf
- 22 Un rapport du Gouvernement australien estime qu'environ 800 millions de dollars australiens (821 millions de dollars américains) avaient été économisés.

- 23 Wilson, D. (2010), *Return on investment 2: evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia 2009* (Canberra: Australian Department of Health and Aging), <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/needle-return-2>
- 24 Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf
- 25 Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (Lisbonne: OEDT), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>
- 26 Institute of Medicine of the National Academies (2006), *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence* (Washington D.C.: The National Academies Press), <http://www.iom.edu/Reports/2006/Preventing-HIV-Infection-among-Injecting-Drug-Users-in-High-Risk-Countries-An-Assessment-of-the-Evidence.aspx>
- 27 Harm Reduction International & Human Rights Watch (2009), *International support for harm reduction: An overview of multi-lateral endorsement for harm reduction policy and practice* (Londres: Harm Reduction International and Human Rights Watch), http://www.undrugcontrol.info/images/stories/IHRA_HRW_Book_of_Authorities_Jan_2009.pdf
- 28 Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association* (Londres: Harm Reduction International), http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf
- 29 Ibid.
- 30 Pinkham, S. & Shapoval, A. (2010), *Making harm reduction work for women: the Ukrainian experience* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harm-reduction-women-ukraine_20100429
- 31 Davidson, P.J., Scholar, S. & Howe, M. (2011), 'A GIS-based methodology for improving needle exchange service delivery', *International Journal of Drug Policy*, **2**(2): 140–144, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112757>
- 32 Paintsil, E., He, H., Peters, C., Lindenbach, B.D. & Heimer, R. (2010), 'Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users', *Journal of Infectious Diseases*, **202**(7): 984–990, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20726768>
- 33 Curtis, M. & Zelichenko, A. (2011), *An advocate's guide to economic analysis of harm reduction programs* (Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network), <http://www.harm-reduction.org/library/2255-an-advocates-guide-of-harm-reduction-programs-to-economic-analysis.html>; Harm Reduction International (2011), *Harm reduction: a low cost, high-impact set of interventions* (Londres: Harm Reduction International), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>
- 34 Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association* (Londres: Harm Reduction International), http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf
- 35 Balian, R. & White, C. (2011), *Harm reduction at work* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314
- 36 Nissaramansh, B., Trace, M. & Roberts, M. (2005), *The rise of harm reduction in the Islamic Republic of Iran* (Oxford: Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/paper_08.pdf
- 37 Communiqué de presse des Nations Unies (10 Mars 2009), *High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy*, <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>
- 38 Hughes, C.E. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *British Journal of Criminology*, **50**(6): 999–1022, <http://bjc.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/bjc.azq038>
- 39 Stuijkyte, R., & Schonning, S. (2008), *ARV4IDUs in Central and Eastern Europe: Barriers to access and ways to overcome them* (Buxelles: European AIDS Treatment Group), <http://www.eatg.org/eatg/Press-Room/Positions/ARV4IDUs-in-Central-and-Eastern-Europe-Barriers-to-access-and-ways-to-overcome-them>
- 40 Talking Drugs (2006), *The Vancouver Declaration: Why the world needs an international network of people who use drugs*, <http://www.talkingdrugs.org/vancouver-declaration>
- 41 Le Projet de CAHR est financé par le Ministère de l'Intérieur hollandais (BUZA) et géré par l'Alliance Internationale sur le VIH/sida et l'Alliance en Ukraine, en collaboration avec les partenaires suivants : l'Alliance en Chine, l'Alliance Internationale sur le VIH/sida en Inde, Rumah Cemara en Indonésie, le Consortium des ONG travaillant sur le sida au Kenya, le Conseil Malaisien sur le sida, IDPC, HRI, INPUD, la Fondation Est-Ouest sur le sida et Prévention, Information et Lutte Contre le sida. Pour en savoir plus, voir : <http://idpc.net/fr/incidence-politique/projets-specifiques/action-communautaire-pour-la-reduction-des-risques>

- 42 Organisation Mondiale de la Santé, *Injecting drug use*, <http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/>
- 43 National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment: NICE public Health Guidance 18* (Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence), <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH18Guidance.pdf>
- 44 Beaumont, W.J., de Jongh-Wieth, F.E., Slijngard, W.E., Van der Boor, A., Van Kleef, R. & de Wildt, G.R.(1993), 'Needle exchange for HIV-control in The Hague, Netherlands: an outreach service with IVDU's as intermediaries', *International Conference on AIDS*, **9**: 115 (Abstract n. WS-D12-4), <http://aegis69.aegis.org/DisplayContent/DisplayContent.aspx?sectionID=253655>
- 45 Downing, M., et al. (2006). 'What's community got to do with it? Implementation models of syringe exchange programs'. *AIDS Education and Prevention*, **17**(1): 68–78, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1510902/>
- 46 Ivsins, A., Roth, E., Nakamura, N., Krajden, M. & Fischer, B. (2011), 'Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada', *International Journal of Drug Policy*, **22**(4): 292–300, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21700443>
- 47 Dagmar, H. (2004), *European report on drug consumption rooms* (Lisbonne: OEDT), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf
- 48 Marshall, B.D.L., Milloy, M.J., Wood, E., Montaner, J.S.G. & Kerr, T. (2011), 'Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study', *The Lancet*, **377**(9775): 1429–1437, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62353-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62353-7/abstract)
- 49 Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2004), *Position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention* (Genève: OMS, ONUDC et ONUSIDA), http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf
- 50 Roux, P., Carrieri, M.P., Cohen, J., Ravoux, I., Poizot-Martin, I., Dellamonica, P., et al. (2009), 'Retention in opioid substitution treatment: a major predictor of long-term virological success for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral treatment'. *Clinical Infectious Diseases*, **49**(9): 1433–1440, <http://cid.oxfordjournals.org/content/49/9/1433.full>
- 51 Deiss, R.G., Rodwell, T.C. & Garfein, R.S. (2009), 'Tuberculosis and illicit drug use: review and update', *Clinical Infectious Diseases*, **48**(1):72–82, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19046064>
- 52 Auriacombe, M., Fatséas, M., Dubernet, J., Daulouède, J.P. & Tignol, J. (2004), 'French field experience with buprenorphine', *American Journal of Addictology*, **13**(S1): S17–28, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15204673>
- 53 Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. & Carlberg-Racich, S. (2006), 'Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths', *Journal of Addictive Diseases*, **25**(3): 89–96, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=chicago%20overdose%20maxwell>
- 54 New York City Department of Health and Mental Hygiene (2010), *NYC Vital Signs: Illicit Drug Use in New York City* (New York: NYCDOHMH), <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/survey/survey-2009drugod.pdf>
- 55 Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., et al. (2010), 'Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies', *Drug and Alcohol Dependence*, **113**(2–3):88–95, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20828942>
- 56 New York City Department of Health and Mental Hygiene (2010), 'Illicit drug use in New York City', *NYC Vital Signs*, **9**(1), <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/survey/survey-2009drugod.pdf>
- 57 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**(S1): S56–62, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21045602>
- 58 Hellard, M., Sacks-Davis, R. & Gold, J. (2009), 'Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence', *Clinical Infectious Diseases*, **49**(4): 561–573, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19589081>
- 59 Centers for Disease Control and Prevention (1992), Prevention and control of tuberculosis among homeless persons recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, **41**(RR-5); 001, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00019922.htm>
- 60 Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994), 'Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey', *Archives of General Psychiatry*, **51**: 8-19
- 61 Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., et al. (1990), 'Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse', *Journal of the American Medical Association*, **264**: 2511-2518, <http://jama.ama-assn.org/content/264/19/2511.abstract>

- 62 Brady, K.T. & Sinha, R. (2005), 'Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress', *American Journal of Psychiatry*, **162**: 1483-1493, <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=162&page=1483&journalID=13>
- 63 Chatterjee, S., Tempalski, B., Pouget, E.R., Cooper, H.L., Cleland, C.M. & Friedman, S.R. (2011), 'Changes in the prevalence of injection drug use among adolescents and young adults in large U.S. metropolitan areas', *AIDS and Behavior*, **15**(7):1570-1578, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21739288>
- 64 EXASS Net (Mai 2009), *Safer nightlife – 5th Meeting of EXASS Network in Budapest, Hungary, 4-6 May 2009*
- 65 Vancouver Coastal Health. *Crystal Clear: a practical guide for working with peers and youth* (Vancouver: Vancouver Coastal Health), http://www.vancouveragreement.ca/wp-content/uploads/2006_Crystal-Clear-A-Practical-Guide.pdf
- 66 Youth RISE & Espolea (2010), *Rise up! A young peer trainer's guide*, <http://youthrise.org/sites/default/files/files/RISE%20UP%21%20A%20Young%20peer%20trainers%20guide.pdf>
- 67 Pinkham, S. & Malinowska-Sempruch, K. (2007), *Women, harm reduction, and HIV* (New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/women_20070920/women_20070920.pdf
- 68 Open Society Foundations (2011), *By women, for women: new approaches to harm reduction in Russia* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/russia-women-harmreduction-20110803/russia-women-harmreduction-20110803.pdf
- 69 Pinkham, S. & Shapoval, A. (2010), *Making harm reduction work for women: the Ukrainian experience* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harm-reduction-women-ukraine_20100429/harm-reduction-women-ukraine_20100429.pdf
- 70 India HIV/AIDS Alliance & Social Awareness Service Organisation (2011), *In the shadows: the Chanura Kol baseline study on women who inject drugs in Manipur, India*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/In%20the%20shadows.pdf>
- 71 International HIV/AIDS Alliance in India & Social Awareness Service Organisation (2007), *Breaking new ground, setting new signposts - A community-based care and support model for injecting drug users living with HIV*, http://www.aidsallianceindia.net/Material_Upload/document/Breaking%20New%20Ground,%20Setting%20New%20Signposts.pdf
- 72 Blume, A.W. & Lovato, L.V. (2010), 'Empowering the disempowered: harm reduction with racial/ethnic minority clients'. *Journal of Clinical Psychology*, **66**: 1-12, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19998424>
- 73 Australian National Council on Drugs (2011), *Injecting drug use and associated harms among Aboriginal Australians* (Australian Capital Territory: Australian National Council on Drugs), http://www.ancd.org.au/images/PDF/Researchpapers/rp22_injecting_drug_use.pdf

3.3 Traitement de la dépendance à la drogue

Dans cette section:

- Méthodes de traitement de la dépendance
- Une utilisation optimale des fonds
- Un processus de réinsertion efficace

La dépendance à la drogue ne doit plus être considérée comme un délit, mais comme un problème de santé. Le traitement de la dépendance s'est avéré efficace pour réduire les risques liés à la consommation de drogues et minimiser les coûts sociaux, ainsi que les niveaux de criminalité associés.

Pourquoi est-il important de développer des programmes de traitement de la dépendance fondés sur les preuves disponibles ?

Le 24 Juin 2009, l'ex-Directeur exécutif de l'ONUDC, Antonio Mario Costa, a présenté son Rapport Mondial sur les Drogues en déclarant : « Il faut apporter un soutien médical à ceux qui se droguent, et non les sanctionner ».¹

Selon de récentes estimations, près de 210 millions de personnes consomment de la drogue à travers le monde.² Les facteurs conduisant les consommateurs occasionnels à la dépendance sont multiples et

complexes. Selon la définition de l'ONUDC et de l'OMS, la dépendance à la drogue est le résultat d'une « interaction multifactorielle complexe entre l'exposition répétée aux drogues, et les facteurs biologiques et environnementaux ».³ En d'autres termes, les questions sociales, culturelles et psychologiques, combinées avec des facteurs biologiques (y compris, éventuellement, une composante génétique), sont toutes impliquées dans la dépendance à la drogue. Selon la classification internationale des maladies de l'OMS focalisée sur les symptômes, la dépendance à la drogue est définie comme un fort désir ou une

envie irrésistible de consommer de la drogue, des difficultés à en contrôler la consommation, un état psychologique de manque, une accoutumance, un abandon progressif d'autres plaisirs ou centres d'intérêts, et une persistance dans la consommation malgré les conséquences négatives évidentes qui en découlent.⁴

Seule une minorité d'usagers de drogues développent des modes de consommation qui nécessitent un traitement

Seule une minorité d'usagers des drogues, c'est à dire 15 à 39 millions d'individus dans le monde selon l'ONU,⁵ développent des modes de consommation qui nécessitent une intervention et un traitement. Il est essentiel que les interventions soient orientées vers les domaines où les besoins se font le plus sentir et où elles seront les plus efficaces, en particulier en période d'austérité économique. Les systèmes de traitement doivent donc utiliser les ressources limitées disponibles pour les usagers dépendants. Cela nécessite la mise en place de mécanismes efficaces pour identifier la population cible et de lui faire connaître l'existence et les objectifs du traitement. Les services sanitaires et juridiques ont un rôle à jouer pour améliorer l'accès des usagers dépendants à des options de traitement fondés sur des preuves.

L'impact de la consommation de drogues sur un individu dépend de l'interaction complexe des propriétés de la drogue consommée, des caractéristiques et des attitudes de l'utilisateur et du milieu dans lequel il ou elle consomme. Les interventions doivent tenir compte de chacun de ces facteurs et de la manière dont ils interagissent.⁶ A travers le monde, la dépendance à la drogue touche majoritairement les groupes marginalisés, dont les membres sont les plus affectés par des traumatismes émotionnels, la pauvreté et l'exclusion sociale. En effet, la consommation problématique de drogue est souvent associée à des conditions de vie difficiles et des problèmes émotionnels.⁷ Vu les facteurs multiples qui conduisent à la dépendance à la drogue, un traitement standardisé de la dépendance ne pourra pas produire les résultats escomptés pour l'ensemble d'une population. Les gouvernements doivent élaborer un système de traitement de la dépendance englobant une large gamme de services intégrés et complémentaires. Considérant l'impact important de l'environnement légal et personnel dans lequel la dépendance se développe, les programmes de traitement doivent offrir des services psychosociaux, mais également tenir compte des spécificités de l'environnement social et culturel auquel est confronté l'utilisateur. Un système de traitement intégré, s'inscrivant dans une approche globale, pourra ainsi permettre aux individus d'adopter un mode de vie sain et socialement bénéfique.

De plus en plus de gouvernements reconnaissent aujourd'hui les avantages de privilégier le traitement et la réhabilitation des usagers dépendants plutôt que de prononcer des peines sévères à leur rencontre (pour en savoir plus, voir [Section 2.1 : « Réformer les lois sur la drogue »](#)). Un certain nombre d'études effectuées dans divers contextes sociaux, économiques et culturels ont confirmé que la réponse la plus efficace et la moins coûteuse aux nombreux problèmes sanitaires et sociaux associés à la drogue (l'éclatement des familles, le chômage, la transmission du sida et la petite délinquance) était de proposer un traitement approprié aux usagers dépendants.⁸

Pourtant, dans de nombreux pays, les programmes de traitement de la dépendance sont inexistant, peu développés, incompatibles avec les obligations relatives aux droits humains ou ne s'appuient pas sur les exemples de bonne pratique disponibles à travers le monde. Si l'on se réfère aux travaux de recherche, aux exemples de bonne pratique et aux principes internationaux de respect des droits humains et des libertés fondamentales, certains types de traitement doivent être proscrits. Cela inclut notamment les thérapies par électrochoc, le sevrage forcé, les régimes basés sur des violences physiques ou psychologiques, ou les régimes de privation de liberté. Certains gouvernements ont développé des méthodes de traitement basées sur la contrainte, soit pour forcer les individus à se plier à un programme de traitement, soit pour obtenir leur coopération une fois le programme commencé. Nombreux sont les régimes de traitement qui recourent aussi à de mauvais traitements et au travail forcé et qui privent les patients de soins médicaux appropriés.⁹

Offrir un traitement aux personnes dépendantes aux drogues est une stratégie bien plus efficace que le fait d'imposer des peines sévères à leur rencontre

Encadré 1. Centres de détention pour les usagers de drogues en Asie du Sud-est

Dans certaines parties du monde, l'utilisation de centres de détention pour les usagers de drogues est une pratique acceptée. L'Asie du Sud-est représente la principale région où des pays dont la Chine, le Vietnam, le Cambodge, la Malaisie, la Thaïlande et la République démocratique populaire du Laos ont mis en place de telles installations.¹⁰ Ces centres de détention sont généralement gérés par la police ou des autorités militaires plutôt qu'un personnel médical et les détenus y sont envoyés par la force, le plus souvent sans procédure juridique ou judiciaire, et généralement pour plusieurs années. Ils se voient refuser un traitement pour la dépendance fondé sur les preuves scientifiques disponibles et sont soumis au travail forcé, qui est généralement non rémunéré ou

rémunéré bien au-dessous des niveaux de salaire minimum. Les détenus sont aussi souvent victimes d'abus physiques, psychologiques et sexuels, et mis en isolement prolongé. Les soins médicaux généraux sont souvent inexistantes, et les maladies telles que le sida et la tuberculose sont répandues parmi les détenus.

Ces conditions constituent une violation des normes scientifiques et médicales et des droits humains. En outre, les centres de détention sont coûteux et inefficaces : les taux de récidive sont très élevés (ceux-ci atteignent 80 à 97% au Vietnam, par exemple). Les gouvernements ont souvent reconnu ceci, mais certains ont réagi en augmentant la longueur et la sévérité du « traitement ».¹¹

Certains gouvernements dans la région ont récemment adopté de nouvelles lois sur les drogues, considérant les consommateurs non plus comme des « criminels » mais comme des « patients », telles que la loi anti-drogue chinoise de 2008 et la loi sur la réinsertion des usagers dépendants en Thaïlande en 2002. Cependant, la rhétorique humanitaire de ces textes juridiques ne reflète pas la réalité de la vie des usagers enfermés dans les centres de détention, où ils sont victimes de châtements cruels et inhumains en guise de « traitement ».¹²

L'OMS, l'ONUUDC et un certain nombre d'ONG internationales, dont Human Rights Watch et Open Society Foundations, ont condamné l'utilisation des centres de détention pour les usagers de drogues.¹³

Les programmes de traitement doivent respecter les droits humains et le principe fondamental du choix individuel d'entamer le traitement de son choix

Les programmes de traitement doivent respecter les droits humains et la liberté de décision du patient d'entamer de poursuivre et de mener jusqu'à son terme le traitement de son choix. Cela contribuera non seulement au respect des droits humains, mais aussi à l'efficacité du programme. Toutes les études disponibles ont abouti à la conclusion qu'un changement de comportement durable ne se produisait que lorsqu'un individu décidait lui-même de se prendre en charge. Les programmes de traitement doivent par conséquent encourager les individus à suivre un programme de traitement et fixer les règles et les objectifs que les patients sont tenus d'accepter (par exemple, des

rendez-vous fixes et réguliers dans le cadre de programmes de traitement de la dépendance), tout en évitant de les contraindre ouvertement ou de façon implicite (voir [encadré 2](#)). De nombreuses questions éthiques ont donc été soulevées par les pratiques contraignant les usagers de drogues à se soumettre à un programme de traitement, lors d'une décision de justice ou par d'autres moyens.¹⁴ Les partisans de l'approche coercitive soulignent l'efficacité des systèmes de renvoi dans le cadre de la justice pénale, lorsque persiste un élément de contrainte (par exemple, lorsque le traitement est considéré comme une alternative à l'incarcération). Les opposants, quant à eux, avancent le droit de tout être humain de décider s'il souhaite être soigné et de quelle manière.¹⁵ Dans tous les cas, le traitement sera inefficace si les principes de libre choix et de motivation personnelle ne sont pas respectés.

Encadré 2. Le modèle de « guérison et de soins » en Malaisie¹⁶

Pendant des décennies, la politique principale de la Malaisie concernant les usagers dépendants consistait à les arrêter et les envoyer dans des centres de détention pour usagers de drogues. En Juillet 2010, l'Agence Nationale Anti-Drogue (NADA) malaysien a entrepris une réforme de ses centres de réhabilitation à travers le pays. Cette nouvelle politique implique avant tout que l'admission à ces centres sera purement volontaire, sauf si les individus y sont dirigés en application de la Loi sur les usagers dépendants à la drogue (traitement et réhabilitation).

Le modèle de « guérison et de soins » reconnaît qu'il devrait y avoir une variété de méthodes de traitement adaptées aux besoins de chaque usager dépendant. Cela signifie que les centres doivent s'efforcer de fournir une multitude de services de prévention, de conseil, de traitement (y compris la TSO), de réhabilitation et de soutien pour les usagers de drogues à travers le pays.

La mise en place et l'extension des centres de « guérison et de soins » indique un changement important dans les approches, les valeurs et les stratégies relatives à la drogue en Malaisie. En premier lieu, ce changement émanant du Ministère de l'Intérieur et de la NADA est un événement décisif dans la région, permettant aux forces de maintien de l'ordre et aux organismes de contrôle des drogues de modifier leurs pratiques pour répondre aux besoins des usagers de drogues. En second lieu, les implications programmatiques de ce changement indiquent que l'intégration des systèmes de santé est une stratégie viable et efficace pour promouvoir des interventions contre le sida sur tous les fronts, se renforçant mutuellement, avec comme objectifs la prévention, un traitement, ainsi qu'une offre de soins et de soutien aux malades. Il est impératif de reconnaître les besoins individuels de chaque client. Cet élément a rarement été intégré dans les politiques mises en place en Asie du Sud-est. Les centres de « guérison et de soins » sont accessibles sans que soient imposés aux clients des conditions telles que mener le programme de traitement jusqu'à leur terme ou atteindre des résultats identiques pour tous. Cela signifie que chaque client est libre de fixer ses propres objectifs, en référence auxquels ses progrès et sa réussite peuvent être mesurés.

Même s'il est encore trop tôt pour conclure à l'efficacité des centres de « guérison et de soins » pour contribuer à améliorer la santé, la réforme de la politique des drogues malaisienne qui est passée des traitements forcés aux traitements volontaires, représente une évolution très positive en Asie du Sud-Est.

Éléments clés pour un traitement optimal

Dans la plupart des pays, le développement des programmes de traitement de la dépendance a débuté par l'application d'un modèle spécifique expérimental qui a, par la suite, été étendu et auquel se sont ajoutés d'autres modèles. Une ou plusieurs interventions isolées peuvent, bien entendu, être efficaces au niveau individuel. Cependant, ce ne sera qu'à travers une politique de traitement intégrée au niveau local, régional ou national que les gouvernements pourront s'attaquer avec succès aux problèmes de dépendance et ce, avec une économie de moyens.

Toutefois, l'impact du programme de traitement sera limité si les usagers dépendants ont des difficultés à y accéder. Le premier défi sera donc d'identifier les usagers dépendants et de les encourager à accéder aux services sociaux et de soins médicaux. En outre, il est probable que certains groupes parmi les individus ciblés seront peu accessibles. Des mécanismes doivent donc être mis en place afin de permettre à ces individus d'accéder à ces services. Cet objectif peut être atteint de différentes manières :

- L'individu peut **décider de son propre chef d'intégrer un service de traitement.**
- **L'utilisateur dépendant peut être identifié par des services sanitaires et sociaux :** Il est souvent aisé pour les services sanitaires et sociaux de reconnaître les symptômes de dépendance et de diriger les usagers vers un spécialiste. Par exemple, les médecins généralistes bénéficient souvent de la confiance de leurs patients et peuvent donc jouer un rôle clé dans cette orientation, pourvu qu'ils soient eux-mêmes bien informés sur la drogue et sa consommation.

- **L'utilisateur dépendant peut aussi être identifié par des centres de conseils spécialisés dans le domaine de la drogue ou par des services de proximité** : Au sein de ces services, l'utilisateur dépendant peut être nourri, logé temporairement, accéder à des programmes de réduction des risques et être encouragé à suivre un traitement dont l'accès est facilité. L'existence de centres d'accueil qui adoptent une approche souple et informelle est essentielle pour atteindre les usagers dépendants qui sont parfois méfiants vis-à-vis d'institutions peu flexibles, et sont aussi peu susceptibles de se rendre à des rendez-vous lointains, planifiés bien à l'avance (une semaine ou même parfois un mois à l'avance).
- **Ce rôle peut enfin être joué par la justice pénale** : En raison de la nature illégale de la consommation de drogues et du besoin de s'en procurer, les usagers dépendants sont souvent en contact avec les tribunaux pénaux. Un certain nombre de ces modèles de renvoi par justice pénale se sont avérés efficaces, pour identifier et encourager les usagers dépendants à accepter un traitement. Les exemples les plus significatifs sont les tribunaux spécialisés en matière de drogue aux États-Unis¹⁷ ou encore le modèle d'arrestation et de renvoi développé au Royaume Uni (voir [Section 2.2](#) : « Redéfinir le champ d'application des lois sur les drogues », et le système de commissions sociales au Portugal (voir [Section 2.1](#) : « Réformer les lois sur la drogue »).¹⁸

Chaque système met en avant des priorités différentes dans sa méthode d'identification. Il est cependant essentiel que, quel que soit le mécanisme de renvoi utilisé, celui-ci commence par faire un bilan rapide afin d'orienter la personne concernée vers le programme de traitement le mieux adapté. Cela nécessite

une répartition géographique intégrant les milieux ruraux et urbains. Les services doivent être culturellement pertinents et accessibles, sensibles aux questions d'appartenance ethnique et d'égalité des sexes, etc.¹⁹

Chaque programme de traitement doit par ailleurs inclure un mécanisme de suivi du patient, afin de pouvoir contrôler ses progrès. Cette procédure est souvent appelée « régime de soins ». Cet objectif ultime devrait être clair et les processus de suivi et d'examen, qui doivent être continus, devraient évaluer les progrès du patient en référence à l'objectif posé. Il est important de reconnaître que la dépendance est

un phénomène complexe qui peut nécessiter plus d'un programme de traitement pour y remédier. Cela vaut particulièrement pour les patients qui quittent leur traitement pour retourner dans le milieu au sein duquel leur consommation a commencé. Cela indique la nécessité d'une approche complète et intégrée qui apporte un soutien social sous la forme de logement, d'éducation et d'opportunités d'emploi.

Différents systèmes peuvent être employés pour identifier les usagers dépendants et leur offrir un traitement fondé sur des preuves solides

Méthodes de traitement de la dépendance à la drogue

La consommation de drogue est complexe. Elle requiert que la réponse, le cadre et l'intensité du traitement soient adaptés à chaque usager dépendant. Il est donc essentiel qu'un « choix de services » soit mis à leur disposition pour répondre aux différentes caractéristiques, aux besoins et aux conditions de vie de chaque personne désireuse de se faire soigner. En outre, vu que les drogues disponibles sont de plus en plus variées, il se peut qu'un modèle qui s'avèrera efficace pour l'une d'entre elles (les opiacés, par exemple) ne soit pas efficace pour d'autres (par exemple le crack, les méthamphétamines, etc.). Certains pays ont élaboré des systèmes de traitement sophistiqués depuis plusieurs décennies, alors que d'autres commencent à peine à les expérimenter et à accroître leur savoir-faire dans ce domaine. Cependant, tous les pays ont encore un long chemin à parcourir pour mettre en place une gamme suffisamment intégrée de services de traitement de la dépendance à la drogue, utilisant de façon rationnelle les ressources disponibles, tout en maximisant les bienfaits sanitaires et sociaux.

Les méthodes de traitement

Ces 60 dernières années, une grande variété de modèles et de structures de traitement de la dépendance à la drogue ont été développés, testés et évalués. Il est possible de les répertorier en distinguant trois aspects : la méthode, le cadre et l'intensité du traitement utilisé. Même si des lignes directrices ont été définies dans un certain nombre de publications nationales et internationales pour traiter efficacement la dépendance à la drogue, celles-ci sont généralement incomplètes et inadaptées au cadre culturel et social spécifique à chaque pays au sein duquel le programme de traitement devra être développé. Par conséquent, l'élaboration d'un programme de traitement efficace devra d'abord passer en revue les exemples de bonnes pratiques reconnus au niveau international, pour ensuite analyser la situation spécifique à chaque pays ou région (les programmes de traitement déjà mis en place et leur efficacité, la situation sociale et juridique, les spécificités culturelles, les ressources et le personnel disponibles).

Un « choix de services » doit être mis à disposition des usagers dépendants afin de répondre aux caractéristiques, aux besoins et aux conditions de vie de chaque personne désireuse d'accéder au traitement

Les travaux de recherche et les exemples de bonne pratique à travers le monde ont démontré que les ONG et les associations étaient des acteurs importants pour mettre sur pied des services de traitement efficaces pour la dépendance à la drogue. Il est donc essentiel que les autorités gouvernementales soutiennent et facilitent leur travail.

La dépendance peut être traitée au moyen de thérapies de substitution, de programmes de désintoxication, de thérapies psychosociales et/ou de groupes d'entraide et de soutien.

La désintoxication

Selon l'OMS, la désintoxication est : « (1) Le processus par lequel un individu cesse progressivement de subir les effets d'une substance psychoactive. (2) Le processus de sevrage (abstinence) est effectué selon un protocole clinique, de manière efficace et sans danger, afin que les symptômes du manque soient réduits au minimum. Les établissements au sein desquels le processus a lieu sont le plus souvent connus sous le nom de 'centres de désintoxication', « centres de désintox » (informel) ou « centres de sevrage ». ²⁰ De nombreux usagers dépendants gèrent le sevrage sans l'aide de services de désintoxication. D'autres peuvent être assistés par leurs familles, leurs amis ou d'autres services.

La thérapie de substitution aux opiacés

La TSO permet de traiter la dépendance aux opiacés. Cette forme de traitement de la dépendance à la drogue a été la plus étudiée et bénéficie d'une base solide de preuves au niveau international. Elle consiste en « la prescription d'un médicament de substitution ayant les mêmes spécificités de dépendance et de tolérance que la drogue généralement consommée par l'utilisateur. Cette substance présente moins de dangers que la drogue habituellement consommée par le patient et elle est souvent utilisée afin de minimiser les effets de manque ou pour pousser l'utilisateur à abandonner un certain mode d'administration de drogue. Les preuves disponibles montrent que ces thérapies sont plus efficaces si elles sont accompagnées d'interventions psychosociales ». ²¹ Les drogues de substitution les plus courantes comprennent la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone. Dans certains cas, des traitements à l'héroïne sont aujourd'hui utilisés (TAH) pour traiter la dépendance à cette substance (voir encadré 3).

La TSO peut réduire le risque de contraction ou de transmission du sida et d'autres maladies transmissibles par voie sanguine, en réduisant l'incidence des injections et par conséquent le partage de matériel d'injection. Les usagers dépendants peuvent accéder à des substances dont la pureté et la qualité sont contrôlées, contrairement aux drogues provenant du « marché noir ». Cela permet de

réduire la tentation et le besoin des usagers de commettre des délits afin d'assouvir leur dépendance, tout en minimisant les risques d'overdose et autres complications médicales, de garder contact avec les usagers pour les aider à se stabiliser et faciliter leur réintégration dans la communauté.²²

Encadré 3. Traitement à l'héroïne (TAH) : l'exemple du Royaume-Uni

On estime que 5% des usagers d'opiacés ne répondent pas bien au traitement de substitution par méthadone. Il s'agit souvent d'usagers très marginalisés, souffrant de problèmes psychosociaux et sanitaires, ce qui peut engendrer des coûts élevés lorsqu'ils sont dirigés vers les systèmes de justice pénale et de protection sociale.

Cela fait longtemps que l'héroïne injectable est prescrite aux personnes dépendantes aux opiacés au Royaume-Uni. Cependant, dans les années 1960 et 1970, cette pratique est devenue très controversée politiquement, car les usagers allaient chercher des doses à emporter dans les pharmacies, sous supervision minimale. Il est probable que ces prescriptions alimentaient aussi le marché noir. Par la suite, la prescription d'héroïne a presque entièrement cessé, d'où la persistance de besoins thérapeutiques non satisfaits parmi une partie très vulnérable de la population dépendante.

Ces dernières années, un régime plus adéquat pour le traitement à l'héroïne s'est développé en Europe, en particulier en Suisse.²³ Le Royaume-Uni a procédé à des essais scientifiques d'évaluation de cette méthode, qui consistait à administrer à la plupart des patients des doses d'héroïne injectable, par l'utilisation d'installations cliniques adaptées, avec des conditions de contrôle strict, une surveillance étroite et un soutien de la part du personnel médical, dans un cadre propre et sécurisé.²⁴

Une grande partie des patients ont déclaré que l'expérience avait changé leur vie, en améliorant de façon significative leur santé et leur bien-être social. Le programme a par ailleurs sensiblement réduit leur niveau de consommation de drogues et la criminalité associée. Les essais les ont aussi impliqués, en leur donnant un rôle de pairs et d'assistants chercheurs. Le TAH a permis à une population difficile à atteindre et à traiter, d'accéder aux services de santé et de soutien dont ils avaient besoin, tout en répondant aux objectifs politiques, et aux exigences réglementaires de sécurité clinique.

Les interventions psychosociales

Les interventions psychosociales se réfèrent à toute action non-pharmaceutique réalisée dans un contexte thérapeutique, au niveau individuel, familial ou collectif. Une grande variété d'interventions psychosociales peuvent être utilisées, notamment la thérapie cognitive comportementale, les entretiens motivationnels, la thérapie de groupe et la thérapie narrative. L'assistance et le soutien aux usagers dépendants peuvent être mis en place pour répondre à une grande diversité de préoccupations, la prévention des rechutes, l'autonomie individuelle, la gestion de son bien-être émotionnel, la résolution de problèmes de la vie quotidienne, la valorisation de ses compétences, l'affirmation de soi, l'aide mutuelle (auto-assistance, voir ci-dessous), etc. Toutes ces actions abordent différents problèmes de la vie quotidienne, tels que le logement, la gestion des finances personnelles, les compétences en matière d'emploi, etc.²⁵

Les interventions psychosociales trouvent leur illustration dans les communautés thérapeutiques. En général, les communautés thérapeutiques sont des milieux résidentiels dans lesquels les drogues sont interdites. Elles utilisent un modèle hiérarchique par étapes de traitement qui reflètent des niveaux accrus de responsabilité personnelle et sociale. Les communautés thérapeutiques se distinguent d'autres

approches de traitement, car elles utilisent les membres de la communauté comme personnel soignant, et les participants comme acteurs clés du changement. Les membres de la communauté interagissent de façon structurée ou non pour modifier les attitudes, les perceptions et les comportements associés à l'usage de drogues. Toutefois, l'approche des communautés thérapeutiques a été critiquée pour ses taux élevés de rechute.

Les groupes d'entraide

Les groupes d'entraide constituent la stratégie la plus utilisée pour répondre à la dépendance à la drogue, que ce soit en complément d'un traitement structuré, ou comme option autonome de traitement. La participation à ces groupes, peut donner des résultats probants.²⁶ La plupart des programmes utilisent un modèle en « 12 étapes », à l'instar de celui utilisé par « Alcooliques Anonymes » ou par « Narcotiques Anonymes ». Cependant, d'autres modèles devraient également être développés, afin de répondre aux spécificités de tous les cas individuels, le but étant de proposer une structure d'entraide, apportant des bienfaits thérapeutiques, aussi bien à ceux qui offrent leur aide qu'à ceux qui la reçoivent.

Le cadre du traitement

Pour qu'un programme de traitement soit réellement efficace, il devra offrir une variété d'interventions adaptées à chaque individu, mais aussi permettre à chacun de suivre le programme dans différents types d'environnements : services de proximité (tels que les centres d'accueil et de sensibilisation), le cadre communautaire²⁷ (cliniques où les clients reçoivent des médicaments prescrits, des conseils, etc.), ou programmes résidentiels.²⁸ Il est difficile de préconiser un cadre plutôt qu'un autre, ce choix étant conditionné par les besoins spécifiques du groupe d'usagers ciblé, le degré de tolérance manifesté par sa communauté, la position de la loi sur l'ouverture de centres de traitement et l'existence d'un personnel qualifié et de ressources suffisantes.

Un cadre communautaire sera plus approprié dans les cas où les usagers dépendants peuvent compter sur un large soutien social, familial et communautaire. En l'absence d'un tel soutien, il est préférable que les usagers soient traités loin de chez eux, où ils seront moins susceptibles de rechuter, à cause de la pression exercée par les dealers et leurs fréquentations. De telles décisions doivent être prises au cas par cas, et accompagnées d'un travail de partenariat thérapeutique entre le client et le thérapeute. Par conséquent, les différentes étapes de traitement doivent être totalement intégrées. En pratique, les clients peuvent passer par ces trois étapes pendant leur programme de traitement et ont besoin d'aide pour pouvoir réintégrer la société. Quel que soit le cadre du traitement, il est essentiel que les usagers puissent bénéficier d'autres formes de soins et de services, n'ayant pas de lien direct avec leur problème de dépendance, notamment des services de logement ou d'accès à l'éducation et à l'emploi.

L'intensité du traitement

L'intensité du traitement se réfère au dosage des produits, leur nature, et leur mode d'administration pendant une durée déterminée. L'intensité du traitement doit être déterminée par les besoins thérapeutiques de chaque individu, et non pas par des considérations financières, morales, philosophiques, etc. De manière générale, plus le niveau de dépendance est sévère, plus le traitement devra être intensif et de longue durée. Cela crée un dilemme pour les gouvernements dans la mesure où, disposant de ressources limitées, ils ont souvent tendance à vouloir traiter un maximum de personnes pour un coût minimal. Cela peut conduire à des traitements inappropriés aux besoins des patients. En effet, de nombreux pays se sont montrés déçus par les taux élevés de rechute chez les patients de leurs programmes de traitement. Toutefois, ces rechutes sont probablement causées par l'utilisation de méthodes et d'intensité de traitement inadaptées aux besoins des patients, plutôt que par des facteurs individuels. Il faut également garder à l'esprit que même s'il est bien conçu et mis en œuvre, le programme de traitement ne pourra pas répondre à tous ces problèmes. Dans les situations où le chômage structurel et intergénérationnel coexiste avec un contexte de pauvreté, d'inégalité et

d'exclusion sociale (par exemple), un haut niveau de dépendance à la drogue au sein d'une communauté devrait être considéré comme un indicateur de problèmes sous-jacents ne pouvant être réglés que par une intervention politique, économique et sociale.

Le coût réduit du système

Du point de vue des dépenses publiques, de nombreux arguments peuvent être avancés pour investir davantage dans les programmes de traitement de la dépendance. De petits investissements dans un programme de traitement peuvent contribuer à réduire de manière significative les dépenses dans le domaine de la santé, de l'aide sociale et de la lutte contre la délinquance.²⁹ Une étude réalisée en 2010 par le Ministère de l'intérieur britannique estime que pour chaque Livre sterling investie dans le traitement de la dépendance à la drogue, la société bénéficie de 2,50 Livres sterling.³⁰ Aux Etats-Unis, le retour sur investissement pour le traitement à la méthadone est estimé à environ quatre fois le coût du traitement.³¹

Les investissements dans des programmes de traitement peuvent réduire les dépenses dans le domaine de la santé, de l'aide sociale et de la lutte contre la délinquance

En effet, selon l'Institut National sur l'Abus de Drogue américain, « Les recherches disponibles ont montré que le traitement à la méthadone est bénéfique pour la société, a un faible coût et s'autofinance en termes économiques de base ».³²

Les gouvernements disposent de ressources limitées à investir dans le domaine sanitaire et social. Il est donc indispensable d'établir des priorités, en ciblant les personnes qui présentent des symptômes de dépendance à la drogue et qui souhaitent suivre un traitement. Une gestion efficace du programme devrait permettre aux clients

d'accéder facilement au traitement, de bénéficier de ses différentes étapes en fonction de l'évolution de leur état, et de se réinsérer dans la société. C'est pourquoi le système de traitement préconisé comprend une gamme de services, de cadres et d'intensités variables, facilement modifiables en fonction des besoins des patients. De nombreux pays ont également investi dans des systèmes spécifiques de gestion au cas par cas, permettant aux professionnels médicaux, sociaux et de la justice de déterminer le traitement dont l'usager dépendant a besoin, de l'encourager à modifier son mode de vie, et de l'orienter vers le service de soins le plus approprié. Si cette approche est bien conçue, c'est-à-dire si la bonne personne reçoit le bon traitement au bon moment, toutes les chances seront réunies pour que ce traitement soit plus efficace et soit, en fin de compte, couronné de succès.³³

Un processus de réinsertion efficace

De nombreux usagers dépendants sont issus de milieux précaires et défavorisés et sont exclus de la société. Ceci est principalement dû au niveau élevé de stigmatisation et de discrimination résultant de la criminalisation de la consommation de drogues. L'un des objectifs vitaux du traitement est de favoriser la réinsertion de l'individu dans la société en améliorant son niveau d'instruction, en facilitant son accès à l'emploi et en lui offrant d'autres moyens de soutien social. Le renforcement des liens sociaux et communautaires constitue l'un des éléments clés de ce processus. Outre le soutien familial et communautaire, des groupes de soutien aux ex-consommateurs de drogues ont été créés dans de nombreux pays et jouent un rôle majeur pour les aider à ne pas rechuter. Il est important d'impliquer en même temps les ex-consommateurs et les consommateurs actuels dans les programmes de traitement, afin de renforcer leur sentiment de responsabilité et d'améliorer la qualité et la réactivité des services. Dans la mesure du possible, l'objectif des programmes de traitement médicamenteux doit consister à aider les usagers dépendants à la drogue à atteindre un bon niveau de santé et de bien-être et faciliter leur participation civique. Il faut toutefois reconnaître que certaines personnes ne pourront pas ou ne désireront pas devenir abstinent. Ceci ne devrait pas entraver l'objectif principal du traitement, qui est

d'aider les clients à mener une vie heureuse et productive. Beaucoup ont, en effet, réussi à atteindre cet objectif tout en continuant leur TSO. Les programmes d'éducation sur le traitement de la dépendance doivent par conséquent s'étendre au-delà des individus en cours de traitement, afin de mettre en garde les membres de leur communauté contre les préjugés qu'ils pourraient avoir à l'égard de la TSO.

Recommandations

- 1) L'objectif principal des programmes de traitement de la dépendance est de permettre aux individus de vivre une vie épanouissante.
- 2) Il est nécessaire que tous les gouvernements investissent sur le long terme dans des programmes de traitement de la dépendance, afin de répondre de manière efficace au problème et de réduire les coûts sanitaires et sociaux qui y sont associés.
- 3) Les gouvernements doivent adopter une approche systémique dans ce domaine, et non pas répondre au problème de la dépendance par une série d'interventions isolées les unes des autres. Cette approche doit avoir pour objectifs d'identifier les usagers ayant le plus besoin d'un traitement, de leur proposer une gamme de services intégrant différents modèles, cadres de traitement et niveaux d'intensité ayant prouvé leur efficacité, et de développer des mécanismes permettant aux individus de naviguer facilement entre les différents services au fur et à mesure que leur situation évolue.
- 4) Les programmes de traitement qui ne respectent pas les droits humains doivent être proscrits. Non seulement ils sont contraires à l'éthique, mais leurs objectifs ont peu de chances d'être atteints, alors que leur coût est élevé.
- 5) Les programmes de traitement développés au niveau national doivent être soumis à une évaluation constante, afin de s'assurer qu'ils obtiennent les résultats escomptés et sont en accord avec les bonnes pratiques et les preuves disponibles. Les programmes existants peuvent être rendus plus efficaces et mieux adaptés, s'ils invitent les patients à participer à leur conception et à leur mise en œuvre.

Ressources clés

Institut National sur l'Abus des Drogues, National Institutes of Health and US Department of Health and Human Services (2009), *Principles of drug addiction treatment, a research-based guide*, 2nd ed. (Bethesda: National Institutes of Health), http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_0.pdf

National Treatment Agency for Substance Misuse (2010) *A Long-Term Study of the Outcomes of Drug Users Leaving Treatment* (Londres: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf

Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Organisation Mondiale de la Santé (2008), *Principles of drug dependence treatment* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2011), *Therapeutic interventions for users of Amphetamine Type Stimulants (ATS)*. WHO Briefs on ATS number 4 (Manille: Organisation Mondiale de la Santé), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/WHO-technical-brief-ATS-4.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2001), *Management of substance dependence review series – systematic review of treatment for amphetamine-related disorders* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.5.pdf.

Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2004), *WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

Notes de bas de page

- 1 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2009), *Rapport Mondial sur les Drogues*, http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_French.pdf
- 2 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2009), *Joint UNODC-WHO programme on drug dependence treatment and care* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/10-50007_E_ebook.pdf
- 3 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Organisation Mondiale de la Santé (2008), *Principles of Drug Dependence Treatment*, <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p.1
- 4 Organisation Mondiale de la Santé (2007), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th revision*, <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>
- 5 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2011), *World drug report* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 6 Ce modèle est connu sous le nom du Modèle de la Dépendance de Zinberg
- 7 Botvin, G., Schinke, J., Steven, P. (1997), *The etiology and prevention of drug abuse among minority youth*, (New York: Haworth Press); Beauvais, F., LaBoueff, S. (1985), 'Drug and alcohol abuse intervention in American Indian communities'. *Substance Use & Misuse* **20**(1):139–171, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826088509074831>; Davis, R.B. (1994), 'Drug and alcohol use in the Former Soviet Union: Selected factors and future considerations'. *Substance Use & Misuse* **29**(3):303–323, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826089409047383>
- 8 Reuter, P., Pollack, H. (2006) 'How much can treatment reduce national drug problems?' *Addiction* **101**(3):341–347, <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/add/2006/0000101/00000003/art00007>; Irawati, I. et al. (2006), 'Indonesia sets up prison methadone maintenance treatment'. *Addiction* **101**(10):1525 – 1526, <http://www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200609/msg00050.php>; MacCoun, R.J., Reuter, P. (2001), *Drug War Heresies* (New York: Cambridge University Press) ; National Treatment Agency for Substance Misuse (2009), *The Story of Drug Treatment* (Londres: NTA), http://www.nta.nhs.uk/uploads/story_of_drug_treatment_december_2009.pdf ; Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 'The economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)'. *Addiction* **99**(6):697–707, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=15796344> ; National Treatment Agency for Substance Misuse (2010) *A long term study of the outcomes of drug users leaving treatment* (Londres: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf
- 9 Bureau Régional pour le Pacifique Occidental de l'Organisation Mondiale de la Santé (2009), *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Manille: OMS), http://www.who.int/hiv/topics/idu/drug_dependence/compulsory_treatment_wpro.pdf ; Richard Pearshouse (2009), *Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)*, (Réseau Juridique Canadien pour le VIH/SIDA), <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=917>; 'Harm Reduction 2009: IHRA's 20th International Conference' in Bangkok (21 Avril 2009); Session on 'Compulsory drug dependence treatment centres: Costs, rights and evidence (supported by the UNODC and the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute)', <http://www.ihra.net/ar/contents/128>
- 10 International Harm Reduction Development Programme (2011) *Treated With Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/treated-with-cruelty-20110624/treatedwithcruelty.pdf
- 11 Human Rights Watch (2011) *The rehab Archipelago: forced labour and other abuses in drug detention centres in Southern Vietnam* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/vietnam0911ToPost.pdf>
- 12 Human Rights Watch (2010) *Where darkness knows no limits: incarceration, ill-treatment and forced labour as drug rehabilitation in China* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits-0>
- 13 Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour la Région du Pacifique Occidental (2009), *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Manille: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/hiv/topics/idu/drug_dependence/compulsory_treatment_wpro.pdf ; Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2010) *From Coercion to Cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment* (New York: Nations Unies), http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
- 14 Stevens, A. (2011), *The ethics and effectiveness of coerced treatment of drug users*, Document présenté lors du Dialogue sur les droits humains entre l'UE et la Chine, 6-7 Septembre 2011, http://kent.academia.edu/AlexStevens/Papers/909418/The_ethics_and_effectiveness_of_coerced_treatment_of_drug_users
- 15 Le droit à un consentement éclairé avant de subir une procédure médicale et l'exigence éthique d'obtenir ce consentement éclairé sont des principes bien établis. Le droit de ne pas être sujet à une intervention médicale sans consentement éclairé est fondé sur le droit à la sécurité de la personne humaine, c'est-à-dire le droit de contrôle de

son propre corps. Voir l'article 9 du Pacte Internationale concernant les Droits Civils et Politiques et l'interprétation de la « sécurité physique » comme principe fondateur du consentement éclairé sur *Info Sheet 5 – Consent* du Réseau Juridique Canadien sur le VIH/SIDA, www.aidslaw.ca/testing. Ce droit découle également du droit à l'information sur les procédures de santé, tel que proclamé dans le *Commentaire Général No. 14*, paragraphe 34.

- 16 Tanguay, P. (2011), *IDPC Briefing Paper – Policy responses to drug issues in Malaysia* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-briefing-paper-Policy-responses-to-drug-issues-in-Malaysia.pdf>
- 17 Drug Court Clearinghouse and Technical Assistance Project, Drug Courts Program Office, Office of Justice Programs & US Department of Justice (1998): *Looking at a decade of drug courts* (Washington D.C.: Ministère de la Justice des États-Unis), <http://www.ncjrs.gov/html/bja/decade98.htm>
- 18 Greenwald, G. (2009), *CATO Report: Drug decriminalization in Portugal – Lessons for creating fair and successful drug policies* (Washington D.C.: CATO Institute), http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf
- 19 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Organisation Mondiale de la Santé (2008), *Principles of drug dependence treatment* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf
- 20 Organisation Mondiale de la Santé (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- 21 Organisation Mondiale de la Santé lexique des termes portant sur l'alcool et les drogues, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- 22 AusAID funded HIV/AIDS Asia Regional Program (2011), *Tool 3 – Explaining harm reduction as the effective response to HIV/AIDS among and from injecting drug users*, <http://ebookbrowse.com/haarp-tool-2-booklet-police-concerns-about-hr-doc-d135375451>
- 23 Hallam, C. (2010), *IDPC Briefing Paper – Heroin-assisted treatment: the state of play* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://www.idpc.net/publications/idpc-briefing-heroin-assisted-treatment>
- 24 Strang J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, C., Mayet, S., et al (2010), 'Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): A randomised trial', *The Lancet*, **375**(9729): 1885-1895, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60349-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60349-2/abstract)
- 25 Drug Control and Access to Medications (DCAM) Consortium (2010), *Psychosocial support for clients of medication assisted treatment guidance* (Newtown: AIDS Projects Management Group), http://s3.amazonaws.com/dcam_consortium/production/documents/uploads/60/original/DCAM_Psychosocial_services_MAT_guidance.pdf?1299533050
- 26 McIntire, D. (2000), 'How well does A.A. work? An analysis of published A.A. surveys (1968-1996) and related analyses/comments', *Alcoholism Treatment Quarterly*, **18**(4): 1-18, <http://www.citeulike.org/user/craigalbert/article/2724783>; Toumbourou, J. W., Hamilton, M., U'Ren, A., Stevens-Jones, P., Storey, G. (2002), 'Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support', *Journal of Substance Abuse Treatment*, **23**(1): 61-66, <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/sat/article/PIIS074054720200243X/abstract>
- 27 Voir, par exemple: Institut National sur l'Abus de Drogue (2002), *Research report series – Therapeutic communities* (Bethesda: National Institutes of Health), <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-community>
- 28 National Treatment Agency for Substance Misuse (2006) *Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006*, http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf
- 29 Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 'Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)', *Addiction*, **99**(6): 697-707, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=15796344>.
- 30 National Treatment Agency for Substance Misuse (2010), *A long-term study of the outcomes of drug users leaving treatment* (Londres: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf
- 31 Stimson, G. et al (2010), *Three cents a day is not enough* (Londres: Harm Reduction International), http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_3CentsReport.pdf
- 32 National Institute on Drug Abuse (2006), *International program, methadone research web guide*, <http://international.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/methadoneresearchwebguide.pdf>
- 33 Schatz, E., Schiffer, K. & Kools, J.P (2011), *The Dutch treatment and social support system for drug users: recent developments and the example of Amsterdam*, IDPC Briefing Paper (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-briefing-paper-dutch-treatment-systems.pdf>



Chapitre 4

Renforcer les communautés

4.1 Contrôle des drogues et développement

Dans cette section

- Comprendre le lien entre le contrôle des drogues et le développement
- S'attaquer au problème du contrôle des drogues en liaison avec les objectifs du Millénaire pour le Développement
- Un partenariat plus large pour le développement

Il existe bon nombre de preuves montrant un lien entre les drogues contrôlées et le développement. Cependant, les efforts pour définir et mettre en œuvre des approches qui abordent ces questions de manière cohérente ont été insuffisants. Comblar le fossé existant entre politiques des drogues et programmes de développement permettra d'atténuer les conséquences négatives résultant d'une vision étriquée du contrôle des drogues et de contribuer à la réalisation d'objectifs de développement.

Pourquoi est-il important de lier le contrôle des drogues au développement ?

Les objectifs du Millénaire pour le développement de l'ONU (OMD, voir [encadré 1](#)),¹ adoptés par 189 chefs d'état dans le monde lors du Sommet du Millénaire en 2000,² constituent le modèle de développement sur lequel s'accordent tous les pays du monde et les principales institutions responsables du développement. Leur ambition est de stimuler les efforts internationaux de développement pour le XXI^{ème} siècle. Les 8 domaines clés du développement qu'ils ont identifiés comme nécessitant des efforts conjoints, les 8 OMD, ne font cependant aucune référence à la question du contrôle des drogues. En outre, l'organisation de l'ONU responsable du contrôle des drogues, l'ONUDC, ne fait pas partie des 27 organisations partenaires de l'ONU chargées de réaliser les OMD.

Il existe un lien réel entre contrôle des drogues et développement

L'absence de références au contrôle des drogues parmi les objectifs du développement au XXI^{ème} siècle est révélatrice d'un manque d'attention porté au lien qui existe entre drogue et développement. Ceci est particulièrement frappant en ce qui concerne le premier OMD qui traite de la pauvreté, puisque les problèmes de drogue sont le plus souvent à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté. Les contraintes auxquelles se heurte le développement, en particulier un manque d'alternatives économiques réalistes, favorisent souvent la production, l'offre et la consommation de drogues. À son tour, l'usage de drogues se traduit souvent par une série de difficultés de développement, parmi lesquelles la perte de productivité, des problèmes de santé et un impact négatif sur la cohésion des communautés.³

En dépit du lien évident existant entre contrôle des drogues et développement, les organes de promotion du développement ont fait peu d'efforts pour identifier les approches susceptibles de

traiter ces questions de manière cohérente et concertée. Pourtant, l'intégration de la dimension « contrôle des drogues » dans les programmes visant au développement rural, à la réduction de la pauvreté, à l'égalité des sexes, à la lutte contre le sida, à la protection de l'environnement et à une bonne gouvernance, peut conduire à des résultats plus considérables et plus durables que des projets exclusivement axés sur les drogues.

Encadré 1. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement de l'ONU

- **1^{er} OMD:** Réduire l'extrême pauvreté et la faim
- **2^{ème} OMD:** Assurer l'éducation primaire pour tous
- **3^{ème} OMD:** Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes
- **4^{ème} OMD:** Réduire la mortalité infantile
- **5^{ème} OMD:** Améliorer la santé maternelle
- **6^{ème} OMD:** Combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies
- **7^{ème} OMD:** Préserver l'environnement
- **8^{ème} OMD:** Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Comprendre le lien entre le contrôle des drogues et le développement

Les liens entre contrôle des drogues et développement sont clairs. Par exemple, la dépendance à la drogue peut contribuer à un état de santé précarisé, entraînant un surcoût pour le système de soins et une diminution du niveau de productivité de la population. Cela est particulièrement évident pour le sida, le partage d'aiguilles contaminées augmentant le risque d'infection par le virus chez les usagers de drogues injectables, d'où une propagation accrue de l'épidémie. Par ailleurs, l'implication de

Les politiques des drogues ont un impact direct sur les objectifs de développement

nombreux individus dans le commerce illégal des drogues absorbe une partie de la main d'œuvre et des ressources qui seraient sans cela utilisées dans des activités économiques légales. En outre, les énormes profits engendrés par la criminalité liée aux marchés de drogues encouragent le crime organisé et la corruption, entravant ainsi les efforts en vue d'une bonne gouvernance. La dégradation de l'environnement résultant de la culture et du raffinage de drogues d'origine naturelle a été aussi largement mise en évidence.⁴

Les politiques des drogues ont elles-mêmes un impact direct sur les objectifs du développement. De nombreuses communautés, par exemple, cultivent l'opium ou la feuille de coca en raison d'un manque d'alternatives économiques réalistes. Les campagnes à court terme d'éradication des cultures ont été extrêmement coûteuses et ont souvent détruit les seuls moyens économiques de survie des communautés productrices de drogues, sans leur fournir de solutions de rechange. Par ailleurs, la stricte application des lois relatives à la drogue a conduit à l'incarcération de nombreuses personnes pour possession de quantités négligeables de drogues, d'où une surpopulation carcérale, des familles laissées sans ressources et une main d'œuvre faisant défaut à l'économie. Ces politiques détournent aussi les ressources disponibles de secteurs prioritaires, tels que les investissements dans la santé publique et l'éducation.⁵ En effet, au coût considérable pour repérer et détruire les drogues, s'ajoutent des coûts économiques, humains, sociaux et sanitaires à travers le monde, en raison d'une politique de marginalisation, de discrimination, et de répression envers des personnes qui cultivent et consomment des drogues.

Il est socialement et économiquement contre-productif de promouvoir des projets de contrôle des drogues visant à obtenir des résultats immédiats et tangibles uniquement centrés sur la drogue. A court terme comme à long terme, une telle stratégie ne peut qu'avoir des conséquences négatives sur les objectifs globaux de développement. La notion de « résultats rapides » peut rarement s'appliquer au domaine du contrôle des drogues ; de la même façon que pour le développement, qui ne se fait pas du jour au lendemain.

S'attaquer à la drogue par le biais des OMD

Afin de relier la lutte contre les drogues aux stratégies de développement, il convient d'abord d'admettre que les politiques des drogues sont parties prenantes de la réalisation des OMD.

Les politiques des drogues et l'éradication de la pauvreté

Le 1^{er} OMD vise à réduire de moitié le nombre de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour.

Réduire la pauvreté dans les régions productrices de drogues

La production de plantes destinées aux marchés des drogues représentent souvent un élément clé de la survie de nombreuses familles de petits exploitants. La production de ces substances est principalement concentrée dans les pays en voie de développement et entreprise par les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables. Ils habitent souvent dans des environnements hostiles et sont soumis à des régimes fonciers et des accords de crédit inéquitables. En général, ils ne reçoivent qu'une part de la récolte finale ou sont obligés de vendre leur part d'avance à des prix bien en dessous du taux tel qu'il s'applique au moment de la récolte. Les paysans producteurs ont généralement des revenus très faibles. En Afghanistan, par exemple, moins de 20% des 3 milliards de dollars de bénéfices générés par l'opium sont destinés aux petits producteurs, tandis que plus de 80% de ces bénéfices reviennent aux trafiquants d'opium afghans et à leurs connections politiques. Des profits encore plus énormes sont générés hors des frontières afghanes par les trafiquants de drogues internationaux.⁶ Ceci est le cas dans de nombreux autres pays, notamment les pays producteurs d'opium tels que la Birmanie ou des pays producteurs de coca comme la Colombie ou le Pérou.

Les mesures de contrôle dans les régions productrices de drogues ont traditionnellement pris la forme d'interdictions standardisées de l'opium et de la coca, de programmes d'éradication des cultures et de la criminalisation des producteurs. Même dans des cas où des tentatives visant à promouvoir des cultures de substitution ont été mises en places, celles-ci ont souvent manqué de pragmatisme (par exemple, la culture de produits sans accès au marché ou inadaptés aux contextes géographiques locaux), ou ont été développés sur une trop courte durée pour permettre aux collectivités de faire les ajustements nécessaires. Les effets des mesures de contrôle des drogues sur la réduction durable de la pauvreté ont été principalement négatifs: de nombreuses communautés qui cultivaient des plantes destinées aux marchés des drogues dans le passé sont maintenant confrontées à des pénuries alimentaires, un accès réduit aux services de santé et d'éducation, en raison de la diminution de leurs revenus, leur endettement croissant, et leur migration forcée.⁷ Le vide laissé par la disparition soudaine de leur principale source de survie économique peut parfois forcer ces communautés à s'engager dans des solutions de survie impliquant le travail du sexe ou une participation accrue au commerce de la drogue.⁸

De toute évidence, les mesures répressives contre les consommateurs et les producteurs de drogues ne réduisent ni la consommation ni la culture de plantes destinées au marché noir sur le long terme. Leurs effets peuvent même aggraver la spirale de violence (voir [la section 4.2: « Réduire la violence associée aux marchés des drogues »](#)), de pauvreté et de migration, ainsi que faire augmenter les prix du marché illégal, rendant ainsi la production et le trafic encore plus attrayants.

Des stratégies à long terme doivent être élaborées pour résoudre les causes indirectes du problème de la drogue, en allant au-delà des objectifs immédiats du contrôle des drogues

Il existe certaines solutions alternatives positives : dans plusieurs régions productrices de drogues d'Amérique Latine et d'Asie du sud-est, des approches prometteuses ont récemment été développées.⁹ Ces programmes sont axés sur des stratégies à long terme qui s'attaquent aux causes indirectes du problème de la drogue, en allant au-delà des objectifs immédiats du contrôle de ces substances (voir

Section 4.3 : « Promouvoir d'autres moyens de subsistance »). Un certain nombre de leçons ont été tirées de ces approches et sont examinées ci-dessous :

- Les programmes doivent aller au-delà de l'objectif immédiat de l'éradication des cultures et viser au contraire à briser les cycles qui entravent le développement humain et la stabilité. L'éradication des cultures ne devrait se produire que dans le contexte plus large du développement rural et de programmes de réduction de la pauvreté, afin d'améliorer les conditions de vie des communautés productrices de drogues et de briser leur dépendance à l'économie illégale.
- Les programmes doivent mettre la priorité sur la hausse de la production alimentaire, le renforcement et la diversification des activités génératrices de revenus, l'accès aux marchés et l'amélioration de l'accès aux services d'éducation et de santé.
- Des efforts devraient être entrepris pour améliorer les possibilités de participation des groupes marginalisés, tels que les minorités ethniques, les populations autochtones, les femmes et les jeunes, dans la conception et la mise en œuvre de ces programmes, afin de réduire leur vulnérabilité à la production, à la distribution et à la consommation de drogues.
- Les zones de production de cultures destinées aux marchés des drogues sont de nature et de taille variées, de même que leurs structures socioculturelles, ethniques, économiques, juridiques et politiques. Les politiques doivent intégrer la culture locale ainsi que les connaissances et les compétences des communautés concernées.
- L'amélioration des cadres institutionnels sur le long terme devrait constituer l'un des objectifs principaux de tout programme en matière de drogue et de développement (par exemple, promouvoir le dialogue entre les agences gouvernementales et les groupes marginalisés, accroître l'efficacité et la transparence des institutions publiques et répondre efficacement aux violations des droits humains).
- Dans leurs efforts pour se développer, les sociétés qui connaissent une transition socio-économique, doivent s'attaquer aux inégalités sociales et économiques, en particulier chez les jeunes.¹⁰

Réduire la pauvreté au sein des communautés consommatrices de drogues

Les tentatives pour réduire la consommation de drogues en imposant des sanctions pénales sévères n'ont pas réussi à enrayer les taux de consommation. Le principe de dissuasion a souvent aggravé la marginalisation sociale des usagers de drogues. Dans l'ensemble, le recours à des sanctions pénales pour répondre à des questions relevant principalement du domaine sanitaire et socio-économique a été inapproprié. Au contraire, il est aisé et bien plus adéquat de gérer la consommation de drogues, ainsi que ses causes et ses conséquences à travers des stratégies de protection sociale.

Des mesures de protection sociale doivent être développées afin de gérer les causes et les conséquences de la consommation de drogues

Les filets de protection sociale au sein des programmes de développement doivent par conséquent être remodelés afin d'atteindre les personnes vulnérables qui sont, ou risquent d'être, impliquées dans le marché des drogues.

Les politiques des drogues et l'égalité des sexes

Le 3^{ème} OMD appelle à la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

Au cours de la dernière décennie, les questions relatives à l'égalité des sexes ont été au centre des discussions des acteurs travaillant dans le domaine du développement et ont joué un rôle majeur dans la réalisation des OMD. Toutefois, ces considérations ont été largement absentes lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de drogues. Le discours dominant relatif aux femmes usagères de drogues a généralement lieu dans le contexte de leur vulnérabilité au sida et aux MST.¹¹ D'autres facteurs ont été peu abordés dans le contexte de la politique des drogues et des stratégies globales de développement, par exemple le statut social et l'autonomie souvent limitée des femmes, la stigmatisation sociale, les abus par la police ou les tribunaux, la crainte de sanctions sévères, voire la perte de la garde de leurs enfants, et le manque de services de santé adaptés aux besoins des femmes concernant la réduction des risques et le traitement de la dépendance.¹²

Les programmes et politiques actuelles n'ont pas non plus prêté attention au rôle spécifique joué par les femmes dans la production et le trafic de drogues. Les femmes sont impliquées dans la plupart des phases de production du pavot à opium. Dans les zones de conflit, elles doivent souvent pallier la pénurie de main d'œuvre laissée par les hommes. Par ailleurs, les femmes sont souvent utilisées comme passeuses dans le trafic de drogue (voir encadré 2).

Les femmes sont particulièrement touchées par certaines politiques des drogues. Leurs besoins spécifiques doivent être abordés dans des stratégies de contrôle sur le long terme

Encadré 2. L'inégalité des sexes, la pauvreté et les passeuses de drogue¹³

De 2006 à 2009, le nombre de femmes étrangères détenues pour trafic de stupéfiants au Brésil a augmenté de 253%. De même, au cours de la dernière décennie, la population carcérale féminine au Royaume-Uni a doublé et continue d'être à la hausse. Les statistiques officielles du Royaume-Uni montrent une augmentation de 60% du nombre de prisonnières étrangères qui ont commis des infractions liées à la drogue et surtout au trafic de drogue. Elles sont presque toujours incarcérées pour première infraction et sont originaires des pays les plus pauvres du monde, la majorité provenant de la Jamaïque et du Nigéria. Ces « trafiquantes de drogues internationales » sont en fait des passeuses de drogue. Malgré les dangers extrêmes auxquels elles font face, la raison pour laquelle les femmes deviennent passeuses de drogue est relativement simple : leur implication est presque toujours liée à des situations d'extrême pauvreté.

De longues périodes d'incarcération de ces femmes (dans la plupart des cas entre 6 et 8 ans au Royaume-Uni) ont eu un impact limité sur les grands réseaux mondiaux de trafic des drogues, puisque ces réseaux peuvent compter sur une réserve illimitée de passeur(-euse)s désespéré(e)s et facilement remplaçables. Au contraire, des approches centrées sur la réduction de la pauvreté, des programmes générateurs de revenus, et des stratégies d'autonomisation des femmes dans leur pays d'origine constituent généralement des mesures plus efficaces. Cela permet d'éviter que ces femmes soient l'exploitées par des réseaux criminels, et prive les grandes organisations de trafiquants d'une main-d'œuvre vulnérable, rentable et désespérée, grâce à laquelle les trafiquants augmentent leurs profits et renforcent leur pouvoir.

Quelques programmes ont recours à des stratégies qui cherchent véritablement à répondre aux besoins spécifiques des femmes impliquées dans le trafic des drogues, en accordant une attention particulière à leur environnement culturel et social. Là où elles existent,¹⁴ ces stratégies ont les caractéristiques suivantes:

- Elles veillent à ce que les analyses de situation pour tous les projets en matière de drogue et de développement prennent en compte l'égalité des sexes et que les programmes garantissent la participation et l'accès équitables des hommes et des femmes aux services dont ils ont besoin
- Elles identifient et répondent aux obstacles juridiques, politiques, socio-économiques et culturels qui rendent les femmes vulnérables aux trafiquants de drogue
- Elles promeuvent des campagnes de sensibilisation et d'éducation pour réduire la stigmatisation des femmes et donnent les moyens aux communautés pour répondre efficacement aux problèmes des femmes usagères de drogues
- Elles mettent en place des programmes plaidant pour l'égalité des sexes en s'appuyant sur des réseaux d'information au niveau international, national et communautaire et de façon multi-sectorielle. Les besoins des femmes doivent être inclus dans les lignes directrices, les objectifs et les stratégies de contrôle des drogues (voir encadré 3)
- Elles permettent de mettre en liaison les programmes de traitement de la dépendance à la drogue avec d'autres services, tels que des services prénatals et d'obstétrique et gynécologiques, des services de protection de l'enfance, des services de gestion de crise (y compris l'offre d'un abri pour les femmes à la rue ou des services pour victimes d'agression sexuelle) et des services de santé mentale. Ceci permet d'offrir une variété de mesures de soutien dont les femmes ont besoin
- Elles veillent à ce que les consommatrices de drogues puissent bénéficier de la protection de la loi dans le plein respect de leurs droits
- Elles intègrent le lien existant entre la consommation de drogues et le travail du sexe. Cela permet par exemple d'atteindre les travailleurs du sexe par le biais de services de réduction des risques, ou de travailler en partenariat avec des programmes ciblés sur les travailleurs du sexe afin de leur fournir des services de réduction des risques.

Encadré 3. Liste de contrôle pour les mesures visant à intégrer l'égalité des sexes dans les cycles des programmes de développement¹⁵

Le Programme régional de lutte contre le VIH/sida en Asie (HAARP) soutient des programmes de réduction des risques qui prennent en compte l'égalité des sexes. La stratégie d'intégration de la problématique de l'égalité sexuelle, élaborée en 2008, comprend une « liste de contrôles ». L'Unité de soutien technique HAARP a commencé à utiliser cette liste de contrôles afin de guider un processus de consultation des programmes nationaux afin d'analyser leurs progrès, les défis et les opportunités dans leur combat pour l'égalité des sexes. La liste comprend les diverses composantes d'un programme de bonne qualité qui se veut sensible aux questions d'égalité des sexes. Ces composantes sont répertoriées sous les rubriques suivantes:

- Les partenariats et l'engagement
- Le renforcement des capacités

- Les programmes et les services
- le suivi et l'évaluation.

Les programmes nationaux peuvent utiliser cette liste pour évaluer leurs progrès dans l'élaboration d'une politique fondée sur l'égalité des sexes pour des hommes et des femmes qui s'injectent des drogues, ainsi que leurs partenaires et conjoints.

Les politiques des drogues, la prévention du sida, et la santé publique

Le 6^{ème} OMD appelle à enrayer la propagation du sida et inverser la tendance actuelle, ainsi qu'à atteindre l'objectif d'accès universel au traitement du sida.

Dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie du sida se propage à cause du partage de matériel d'injection de drogues contaminé. Les efforts déployés dans la plupart des pays pour élaborer et mettre en œuvre des réponses pragmatiques à l'usage de drogues, qui soient axées sur la santé et la réduction des risques, ont parfois été mis à mal ou compromis par des politiques de drogues fondées principalement sur des actions répressives.

La pénalisation de la consommation et de la possession de drogues peut dissuader les personnes qui s'injectent des drogues d'accéder aux services disponibles de prévention, de traitement et de soins du sida. Selon des sources non gouvernementales soumises à l'ONUSIDA, seuls 16% des pays ont des lois ou règlements protégeant les usagers de drogues de la discrimination. On estime, par ailleurs, que 40% des pays ont des lois qui interfèrent avec la capacité des prestataires de services de venir en aide aux personnes qui s'injectent des drogues.¹⁶ Les restrictions affectant l'accès à la TSO pour les usagers dépendants aux opioïdes constituent notamment un obstacle important à la prévention du sida et à d'autres efforts de santé publique.¹⁷

Un certain nombre de services de réduction des risques fondés sur des preuves scientifiques peuvent être offerts aux usagers de drogues

Un certain nombre de services de réduction des risques s'appuyant sur des preuves scientifiques peuvent être proposés aux usagers de drogues. Il s'agit, par exemple, de la TSO et des PES (pour plus d'informations, voir Section 3.2: « Réduction des risques »).

La politique des drogues et la protection de l'environnement

Le 7^{ème} OMD vise à intégrer le développement durable dans les politiques nationales et à inverser la tendance actuelle quant au gaspillage des ressources environnementales.

Il existe un bon nombre de possibilités pour mettre en liaison les stratégies de protection de l'environnement avec des programmes visant à réduire l'offre de drogues.

L'éradication des cultures est une cause majeure de déforestation, car les paysans ont tendance à se déplacer dans des régions plus isolées afin de replanter leurs cultures, suite à la destruction de leurs champs. Dans la région andine-amazonienne, cela conduit souvent à brûler des terrains dans des parcs naturels nationaux ou dans la forêt tropicale, causant des dommages importants à des écosystèmes riches mais fragiles.

Les politiques des drogues doivent s'efforcer de protéger l'environnement

L'éradication des cultures elle-même a des conséquences désastreuses sur l'environnement et la santé. En Colombie, le glyphosate pulvérisé sur les champs de coca par des avions américains a causé des problèmes gastro-intestinaux, des fièvres, des maux de tête, des nausées, des rhumes et des vomissements parmi les populations locales, et des effets similaires ont été détectés chez les animaux. La pulvérisation a parfois poussé des villages entiers à abandonner leurs terres.¹⁸ En outre, l'exploitation des ressources naturelles dans les régions productrices de drogue est souvent néfaste car elle est la cause d'un défrichement accru des forêts. Pour faire face à ces problèmes, des mesures ont été envisagées et/ou mises en œuvre au niveau local (voir encadré 4).¹⁹ Cela a notamment inclus:

- Le développement de nouvelles approches de production et de transformation de produits agricoles. Ces approches peuvent aussi soutenir les associations de petits producteurs dans des secteurs tels que la pisciculture, la culture des fruits et l'amélioration des produits (production de jus de fruits, par exemple) et enfin les aider dans la commercialisation de ces produits
- La promotion de mesures agricoles et forestières mettant l'accent sur la compatibilité des cultures avec l'environnement ainsi que sur des interventions extra-agricoles
- L'utilisation des connaissances étendues des populations autochtones sur la culture des plantes médicinales, afin de générer des revenus pour leurs communautés
- le soutien d'éleveurs de bétail de petite ou moyenne envergure, afin de promouvoir un élevage économiquement viable et socialement autonome, en rendant la production et la commercialisation à la fois plus rentables et écologiques.

Encadré 4. La promotion de sources de revenus légales dans les zones de production de cultures destinées aux marchés des drogues au Pérou²⁰

La région de la Forêt centrale au Pérou est propice à la production de cultures destinées au marché des drogues car elle attire des migrants provenant des hautes terres et offre peu de possibilités légales de gagner sa vie. La gestion des ressources naturelles dans la région est généralement inadaptée. Il s'ensuit un défrichement accru de la forêt tropicale, ainsi qu'une expansion des cultures de coca et du trafic de drogue, avec tous les effets négatifs que cela peut entraîner sur l'écosystème et sur les équilibres économiques et sociaux.

Le projet intitulé « Promouvoir la production de produits ciblés dans deux régions productrices de coca au Pérou » a été lancé en 1997 dans le but d'aider certains groupes de producteurs autochtones à diversifier et commercialiser leurs plantes médicinales et produits non-issus de l'exploitation forestière. Le but du projet était non seulement d'utiliser les connaissances approfondies de la population autochtone sur les plantes médicinales pour créer des opportunités génératrices de revenus pour leur communauté, mais aussi d'aider à enrayer la marginalisation sociale de ce groupe. En effet, n'étant pas propriétaires de champs de coca, ces individus étaient généralement exclus des projets de développement durable. Pourtant, ces communautés, qui constituent environ 5 à 10% de la population productrice, étaient soumises en permanence à des pressions culturelles et socio-économiques et menacées de déplacement. S'appuyant sur les connaissances existantes des groupes autochtones, il a été possible à la fois d'améliorer et de garantir la qualité de leurs produits, mais aussi de les mettre en contact avec des distributeurs pour commercialiser les produits exportables.

Pour la population autochtone, la production et la commercialisation de plantes médicinales est une option économique socialement et écologiquement viable qui est enracinée dans leurs connaissances traditionnelles, et leur permet en même temps d'avoir accès aux marchés modernes. Ces projets visent à s'assurer que les ressources naturelles et les savoirs traditionnels seront valorisés et protégés, tout en renforçant et en garantissant la pérennité des structures juridiques, économiques et sociales, le fondement des activités illégales s'en trouvant, par là même, ébranlé.

Un partenariat plus large pour le développement

Lors du Sommet des Nations Unies de 2010, les chefs d'Etat du monde entier ont réaffirmé que « tous les objectifs du Millénaire pour le développement sont interdépendants et complémentaires »²¹ et ont souligné la nécessité de poursuivre les OMD à travers une approche holistique et globale. Il est regrettable qu'à ce jour les gouvernements n'aient pas réussi à prendre la mesure de l'interdépendance entre contrôle des drogues et développement, ce qui a inévitablement sapé toute approche holistique et globale dans la poursuite des OMD, entravant ainsi les efforts en vue d'une réussite durable dans ce domaine.

Au fil des années, les partenaires ayant coopéré au sein du projet ont fini par adopter des positions divergentes et des approches discordantes au sujet de la drogue et du développement, et ceci malgré le fait que les OMD aient été approuvés collectivement, comme l'ont aussi été d'autres principes directeurs, tels que ceux exprimés dans les conventions de l'ONU sur les drogues et lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU de 1998 consacrée à la drogue. Parmi ces principes figure notamment l'importance du développement humain fondé sur la notion de responsabilité partagée concernant la consommation, le trafic et la production de drogues. L'approbation collective des OMD n'a eu que peu d'effet sur la pratique d'approches discordantes en matière de drogue et de développement.

Les Etats-Unis, par exemple, ont fait des efforts considérables pour éradiquer la production de drogues dans le but de réduire l'offre, tandis que l'UE privilégie au contraire la mise en place de moyens de subsistance légaux, dans la durée, avant de mettre en œuvre des programmes d'éradication des cultures. L'UE considère par ailleurs que la coopération en matière de développement ne devrait pas être conditionnée par des objectifs spécifiques de contrôle des drogues.²² Dans l'ensemble, très peu de donateurs internationaux²³ ont cherché à réduire les problèmes liés à la drogue en poursuivant un objectif plus large de développement. Un nombre encore plus limité d'entre eux a cherché à considérer le contrôle des drogues comme un instrument de développement humain, ou compris qu'il sera plus aisé de réduire l'offre par un processus de développement intégré, et sur le long terme, qu'à travers des interventions à court terme dont les conséquences peuvent être sévères pour les communautés concernées.

Quelle que soit l'approche, il ne fait plus de doute aujourd'hui que les projets en matière de drogue et de développement, mis en œuvre isolément les uns des autres n'ont pas été en mesure de réduire les risques associés au marché mondial des drogues, ni de favoriser le développement socio-économique. Au contraire, ces politiques ont parfois créé de nouvelles vulnérabilités et/ou exacerbé les vulnérabilités existantes.

Il est essentiel que les stratégies politiques alternatives envisagent sérieusement les options relatives à la dépénalisation, la décriminalisation ou la légalisation de la consommation de drogues et/ou de leur production (voir [Section 2.1: « Réformer les lois sur la drogue »](#)).

Il est grand temps d'élargir notre analyse afin d'adopter des politiques des drogues plus globales. Au moment où la gravité du problème a conduit de nombreux acteurs à demander un examen critique des stratégies actuelles de contrôle des drogues (voir [Section 2.1: « Réforme les lois sur la drogue »](#)), il est temps d'élargir la portée de notre analyse et de nos actions afin d'adopter des politiques plus globales. Il est nécessaire d'adopter des politiques et stratégies qui s'adressent conjointement aux causes du problème (en particulier celles résultant directement d'une vision étroite des politiques de contrôle), et à ses symptômes. Il convient donc d'aborder la question de la consommation de drogues conjointement avec celles relatives au chômage, à l'exclusion sociale, à la discrimination, au logement et à l'accès aux services de santé, en particulier pour les communautés marginalisées. De même, la production et le transport de drogues par des passeur(-euse)s doivent être considérés en liaison avec des programmes de développement rural et de réduction de la pauvreté. Enfin, il faut s'attaquer au trafic de drogue de grande envergure en identifiant les véritables bénéficiaires des profits et en mettant en œuvre des stratégies visant à mettre fin au blanchiment d'argent et à la criminalité organisée.

Recommandations

- 1) Des mesures de développement socio-économique sur le court et le long terme, ainsi que les objectifs et cibles visés par les OMD, doivent constituer les bases d'une approche globale du développement et du contrôle des drogues.
- 2) Il est nécessaire de relier les programmes de contrôle des drogues et de développement, et d'impliquer tous les acteurs partie prenante dans la conception et la mise en œuvre de politiques intégrées.
- 3) Il est par ailleurs essentiel que tous les acteurs travaillant dans le cadre des politiques des drogues et de développement adoptent le même langage et la même approche préalablement à l'élaboration de programmes dans leurs domaines respectifs.
- 4) Les programmes intégrés de contrôle des drogues et de développement doivent promouvoir un changement positif dans la vie des personnes impliquées dans la production, le transport, le trafic et la consommation de drogues, en leur offrant des solutions de substitution viables au commerce illégal des drogues. Ces programmes doivent prendre en compte, dans un souci d'équité, les problèmes spécifiques rencontrés par chaque sexe.
- 5) Les politiques des drogues ne doivent plus chercher simplement à réduire l'ampleur du marché de drogues, mais viser à réduire les risques associés à ces commerces, en adoptant une approche centrée sur le développement (voir [Section 4.2: « Réduire la violence associée aux marchés des drogues »](#)).
- 6) Des cultures de substitution doivent être proposées comme solutions viables pour réduire la production de plantes destinées aux marchés illégaux de drogues (voir [Section 4.3: « Promouvoir d'autres moyens de subsistance »](#)).
- 7) Les politiques des drogues intégrées à des programmes de développement doivent s'efforcer de promouvoir les droits économiques, sociaux et culturels des populations autochtones, utiliser leurs connaissances et leur expérience et les engager à participer à l'élaboration des politiques et des programmes les concernant (voir [Section 4.4 : « Protéger les droits des peuples autochtones »](#)).

Ressources clés

Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ (2001), *Drugs and development in Latin America* (German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) and the Deutsche)

Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) (2004), *Development-oriented drug control services* (New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute), <http://www.giz.de/Themen/en/dokumente/en-eod-flyer-englisch.pdf>

Consortium International sur les Politiques des Drogues & Talking Drugs (2011), *IDPC Magazine, version 3 – Drug control and development: Making a positive choice*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/Issue%203.pdf>

Melis, M. & Nougier, M. (2010), *Drug policy and development: How action against illicit drugs impacts on the Millennium Development Goals* (Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Drug%20policy%20and%20development%20briefing.pdf>

Nossal Institute for Global Health (2010), *Dependent on development – The interrelationships between illicit drugs and socioeconomic development*, http://idpc.net/sites/default/files/library/Dependent_on_Development_Report_and_Case_Studies_March2011.pdf

Open Society Foundations (2011), *By women, for women - New approaches to harm reduction in Russia*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/russia-women-harmreduction-20110803.pdf>

MacMillan, P. & World Bank (2010), *Innocent bystanders: developing countries and the war on drugs* (Philippe Keefer & Norman Loayza), <http://idpc.net/publications/world-bank-innocent-bystanders>

Pinkham S. & Malinowska-Sempruch, K. (2007), *Women, harm reduction, and HIV* (New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute)

Notes de bas de page

- 1 Nations Unies (2010), *Éliminer la pauvreté 2015, objectifs du Millénaire pour le développement*, <http://www.un.org/fr/mdg/summit2010/>
- 2 Assemblée Générale des Nations Unies (2000), *Résolution adoptée par l'Assemblée générale 55/2. Déclaration du Millénaire*, <http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>
- 3 Thoumi, F.E. (2003), *Illegal drugs, economy and society in the Andes* (Washington DC, Baltimore: Woodrow Wilson Center Press); Rhodes, T., Lilly, R., Fernandez, C. *et al.* (2003), 'Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"', *Drugs: education, prevention, and policy*, **10**(4): 303–329; Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) (2003), *Drugs and poverty: the contribution of development-oriented drug control to poverty reduction – a cooperative study of the Drugs and Development Programme and the Cooperation Project of GTZ* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), <http://www.giz.de/Themen/en/SID-30248BBB-CF6913C4/dokumente/en-leaflet-drugs-and-poverty.pdf>
- 4 Count the Costs (2011), *The war on drugs: causing deforestation and pollution* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Environment-briefing.pdf>
- 5 L'Institut de l'Etat de Washington sur la Politique Publique a conclu que le traitement de la dépendance au sein de la communauté était extrêmement bénéfique en termes de coûts, en particulier par rapport à la prison. Chaque dollar dépensé dans un programme de traitement au sein de la communauté permet à la société d'économiser 18,52 dollars. Voir : Justice Policy Institute (2008), *Substance abuse treatment and public safety*, (Washington D.C.: Justice Policy Institute), http://www.justicepolicy.org/images/upload/08_01_REP_DrugTx_AC-PS.pdf. Voir aussi: Shepard, E. & Blackley, P.R. (2004), 'US drug control policies: Federal spending on law enforcement versus treatment in public health outcomes', *Journal of Drug Issues*, **34**(4): 781–782
- 6 Glaze, J.A. (2007), *Opium and Afghanistan: reassessing US counternarcotics strategy* (Carlisle, PA: Strategic Studies Institute, US Army War College), <http://www.strategicstudiesinstitute.army.mil/pdffiles/pub804.pdf>
- 7 Nossal Institute for Global Health (2010), *Dependent on development – the interrelationships between illicit drugs and socioeconomic development* (Melbourne: Nossal Institute for Global Health), http://idpc.net/sites/default/files/library/Dependent_on_Development_Report_and_Case_Studies_March2011.pdf
- 8 Feingold D.A. (1997), The hell of good intentions: some preliminary thoughts on opium in the political ecology of the trade in girls and women, in Evans G., Hutton, C. & Eng, K.K. (2000), *Where China Meets Southeast Asia: social & cultural change in the border regions* (Singapour: ISEAS/ Bangkok: White Lotus/ New York: St. Martin's Press)
- 9 Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ (2001), *Drugs and development in Latin America* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) http://www.gac.msh-paris.fr/Docs_comun/Drugs_and_Development.pdf
- 10 Ceci est notamment le cas dans les Etats d'Asie de l'Est. Des niveaux de développement socio-économiques plus hauts que la normale semblent favoriser la consommation de métamphétamine parmi les jeunes, en particulier parmi les écoliers et les étudiants universitaires en Thaïlande, à Macao et à Hong Kong. Des changements socio-économiques rapides dans la région ont souvent conduit les groupes les plus pauvres et vulnérables de la société (tels que les conducteurs de camion, les pêcheurs, les fermiers et les travailleurs immigrés) à accepter des conditions de travail déplorables, de bas salaires et de longues heures de travail. Ces facteurs favorisent la consommation de drogues, en particulier les stimulants de type amphétamine. Voir : Chouvy P.A., & Meissonnier J. (2005), *Yaa Baa: production, traffic, and consumption of methamphetamine in mainland Southeast Asia* (Singapour: Singapore University Press)
- 11 Les travailleuses du sexe qui s'injectent des drogues reçoivent une attention accrue à cause du risque qu'elles encourent vis-à-vis du sida, ainsi que de la possibilité de transmettre le virus à leurs clients, qui transmettraient enfin le virus à leurs partenaires sexuel(le)s. Les recherches relatives aux travailleuses du sexe qui s'injectent des drogues ont cependant une portée limitée, se concentrant sur l'endiguement de l'épidémie parmi ce groupe spécifique, au lieu de promouvoir la santé, la sécurité et les droits humains des usagers de drogues et des travailleur/euses du sexe. Voir : Pinkham S, Malinowska-Sempruch K (2007), *Women, harm reduction, and HIV* (New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute)
- 12 Global Coalition of Women and AIDS (2011), *Women who use drugs, harm reduction and HIV* (Genève: Global Coalition of Women and AIDS), <http://idpc.net/sites/default/files/library/women-drugs-HIV-harm-reduction.pdf>
- 13 BBC News (2009), *The risks of women drug mules in Brazil*, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/8418878.stm>; Talking Drugs (2010), *The lost women of the drug trade*, <http://www.talkingdrugs.org/the-lost-women-of-the-drug-trade>
- 14 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2004), *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), http://www.unodc.org/docs/treatment/Case_Studies_E.pdf; Open Society Foundations (2011), *By women, for women – new approaches to harm reduction in Russia*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/russia-women-harmreduction-20110803.pdf>
- 15 HIV/AIDS Asia Regional Programme (HAARP) (2008), *Gender integration strategy*, http://www.haarp-online.org/LinkClick.aspx?fileticket=Us_k4jMTM_o%3D&tabid=2171

- 16 Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2008), *2008 Report on the global AIDS epidemic*, http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
- 17 Organisation Mondiale de la Santé (2005), *Evidence for Action Technical Paper – Effectiveness of drug treatment in preventing HIV among injecting drug users* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependence_final.pdf
- 18 Commission des Droits de l'Homme, 61^{ème} Session (2004), *Human rights and indigenous issues – Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights and fundamental freedoms of indigenous people, Mr. Rodolfo Stavenhagen* (E/CN.4/2005/88/Add.2), http://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.ohchr.org%2Fenglish%2Fbodies%2Fchr%2Fdocs%2F62chr%2Fec4-2006-78-Add4.doc&ei=oW-BUNXylqa00AXCuICYBA&usq=AFQjCNECv5Ey2Gq65gCi8HaxBX6P0E3vrg&sig2=_LtVdAA9-xWl5B9uCKKxew
- 19 Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ (2001), *Drugs and development in Latin America* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), http://www.gac.msh-paris.fr/Docs_comun/Drugs_and_Development.pdf
- 20 Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ (2001), *Drugs and development in Latin America* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), http://www.gac.msh-paris.fr/Docs_comun/Drugs_and_Development.pdf
- 21 65^{ème} Session de l'Assemblée générale, Résolution 65/1 – *Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement* (A/RES/65/1), http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/1
- 22 Document de la Présidence de l'UE (4 Juillet 2008), *Key points identified by EU experts to be included in the conclusion of the open-ended intergovernmental expert working group on international cooperation on the eradication of illicit drug crops and on alternative development* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/UNODCCND2008WG33.pdf>
- 23 L'Allemagne constitue une exception notable : le pays a choisi de poursuivre ses objectifs de contrôle des drogues au sein d'une stratégie de développement plus large, à travers le concept de « contrôle des drogues centré sur le développement ». Voir: <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/development-oriented-drug-policy.pdf>

4.2 Réduire la violence associée aux marchés des drogues

Dans cette section:

- Les diverses formes de violence associées aux marchés des drogues
- La nature des marchés des drogues
- Promouvoir une approche de réduction de l'offre fondée sur la réduction des risques

Plutôt que de réduire l'ampleur des marchés, les politiques des drogues et les interventions de maintien de l'ordre doivent s'attacher à diminuer la violence qui y est associée et atténuer les inégalités économiques et sociales dans les zones les plus affectées.

Pourquoi est-il important de réduire la violence associée aux marchés des drogues ?

La violence urbaine et le crime organisé constituent les aspects les plus inquiétants du marché mondial des drogues. Ne pouvant pas faire appel à des méthodes légales pour régler leurs conflits, les individus impliqués dans le marché des drogues font souvent usage de la violence afin de protéger leur réputation, leur territoire et leurs bénéfices. Les bénéfices énormes que les trafiquants et les dealers parviennent à retirer du marché noir les poussent souvent à prendre les risques associés au commerce violent de la drogue (voir encadré 1).

Encadré 1. Déclaration de l'ancien Directeur exécutif de l'ONUDC

« La première conséquence involontaire a été la création d'un énorme marché noir qui prospère aujourd'hui grâce au trafic de substances contrôlées entre producteurs et consommateurs. Que ce marché soit encouragé par une « offre importante » ou une « demande accrue », les motivations financières sont considérables, poussant de nombreux individus à s'impliquer dans le marché des drogues. Nombreux sont les criminels prêts à rivaliser pour récupérer une part du marché, au sein duquel il n'est pas rare que les prix de revente excèdent au centuple le coût de production ».¹

Ces dernières années, le niveau de violence associée au marché des drogues a largement augmenté dans de nombreuses régions. La région des Caraïbes est la plus affectée par des taux élevés de violence meurtrière. La Jamaïque, par exemple, a enregistré un taux d'homicides de 58 pour 100 000 habitants en 2008,² avant de baisser légèrement en 2011.³ De même, les niveaux de violence associée au marché des drogues ont récemment augmenté de manière considérable au Mexique : depuis Décembre 2006, la violence associée aux marchés des drogues a conduit à la mort d'au moins 47 000 personnes.⁴ Ciudad Juarez, située à la frontière avec les Etats-Unis, est la ville la plus violente du monde.⁵ En revanche, certaines villes latino-américaines ont vu leurs taux d'homicides diminuer ces dix dernières années. A Bogota (en Colombie), une ville qui a longtemps été considérée comme la plus violente du monde, les taux d'homicides ont diminué pour se stabiliser à 21,5 meurtres pour 100 000

habitants.⁶ Dans de nombreuses villes américaines, qui ont connu des pics de violence urbaine dans les années 1990, un déclin des niveaux de violence a également été observé. Enfin, bien que les marchés des drogues les plus lucratifs se trouvent le plus souvent en Europe, les villes européennes semblent être moins affectées par la violence urbaine à grande échelle.

Les données disponibles suggèrent que la violence est souvent associée aux routes de transit et à la consommation de drogues dans des zones d'extrême pauvreté et où les institutions gouvernementales sont défaillantes. Par exemple, le taux de meurtres était très faible dans la ville de Porto Rico, jusqu'au moment où celle-ci est devenue un point de transbordement pour les drogues à destination des États-Unis. Dans les années 1990, les trafiquants ont commencé à payer les intermédiaires locaux en nature avec de la drogue, ce qui a conduit à une forte augmentation des niveaux de consommation et de crimes violents.⁷ Ce phénomène est, en ce moment même, en train de se reproduire en Afrique de l'ouest, qui est récemment devenue une nouvelle zone de transit pour les drogues à destination de l'Europe.

Jusqu'à présent, les gouvernements ont considéré que l'application de lois sévères contre les trafiquants et les usagers de drogues allait automatiquement réduire la violence en supprimant les marchés des drogues. Toutefois, il s'est avéré que ces mesures n'ont pas réussi à réduire l'ampleur du marché mondial et la violence qui y est associée. En pratique, le contraire s'est souvent produit : la mise en application de lois répressives par la police, et parfois par l'armée, a eu tendance à exacerber les niveaux de violence. Une approche visant à modeler le marché noir afin de le rendre moins nuisible, couplée avec des mesures de développement socio-économique et la consolidation des institutions judiciaires et des liens communautaires, sera plus efficace pour accroître la sécurité des citoyens face aux niveaux élevés de violence, et pour réduire la portée de l'action des criminels organisés.⁸ Certains experts ont récemment commencé à promouvoir une telle approche, basée sur le principe de « réduction des risques dans le cadre de l'offre ».⁹

Modeler le marché des drogues pour le rendre moins nuisible, promouvoir le développement socio-économique et consolider les institutions judiciaires et les liens communautaires, constituent des approches plus efficaces pour assurer la sécurité des citoyens et les mettre hors de portée des criminels organisés

Les diverses formes de violence associées aux marchés des drogues

Les drogues passent par de nombreuses étapes depuis leur production jusqu'au moment où elles sont consommées, et chacune de ces étapes est associée à diverses formes de violence.

La production de drogues

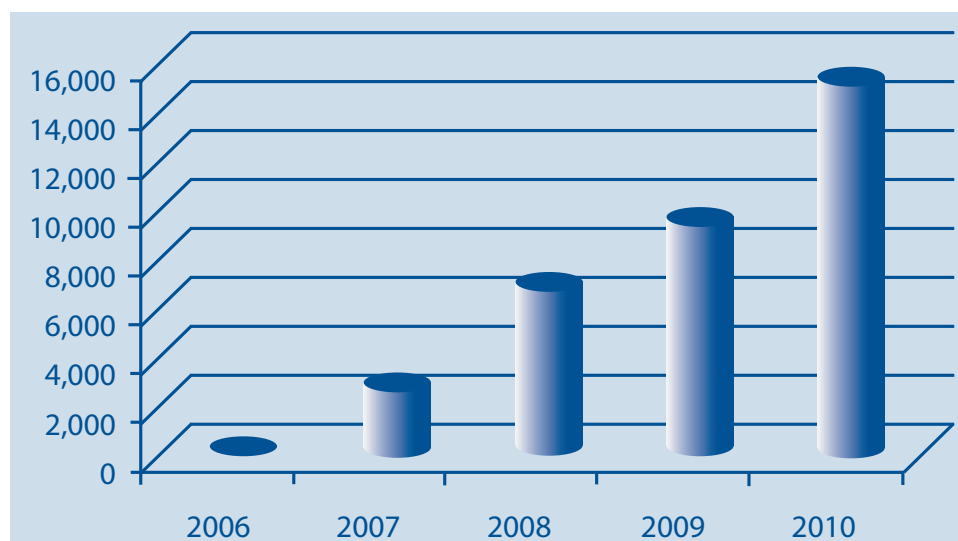
La violence peut être utilisée pour contrôler les cultures destinées aux marchés des drogues, notamment par les individus et les groupes désirant protéger leur production des saisies et des destructions par l'État ou par des groupes criminels rivaux. En Colombie, les fermiers sont souvent confrontés à des interventions violentes organisées par les factions des Forces Armées Révolutionnaires de Colombie (FARC).¹⁰ L'Afghanistan est également particulièrement touché par la violence. En 2001, les Talibans ont sévèrement restreint la production d'opium en menaçant violemment les fermiers cultivateurs de pavot. Les soldats de l'OTAN sont également engagés dans des opérations meurtrières visant à contrôler les champs d'opium afghans.¹¹ Enfin, la région andine est affectée par des formes moins directes de violence, consistant en l'empoisonnement de cultures vivrières et de réserves d'eau, ainsi que le déplacement des fermiers lors de campagnes de pulvérisation d'herbicides par voie aérienne.

Les cultures destinées au marché noir prolifèrent généralement dans des zones affectées par des conflits armés. En Colombie, par exemple, la coca et le pavot sont produits dans les zones de combat entre les guérillas de gauche et les paramilitaires de droite pour s'assurer le contrôle des cultures et des différentes étapes du raffinage de la drogue. Les affrontements entre les guérillas, les paramilitaires et la population locale conduisent souvent à des violations généralisées des droits humains.¹²

Le trafic de drogue

Des niveaux élevés de violence sont associés au trafic de drogue à destination de l'Europe et des États-Unis, en particulier en Amérique Centrale et aux Caraïbes. Le Mexique est particulièrement touché, à cause des combats intenses qui se produisent régulièrement entre les différents gangs de trafiquants lourdement armés, ou entre des organisations de trafic de drogues et les forces gouvernementales, surtout depuis que le Président Calderón a lancé sa guerre contre les cartels de drogue. En effet, après l'emprisonnement de plusieurs chefs du cartel du Golfe en 2003, le cartel du Sinaloa a tenté de prendre de force le contrôle, hautement lucratif, de leurs itinéraires de contrebande. Le gouvernement est intervenu en 2006, en imposant des mesures répressives sévères à l'encontre des cartels de drogue. Le conflit a déclenché une recrudescence des niveaux de violence dans les villes frontalières (voir Figure 1).

Figure 1. Homicides liés à la guerre contre la drogue au Mexique depuis le lancement de l'offensive contre les cartels par le Président Calderón¹³



Les récentes interventions musclées des forces de l'ordre dans les Caraïbes ont contraint les trafiquants de drogue à changer leurs itinéraires de trafic. La drogue à destination de l'Europe est dorénavant envoyée via l'Afrique de l'ouest, qui est de plus en plus affectée par des taux élevés de consommation et de violence associée à la drogue. Ceci est dû à l'effet « ballon » (pour une définition de ce concept, voir [Section 2.2](#) « Redéfinir le champ d'application des lois sur la drogue »).¹⁴

Les marchés de détail

Le commerce des rues est, lui aussi, souvent associé à des taux élevés de violence et d'intimidation. Cependant, les marchés de détail ne sont pas nécessairement et continuellement violents et les dealers peuvent parfois coopérer pour faciliter leur commerce.

Cependant, cela exige que le gouvernement ou les autorités locales acceptent un certain niveau de trafic de drogue, leur action consistant désormais à cibler les marchés de détail qui causent le plus de dommages pour la société et à manifester une tolérance implicite envers d'autres formes moins nocives de marchés de détail.

La nature des marchés de drogues

Plusieurs facteurs influent sur les niveaux de violence associée aux marchés des drogues :

- **Le niveau d'infiltration de la vente en gros au sein des structures institutionnelles d'une ville** : Les villes d'Amérique Latine ou des Caraïbes, où les marchés des drogues sont imbriqués dans des rivalités entre pouvoirs d'affaires, administrations et groupes politiques sont particulièrement exposés à la violence.
- **Le type de marché de détail** : Les marchés en plein air et opérant dans les rues ont tendance à être violents, car les dealers rivalisent pour gagner de l'argent, des clients, des territoires et préserver leur réputation. Au contraire, les marchés de distribution à domicile sont associés à des niveaux de violence moins élevés, car les dealers évitent d'être violents, afin de ne pas attirer l'attention de leurs rivaux ou de la police. Même si la prévalence de consommation de drogue au sein de ces deux types de marchés est souvent comparable, les marchés « cachés » évitent certains des effets négatifs du commerce des rues, tels que des atteintes graves à la sécurité des communautés, une mauvaise réputation pour le quartier concerné et des incitations à aspirer à un style de vie criminel chez les jeunes. Les marchés de distribution à domicile sont également plus mobiles, les dealers changeant fréquemment de points de livraison pour éviter la police et les dealers rivaux. Ainsi, la diminution des niveaux de violence va de pair avec une réduction de la concentration des problèmes liés à la drogue dans les quartiers les plus défavorisés.
- **Les conditions socio-économiques** : Les villes et les quartiers touchés par la précarité sociale et économique, bénéficiant de peu d'opportunités d'emploi, ou affectés par des problèmes de ségrégation urbaine, sont plus vulnérables face aux marchés des drogues et à la violence qui leur est associée. La pauvreté engendre également une faible cohésion communautaire, réduisant les possibilités de contrôles informels de la consommation de drogues et de la violence.
- **La violence étatique** : Lorsque les agences de maintien de l'ordre radicalisent leurs opérations contre les marchés des drogues, les niveaux de violence urbaine peuvent fortement augmenter. Dans certains cas, l'Etat peut devenir la principale cause de violence associée au marché des drogues. Même en laissant de côté les pays où la peine capitale est toujours en vigueur pour des délits liés à la drogue, la politique de contrôle des drogues dans de nombreux autres pays, tels que la Thaïlande (voir [encadré 2](#)), le Mexique et le Brésil, a résulté en une forte augmentation des niveaux de violence urbaine.

Encadré 2. La guerre contre la drogue de 2003 en Thaïlande

En Février 2003, le gouvernement thaïlandais a lancé une « guerre contre la drogue », qui a abouti à l'exécution extrajudiciaire d'environ 2 800 personnes, l'arrestation arbitraire de plusieurs milliers d'individus, et un usage extrême de la violence par les autorités gouvernementales.¹⁵ En Août 2007, le gouvernement militaire du Général Surayud Chalanont a nommé un comité spécial chargé d'enquêter sur les exécutions extrajudiciaires au cours de la guerre contre la drogue en 2003. Le rapport du comité, qui n'a jamais été rendu publique, a révélé que sur les 2 819 personnes tuées entre Février et Avril 2003, plus de 1 400 d'entre elles n'étaient pas impliquées dans le marché de drogues, il n'y avait par conséquent aucune raison apparente de les exécuter.¹⁶

- **La facilité pour se procurer des armes à feu** : Les marchés des drogues disposant d'un grand nombre d'armes automatiques et semi-automatiques sont naturellement plus violents et meurtriers que d'autres marchés (ceci est notamment le cas au Mexique). Il est extrêmement

difficile d'éliminer les armes qui sont déjà disponibles sur le marché. Ceci est un argument supplémentaire à la fois pour empêcher le développement de marchés des drogues violents et pour limiter la libre circulation des armes à feu au sein de la population.

Promouvoir une approche de réduction de l'offre fondée sur la réduction des risques

Certaines politiques ont cherché à éliminer les causes profondes de la violence liée à la drogue en combinant les efforts de maintien de l'ordre avec des programmes socio-économiques

Le défi pour les responsables politiques consiste à concevoir des stratégies de maintien de l'ordre qui incitent les trafiquants de drogue à éviter les pires aspects de la violence, de l'intimidation et de la corruption.

Récemment, plusieurs autorités gouvernementales locales ont tenté de mettre en application de nouvelles politiques visant à façonner le marché des drogues afin de réduire les risques et la violence qui y sont associés. Ces politiques ont principalement cherché à gérer les causes profondes de la violence liée à la drogue ainsi que ses liens avec crime organisé, en combinant

les efforts de maintien de l'ordre avec des programmes socio-économiques qui ont pour but de:

- promouvoir la consolidation des institutions gouvernementales et la primauté de l'Etat de droit
- lutter contre la corruption au sein des forces de police et des institutions gouvernementales
- offrir des services sanitaires et socio-économiques à des communautés qui ont jusqu'ici été hors de portée de l'Etat. Ceci inclut notamment la construction de centres de santé, la promotion de l'éducation avec l'offre de bourses d'études, la création de bibliothèques, de parcs et de centres communautaires, l'élaboration de programmes d'économie sociale et familiale, etc.
- consolider les liens communautaires et la participation de représentants des communautés à la conception et la mise en œuvre de programmes visant à réduire la violence liée au marché de drogues
- impliquer les responsables locaux pour coordonner et soutenir les stratégies locales.

La nouvelle politique adoptée à Rio de Janeiro, au Brésil, a beaucoup attiré l'attention en Amérique Latine et ailleurs (voir [encadré 3](#)). Une autre étude de cas intéressante, présentée dans [l'encadré 4](#), est celle de la ville de Santa Tecla, à El Salvador. Le dernier exemple présenté dans [l'encadré 5](#) explique le principe de maintien de l'ordre fondé sur le concept de « dissuasion ciblée », adoptée dans certaines communautés américaines pour réduire la violence associée au marché des drogues.

Encadré 3. Les « unités de police pacificatrices » à Rio de Janeiro¹⁷

Pendant très longtemps, la ville de Rio de Janeiro a été confrontée à des taux élevés de violence liée à la drogue, au crime organisé et à la répression policière. À Rio, le commerce de la drogue reste concentré dans les communautés économiquement et socialement vulnérables, vivant dans les *favelas* (bidonvilles) de la ville. Depuis les années 1970, Rio est devenu un point de transit important pour l'exportation de cocaïne vers l'Amérique du Nord, l'Europe et l'Afrique du Sud. Des « factions de la drogue » sont apparues et se sont rapidement installées dans les *favelas*, où elles sont devenues des figures importantes dans la vie socio-politique de la communauté, en fournissant des services sanitaires et sociaux, ainsi que des opportunités d'emploi au sein du trafic de drogue – ces services n'étant pas offerts par le gouvernement lui-même. Dans les années 1980 et 1990, les divisions entre les différentes factions et en leur sein, la facilité accrue pour se procurer des armes de gros calibre et les interventions policières violentes dans les *favelas* ont contribué à accentuer les niveaux de violence. Face au nombre élevé de décès (en 2010, le taux d'assassinats à Rio avait atteint 46 meurtres sur 100 000 habitants), à la surpopulation dans les prisons, remplies d'auteurs d'infractions liées à la drogue, aux niveaux élevés de corruption, et à un marché des drogues en pleine expansion, le gouvernement local à Rio a revu sa politique des drogues.

Initiées en 2008 dans la *favela* de Santa Marta, les UPP (« Unidades de Polícia Pacificadora », unités de police pacificatrices) sont le produit d'une nouvelle politique de sécurité publique, qui combine le maintien de l'ordre avec des actions visant à répondre aux problèmes sociaux, économiques et culturels dus au marché des drogues. L'un des éléments clés de cette politique est le fait qu'elle vise les zones dans lesquelles le marché est le plus dangereux, tout en reconnaissant qu'un certain niveau de trafic sera toléré ailleurs. Le processus de pacification suit quatre étapes:

- **invasion:** cette étape a pour but de reprendre le contrôle des territoires placés sous l'influence d'un cartel de drogue et implique une intervention militaire
- **stabilisation:** alors que, dans le passé, l'armée envahissait les *favelas* problématiques, puis se retirait quelques heures plus tard, cette nouvelle stratégie implique une présence militaire sur le territoire pacifié jusqu'à l'intervention des UPP
- **occupation:** les UPP commencent à agir dans les *favelas* et cherchent à rétablir la primauté de l'Etat de droit par le biais d'un système de police communautaire
- **post-occupation:** les UPP établissent une relation de confiance avec la communauté et mettent en place des programmes socio-économiques afin d'améliorer les possibilités d'éducation et d'accès à l'emploi.

Depuis 2008, 17 *favelas* ont été reprises par les UPP. Certaines réserves ont été émises au sujet de cette politique. Certains ont d'abord critiqué la militarisation des communautés créée par une présence prolongée des forces militaires dans les *favelas*, ce qui a conduit à des contrôles de police poussés, des fouilles arbitraires, des saisies et une forme de harcèlement vis-à-vis des communautés locales. D'autres critiques ont été émises quant à la capacité des UPP de lutter sur une grande échelle contre la violence liée à la drogue. En effet, sur les 1 000 *favelas* de la ville, seules 17 ont été pacifiées à ce jour. Cela peut conduire des groupes criminels organisés à relocaliser leurs activités dans des *favelas* voisines n'ayant pas encore été pacifiées et à poursuivre leurs activités violentes. Néanmoins, les UPP ont été bien accueillies par les habitants des *favelas*. Une étude menée dans huit *favelas* pacifiées a constaté que 83% des résidents ont estimé que la sécurité s'était améliorée à la suite du programme.¹⁸

Encadré 4. L'exemple de Santa Tecla, à El Salvador

Avec un taux national d'homicides de 66 pour 100 000 en 2010, El Salvador a l'un des taux d'homicides les plus élevés au monde. Au cours des années 1980, El Salvador a été victime d'une guerre civile sanglante, qui s'est accompagnée d'une migration urbaine massive des campagnes vers les grandes villes. En 1986 un tremblement de terre dévastateur a laissé sans abri plus de 100 000 personnes. Aujourd'hui, El Salvador souffre d'un niveau élevé de violence, surtout dans les zones urbaines. Lors d'une enquête réalisée en 2010, 24,2% des Salvadoriens ont déclaré avoir été victimes d'un délit dans leur quartier.

Au cours des années 1990, El Salvador a également connu une hausse de la culture des gangs. Le gouvernement a principalement fait usage des forces de sécurité et du système de justice pénale pour gérer le problème. Cette politique n'a guère contribué à réduire les taux de criminalité et a fini par pousser les organisations criminelles dans la clandestinité. Elle a également conduit à des milliers d'arrestations arbitraires et à une présence accrue des gangs dans les prisons du pays.

Afin de répondre au taux élevé de violence, la municipalité de Santa Tecla, une ville satellite de San Salvador, a développé une approche différente, à caractère social. La municipalité a élaboré des programmes à long terme, mettant la priorité sur le développement social, le renforcement de la cohésion communautaire et une meilleure coordination entre les agences gouvernementales locales. Les autorités municipales ont pris en considération les infrastructures et les axes urbains, la répartition démographique dans la ville, l'emploi, l'accès aux services publics et d'autres facteurs cruciaux du développement. D'autres politiques ont été conçues, telles que les programmes de « bourses scolaires » encourageant les étudiants à rester à l'école, ainsi que des projets visant à réhabiliter les espaces publics. Le gouvernement local a également créé un observatoire local de prévention de la criminalité qui a recueilli des données sur les crimes violents, dans le but d'affiner un processus décisionnel local qui soit fondé sur des constatations et des informations standardisées.

Le gouvernement local a mis en place un modèle de service de police de proximité spécialisé dans la prévention, comprenant des patrouilles mixtes de police locale et de police nationale. Des mécanismes ont également été établis afin de coordonner les activités de prévention de la violence mises en œuvre par les acteurs locaux, régionaux et nationaux. Ceci a permis aux citoyens locaux de participer à la conception des politiques, facteur important pour garantir l'efficacité d'une réponse plus sociale aux crimes violents. Le programme a évolué grâce à la participation citoyenne, et son objectif principal est désormais centré sur la « consolidation d'une coexistence communautaire pacifique dans la ville, à travers la coopération et la coordination de toutes les institutions concernées et la promotion d'une participation citoyenne responsable et démocratique ». Ce style de services de police de proximité, combiné avec des projets sociaux à long terme, a eu un succès considérable auprès des citoyens au vu des résultats obtenus. En effet, depuis le début du programme, malgré la persistance de certains problèmes sécuritaires, Santa Tecla témoigne d'une réduction significative de son taux d'homicides. En 2007, Santa Tecla a été retirée de la liste des 20 municipalités les plus dangereuses.

Encadré 5. La stratégie américaine de maintien de l'ordre fondée sur le concept de « dissuasion ciblée »

Dans le contexte américain, les stratégies de maintien de l'ordre fondées sur le principe de « dissuasion ciblée » ont obtenu un succès notable dans la réduction des crimes violents dans de nombreuses localités, de Boston, dans le Massachusetts (voir encadré de la Section 2.2: « Redéfinir le champ d'application des lois relatives à la drogue ») à High Point, en Caroline du Nord.

La stratégie de « dissuasion ciblée » est fondée sur le principe selon lequel la capacité de maintien de l'ordre est parfois limitée, ce qui rend nécessaire de définir des priorités. Quels que soit le pays et les circonstances, il semble normal que la réduction de la criminalité soit l'une des priorités majeures des politiques gouvernementales. Par conséquent certains objectifs de maintien de l'ordre sont laissés en veilleuse, du moins temporairement. Les stratégies de « dissuasion ciblée » sont fondées sur une analyse de la manière dont le maintien de l'ordre peut influencer sur le comportement criminel, afin de décourager l'utilisation de la violence. En effet, si un certain type de comportement criminel (par exemple le meurtre) donne lieu à de lourdes peines, qui sont clairement communiquées aux contrevenants potentiels et sont appliquées lorsque de tels crimes sont commis, cela aura un effet dissuasif important. La violence sera alors perçue comme ayant un effet négatif, plutôt que positif, sur le commerce. Une telle stratégie a permis de faire comprendre aux trafiquants de drogue qu'un usage flagrant de la violence les rend moins compétitifs que leurs rivaux moins violents, d'où une chute de la violence et une situation plus facile à maîtriser.

Les succès obtenus par le biais de variantes d'une telle stratégie dans certaines communautés américaines ne signifient pas que le commerce illégal a été éliminé, mais plutôt que les comportements au sein du marché des drogues sont devenus moins chaotiques.

D'autres villes, qui ont souffert de niveaux extrêmement élevés de violence due au trafic de drogues et qui ont jusqu'à présent mis en œuvre des politiques principalement axés sur le maintien de l'ordre (impliquant parfois l'intervention de l'armée), se sont également tournées vers une telle approche. Cela est le cas, par exemple, de la ville de Ciudad Juarez au Mexique.

Ces politiques comportant essentiellement des stratégies à long terme de développement socio-économique et de renforcement communautaire, il faudra du temps pour véritablement évaluer leur impact sur la violence liée à la drogue. Par ailleurs, il sera souvent difficile d'appliquer une telle stratégie dans certains contextes, du fait de la spécificité de chaque marché noir local et du contexte historique, politique et culturel au sein duquel il opère. Toutefois, de précieux enseignements ont été tirés de chacune de ces politiques et les données disponibles soulignent des résultats prometteurs dans les zones où les programmes ont été mis en œuvre.

Recommandations

- 1) Les efforts de maintien de l'ordre doivent viser, en priorité, à réduire la violence associée au marché des drogues plutôt qu'à réduire le trafic proprement dit.
- 2) Les responsables politiques doivent accepter l'idée que c'est l'exclusion sociale, politique et économique qui est à l'origine de contextes au sein desquels la criminalité et la violence prennent racine. Par conséquent, les programmes visant à réduire la violence liée à la drogue nécessiteront un engagement à long terme, basé sur le développement socio-économique, le renforcement des communautés et la participation citoyenne aux processus décisionnels.
- 3) Les stratégies de maintien de l'ordre doivent s'appuyer sur une connaissance approfondie des structures et des dynamiques des marchés visés. Quelle est la drogue la plus utilisée ? De quel type de marché s'agit-il ? Les actes de violence dans telle ou telle région sont-ils directement liés au marché des drogues ? Quelles sont les individus les plus susceptibles d'être impliqués et/ou affectés par le marché ?
- 4) Il est nécessaire de restructurer les agences de maintien de l'ordre et les systèmes de justice pénale qui sont touchés par la corruption. Pour ce faire, des réformes s'imposent, afin de créer un environnement favorable à la mise en œuvre de politiques efficaces de réduction de la violence urbaine associée à la drogue. Ces réformes exigent notamment une augmentation des salaires et la mise en place de mécanismes de surveillance et de contrôle plus efficaces, afin de combattre la corruption et poursuivre ceux qui y prennent part.
- 5) Les agences gouvernementales doivent constamment agir dans le cadre de la loi dans leur combat contre les marchés des drogues.
- 6) Les gouvernements doivent s'efforcer de réduire la liberté de se procurer des armes à feu dans les villes affectées par les marchés des drogues, grâce à un encadrement plus strict du port d'armes, à des campagnes pour encourager la restitution d'armes illégalement acquises (telles que des mesures d'amnistie en échange de la remise d'armes à feu) et à toute autre mesure visant à rendre plus difficile aux organisations criminelles de s'en procurer.
- 7) Au niveau local, les responsables politiques doivent mettre en place des partenariats avec toutes les parties prenantes, telles que les forces de l'ordre, le secteur éducatif, social et de santé, ainsi que les communautés, pour concevoir et mettre en œuvre les stratégies de réduction de la violence liée au marché de drogues.

Ressources clés

Braga, A.A., Kennedy, D.M., Waring, E.J. & Piehl, A.M. (2001), 'Problem-oriented policing, deterrence, and youth violence: An evaluation of Boston's Operation Ceasefire'. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, **38**(3): 195-225, http://www.d.umn.edu/~jmaahs/Correctional%20Assessment/Articles/Braga_problem_oriented%20policing_deterrence.pdf

Braga, A.A., Pierce, G.L., McDevitt, J., Bond, B.J. & Cronon, S. (2008), 'The strategic prevention of gun violence among gang-involved offenders'. *Justice Quarterly*, **25**(1): 132-162, <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a791582506~db=all~jumptype=rss>

Felbab-Brown, V. (2011), *Calderón's caldron – Lessons from Mexico's battle against organized crime and drug trafficking in Tijuana, Ciudad Juarez, and Michoacan* (Washington, DC: The Brookings Institution), http://idpc.net/sites/default/files/library/calderon_lessons_from_battle_against_organized_crime_eng.pdf

International Centre for Science in Drug Policy (2011), *Effect of drug law enforcement on drug-related violence: evidence from a scientific review* (Vancouver: International Centre for Science in Drug Policy), <http://www.icsdp.org/docs/ICSDP-1%20-%20FINAL.pdf>

Jelsma, M. (2012), 'Harm reduction for the supply-side: Its time has come', *International Journal of Drug Policy*, **23**(1): 20-21, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21852095>

Stevens, A., Bewley-Taylor, D., with contributions from Dreyfus P. (2009), *Beckley Report 15 – Drug markets and urban violence: can tackling one reduce the other?* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_15.pdf

Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2009), *Rapport mondial sur la drogue* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/Press-releases/PR-French.pdf>

Washington Office on Latin America (2011), *Tackling urban violence in Latin America: reversing exclusion through smart policing and social investment* (Washington, DC: Washington Office on Latin America), http://idpc.net/sites/default/files/library/WOLA_Tackling_Urban_Violence_in_Latin_America.pdf

Wilson, L. & Stevens, A. (2008), *Beckley Report 14 – Understanding drug markets and how to influence them*, (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_14.pdf

Notes de bas de page

- 1 Costa, A.M. (2008), *Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS decade* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Session51/CND-UNGASS-CRPs/ECN72008CRP17.pdf>
- 2 Braga, A.A., Pierce, G.L., McDevitt, J., Bond, B.J., Cronon, S. (2008), 'The strategic prevention of gun violence among gang-involved offenders', *Justice Quarterly*, **25**(1):132–162, <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a791582506~db=all~jumptype=rss>
- 3 Barber, H.M. (2011), 'Jamaican murder rate drops', <http://www.bet.com/news/global/2011/04/11/jamaican-murder-rate-drops.html>
- 4 Cave, D. (2012), 'Mexico updates death toll in drug war to 47,515, but critics dispute the data', *New York Times*, http://www.nytimes.com/2012/01/12/world/americas/mexico-updates-drug-war-death-toll-but-critics-dispute-data.html?_r=1
- 5 Gutierrez, E.D. (2011), *At the root of the violence* (Washington DC: Washington Office on Latin America), http://idpc.net/sites/default/files/library/wola_guerrero_root_of_violence.pdf; Washington Office on Latin America (2011), *Tackling urban violence in Latin America: Reversing exclusion through smart policing and social investment* (Washington DC: Washington Office on Latin America), http://idpc.net/sites/default/files/library/WOLA_Tackling_Urban_Violence_in_Latin_America.pdf
- 6 *Colombia Reports* (28 Décembre 2011), Bogota homicide rate drops to 21.5, <http://colombiareports.com/colombia-news/news/21255-bogota-homicide-rate-drops-to-21.5.html>
- 7 Youngers, C.A., Rosin, E. (2004), *Drugs and democracy in Latin America: the impact of US policy* (Reinner)
- 8 Washington Office on Latin America (2011), *Tackling urban violence in Latin America: reversing exclusion through smart policing and social investment* (Washington DC: Washington Office on Latin America), http://idpc.net/sites/default/files/library/WOLA_Tackling_Urban_Violence_in_Latin_America.pdf
- 9 Jelsma, M. (2012), 'Harm reduction for the supply-side: Its time has come', *International Journal of Drug Policy*, **23**(1): 20–21, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21852095>
- 10 Vargas, R. (2005), 'Drugs and Armed Conflict in Colombia'. In Jelsma, M., Kramer, T., Vervest P. (Eds.), *Trouble in the triangle: Opium and conflict in Burma* (Silkworm Books).
- 11 Farrell, G. & Thorne, J. (2005), 'Where have all the flowers gone? Evaluation of the Taliban crackdown against opium poppy cultivation in Afghanistan'. *International journal of Drug Policy*, **16**(2): 81–91, <http://www-staff.lboro.ac.uk/~ssgf/PDFs/AfghanTalibanOpium.pdf>
- 12 Haugaard, L. & Nicholls, K. (2010), *Breaking the silence – in search of Colombia's disappeared* (Washington DC: Latin America Working Group Education Fund & US Office on Colombia), <http://lawg.org/storage/documents/Colombia/BreakingTheSilence.pdf>
- 13 Count the Costs (2011), *The war on drugs: creating crime, enriching criminals* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Crime-briefing.pdf>
- 14 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2007), *Cocaine trafficking in West Africa – the threat to stability and development* (avec une référence spéciale sur la Guinée-Bissau), (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), http://www.ssrnetwork.net/uploaded_files/4271.pdf
- 15 Human Rights Watch (2004), *Thailand – not enough graves: the war on drugs, HIV/AIDS and violations of human rights*, <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/thailand0704.pdf>
- 16 Human Rights Watch (2008), *Thailand: prosecute anti-drugs police identified in abuses*, <http://hrw.org/english/docs/2008/02/07/thaila17993.htm>
- 17 Moraes de Castro e Silva, A. & Nougier, M. (2010), IDPC Briefing Paper – Drug control and its consequences in Rio de Janeiro (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC%20Briefing%20Paper%20Violence%20in%20Rio.pdf>; De Brito Duarte, M.S., General-Commander of the Rio de Janeiro State Military Police (2011), *Security policy for Rio de Janeiro and the Pacification Police Units*, <http://www.comunidadessegura.org/files/M%C3%A1rio%20S%C3%A9rgio%20English%20Version.pdf>
- 18 Washington Office on Latin America (2011), *Tackling urban violence in Latin America: reversing exclusion through smart policing and social investment* (Washington DC: Washington Office on Latin America), http://idpc.net/sites/default/files/library/WOLA_Tackling_Urban_Violence_in_Latin_America.pdf
- 19 Ibid.

4.3 Promouvoir d'autres moyens de subsistance

Dans cette section

- L'éradication forcée des cultures : une approche contre-productive
- La promotion du développement dans un environnement affecté par la drogue
- La promotion du développement durable préventif

La production de cultures destinées au marché des drogues est un élément essentiel des économies parallèles de survie. L'éradication des cultures en l'absence d'autres moyens de subsistance viables et légaux est une violation des droits humains et une intervention coûteuse, qui a des répercussions particulièrement négatives sur les paysans producteurs pauvres et marginalisés. Une approche centrée sur des cultures de substitution permettra de réduire de manière durable et significative la production de plantes destinées au marché noir.

Pourquoi la promotion d'autres moyens de subsistance est-elle importante?

La réduction de la production de cultures destinées au marché noir est au centre des politiques de réduction de l'offre. La Colombie, le Pérou et la Bolivie constituent la source principale de production mondiale de la coca, la matière première utilisée pour produire la cocaïne.¹ En revanche, la culture du pavot (la matière première pour produire l'opium et l'héroïne) a évolué avec le temps. Autrefois, plus de 70% de l'offre mondiale d'opium, dont la majorité était raffinée en héroïne, provenait du Triangle d'Or, englobant la Thaïlande, le Laos et la Birmanie. Depuis 1988, la production d'opium a fortement diminué dans le Triangle d'Or et se concentre aujourd'hui dans le « croissant d'or », c'est-à-dire les zones de culture du pavot situées en Afghanistan et dans les régions voisines. Néanmoins, la Birmanie reste le deuxième plus grand producteur de pavot à opium dans le monde après l'Afghanistan, avec encore 23% de l'approvisionnement mondial.²

Les efforts de réduction de l'offre ont généralement été mesurés en fonction de la surface des zones cultivées, des quantités de cocaïne et d'opium produites, et du nombre d'hectares éradiqués. Toutefois, il est difficile de déterminer les quantités de coca et de pavot cultivées à travers le monde. Les différences statistiques entre les chiffres rapportés par le gouvernement américain et ceux de l'ONUDDC mettent en évidence ce degré d'incertitude. D'après le gouvernement américain, la culture de la coca dans la région andine est restée relativement stable (à environ 200 000 hectares) ces vingt dernières années, bien que des variations aient été enregistrées quant aux quantités produites région par région, pouvant être expliquées par « l'effet ballon » (voir [Section 2.2 : « Redéfinir le champ d'application des lois sur la drogue »](#)). De son côté, l'ONUDDC a observé une baisse dans la quantité de coca cultivée dans la région.

Celle-ci est sans doute due au rendement de plus en plus important des champs cultivés, permettant aux producteurs de planter une plus grande quantité de cocaïers sur une plus petite superficie de terres cultivées. L'ONUDDC a rapporté une tendance similaire quant à la culture du pavot et la production d'opium. En effet, la culture mondiale du pavot a diminué progressivement, passant de 272 479

hectares en 1994 à 195 700 hectares en 2010 (mais avec une augmentation de 150 000 à 195 700 hectares entre 2005 et 2010). Cependant, entre 1994 et 2007, la capacité de production d'opium est passée de 5 620 tonnes à 8 890 tonnes, pour redescendre à 4 860 tonnes en 2010.³ La culture du pavot en Afghanistan a diminué de 22% entre 2007 et 2009, mais la production d'opium a seulement chuté de 10%. De même, la hausse de 7% de la culture de pavot entre 2009 et 2010 a entraîné une hausse de 52% de la capacité de production d'opium.⁴

Les efforts visant à réduire la production de cultures destinées au marché noir ont principalement consisté en des campagnes d'éradication forcée de cultures, c'est-à-dire la destruction physique des récoltes. Au fil des années, les campagnes d'éradication de cultures ont été associées à des situations

Les programmes de promotion de « moyens alternatifs de subsistance » cherchent à réduire la dépendance des paysans producteurs de cultures destinées au marché noir, en minimisant les facteurs structurels et institutionnels qui les poussent à cultiver ces substances

de violence et de conflit, ainsi qu'à un certain nombre de risques sanitaires et socio-économiques, en particulier la destruction des moyens de subsistance des agriculteurs impliqués dans la production de ces cultures, aggravant par là même leur vulnérabilité à la pauvreté, aux conflits et à la migration forcée.

La notion de « cultures de substitution » (c'est-à-dire, les programmes de développement rural dans des zones de production de cultures destinées au marché noir) a été élaborée dans les années 1960 comme une approche intégrée visant à améliorer les moyens de subsistance des communautés afin de minimiser les facteurs poussant les paysans producteurs à cultiver le pavot à opium et la coca. Le concept a ensuite évolué vers le principe de « moyens

alternatifs de subsistance ». Les interventions isolées et basées sur des projets spécifiques ont alors été transformées en des politiques plus larges, multisectorielles et basées sur le développement. Celles-ci visent à réduire la dépendance des paysans de la culture du pavot à opium et de la coca, en s'attaquant aux facteurs structurels et institutionnels qui les poussent à cultiver ces substances.⁵

Récemment, les campagnes d'éradication des cultures ont été effectuées conjointement avec la mise en place de moyens alternatifs de subsistance. Cependant, un nombre croissant d'experts ont souligné les effets négatifs (plutôt que positifs) des programmes d'éradication forcée, surtout lorsqu'ils sont mal planifiés et non coordonnés avec des programmes de substitution. Pour parvenir à une réduction durable des cultures illégales, il est essentiel d'offrir aux paysans producteurs des sources de revenu autres, avant de détruire leur gagne-pain existant. Il existe bon nombre de raisons supplémentaires qui nous poussent à repenser les politiques d'éradication de cultures. Celles-ci sont exposées ci-dessous.

Les paysans producteurs seront en mesure de réduire leur dépendance aux revenus créés par la production de coca et de pavot lorsque s'ils obtiendront d'autres moyens de subsistance, par le biais de programmes multisectoriels de développement sur le long terme.

Les campagnes d'éradication forcée des cultures : une approche contre-productive

Les campagnes d'éradication des cultures peuvent être conduites à la main, par fumigation aérienne d'agents chimiques sur les champs de coca ou grâce à des méthodes biologiques. Les programmes d'éradication de cultures sont le plus souvent menés sans le consentement des paysans producteurs de coca et de pavot à opium, bien qu'ils soient parfois encouragés à participer à ces campagnes, en échange d'une compensation ou d'une aide au développement.

Au fil des années, l'éradication forcée des cultures a été associée à un certain nombre d'effets négatifs.

- C'est une approche très coûteuse, qui a échoué dans la réduction de la production de cultures destinées au marché illégal. Les programmes de fumigation à la main, par exemple, nécessitent environ 20 jours de travail par hectare de coca et 3 jours de travail par hectare de pavot à opium.⁶ Dans le cas de la fumigation aérienne, les producteurs de coca ont tendance à laver les cultures ayant été aspergées ou à replanter immédiatement pour remplacer les plantes endommagées.
- En général, les petits producteurs sont impliqués dans la production de pavot et de coca par manque d'alternatives économiques viables. On estime que les paysans producteurs ne gagnent qu'1% des revenus globaux provenant de la drogue au niveau mondial. La plupart des profits reviennent aux trafiquants résidant dans les pays développés.⁷ Les paysans impliqués dans la production du cocaïer et du pavot font généralement partie des groupes les plus marginalisés et les plus vulnérables. La mise en œuvre de campagnes d'éradication forcée, avant même de leur fournir d'autres moyens de subsistance durables, les enfonce encore plus dans la pauvreté.⁸ La disparition brutale de l'unique source de revenus des populations touchées a des conséquences dramatiques sur leur santé et leur nutrition. Les familles affectées sont souvent forcées de migrer, les enfants doivent quitter l'école et travailler afin d'apporter un revenu d'appoint à leur famille, ce qui génère des difficultés supplémentaires pour sortir du cycle de pauvreté auquel elles sont confrontées.
- Dans certaines régions du monde, telles que la Colombie, les campagnes de fumigation aérienne ont déclenché des problèmes de santé chez de nombreux paysans producteurs, les forçant parfois à migrer vers d'autres parties du pays. Les techniques de fumigation aérienne peuvent avoir des effets dévastateurs pour l'environnement, y compris pour les terres destinées à la production des cultures légales.
- Parfois, les motivations financières peuvent aller à l'encontre des effets « positifs » d'une campagne d'éradication. Même si une campagne d'éradication des cultures peut sembler réussie sur le court terme, elle peut en réalité faire augmenter les coûts de production, rendant le commerce de substances destinées aux marchés des drogues plus lucratif et donc plus attractif pour les paysans producteurs, encourageant aussi la participation de nouveaux arrivants sur ce marché.
- Les programmes d'éradication ont également tendance à forcer les paysans à déplacer leur production dans des zones moins accessibles. Dans les pays de la région andine, les programmes de fumigation aérienne et d'éradication manuelle ont eu pour résultat une propagation de la culture du cocaïer et du pavot dans de nouvelles régions, y compris dans des parcs nationaux, conduisant ainsi à la destruction d'écosystèmes fragiles.⁹ Cela rend la culture de ces substances plus difficile à détecter et à détruire tout en étendant les problèmes associés à leur production à de nouvelles régions.
- Les campagnes d'éradication forcée favorisent la corruption et renforcent l'influence des réseaux criminels organisés. Elles contribuent donc à augmenter les revenus des organisations illégales bénéficiaires ou dépendantes des profits générés par le trafic de drogue. En Afghanistan, les programmes d'éradication des cultures et la stricte prohibition de l'opium ont contribué à augmenter la production du pavot dans les provinces les plus affectées par le conflit contre les Talibans. Plutôt que d'affaiblir les Talibans, ces interventions ont renforcé leurs profits. L'éradication des cultures en Afghanistan a également aggravé la corruption et affaibli l'Etat de droit, les forces gouvernementales ayant, elles aussi, tendance à tirer profit du commerce illégal.
- De manière générale, les campagnes d'éradication forcée alimentent les conflits armés. Les forces de sécurité, chargées de mettre en œuvre les programmes d'éradication des cultures ou

de combattre les insurgés, constituent souvent l'unique présence étatique dans les zones de production, où les services publics et l'infrastructure sont généralement inadéquats ou inexistantes. Ces conditions, couplées avec des niveaux élevés de violence et d'atteintes aux droits humains, ont pour effet d'aliéner les populations locales et d'affaiblir encore davantage la légitimité de l'Etat. Cela peut enfin renforcer le soutien politique que reçoivent les insurgés.

- Même lorsqu'elles sont menées conjointement avec les programmes de développement durable, les campagnes d'éradication forcée affaiblissent les possibilités de coopération, pourtant nécessaire, avec les communautés locales. La méfiance qui s'installe, entre les donateurs, les agences étatiques et les communautés concernées, nuit aux efforts de développement, pourtant nécessaires à la réduction de la production de coca et de pavot par les paysans les plus pauvres (voir [encadré 1](#)).

Encadré 1. Les effets des campagnes d'éradication forcée sur le développement durable en Bolivie

Avant la signature de l'accord de 2004 entre le gouvernement bolivien et les cultivateurs de coca, les programmes d'éradication forcée mis en œuvre en Bolivie conduisaient à des protestations, des affrontements violents et des attaques contre les installations de développement durable. La raison en était que l'aide proposée dans le cadre du programme de développement durable était conditionnée par l'éradication de tous les cocaïers, les familles restant par conséquent sans ressources. En 2008, les producteurs de coca de la région du Chapare ont annoncé qu'ils ne signeraient pas d'autre accord en matière de développement durable avec l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). Dans les trois pays andins producteurs de coca, les sous-traitants américains chargés de mettre en œuvre des projets de développement durable sont en effet considérés avec suspicion et méfiance par la population locale.

- Il est enfin nécessaire de garder à l'esprit que toutes ces cultures ne sont pas destinées au marché noir, ce qui implique qu' une certaine proportion de la production de coca ou de pavot à opium devrait pouvoir échapper aux programmes d'éradication.

En premier lieu, les populations de la région andine consomment la feuille de coca depuis des siècles et sa mastication fait partie intégrante des cérémonies religieuses et autres événements culturels. De même, l'opium est consommé en Asie à des fins médicales, sociales et récréatives. Mastiquer la feuille de coca ou boire du thé à la coca permet de soulager les symptômes liés à l'altitude, au froid et à la faim. La coca est aujourd'hui consommée dans de nouvelles zones géographiques et parmi les classes sociales moyennes. L'opium est consommé dans certaines sociétés asiatiques traditionnelles pour atténuer les symptômes de maladies gastro-intestinales, et peut, dans ce contexte spécifique, sauver la vie des nourrissons. Ces populations sont souvent parmi celles qui sont les plus confrontées à la pénurie de médicaments essentiels, tels que la morphine. Toutefois, les systèmes de contrôle nationaux et internationaux interdisent l'usage traditionnel de ces plantes, conduisant, par là même, à la violation des droits sociaux, économiques et culturels des communautés autochtones (voir [Section 4.4 : « Protéger les droits des peuples autochtones »](#)).¹⁰

En second lieu, la culture légale du cocaïer et du pavot à opium persiste dans certains pays tels que l'Australie, l'Inde, la Turquie et la France, à des fins médicales et culinaires, en particulier pour la production pharmaceutique de la morphine, de la codéine et de la thébaine (paramorphine). Il est important de considérer la manière dont l'usage légal de ces substances peut être encouragé, tout en réduisant la part actuellement destinée au marché noir, afin de répondre aux besoins de millions de personnes souffrant de douleurs modérées ou aiguës, en raison du manque de médicaments essentiels.

La promotion du développement dans un environnement affecté par la drogue

Les programmes de promotion de moyens alternatifs de subsistance, c'est à dire les programmes visant à promouvoir « le développement dans un environnement affecté par la drogue », ont pour objectif de prendre à bras-le-corps les conditions structurelles profondes auxquelles les paysans producteurs de coca et d'opium sont confrontés, et de leur fournir des opportunités économiques légales, dans le but de réduire leur dépendance aux profits générées par le marché des drogues. Cette approche est conçue dans le but d'améliorer la qualité de vie des paysans, en encourageant l'accès aux soins, à l'éducation (voir encadré 3) et au logement, de développer des infrastructures et services publics, et de générer des revenus, par exemple grâce à la transformation industrielle de produits agricoles de substitution et des opportunités d'emploi en dehors du cadre agricole.¹¹

Encadré 2. Extrait du document intitulé « Contributions à la rédaction : les principes internationaux du développement durable »¹²

« Le développement durable devrait être intégré dans un contexte de développement social, culturel et économique plus large mettant l'accent sur la nécessité de lutter contre la pauvreté, la mise en vigueur abusive de règles de droit dans certaines régions et autres injustices sociales. Il doit refléter les objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies et s'assurer de la pérennité des stratégies de contrôle des cultures illégales ».

Les programmes de promotion de moyens de subsistance autres ne sont plus uniquement centrés sur la réduction de la production des cultures destinées au marché noir, mais sont dorénavant incorporés ou intégrés dans des stratégies de développement et de croissance économique. Ces programmes exigent que les stratégies de réduction de la production illégale de coca et d'opium soient ancrées dans des initiatives de développement au niveau local et national.

L'importance d'une planification solide

Les programmes d'éradication forcée, ou la nécessité d'éliminer les cultures avant même d'offrir une assistance économique, peut réussir à court terme. Toutefois, à moyen et à long terme, aussi longtemps que de nouvelles sources de revenu suffisantes n'auront pas été mises en place, les paysans replanteront afin d'assurer leur subsistance, ou migreront vers d'autres régions, dans lesquelles il sera plus difficile de les repérer. La production de cultures destinées au marché noir ne pourra être réduite ou éliminée que dans la mesure où la qualité de vie et les revenus des populations locales auront été améliorés. Dans les zones où les trafiquants offrent des avances aux cultivateurs de pavot, pour leur permettre d'acheter des graines et de l'engrais, ou pour combler les écarts de revenus familiaux jusqu'à la récolte, il sera nécessaire d'offrir aux paysans des possibilités de micro-crédit, pour qu'ils aient les moyens de se convertir à la culture de plantes légales. Alors, la réduction des cultures pourra se faire, mais de manière volontaire et en collaboration avec les communautés locales. Il est donc essentiel que le passage à des moyens de subsistance différents soit correctement planifié (voir encadré 3).

La production de cultures destinées au marché noir ne pourra être réduite que lorsque la qualité de vie et les revenus des populations locales auront été améliorés.

Encadré 3 : Le modèle thaïlandais de promotion de moyens alternatifs de subsistance¹³

Depuis 1969, le gouvernement thaïlandais a cherché à intégrer socialement les communautés vivant dans les régions montagneuses du pays. Ces efforts ont été ancrés dans des programmes de développement durable poursuivis pendant plus de 30 ans. Au fil des années, il est devenu évident que de simples programmes de substitution des cultures étaient insuffisants. Le gouvernement a donc commencé à élaborer des politiques visant tout particulièrement à mettre à disposition des services sociaux, tels que des centres de santé et des écoles et à développer des infrastructures, routes, approvisionnement en eau et en électricité. Ces programmes de création de nouveaux modes de subsistance ont ainsi été intégrés à des projets de développement au niveau local, régional et national, améliorant de ce fait la qualité de vie des producteurs et élargissant les opportunités d'emploi hors du cadre agricole. L'approche thaïlandaise a été en constante évolution. Au début du projet, les donateurs internationaux n'avaient fait appel qu'à une participation minimale de la population ou même du pouvoir thaïlandais. S'en est suivi, dans la seconde phase du projet, une implication pleine et entière du gouvernement thaïlandais, avec le soutien officiel du roi (geste politique significatif). Dans la dernière phase la participation de la population locale s'est manifestée.

Cette expérience démontre la nécessité de consolider les institutions locales et d'impliquer les communautés concernées pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les programmes de développement. Dans ce cas précis, les organisations communautaires, telles que les groupes représentant les femmes, les jeunes ou les banques alimentaires, ont joué un rôle essentiel dans la réussite du projet. Les savoir-faire locaux ont rapidement été utilisés pour surmonter les difficultés et les autorités locales ont été des acteurs majeurs dans la mise en œuvre du projet.

L'expérience thaïlandaise met également en évidence l'importance de la planification logique des différentes étapes du projet. En effet, ce n'est qu'en 1984, c'est-à-dire 15 ans après le lancement du programme de développement durable, que les interventions pour réduire la production de drogue ont débuté. Bien que des efforts d'éradication forcée aient eu lieu dès le début du programme, le déroulement logique des différentes étapes du projet a permis aux paysans producteurs de réduire graduellement leur production de pavot et de la remplacer par d'autres sources de revenus mises à leur disposition, permettant ainsi d'éviter qu'ils ne replantent des substances qui auraient pu compromettre les efforts d'éradication. Le processus a été développé sur une période de plus de trente ans. Pour le moment, la stratégie thaïlandaise a enregistré des résultats durables et il existe aujourd'hui un nombre très restreint de cultures de pavot sur le territoire thaïlandais. Cependant, il convient de mettre du côté négatif de la balance, une recrudescence, depuis les années 1990, de la consommation de méthylamphétamine dans la région.¹⁴

Malgré ces succès, le modèle thaïlandais doit toutefois être considéré avec prudence et ne pourra sans doute pas être aisément reproduit dans d'autres régions du monde. En premier lieu, les producteurs thaïlandais avaient tendance à cultiver le pavot dans des zones fertiles où d'autres cultures ont pu être introduites sans difficultés, ce qui n'est pas toujours le cas dans d'autres régions du monde. Deuxièmement, la croissance économique constante des années 1980 et 1990 a permis au gouvernement de développer l'infrastructure du pays. Troisièmement, la demande en drogues étant fortement liée à la production locale, la majorité de l'opium produit était consommé localement. Par conséquent, les efforts de réduction de la demande ont aisément fonctionné en tandem avec les programmes de promotion de moyens de subsistance de remplacement. La demande et l'offre ont donc régressé simultanément. Enfin, malgré les succès atteints au niveau national, la dynamique du marché mondial n'a pas été réellement perturbée : les exportations

relativement insignifiantes d'opium et d'héroïne thaïlandaises ont été facilement remplacées par d'autres sources. Le modèle thaïlandais semble par conséquent difficilement applicable ailleurs. Il offre cependant des lignes directrices intéressantes pour repenser et élaborer des programmes de promotion de moyens de subsistance différents dans d'autres régions du monde.

La promotion d'une gouvernance responsable et de la primauté de l'Etat de droit

La cohésion nationale, une gouvernance solide et responsable et la primauté de l'Etat de droit constituent aussi l'une des composantes essentielles du contexte permettant de promouvoir une économie de substitution. En effet, ils sont nécessaires pour assurer la légitimité et la crédibilité du gouvernement dans des zones où la présence étatique est souvent limitée à des interventions de maintien de l'ordre et d'éradication forcée. De plus en plus d'études font référence à l'absence de conflit armé comme une condition préalable au développement consolidé et au contrôle efficace des drogues.¹⁵

Relier la promotion de moyens alternatifs de subsistance à la protection de l'environnement

Le manque de ressources naturelles accessibles peut constituer l'un des facteurs déterminants dans la production de plantes destinées au marché noir. L'utilisation de ressources naturelles doit être reconnue comme moyen de survie de populations qui dépendent d'elles pour leur subsistance. Une approche multisectorielle de moyens de subsistance nouveaux nécessite l'adoption de mesures incitant les communautés rurales à s'abstenir de poursuivre d'autres activités illégales pouvant nuire aux ressources naturelles disponibles. Les communautés devraient non seulement être encouragées à ne pas produire des plantes destinées au marché des drogues, mais aussi à protéger l'environnement, en améliorant leur niveau de vie tout en prenant soin de leur milieu naturel. Par exemple, les programmes de reforestation, qui attribuent des terres partagées entre zones protégées, zones exploitables et zones de subsistance, permettent de maintenir un équilibre entre la survie des communautés locales et la protection de l'environnement (voir, par exemple, l'encadré 4 de la Section 4.1 : « [Contrôle des drogues et développement](#) »).¹⁶

La cohésion nationale, une gouvernance solide et responsable et la primauté de l'Etat de droit constituent l'un des composants essentiels des programmes de promotion de moyens alternatifs de subsistance

Considérer les paysans producteurs d'opium et de coca comme des partenaires majeurs dans les programmes de promotion de moyens nouveaux de subsistance

Les programmes de promotion de moyens nouveaux de subsistance exigent que les producteurs de coca ou de pavot soient considérés non plus comme des criminels, mais plutôt comme des acteurs essentiels dans la conception et la mise en œuvre des programmes de développement qui les concernent.¹⁷ La participation des paysans producteurs est nécessaire, à la fois parce que les agriculteurs locaux ont une meilleure connaissance et compréhension des conditions géographiques locales, et aussi pour protéger les droits et les traditions culturelles des communautés (voir [Section 4.4: « Protéger les droits des peuples autochtones »](#)). Ce principe a été incorporé dans la version préliminaire du document relatif aux « Principes internationaux sur le développement durable » récemment élaborée par un groupe d'experts et de représentants du gouvernement lors d'un atelier de travail en Thaïlande.¹⁸ Certains rapports de l'ONU ont également souligné l'importance de l'implication des populations dans ces efforts.

Passer d'indicateurs relatifs à la quantité de cultures éradiquées à des indicateurs plus larges de développement humain

Jusqu'à présent, la plupart des projets relatifs à l'éradication des cultures et au développement durable ont été évalués d'après le critère du taux de réduction de la production de cultures destinées au marché des drogues. Toutefois, dans un rapport d'évaluation présenté à la Commission des stupéfiants en 2008, l'ONUDC a déclaré que : « peu de preuves montrent que les programmes d'éradication réduisent les cultures illégales sur le long terme, car la production est déplacée dans d'autres régions ». L'ONUDC a par ailleurs ajouté que « le développement durable doit être évalué au moyen d'indicateurs de développement et non pas de manière technique en fonction des statistiques relatives à la production illégale ». ¹⁹ Bien que la réduction de la production de ces substances ne constitue pas un indicateur adéquat pour évaluer les progrès ou les impacts d'une stratégie de contrôle des drogues, il existe une relation directe entre l'amélioration des conditions socio-économiques d'une région et la réduction durable des niveaux de production (voir [encadré 4](#)).

Encadré 4. La promotion de moyens autres de subsistance dans la République démocratique populaire du Laos

Le projet de promotion de moyens autres de subsistance dans la République démocratique populaire du Laos a ciblé les communautés de villageois tributaires de la culture du pavot à opium, en raison de niveaux élevés de pauvreté. Le projet permit l'extension de réseaux routiers, l'amélioration de technologies agricoles, la production de sources différentes de revenus, et enfin la participation sociale et l'autonomisation des villageois, dans le but de les aider à s'adapter à l'évolution des conditions socio-économiques et à bénéficier de services publics de qualité et de meilleures opportunités économiques. ²⁰ En effet, les opportunités économiques, l'offre de services sociaux et les conditions de sécurité ont été nettement améliorées pour les communautés visées. Il en est de même des infrastructures et de l'accès aux marchés. Tout ceci peut expliquer la réduction de la production du pavot à opium de 26 000 hectares en 1998 à 2 000 hectares en 2009. ²¹

Les preuves disponibles ont démontré que les succès remportés par les programmes de promotion de moyens autres de subsistance ont eu un effet limité sur l'ampleur du marché mondial des drogues. En effet, malgré des résultats satisfaisants au niveau local ou national, la production a tendance à être relocalisée dans de nouvelles régions pour satisfaire la demande mondiale. Il est par conséquent important d'être modeste et réaliste quant aux attentes concernant l'efficacité des programmes de développement durable vis-à-vis de la réduction de l'offre, puisque l'efficacité de toute stratégie de réduction de l'offre dépendra en fait des dynamiques du marché dans le cadre de l'offre et de la demande. Il est donc nécessaire d'adopter une approche équilibrée à l'égard du problème mondial des drogues, en gérant simultanément l'offre et la demande, et en tenant compte des preuves disponibles. Une politique efficace doit également considérer la pauvreté comme un problème multidimensionnel qui requiert une approche tout aussi multidimensionnelle. L'utilisation et la gestion des ressources naturelles, ainsi que l'offre de services sociaux sont tout aussi importants. Enfin, les programmes doivent aborder les problèmes relatifs aux conflits armés, aux situations de crise, aux mauvaises gouvernances, à la violence, aux violations de l'Etat de droit et à l'insécurité. Tous ces éléments caractérisent la plupart des régions où le pavot à opium et le cocaïer sont cultivés.

Promouvoir le développement durable préventif

Certains pays, en particulier l'Équateur, ont commencé à promouvoir le concept de « développement durable préventif » dans les zones où des plantes destinées au marché noir seraient susceptibles d'être cultivées, ou dans les régions offrant une réserve importante de travailleurs. Ces programmes n'ont pas encore suscité suffisamment d'intérêt chez les donateurs internationaux, dans une période de restrictions budgétaires. Il est néanmoins important que ce concept reste d'actualité et qu'il soit expérimenté par les gouvernements chaque fois que ce sera possible.²²

Recommandations

- 1) Des décennies d'expérimentation ont démontré que la réduction de la production de coca et du pavot à opium est un problème de longue haleine nécessitant une réponse sur le long terme, comprenant des objectifs en matière de cohésion sociale et de développement. Les stratégies gouvernementales doivent viser à promouvoir la croissance économique et la mise à disposition de services publics, à mettre en place des institutions démocratiques, à défendre la primauté de l'Etat de droit et le respect des droits humains et à améliorer la sécurité dans les zones rurales défavorisées, où les cultures de cocaïer et de pavot ont tendance à proliférer.
- 2) Il est essentiel de mesurer l'impact potentiel des politiques et des programmes de développement sur la production de plantes destinées au marché noir et d'adopter les mesures nécessaires pour maximiser ces impacts, ou au contraire pour minimiser les conséquences négatives découlant de ces politiques. Un certain nombre de ministères, d'agences gouvernementales et d'organisations de la société civile, en particulier les représentants de producteurs de coca et d'opium, doivent être impliqués dans le processus décisionnel.
- 3) Les différentes étapes du projet doivent être correctement planifiées. Cela signifie que la mise en place de moyens de subsistance autres et l'amélioration de la qualité de vie des paysans producteurs doivent précéder les efforts d'éradication des cultures.²³ Une telle approche devrait également adopter le concept de « développement durable préventif »²⁴ dans les régions susceptibles de devenir des zones de production de substances contrôlées.
- 4) L'aide au développement ne devrait jamais être conditionnée par des objectifs de réduction de la production de substances contrôlées. Une planification logique des différentes étapes du programme de développement permettra aux producteurs de soutenir les efforts de réduction de la production du cocaïer et du pavot. Lorsque les efforts de développement économique seront bien entamés et qu'ils auront porté leurs fruits, les gouvernements pourront alors commencer à travailler avec les communautés locales pour encourager la réduction, et dans certains cas l'élimination, des cultures destinées au marché noir.
- 5) Il est essentiel d'impliquer les communautés locales dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des efforts de développement. Les gouvernements doivent s'appuyer sur l'autorité des chefs des communautés et sur la participation des organisations locales, en particulier les groupes de producteurs et les paysans eux-mêmes. Les autorités gouvernementales peuvent jouer un rôle majeur pour mobiliser, coordonner et soutenir la participation communautaire.
- 6) Les résultats ne doivent plus être évalués uniquement en fonction du nombre d'hectares de cultures éradiquées, mais à l'aide d'indicateurs socio-économiques ou de développement humain, permettant ainsi de mesurer le niveau de bien-être d'une société donnée.²⁵

Ressources clés

Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development (2011), http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf

Kramer, T., Jelsma, M. & Blickman, T. (2009), *Withdrawal symptoms in the golden triangle: a drugs market in disarray* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.tni.org/report/withdrawal-symptoms-golden-triangle-4>

Mansfield, D. (2006), *Development in a drugs environment: a strategic approach to 'alternative development'* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit)

Renard, R.D. (2001), *Opium reduction in Thailand 1970 – 2000, a thirty year journey* (Chiang Mai: Silkworm Books)

Report – Workshop portion of the International Workshop and Conference on Alternative Development ICAD, Chiang Rai and Chiang Mai Provinces, Thailand, 6–11 November 2011, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/ICAD_2012_Report_and_Input_for_International_Guiding_Principles.pdf

Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2005), *Thematic Evaluation of UNODC's Alternative Development Initiatives* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.unodc.org/documents/evaluation/2005-alternativedevelopment.pdf>

Youngers, C.A. & Walsh, J.M. (2009), *Development first: a more humane and promising approach to reducing cultivation of crops for illicit markets* (Washington D.C.: Washington Office on Latin America), http://www.wola.org/publications/development_first_a_more_humane_and_promising_approach_to_reducing_cultivation_of_crops

Notes de bas de page

- 1 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2011), *2011 Rapport mondial sur la drogue pour 2011* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.unodc.org/unodc/fr/press/releases/2011/June/world-drug-report-drug-markets-stable-but-consumption-of-synthetic-and-prescription-drugs-rises.html>
- 2 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2011), *South East Asia Opium Survey 2011* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), http://www.unodc.org/documents/eastasiaandpacific//2011/12/ops-2011/Opium_Survey_2011_-_Full.pdf
- 3 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2011), *2011 Rapport mondial sur la drogue pour 2011* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.unodc.org/unodc/fr/press/releases/2011/June/world-drug-report-drug-markets-stable-but-consumption-of-synthetic-and-prescription-drugs-rises.html>
- 4 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2011), *Afghanistan Opium Survey – Summary findings* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Executive_Summary_2011_web.pdf
- 5 *Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development*, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf
- 6 Mansfield, D. (2011), *Assessing supply-side policy and practice: eradication and alternative development* (Genève: Commission Globale sur la Politique des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/crop-eradication-and-alternative-development.pdf>
- 7 Melis, M. & Nougier, M. (2010), *IDPC Briefing Paper – Drug policy and development: How action against illicit drugs impacts on the Millennium Development Goals* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Drug%20policy%20and%20development%20briefing.pdf>
- 8 Youngers, C.A. & Walsh, J.M. (2009), *Development first: a more humane and promising approach to reducing cultivation of crops for illicit markets* (Washington DC: Washington Office on Latin America), http://www.wola.org/publications/development_first_a_more_humane_and_promising_approach_to_reducing_cultivation_of_crops
- 9 Democracy and Global Transformation Project & Transnational Institute (2007), *Hablan los diablos: Amazonía, coca y narcotráfico en el Perú* (Lima, Pérou), <http://democraciaglobal.org/adjuntos/article/93/Hablan%20los%20diablos.pdf>
- 10 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), 'Regime change: re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs', *International Journal of Drug Policy*, **23**(1): 72–81, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996163>
- 11 Mansfield D. (2006), *Development in a drugs environment: A strategic approach to 'alternative development'*, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
- 12 *Report – Workshop portion of the International Workshop and Conference on Alternative Development ICAD, Chiang Rai and Chiang Mai Provinces, Thailand, 6–11 November 2011*, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/ICAD_2012_Report_and_Input_for_International_Guiding_Principles.pdf
- 13 Youngers, C.A. & Walsh, J.M. (2009), *Development first: a more humane and promising approach to reducing cultivation of crops for illicit markets* (Washington DC: Washington Office on Latin America), http://www.wola.org/publications/development_first_a_more_humane_and_promising_approach_to_reducing_cultivation_of_crops ; Renard, R.D. (2001), *Opium reduction in Thailand 1970–2000, a thirty year journey* (Chiang Mai: Silkworm Books).
- 14 Advisory Council on the Misuse of Drugs (2005), *Methylamphetamine review* (Royaume Uni), <http://www.homeoffice.gov.uk/publications/drugs/acmd1/ACMD-meth-exec-summm-Nov-2005>
- 15 *The role of alternative development in drug control and development cooperation, International Conference, 7–12 Janvier 2002, Feldafing (Munich), Allemagne*, http://www.unodc.org/pdf/Alternative%20Development/RoleAD_DrugControl_Development.pdf; Youngers, C. & Walsh, J. (2010), *Development first – a more humane and promising approach to reducing cultivation of crops for illicit markets* (Washington DC: Washington Office on Latin America), http://justf.org/files/pubs/1003wola_df.pdf; Aktionsprogramm Drogen und Entwicklung Drugs and Development Programme & Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, *Drugs and conflict – Discussion paper by the GTZ Drugs and Development Programme* (Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit), <https://www.giz.de/Themen/en/SID-F661FB64-0F69C391/dokumente/en-drugs-conflict.pdf>
- 16 *Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development*, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf
- 17 Présidence de l'Union européenne (2008), *Key points identified by EU experts to be included in the conclusion of the open-ended intergovernmental expert working group on international cooperation on the eradication of illicit drug and on alternative development*, présenté lors du groupe de travail intergouvernemental relative à la coopération internationale en matière d'éradication des cultures liées à la production de drogue et de développement durable (2-4 Juillet 2008)

- 18 *Report – Workshop portion of the International Workshop and Conference on Alternative Development ICAD, Chiang Rai and Chiang Mai Provinces, Thailand, 6–11 November 2011*, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/ICAD_2012_Report_and_Input_for_International_Guiding_Principles.pdf
- 19 Directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2008), *Fifth report of the Executive Director on the world drug problem, Action Plan on International Cooperation on the Eradication of Illicit Drug Crops and of Alternative Development*, E/CN.7/2008/2/Add.2 (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime); Pour en savoir plus, voir: *Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development*, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf
- 20 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, *UNODC alternative development projects in Lao PDR*, <http://www.unodc.org/unodc/en/alternative-development/lao-pdr-projects.html>
- 21 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2011), *Rapport mondial sur les drogues de 2011* (Vienne: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), <http://www.unodc.org/unodc/fr/press/releases/2011/June/world-drug-report-drug-markets-stable-but-consumption-of-synthetic-and-prescription-drugs-rises.html>
- 22 *Background paper for the International Workshop and Conference on Alternative Development*, http://icad2011-2012.org/wp-content/uploads/Background_Paper_ICAD2011-2012.pdf
- 23 Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2005), *Alternative development: A global thematic evaluation* (Vienne: ONUDC), http://www.unodc.org/pdf/Alternative_Development_Evaluation_Dec-05.pdf; Banque Mondiale (2005), *Afghanistan: State building, sustaining growth and reducing poverty*, http://siteresources.worldbank.org/INTAFGHANISTAN/Resources/0821360957_Afghanistan--State_Building.pdf; Rapport du Secrétariat de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2008), *Results attained by member states in achieving the goals and targets set at the twentieth special session of the General Assembly, the limitations and problem encountered and the way forward; international cooperation on the eradication of illicit drug crops and on alternative development*, Présenté au groupe de travail intergouvernemental ouvert sur la coopération internationale pour l'éradication des cultures illégales et le développement alternatif (2-4 Juillet 2008).
- 24 Le développement durable préventif renvoie à une stratégie basée sur le développement socio-économique et la protection environnementale visant à réduire la production de substances contrôlées et à empêcher que la production soit relocalisée dans de nouvelles régions : Commission des Stupéfiants (8 Décembre 2005 et 13-17 Mars 2006), *Report of the forty-ninth session* (ECOSOC, Rapports officiels, 2006, Supplément No.8), <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/49.html>
- 25 L'ONUDC renvoie à « un ensemble d'indicateurs d'impact [qui] vérifient les améliorations en matière d'éducation, de santé, d'emploi, d'environnement, de parité et de renforcement des institutions et des aptitudes gouvernementales »: '*UNODC's Executive Director's Report on the action plan on international cooperation on the eradication of illicit drug crops and on alternative development*', présenté à la 51^{ème} session de la Commission des stupéfiants en Mars 2008, E/CN.7/2008/2/Add.2, 17 Décembre 2007, p. 20, <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

4.4 Protéger les droits des peuples autochtones

Dans cette section:

- Le droit international et les droits des peuples autochtones
- Le contrôle des plantes traditionnelles au niveau national

De nombreux aspects des politiques des drogues actuelles, telles que l'interdiction absolue de l'usage traditionnel de certaines substances contrôlées ou les campagnes d'éradication forcée, portent atteinte aux droits des peuples autochtones proclamés par les conventions des Nations Unies.

Pourquoi est-il important de protéger les droits des peuples autochtones ?

Depuis des générations, de nombreuses personnes à travers le monde ont consommé certaines plantes psychoactives, telles que la coca, le cannabis, l'opium, le kratom, le peyotl et l'ayahuasca pour des raisons culturelles, religieuses et traditionnelles. En Amérique Latine, par exemple, la feuille de coca a longtemps été utilisée à des fins sociales, religieuses et médicinales par les populations autochtones et elle est aujourd'hui utilisée par la population dans son ensemble. De même, cela fait des siècles que le cannabis et l'opium sont consommés en Inde à des fins religieuses et mystiques selon les traditions hindoues et musulmanes, et sont utilisés dans d'innombrables pratiques culturelles. D'autres plantes telles que le khat en Afrique orientale et le kratom en Asie du Sud-Est ont également été utilisées depuis des siècles à des fins traditionnelles et sociales. Quelques substances sont également employées pour traiter les rhumatismes, la migraine, la malaria, le choléra et autres troubles gastro-intestinaux, et pour faciliter les interventions chirurgicales.¹ Ces plantes peuvent aussi être transformées en denrées alimentaires, en oléagineux et en fibres, utilisées en Inde pour manufacturer des produits industriels.

Cependant, les conventions des Nations Unies sur les drogues considèrent certaines de ces plantes (en particulier le cannabis, la feuille de coca et l'opium) comme dangereuses et les ont soumises à un contrôle strict limitant leur production, leur distribution et leur consommation à des fins purement médicales et scientifiques. Cette politique repose sur la prémisse qu'il serait difficile de réduire efficacement la production de drogues aux quantités requises pour des fins médicales et scientifiques tant que les substances utilisées pour produire de la drogue sont encore largement consommées par la population locale dans les principaux pays producteurs. Les pays producteurs ont donc été poussés à mettre fin à la consommation traditionnelle de ces plantes. L'opium, le cannabis et la feuille de coca ont quant à eux été soumis au même système de contrôle rigoureux que celui imposé sur les alcaloïdes extraits et concentrés, tels que la morphine et la cocaïne (Tableau I de la Convention de 1961).²

L'importance de l'usage traditionnel des plantes contrôlées est reconnue par la Convention de 1988

L'importance de l'usage traditionnel des plantes contrôlées a été reconnu par la Convention des Nations Unies de 1988, qui stipule que les politiques des drogues se doivent de respecter les droits humains et

les libertés fondamentales et prendre « dûment compte des utilisations licites traditionnelles – lorsque de telles utilisations sont attestées par l'histoire » (article 14, paragraphe 2). Toutefois, la Convention de 1988 (articles 14.1 et 25) indique également que ses dispositions ne devraient pas déroger de toute obligation découlant de traités antérieurs de contrôle des drogues, y compris l'obligation de 1961 d'abolir tout usage traditionnel de coca, d'opium et de cannabis (article 49).³ Par conséquent, en termes juridiques, l'importance de la reconnaissance « d'usages licites traditionnels » en 1988 est discutable. En pratique, la plupart des gouvernements n'ont pas respecté cette disposition et ont imposé des mécanismes de contrôle stricts sur le cannabis, la feuille de coca et l'opium, mais aussi sur des plantes psychoactives traditionnelles telles que le khat et le kratom qui ne sont pas contrôlées par les conventions de l'ONU.

Le droit international et les droits des peuples autochtones

La Convention n°169 relative aux peuples indigènes et tribaux, adoptée en 1989,⁴ stipule que les peuples sont « considérés comme indigènes du fait qu'ils descendent des populations qui habitaient le pays, ou une région géographique à laquelle appartient le pays, à l'époque de la conquête, de la colonisation ou de l'établissement des frontières actuelles de l'Etat, et qui, quel que soit leur statut juridique, conservent leurs institutions sociales, économiques, culturelles et politiques propres ou certaines d'entre elles ».

Outre les droits humains universels reconnus dans les conventions internationales (voir [Section 1.2 « S'assurer du respect des droits humains et des libertés fondamentales »](#)), les peuples autochtones bénéficient de certains droits spécifiques pour protéger leur identité et défendre leur droit de conserver leur propre culture, leurs traditions, leur habitat, leur langue et l'accès à leurs terres ancestrales.

Certains organes des Nations Unies, tels que le Conseil Economique et Social (ECOSOC), ont fait des progrès considérables pour promouvoir, protéger et consolider les droits et libertés des peuples autochtones. Ces droits ont été entérinés dans plusieurs déclarations et conventions, ayant été signées et ratifiées par de nombreux Etats.

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones de 2007⁵ reconnaît notamment le droit des populations autochtones :

- à l'auto-détermination et à l'autonomie
- de conserver, de protéger et de développer des manifestations passées, présentes et futures de leur culture (article 11)
- de conserver leur pharmacopée traditionnelle et leurs pratiques médicales (article 24)
- de préserver, de contrôler, de protéger et de développer leur patrimoine culturel, leur savoir traditionnel et leurs expressions culturelles traditionnelles ainsi que les manifestations de leurs sciences, techniques et culture (article 31).

La Déclaration n'a pas d'effet contraignant sur les Etats signataires, mais elle représente une avancée importante dans la reconnaissance des droits des peuples autochtones. Elle fournit également aux gouvernements un code de conduite exhaustif.

Le contrôle de plantes traditionnelles au niveau national

Les gouvernements ont adopté des niveaux de contrôle variables à l'égard des plantes traditionnelles. Ces contrôles ont eu des conséquences sur les droits des peuples autochtones.

L'interdiction complète de la culture et de l'usage des plantes traditionnelles

Certains gouvernements ont cherché à interdire la culture, le trafic, la distribution et la consommation des plantes traditionnelles, à la fois pour les plantes contrôlées au sein des conventions internationales et pour d'autres stimulants végétaux légers. Ces politiques ont été axées sur l'éradication des cultures afin de réduire l'offre et/ou sur la pénalisation des usagers dans le but de réduire la demande.

Par exemple, alors que les conventions de l'ONU sur les drogues n'obligent pas les Etats signataires à contrôler la production, le trafic, la distribution et la consommation du kratom, l'Australie, la Malaisie, la Birmanie et la Thaïlande (voir encadré 1) ont décidé d'interdire cette substance, malgré le manque de preuves montrant un effet négatif de la consommation de cette plante sur la santé des usagers. Au contraire, le kratom peut avoir des effets médicaux bénéfiques sur le système digestif et pour réduire la douleur liée aux symptômes de sevrage pour les opioïdes.⁶

Encadré 1. L'interdiction du kratom en Thaïlande

Le kratom est utilisé à des fins médicales et traditionnelles en Thaïlande depuis des siècles, en particulier dans le sud du pays. La plante a été contrôlée en 1943 dans le cadre de la Loi sur le kratom, puis elle a été incluse dans la Loi sur les stupéfiants thaïlandaise en 1979. Au cours des 10 dernières années, l'application des lois et des politiques relatives au kratom est devenue de plus en plus stricte, conduisant à des arrestations massives des usagers du kratom et des campagnes d'éradication visant à détruire les arbres à kratom. Cette politique a eu un impact limité sur les niveaux de consommation du kratom et des conséquences négatives eu égard au droit des communautés à consommer le kratom à des fins culturelles, selon la tradition du sud de la Thaïlande.⁷

Dans la région andine, même si la Bolivie et le Pérou ont protégé leur marché intérieur légal de coca, les campagnes d'éradication des cultures ont causé des dommages considérables sur la santé, l'habitat et les traditions des communautés autochtones productrices de coca. Dans les pays où de violents affrontements ont lieu entre des groupes armés luttant pour le contrôle du trafic de drogue, ou lorsque des conflits ont éclaté entre les cultivateurs de coca et les forces de l'ordre, l'éradication forcée a conduit à la militarisation des secteurs producteurs de coca, plaçant ainsi la population rurale locale (particulièrement les communautés autochtones) au milieu du champ de bataille.

L'éradication forcée peut conduire à une militarisation des zones de culture, plaçant la population rurale locale au milieu du champ de bataille

Par exemple, le Plan Colombie, stratégie initiée en 1999 et visant à combattre les insurrections et le trafic de drogue dans le pays, a consisté en une campagne d'éradication massive des cultures. Cette stratégie a non seulement eu des conséquences désastreuses sur la vie et les revenus des peuples autochtones et des paysans, mais a également placé ces derniers au centre des combats entre l'armée, les insurgés et les groupes paramilitaires. Le Plan n'a pas réussi à réduire la production de cocaïne en Colombie mais a au contraire causé une crise humanitaire sévère, donnant lieu au déplacement de 3,6 à 5,2 millions de personnes⁸ et à une augmentation des niveaux de pauvreté et d'insécurité.

Dans les cas où des programmes de développement durable ont été mis en œuvre, ces derniers n'ont pas toujours intégré les connaissances, le savoir-faire et les traditions culturelles des populations

locales, ce qui a accru l'isolement des populations autochtones. Il est essentiel que ces programmes soient élaborés en collaboration avec les populations locales, suite à un examen attentif des possibilités de production locales et d'accès au marché, en respectant pleinement les droits et les traditions des populations autochtones (pour plus d'informations, voir [Section 4.3: « Promouvoir d'autres moyens de subsistance »](#)).

En ce qui concerne la consommation, la feuille de coca est utilisée depuis des milliers d'années à des fins traditionnelles et religieuses dans la région andine. L'interdiction internationale introduite par la Convention de 1961 souligne clairement l'incompréhension à l'égard des coutumes et des traditions autochtones. Les consommateurs andins et amazoniens de coca se sentent souvent ignorés, insultés et humiliés par la communauté internationale et par l'appel des Nations Unies d'abolir ce qu'ils considèrent comme une tradition ancestrale saine. En effet, le contrôle international de la coca a suivi les allégations selon lesquelles la mastication de la feuille de coca serait une forme de toxicomanie conduisant à une malnutrition chez les personnes autochtones. Depuis, les recherches scientifiques ont démontré que ces allégations étaient erronées. Une étude de l'OMS de 1995 a notamment conclu que « la consommation de feuilles de coca ne semble avoir aucun effet négatif sur la santé, et a des fonctions positives, thérapeutiques, sacrées et sociales pour les populations indigènes andines ».⁹ [L'encadré 4](#) illustre la façon dont le gouvernement bolivien a remédié au problème soulevé par l'interdiction internationale de la mastication de la feuille de coca.

Dispositions juridiques et constitutionnelles visant à protéger les droits des peuples autochtones

Certains gouvernements ont fait appel à leur système juridique national afin d'autoriser la consommation traditionnelle de certaines plantes psychoactives, dans certaines circonstances. C'est notamment le cas du Canada, avec l'exemption prévue à l'article 56 de la Loi canadienne réglementant certaines drogues et autres substances (voir [encadré 2](#)), et des Etats-Unis pour l'usage du peyotl chez les communautés autochtones (voir [encadré 3](#)).

Encadré 2. Le cas de Santo Daime au Canada¹⁰

L'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances prévoit que: « S'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient, le ministre peut, aux conditions qu'il fixe, soustraire à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci ».¹¹ En pratique, cette exemption est rarement utilisée. Elle a généralement été accordée à des fins médicales et scientifiques à certains médecins afin de leur permettre de prescrire de la méthadone dans le cadre de la TSO, pour mener des programmes de recherche spécifique dans le cadre de la salle d'injection supervisée à Vancouver, et pour la prescription d'héroïne à Vancouver et à Montréal. C'est en 2001 que l'article 56 a été appliqué pour la première fois afin de protéger le droit de consommer une substance contrôlée à des fins traditionnelles et culturelles (en appliquant la disposition de « droit public »).

En 1996, Jessica Williams Rochester de retour au Canada après une visite au Brésil et établit Ceu do Montréal, fondée sur la religion Santo Daime. Depuis sa création jusqu'en 2000, les leaders de Ceu do Montréal ont importé la substance sacrée du « Daime » (c'est-à-dire de l'ayahuasca¹²) au Canada avec des documents brésiliens d'exportation agricole et ont pratiqué leur religion selon les doctrines de leur église. En l'an 2000, les douanes canadiennes ont intercepté une cargaison de Daime et l'ont soumise à une analyse chimique. Ceu do Montréal a par la suite été informée que la possession de Daime constituait une infraction en vertu du code pénal canadien, mais il lui a été conseillé de faire une demande d'exemption légale en vertu de l'article 56 de la Loi

réglementant certaines drogues et autres substances pour pouvoir continuer de consommer le Daime. En 2001, la requête était déposée. Dans ce cas précis, le gouvernement a conclu « qu'en principe » le cas bénéficierait d'une exemption en vertu de l'article 56, en attendant l'envoi de documentation de la part du gouvernement brésilien autorisant l'exportation légale de Daime.¹³

Bien que cette politique soit de portée limitée (vu que l'exemption ne s'applique qu'à un groupe spécifique d'individus et pour une substance unique), cet exemple est intéressant car il offre la possibilité de protéger le droit de consommer une plante contrôlée à des fins culturelles et traditionnelles.

Encadré 3. La consommation du peyotl chez les communautés autochtones américaines

Le peyotl est un petit cactus, sans épines, contenant des alcaloïdes psychoactifs. Aux États-Unis, l'usage religieux du peyotl est autorisé pour les membres de l'Eglise des peuples autochtones d'Amérique, une religion tribale provenant des pratiques des populations autochtones américaines originaires de la région qui recouvre aujourd'hui le sud du Texas et du nord du Mexique.

Cette exception est intégrée dans le Titre 21 de la Section 1307.31 du Code de réglementations fédérales américain, qui stipule que: « L'inscription du peyotl comme substance contrôlée à l'Annexe I ne s'applique pas à l'usage non-médicamenteux du peyotl lors des cérémonies religieuses authentiques de l'Eglise des peuples autochtones d'Amérique ».

Ces dispositions permettent effectivement aux Amérindiens de perpétuer leurs traditions et leurs rites religieux en consommant le peyotl sans crainte d'être arrêtés.

La Bolivie est sans doute le pays qui a le plus innové dans ce domaine, en reconnaissant l'usage traditionnel de la feuille de coca comme patrimoine culturel au sein de sa constitution,¹⁴ veillant ainsi à protéger le droit des communautés autochtones boliviennes de mastiquer la feuille de coca. Le Pérou, la Colombie et l'Argentine ont également des exemptions légales pour la consommation de la feuille de coca.¹⁵ Cependant, la Bolivie est le premier pays à reconnaître que de telles exemptions et pratiques constituent une violation des obligations internationales relatives au contrôle des drogues. Ce faisant, la Bolivie a décidé de dénoncer la Convention de 1961 et d'y ré-adhérer avec une réserve sur la feuille de coca afin de garantir que les lois et pratiques nationales s'accordent avec les obligations internationales de la Bolivie (voir [encadré 4](#)).

Encadré 4. La Bolivie, la mastication de la feuille de coca et la protection de la culture autochtone

Depuis des millénaires, la coca est considérée comme une substance sacrée par les peuples autochtones de la région andine. En Bolivie, la population locale est principalement constituée de peuples quechua et aymara, chez lesquels la mastication de la feuille de coca est très répandue. Cette pratique est associée à la solidarité sociale et culturelle, aux activités économiques et au travail, à des attributs médicinaux (comme ajout nutritif ou protection contre le mal d'altitude), et à la spiritualité, en rétablissant l'équilibre entre les mondes naturel et spirituel. Tout comme en Grande-Bretagne, où les gens peuvent inviter des amis à prendre une tasse de thé, ou aux États-Unis avec le café, les populations autochtones boliviennes se contenteraient de se retrouver pour « mastiquer ».¹⁶ Cela permet simplement de montrer à quel point les pratiques traditionnelles de consommation de coca sont intégrées en Bolivie.

Les premières tentatives occidentales d'interdire la coca ont eu lieu pendant la période coloniale au XVI^{ème} siècle, lorsque l'Eglise catholique a pris conscience du rôle de la plante lors des rites religieux des populations autochtones. Cependant, les parties concernées ont conclu un accord informel à l'égard de la coca, qui a duré jusqu'au XX^{ème} siècle où la « guerre contre la drogue » a eu des conséquences désastreuses. Après la Seconde Guerre mondiale, l'ONU a entrepris un effort de « modernisation », en décrivant la pratique de la mastication de coca comme primitive et dépassée. Un rapport de 1950, publié par la Commission d'enquête sur la feuille de coca, mise en place par le Conseil économique et social de l'ONU (ECOSOC) et dirigée par un représentant des États-Unis, a émis l'hypothèse que la consommation de coca était dangereuse. Le rapport a placé la feuille de coca dans la même catégorie que la cocaïne et l'héroïne au sein de la Convention de 1961, et a adopté une disposition selon laquelle la mastication de coca devra être supprimée à l'expiration d'un délai de 25 ans.¹⁷ En dépit des critiques à l'encontre du rapport de 1950, selon lesquelles ses conclusions seraient fallacieuses, scientifiquement erronées, méprisantes, voire racistes, le document reste aujourd'hui le point de référence des Nations Unies concernant les questions relatives à la coca.

De plus en plus, ces facteurs historiques sont considérés comme les éléments ayant influencé la direction prise par le régime actuel de contrôle international des drogues. La Commission Mondiale sur la Politique des Drogues les a même qualifiés de « politique de contrôle des drogues impérialiste ».¹⁸ Le fait que le régime des Nations Unies sur le contrôle des drogues continue d'ignorer le droit des communautés autochtones andines à mastiquer la feuille de coca est un symbole de son incapacité embarrassante à rester en phase avec l'évolution du système des Nations Unies et, de manière générale, avec la protection internationale des droits humains.

La Bolivie s'est retirée de la Convention unique de 1961 en Juin 2011, annonçant son intention d'y ré-adhérer avec une réserve autorisant la mastication de la feuille de coca dans le pays.¹⁹ Mises à part les raisons indiquées ci-dessus, les motifs donnés par la Bolivie pour justifier son retrait de la Convention sont les suivants :

- la coca est considérée comme un élément du patrimoine culturel par la Constitution de l'État plurinational de Bolivie. Les traités internationaux de contrôle des drogues stipulent à plusieurs reprises que les principes constitutionnels fondamentaux des États membres doivent être respectés.
- la coca est au cœur de la vie culturelle et de l'identité des peuples autochtones boliviens
- la coca est au centre des activités sociales développées au sein de leur culture
- la coca peut être utilisée à des fins médicales et thérapeutiques
- la coca est associée à des fonctions spirituelles importantes
- la coca est au cœur de l'une des économies de subsistance du pays. Les nombreuses tentatives visant à remplacer ces cultures traditionnelles ont échoué dans la région andine.

La demande de retrait de la Convention de 1961 présentée par la Bolivie en Juin 2011 est entrée en vigueur le 1^{er} Janvier 2012. Quelques jours auparavant, le 29 Décembre 2011, la Bolivie présentait, dans une lettre au Secrétaire général de l'ONU, la réserve dont elle avait besoin pour

concilier ses différentes obligations juridiques nationales et internationales avant de devenir à nouveau un membre signataire du traité. La Bolivie stipule qu'elle se réserve le droit d'autoriser la mastication traditionnelle de la feuille de coca sur son territoire, mais également la consommation et l'usage de la coca sous sa forme naturelle, ainsi que la production, le commerce et la possession de la feuille de coca, dans la mesure nécessaire à ces fins légales. La réserve précise par ailleurs que la Bolivie continuera à prendre toutes les décisions visant à contrôler la culture de la coca en vue de prévenir la production illégale de cocaïne. Dans sa lettre dirigée au Secrétaire général de l'ONU, la Bolivie a également fait comprendre que sa ré-adhésion à la Convention de 1961 dépendrait de l'acceptation de cette réserve. Les procédures au sein du traité stipulent que les membres signataires auront un an pour exprimer toute objection. La réserve sera acceptée à moins qu'un tiers ou plus des États ne s'y opposent au cours de cette période. Dans le cas de la requête émise par la Bolivie, « La période de 12 mois pour formuler des objections prendra fin le 10 Janvier 2013 ».²⁰

La réglementation de plantes traditionnelles considérées comme légales

Certains stimulants végétaux ne sont pas inclus dans le système de classification de l'ONU, laissant aux gouvernements la responsabilité de décider de leur statut juridique. C'est le cas par exemple du kratom et du khat. Comme indiqué précédemment, le kratom a été interdit en vertu des lois nationales de plusieurs pays asiatiques, alors que le statut juridique du khat varie considérablement d'un pays à l'autre.

Le khat est consommé depuis des centaines, sinon des milliers d'années, dans les régions montagneuses d'Afrique orientale et d'Arabie méridionale. Traditionnellement, le khat est mâché collectivement après le travail ou à des occasions sociales, dans les espaces publics ou des salles réservées à cet effet dans des maisons privées. Les marchés mondiaux de khat fluctuent grâce à la demande des diasporas résidant en Europe, en particulier les populations originaires de Somalie. Jusqu'à présent, la consommation de khat est restée concentrée au sein des populations migrantes et ne s'est pas répandue parmi le reste de la population européenne. Un certain nombre d'études ont montré que le risque de dépendance et les risques pour la santé physique et mentale associés à la consommation de khat restent très faibles.²¹ Les preuves disponibles suggèrent que l'interdiction de la consommation de khat a eu des effets négatifs, tels que l'isolement exacerbé et la vulnérabilité accrue des populations immigrées. Elle aurait aussi eu un impact négatif sur les moyens de subsistance et le niveau de développement économique dans les pays producteurs.²² Dans les pays où le khat est réglementé comme substance légale, aucune de ces conséquences imprévues ne s'est produite (voir encadré 5). L'usage de khat reste concentré parmi les communautés migrantes d'Afrique orientale qui consomment le khat en toute sécurité dans des établissements commerciaux et des centres communautaires où les liens sociaux et communautaires sont renforcés. Cela permet aux consommateurs de contrôler la qualité du khat consommé et de perpétuer les traditions culturelles et sociales au sein de leur communauté.

Encadré 5. La réglementation du khat au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la mastication du khat est légale. De nombreuses recherches ont été menées afin d'analyser les problèmes sociaux associés au khat. En 2005, la Commission Consultative contre l'Abus des Drogues a recommandé que le khat ne soit pas considéré comme substance contrôlée dans la Loi sur l'Abus de Drogues de 1971, encourageant au contraire le lancement de campagnes d'éducation et de sensibilisation concernant sa consommation.²³

Le khat se vend au Royaume-Uni de 3 à 6 Livres Sterling par paquet.²⁴ La TVA est désormais appliquée sur les importations de khat, ce qui a permis d'obtenir un bénéfice de 2,9 millions de Livres Sterling en 2010, avec l'importation de près de 3 002 tonnes de khat au Royaume-Uni. Ceci représente une forte augmentation comparé aux années 1990.²⁵ Le produit frais est principalement importé du Kenya et de l'Ethiopie pour être consommé par les communautés britanniques originaires d'Afrique orientale et du Yémen.

Au Royaume-Uni, le khat est surtout consommé dans des établissements commerciaux qui proposent nourriture et boissons. Ces établissements sont soumis aux règlements locaux sur la santé et la sécurité, veillant à ce qu'ils ne créent pas de troubles pour les riverains.²⁶ Les études relatives à la consommation de khat au Royaume-Uni soulignent l'importance culturelle de ces rencontres pour les communautés de la diaspora, car elles leur permettent de conserver leur identité. En effet, les communautés migrantes se rassemblent fréquemment afin de mâcher du khat en discutant de la politique dans leur pays d'origine et se conseillant les uns les autres sur les problèmes auxquels ils sont confrontés ou sur les possibilités d'emploi.²⁷

Il existe peu de preuves montrant un lien de causalité entre la mastication du khat et la criminalité ou les troubles de l'ordre public au Royaume-Uni. En fait, le khat permet d'empêcher que se commettent des infractions car il renforce les liens sociaux et détend les consommateurs.²⁸ Certains membres de la diaspora ont toutefois soulevé certaines préoccupations liées à la mastication du khat, telles qu'un usage inapproprié des revenus du consommateur, la dégradation des relations familiales et le chômage. Cependant, ces problèmes sociaux seraient beaucoup plus graves si l'usage du khat était illégal.

Recommandations

- 1) Il est nécessaire que les Etats respectent pleinement leurs obligations internationales, en particulier celles émanant des traités de protection des droits humains.
- 2) Les gouvernements doivent remédier aux divergences qu'ils pourraient déceler entre les conventions des Nations Unies sur les drogues et les accords internationaux relatifs aux droits humains, afin d'assurer la protection des droits des populations autochtones.
- 3) Il est nécessaire de reconnaître le caractère historique, culturel et traditionnel, ainsi que les bénéfices financiers potentiels pouvant être procurés par les plantes contrôlées au niveau national et international. Au niveau national, des lois et des règlements sont nécessaires afin de garantir la production de quantités limitées de ces plantes à des fins traditionnelles.
- 4) La participation des communautés autochtones doit être encouragée dans la conception et la mise en œuvre des politiques et des règlements qui les concernent.

Ressources clés

Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2011), *TNI Series on legislative reform of drug policies Nr. 12 – Fifty years of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs: a reinterpretation* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/fifty-years-of-1961-single-convention.pdf>

Foro Mundial de Productores de Cultivos Declarados Ilícitos (2009), *Political declaration*, http://idpc.net/sites/default/files/library/Political_Declaration_FMPCDI.EN.pdf

Henman, A. & Metaal, P. (2009), *Drugs and conflict debate paper No.17 – Coca myths* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.tni.org/reports/drugs/cocamyths.pdf>

Consortium International sur les Politiques des Drogues (2011), *IDPC Advocacy Note – Correcting a historical error: IDPC calls on countries to abstain from submitting objections to the Bolivian proposal to remove the ban on the chewing of the coca leaf* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC%20Advocacy%20note%20-%20Support%20Bolivia%20Proposal%20on%20coca%20leaf_0.pdf

Jelsma, M. (2011), *TNI Series on legislative reform of drug policies Nr. 11 – Lifting the ban on coca chewing, Bolivia's proposal to amend the 1961 Single Convention* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/lifting-the-ban-on-coca.pdf>

Klein, A., Metaal, P. & Jelsma, M. (2012), *TNI Series on legislative reform of drug policies Nr. 17 – Chewing over khat prohibition: the globalisation of control and regulation of an ancient stimulant* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://idpc.net/sites/default/files/library/dlr17.pdf>

Metaal, P., Jelsma, M., Argandona, M., Soberon, R., Henman, A. & Echeverria, X. (2006), *Drugs and conflict debate paper No.13 – Coca yes, cocaine, no? Legal options for the coca leaf* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.tni.org/reports/drugs/debate13.pdf>

Quimbayo Ruiz, G.A. (2008), *Drug policy briefing No.28 – Crops for illicit use and ecocide* (Amsterdam: Transnational Institute), http://idpc.net/sites/default/files/library/TNI_Crops_EN.pdf

Tanguay, P. (2011), *TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 13 – Kratom in Thailand: decriminalisation and community control?* (Amsterdam: transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/kratom-in-thailand.pdf>

Tupper, K.W. (2011), 'Ayahuasca in Canada: cultural phenomenon and policy issue', In Labate, B.C. & Jungaberle, H. (eds.), *The internationalization of ayahuasca* (Zurich: Lit Verlag)

Notes de bas de page

- 1 Kalant, H. (2001), 'Medicinal use of cannabis: history and current status', *Pain, Research and Management*, **6**(2): 80–91, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11854770>; Touw, M. (1981), 'The religious and medicinal uses of cannabis in China, India and Tibet', *Journal of Psychoactive Drugs*, **13**(1): 23–34, <https://www.cnsproductions.com/pdf/Touw.pdf>; Chopra, R.N., Chopra, I.C., Handa, K.L. & Kapur L.D. (1958), *Chopra's indigenous drugs of India* (Calcutta: UNDhur and Sons Private Ltd; Martin, R.T. (1970), 'The role of coca in the history, religion, and medicine of South American Indians', *Economic Botany*, **24**(4): 422–438; Weil, A.T. (1981), 'The therapeutic value of coca in contemporary medicine', *Journal of Ethnopharmacology*, **3**(2–3): 367–376, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0378874181900647>
- 2 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2011), *TNI Series on legislative reform of drug policies Nr. 12 – Fifty years of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs: a reinterpretation* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/fifty-years-of-1961-single-convention.pdf>
- 3 Jelsma, M. (2011), *TNI Series on legislative reform of drug policies Nr. 11 –Lifting the ban on coca chewing, Bolivia's proposal to amend the 1961 Single Convention* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/lifting-the-ban-on-coca.pdf>
- 4 La Convention relative aux peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants a été adoptée en 1989 par l'Organisation Mondiale du Travail, http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312314
- 5 <http://www2.ohchr.org/french/issues/indigenous/declaration.htm>. La déclaration a obtenu un soutien universel après qu'Obama y ait apporté son propre soutien en Décembre 2010. Quatre pays (les Etats-Unis, le Canada, l'Australie et la Nouvelle Zélande) avaient initialement voté contre la déclaration, mais ils sont depuis revu leur position. Les Etats-Unis ont été le dernier Etat à abandonner ses objections.
- 6 Tanguay, P. (2011), *TNI/IDPC Series on legislative reform of drug policies Nr. 13 – Kratom in Thailand: decriminalisation and community control?* (Amsterdam: Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/publications/2011/05/kratom-in-thailand>
- 7 Ibid.
- 8 Alors que le gouvernement a estimé que 3,6 millions de personnes avaient été déplacées suite au Plan Colombie, l'Observatoire sur les droits humains et le déplacement (CODHES), une entité indépendante, a estimé ce nombre à plus de 5,2 millions de personnes.
- 9 Organisation Mondiale de la Santé/United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (1995), *Cocaine Project, Briefing Kit* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/who-briefing-kit.pdf>; voir aussi: Duke, J.A., Aulik, D. & Plowman, T. (1975), 'Nutritional value of coca'. *Botanic Museum Leaflets Harvard University*, **24**(6):113–118
- 10 Tupper, K.W. (2011), 'Ayahuasca in Canada: cultural phenomenon and policy issue'. In Labate, B.C. & Jungaberle, H., eds, *The internationalization of ayahuasca* (Zurich: Lit Verlag)
- 11 Ministère de la Justice canadien (2007), *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-38.8/>
- 12 L'Ayahuasca est une infusion ou une décoction à base de deux plantes : le *Banisteriopsis* et des feuilles de vigne ou d'arbustes de *Psychotria* contenant de la diméthyltryptamine. L'ayahuasca a été consommé de manière traditionnelle à des fins divinatoires et curatives par les communautés autochtones d'Amazonie. La loi canadienne de 1996 réglementant certaines drogues et autres substances interdit trois alcaloïdes se trouvant dans la concoction d'ayahuasca (N,N-diméthyltryptamine, harmalol and harmaline).
- 13 Tupper, K.W. (2011), 'Ayahuasca in Canada: cultural phenomenon and policy issue' In Labate, B.C. & Jungaberle, H., eds, *The internationalization of ayahuasca* (Zurich: Lit Verlag).
- 14 Article 384: 'El Estado protege a la coca originaria y ancestral como patrimonio cultural, recurso natural renovable de la biodiversidad de Bolivia, y como factor de cohesión social; en su estado natural no es estupefaciente. La revalorización, producción, comercialización e industrialización se regirá mediante la ley.' (L'Etat protégé la coca sous sa forme originale et ancestrale comme patrimoine culturel, une ressource de biodiversité naturelle durable en Bolivie, et un facteur de cohésion sociale ; sous sa forme naturelle, elle n'est pas considérée comme une substance psychotrope. Sa revalorisation, sa production, sa commercialisation et son industrialisation seront régies dans le cadre de la loi).
- 15 Le Pérou a toujours maintenu un marché légal interne pour la coca sous monopole étatique par l'Entreprise Nationale de la Coca, ENACO. La Colombie a introduit des exemptions spécifiques concernant la consommation de coca par ses populations autochtones. En Argentine, en 1989 le gouvernement a introduit l'Article 15 dans sa Loi pénale N 23.737 : « la possession et la consommation de la feuille de coca dans son état naturel, en la mastiquant ou en la buvant sous forme d'infusion, ne sera pas considérée comme possession ou consommation de substances narcotiques ». Voir : Consortium International sur les Politiques des Drogues (2011), *IDPC Advocacy note – Correcting a historical error: IDPC calls on countries to abstain from submitting objections to the Bolivian proposal to remove the ban on the chewing of the coca leaf* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC%20Advocacy%20note%20-%20Support%20Bolivia%20Proposal%20on%20coca%20leaf_0.pdf

- 16 Spedding, A. (2004), 'Coca Use in Bolivia: a traditional of thousands of years'. In Coomber, R. & South, N., eds. (2004), *Drug use and cultural contexts 'beyond the West'* (Londres: Free Association Books)
- 17 Conseil Economique et Social (Mai 1950), *Report of the Commission of Enquiry on the Coca Leaf*, <http://www.tni.org/archives/drugscoca-docs/enquiry1950.pdf>
- 18 Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La guerre aux drogues*, http://www.globalcommissionon-drugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf
- 19 Consortium International sur la Politique des Drogues (2011), *IDPC Advocacy Note – Correcting a historical error: IDPC calls on countries to abstain from submitting objections to the Bolivian proposal to remove the ban on the chewing of the coca leaf* (Londres: Consortium International sur la Politique des Drogues), http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC%20Advocacy%20note%20-%20Support%20Bolivia%20Proposal%20on%20coca%20leaf_0.pdf
- 20 C.N.829.2011.TREATIES-28 (Depositary Notification), *Bolivia (Plurinational State of): communication, 10 January 2012* (New York: Nations Unies), <http://treaties.un.org/doc/Publication/CN/2011/CN.829.2011-Eng.pdf>
- 21 Organisation Mondiale de la Santé (2006), *Assessment of khat (Catha edulis Frosk)*, WHO Expert Committee on Drug Dependence, 34th ECDD 2006/4.4 (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf; Advisory Council on the Misuse of Drugs (2005), *Khat (Qat): Qsessment of risk to the individual and communities in the UK* (Londres: Advisory Council on the Misuse of Drugs); Fitzgerald, J. (2009), *Khat: A literature review* (Melbourne: Louise Lawrence Pty Ltd), http://www.ceh.org.au/downloads/Khat_Report_FINAL.pdf; Pennings, E.J.M., Opperhuizenm A. & Van Amsterdam, J.G.C. (2008), 'Risk assessment of khat use in the Netherlands. A review based on adverse health effects, prevalence, criminal involvement and public order', *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, **52**: 199-207
- 22 Klein, A., Metaal, P. & Jelsma, M. (2012), *TNI Series on legislative reform of drug policies Nr. 17 – Chewing over khatprohibition: The globalisation of control and regulation of an ancient stimulant* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://idpc.net/sites/default/files/library/dlr17.pdf>
- 23 Anderson, D.M. & Carrier, N.C. (July 2011), *Khat: social harms and legislation – a literature review* (Londres: UK Home Office), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Khat-social-harms-and-legislation.pdf>
- 24 Carrier, N.C.M. (2006), 'Bundles of choice: variety and the creation and manipulation of Kenyan khat's value', *Ethos*, **71**(3): 415–437
- 25 Her Majesty's Revenue & Customs (HMRC) data, 2011
- 26 Klein, A., Metaal, P. & Jelsma, M. (January 2012), *TNI Series on legislative reform of drug policies Nr. 17 – Chewing over khat prohibition: The globalisation of control and regulation of an ancient stimulant*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/dlr17.pdf>
- 27 Patel, S.L. (2008), 'Attitudes to khat use within the Somali community in England', *Drugs-Education Prevention and Policy*, **15**(1): 37-53; Anderson, D.M. & Carrier, N.C. (July 2011), *Khat: social harms and legislation – A literature review* (Londres: UK Home Office), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Khat-social-harms-and-legislation.pdf>
- 28 Klein, A. (2008), 'Khat and the creation of tradition in the Somali diaspora'. In Fountain, J. & Korf, D.J., eds, *Drugs in society: European perspectives* (Abingdon: Radcliffe Publishing)

Glossaire

Abstinence	Fait de s'interdire de consommer de la drogue.
Cocaïne	Alcaloïde à base de feuilles de coca ou synthétisé à partir d'ecgonine ou de produits dérivés. La cocaïne était communément utilisée comme anesthésiant local en chirurgie dentaire, en ophtalmologie ou en oto-rhino-laryngologie, car son action vaso-constrictrice permet de réduire les saignements locaux. La cocaïne est un puissant stimulant affectant le système nerveux et pouvant être utilisé hors du cadre médical pour ses effets euphoriques et stimulants. Cette substance peut créer une dépendance si elle est consommée de manière répétée. La cocaïne peut être ingérée par voie orale, reniflée, ou injectée par voie intraveineuse. Les consommateurs peuvent par ailleurs utiliser une pratique appelée le « <i>freebasing</i> » (dite d'épuration) qui consiste à extraire de la cocaïne pure pour en augmenter les effets. La cocaïne est ensuite chauffée, cette opération permettant aux usagers d'inhaler la vapeur ainsi obtenue, grâce à des cigarettes ou des pipes à eau. Une solution aqueuse du sel de cocaïne peut aussi être mélangée avec un alcali. La base libre ainsi obtenue peut ensuite être extraite sous la forme d'un dissolvant organique tel que l'éther ou l'hexane. Ce processus peut être dangereux car le mélange est explosif et hautement inflammable. Un procédé plus simple, et qui permet d'éviter l'utilisation de dissolvants organiques, consiste à chauffer la soude de cocaïne pour produire du « crack ».
Contrôle des drogues	Régulation au niveau local, national ou international de la production, de la distribution et de la vente de drogues spécifiques, grâce à des lois et des organismes de contrôle. Equivalent de « politique des drogues ».
Conventions des Nations Unies sur les drogues	Traités internationaux relatifs au contrôle de la production et de la distribution de substances psychoactives. Le premier traité ayant été adopté dans ce cadre est la Convention de la Hague de 1912. Les dispositions incluses dans ce traité, ainsi que celles d'accords successifs, ont été consolidées dans la Convention unique des stupéfiants de 1961 (telle qu'amendée par le Protocole de 1972). Deux autres traités ont ensuite été adoptés : la Convention sur les substances psychotropes de 1971, puis la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.
Dépénalisation	Abrogation des lois qui définissent comme un délit pénal la consommation de drogues ou la possession pour usage personnel. Le comportement, le produit ou la condition de son utilisation restent illégaux, mais ils sont considérés comme des délits civils ou administratifs.
Dépendance à la drogue	La dépendance à la drogue implique le besoin compulsif de consommer de la drogue, la difficulté à contrôler sa consommation, une consommation continue de la substance malgré l'apparition de problèmes physiques, mentaux et sociaux liés à cet usage, une tolérance accrue au fil du temps, et parfois l'apparition de symptômes de manque si la substance devient brusquement indisponible. La dépendance à la drogue ne constitue pas un manque de volonté ou de force de caractère, mais est au contraire une condition médicale chronique et récurrente qui repose sur des facteurs physiologiques et génétiques.
Dépistage de drogues	Analyse des fluides corporels (tels que le sang, l'urine ou la salive), des cheveux ou autres tissus, pour détecter la présence d'une ou plusieurs substances psychoactives. Le dépistage de drogues est utilisé pour contrôler la présence de substances psychoactives chez les individus participant à un programme de réhabilitation, chez les patients suivant une thérapie de substitution, ou lorsqu'un emploi est conditionné par l'abstinence de consommation de drogue. Le dépistage n'est pas une méthode efficace de dissuasion contre l'usage de drogues et peut avoir un certain nombre de conséquences négatives, dont la consommation de substances plus nocives pour éviter la détection.

Désintoxication	<p>Processus par lequel un usager cesse progressivement de subir les effets d'une substance psychoactive. Le processus de sevrage est effectué selon un protocole clinique, de manière efficace et sans danger, afin que les symptômes de manque soient réduits au minimum. De nombreux usagers dépendants gèrent le sevrage sans l'aide de services de désintoxication, alors que d'autres ont besoin d'être assistés par leur famille, leurs amis ou d'autres services.</p>
Drogues / Substances contrôlées	<p>Substances psychoactives dont la production, la vente et/ou la consommation sont interdites. Le terme « substances illégales » a été utilisé dans la version précédente de ce Guide. Dans cette nouvelle version du document, nous avons décidé d'utiliser le terme « substances contrôlées » comme terme plus exact. En effet, ce n'est pas la drogue elle-même qui est « illégale », mais sa production, sa vente et/ou sa consommation, dans certaines circonstances et sous certaines juridictions. L'expression « marché illégal de drogues », renvoie spécifiquement à la production, la distribution et la vente de toute drogue, en dehors des voies légales.</p>
Effet de manque	<p>Groupe de symptômes de gravité variable apparaissant lorsque l'usager réduit ou cesse de consommer les drogues qu'il avait pris l'habitude d'utiliser sur une longue période et/ou à forte dose. L'effet de manque est parfois accompagné de troubles physiologiques. Cet effet de manque est l'un des principaux indicateurs d'un problème de dépendance à la drogue. L'apparition et l'évolution de l'effet de manque est de courte durée, mais peut varier selon le type de substance et la quantité de drogue immédiatement consommée avant la réduction ou l'arrêt de la consommation.</p> <p>Le sevrage aux opiacés est généralement accompagné des symptômes suivants : nez qui coule, formation excessive de larmes, douleurs musculaires, frissons et sensations de chair de poule, puis, après 24 à 48 heures, l'apparition de crampes musculaires et abdominales. L'envie d'acquiescer et de consommer des drogues est très forte et se poursuit longtemps après que les symptômes physiques ont disparu.</p> <p>Le sevrage d'autres stimulants a des effets moins caractérisés que les effets de manque découlant de substances affectant le système nerveux central. Le manque se traduit le plus souvent par de la dépression accompagnée de malaises, d'inertie et d'instabilité.</p>
Euphorisant légal	<p>Substance ayant des propriétés psychoactives (capable d'altérer l'humeur et/ou la perception) dont la production, la distribution, la possession et la consommation ne sont pas soumises au système de contrôle légal sur les drogues, dans un Etat ou un ensemble d'Etats donnés.</p>
Feuille de coca	<p>Les feuilles du cocaier (le <i>Erythroxylon coca</i>) sont traditionnellement mastiquées ou sucées par les peuples des régions andines, avec une pincée de cendres d'alcalis, comme stimulant, coupe-faim et pour améliorer leur tolérance à l'altitude. La cocaïne est extraite des feuilles de coca.</p>
Héroïne	<p>L'héroïne, qui désignait à l'origine une marque conçue par la société pharmaceutique allemande « Bayer », est le nom populaire pour la diacétylmorphine, un opioïde semi-synthétique, utilisé en médecine comme analgésique. Si elle est utilisée à des fins non-thérapeutiques, elle offre un sentiment de relaxation et d'euphorie. Sur le marché illégal, elle se présente généralement sous deux formes: l'héroïne blanche, soluble dans l'eau et habituellement injectée, et le « sucre brun », c'est-à-dire l'héroïne brune, forme de base de la drogue, qui est souvent fumée.</p>

Opiacés	Terme générique utilisé pour les alcaloïdes provenant du pavot à opium, de synthétiques analogues et de composants synthétisés dans le corps qui agissent sur les mêmes récepteurs du cerveau. Ils ont la propriété de soulager la douleur et de produire des sensations de détente, de tranquillité, de bien-être ou d'euphorie. Les alcaloïdes d'opium et leurs analogues synthétiques peuvent également causer une impression d'abrutissement, des comas et des déficiences respiratoires. L'exposition répétée aux opiacés peut produire un état de dépendance, d'où des symptômes physiologiques et psychologiques pénibles pouvant être ressentis pendant le sevrage, caractéristiques du syndrome d'abstinence auquel ces alcaloïdes sont associés.
Overdose	Consommation d'une quantité de drogue si importante qu'elle engendre de graves conséquences physiques et mentales. L'overdose délibérée est une forme commune de suicide ou de tentative de suicide. En chiffres absolus, il y a davantage d'overdoses de drogues légales que d'overdoses de substances contrôlées. Une overdose peut produire des effets temporaires ou durables, ou même la mort. La dose mortelle de drogue varie selon les individus et les circonstances spécifiques de chaque cas d'overdose.
Partage de seringues	Utilisation des mêmes seringues, ou autre matériel d'injection, par plusieurs personnes, lors de l'administration de drogues. Le partage de seringues engendre des risques de transmission de virus tels que ceux du sida ou de l'hépatite B, et de bactéries. De nombreuses interventions, telles que les thérapies de substitution par la méthadone (TSO) ou les programmes d'échange de seringues (PES), ont pour but de réduire le partage des seringues.
Principe de proportionnalité	Le principe juridique de la proportionnalité fait référence à la nécessité d'imposer une réponse judiciaire et juridique proportionnée au préjudice causé par une infraction donnée. En d'autres termes, les peines imposées contre une infraction doivent être pertinentes, comme le veut la croyance populaire selon laquelle « la sanction doit être proportionnée à l'infraction ». Afin de parvenir à imposer une sanction proportionnée pour les infractions liées à la drogue, un certain nombre de questions pratiques doivent être considérées : les antécédents du contrevenant (les problèmes de pauvreté, la contrainte, les normes culturelles) et le degré de son implication dans une infraction (est-il un « passeur » ou dépendant de la drogue, ou, au contraire, un trafiquant de grande envergure amassant d'énormes profits?)
Plante psychoactive	Plantes contenant des stimulants légers tels que la coca, le khat, l'éphédra et le kratom, souvent utilisées dans des contextes culturels autochtones. Le terme est utilisé pour faire la distinction entre les stimulants légers naturels (tels que la coca, consommée traditionnellement dans la région andine) et les puissants extraits d'alcaloïdes et substances pharmaceutiques (cocaïne, crack, amphétamines, méthamphétamine), dont les dommages sur les consommateurs sont beaucoup plus graves.
Rechute	Retour à la consommation de drogue après une période d'abstinence, souvent accompagnée d'une réapparition des symptômes de dépendance. Certains chercheurs font la distinction entre une rechute et un « écart », le second dénotant un retour temporaire à la consommation.
Récidive	Tendance à répéter une infraction et/ou à retourner régulièrement en prison. Il y a désormais une véritable prise de conscience que la récidive résulte le plus souvent d'activités répressives des forces de l'ordre (c'est-à-dire le fait de cibler des zones économiquement et socialement défavorisées ou des personnes précédemment condamnées) et/ou de la dépendance à la drogue (qui peut contraindre un individu à transgresser les lois sur les drogues).

Réduction de la demande	Terme générique utilisé pour décrire les politiques et les programmes destinés à réduire la demande de substances contrôlées. La réduction de la demande englobe des programmes éducatifs, de traitement et de réhabilitation. Ils se distinguent des stratégies de maintien de l'ordre qui cherchent, au contraire, à mettre un terme à la production et à la distribution de drogues.
Réduction de l'offre	Politiques et programmes visant à réduire et, à terme, à éliminer la production et la distribution de drogues. Historiquement, le système international de contrôle des drogues s'est centré sur des stratégies de réduction de l'offre, en éradiquant les récoltes, en interdisant la production par des activités de maintien de l'ordre, etc. Les données disponibles montrent que ces stratégies ont échoué dans la lutte contre le marché mondial de drogues. Certains pays se sont dorénavant tournés vers une approche basée sur la mise en place d'autres moyens de subsistance.
Réduction des peines pénales	Réduction de la sévérité des peines pénales contre les délits liés à la drogue. Les peines restent dans le cadre du droit pénal.
Réglementation légale	La production, la distribution et la consommation de drogues ne sont plus considérées comme illégales, mais sont soumises à un système réglementé (comme par exemple les systèmes de réglementation du tabac, de l'alcool ou de certains médicaments).
Réhabilitation	Processus par lequel un individu dépendant à la drogue retrouve un état satisfaisant de santé et de bien-être social. La réhabilitation fait suite à la phase initiale de traitement (désintoxication et traitement médical et/ou psychiatrique). Une grande variété d'approches peuvent être utilisées lors de cette deuxième phase : thérapies de groupe, thérapies comportementales visant à empêcher une rechute, mise en place de groupes d'entraide, traitement dans un centre communautaire thérapeutique résidentiel ou dans un centre de transition, programmes de formation professionnelle et stages. La réhabilitation peut inclure une TSO. Le résultat escompté est la réintégration de l'individu au sein de la communauté.
Thérapie de substitution aux opiacés (TSO)	<p>La thérapie de substitution aux opiacés (TSO) implique l'utilisation de médicaments dont les effets sont ressentis sur une longue durée. Cette thérapie est actuellement considérée comme le traitement le plus efficace pour lutter contre la dépendance aux opiacés. La méthadone et la buprénorphine sont les deux médicaments les plus couramment utilisés dans le cadre de ce traitement.</p> <p>Après une ou deux semaines suivant le début de la TSO, la plupart des usagers ressentent moins les effets de manque et peuvent ainsi réduire ou arrêter leur consommation d'opiacés. La TSO introduit une certaine stabilité dans la vie des usagers en les éloignant du « marché noir ». Le risque de contracter des maladies transmissibles par voie sanguine (par exemple le sida et les hépatites B et C), ainsi que les autres risques associés à l'injection, sont également fortement réduits. Dans l'ensemble, l'objectif de la TSO est d'améliorer l'environnement sanitaire, social et économique pour les usagers, leur famille et la communauté dans son ensemble.</p> <p>L'usage de la TSO est soutenu par l'ONU, qui considère que cette thérapie est un élément essentiel dans la gestion de la dépendance aux opiacés et dans la prévention contre le sida parmi les usagers de drogues. De plus, les médicaments utilisés dans la TSO sont répertoriés dans la liste des « médicaments essentiels » établie par l'OMS. L'OICS a déclaré que la TSO « ne constitue pas une violation des dispositions des traités internationaux, tant que les substances utilisées sont conformes aux bonnes pratiques médicales ayant cours dans les pays concernés ».</p>

Traitement à l'héroïne

Option thérapeutique ajoutée à la gamme de TSO dans un nombre croissant de pays au cours de ces 20 dernières années, au fur et à mesure que ses bienfaits ont été prouvés et son utilisation mieux sécurisée. Le TAH implique l'administration de diamorphine à des patients, notamment à ceux pour lesquels la TSO traditionnelle à base de méthadone n'a que peu d'effets. Des doses de diamorphine sont administrées sous supervision médicale dans un environnement stérilisé. De plus, les traitements médicaux sont accompagnés de dispositifs de soutien psychosocial intensif. Le TAH a eu des résultats positifs dans les pays où il est disponible, c'est-à-dire en Allemagne, au Canada, au Danemark, en Espagne, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suisse.

Usage / consommation de drogues

Auto-administration d'une substance psychoactive.

Usage / consommation de drogues injectables

Consommation de drogues par injection. L'injection peut être intramusculaire (dans un muscle), sous-cutanée (sous la peau), intraveineuse (dans une veine), etc.

Le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC) est un réseau mondial composé d'organisations non-gouvernementales (ONG) et de réseaux de professionnels, qui promeut un débat ouvert et objectif sur le contenu, l'efficacité et l'orientation des politiques des drogues au niveau national et international. L'IDPC soutient des politiques efficaces basées sur des preuves scientifiques et qui visent à réduire les risques liés à la drogue. Les membres de l'IDPC disposent de compétences et d'expériences variées dans l'analyse des problèmes et des politiques relatifs à la drogue, et contribuent aux débats politiques tant au niveau national qu'international.

Ce Guide a été conçu afin d'aider les responsables politiques nationaux dans le processus d'élaboration de politiques et de programmes efficaces, humains et appropriés, pour répondre aux problèmes auxquels leur pays est confronté. Chaque chapitre du Guide introduit un défi politique spécifique, poursuit une analyse des preuves et des expériences actuelles dans différents pays, et présente enfin des conseils et des recommandations pour élaborer des réponses politiques efficaces.

« La deuxième édition du Guide sur les politiques des drogues de l'IDPC énonce clairement les préoccupations centrales relatives à l'élaboration des politiques dans ce domaine complexe, en présentant les preuves scientifiques au niveau mondial, dans la mise en place de stratégies efficaces, équilibrées et ancrées dans les principes de santé publique, des droits humains et de développement. Ce document est un outil important pour nous guider et coordonner une réponse collective à ce phénomène en constante évolution. J'encourage les responsables politiques nationaux à faire bon usage des conseils et des informations qu'ils trouveront dans les pages de ce Guide ».

João Goulão

Coordinateur national du Portugal pour la lutte contre les problèmes de drogue, la toxicomanie et l'usage abusif d'alcool

idpc

Tél : +44 (0) 20 7324 2975

Fax : +44 (0) 20 7324 2977

Email : contact@idpc.net

Web : www.idpc.net/fr

ISBN – 0-904932-11-7

Soutenu, en partie, par une subvention
d'Open Society Foundations



**OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS**

Conception et mise en page par Atombowl