

JUIN 2012

La guerre aux drogues face au VIH/sida

Comment
la criminalisation
de l'usage de drogues
aggrave la pandémie
mondiale

**RAPPORT
DE LA COMMISSION
MONDIALE POUR
LA POLITIQUE DES DROGUES**



Devant l'ambassade de Russie à Londres, des manifestants réclament la mise à disposition de traitements de substitution aux opiacés et le développement des programmes d'accès aux seringues.

Photo : International Network of People who Use Drugs (www.inpud.net)

SECRÉTARIAT

Ilona Szabó de Carvalho
Miguel Darcy de Oliveira
Patrícia Kundrat
Rebeca Lerer

SOUTIEN

Igarapé Institute

Instituto Fernando Henrique Cardoso

Open Society Foundations

Sir Richard Branson, fondateur et président du groupe Virgin (soutien apporté par l'intermédiaire de Virgin Unite)

CONSEILLERS

Dr Alex Wodak, Australian Drug Law Reform Foundation
www.adlrf.org.au

Ethan Nadelmann, Drug Policy Alliance
www.drugpolicy.org

Dan Werb, International Centre for Science in Drug Policy
www.icsdp.org

Dr Evan Wood, International Centre for Science in Drug Policy (Centre international pour la science dans les politiques sur les drogues)
www.icsdp.org

Martin Jelsma, Transnational Institute
www.tni.org/drugs

Mike Trace, International Drug Policy Consortium
www.idpc.net

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

www.unodc.org

www.drugpolicy.org

www.icsdp.org

www.idpc.net

www.igarape.org.br

www.talkingdrugs.org

www.tni.org/drugs

www.ihra.net

www.countthecosts.org

www.intercambios.org.ar

www.cupihd.org

www.wola.org/program/drug_policy

www.beckleyfoundation.org

www.comunidadesequera.org

RAPPORT DE LA COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES



Pour en savoir plus sur la Commission,
rendez-vous sur le site :
www.globalcommissionondrugs.org

Ou envoyez-nous un e-mail à l'adresse suivante :
declaration@globalcommissionondrugs.org

MEMBRES DE LA COMMISSION

Aleksander Kwasniewski, ancien président de la Pologne

Asma Jahangir, militante des droits de l'homme, ancienne rapporteuse spéciale des Nations unies sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, Pakistan

Carlos Fuentes, écrivain et intellectuel, Mexique, *in memoriam*

César Gaviria, ancien président de la Colombie

Ernesto Zedillo, ancien président du Mexique

Fernando Henrique Cardoso, ancien président du Brésil (président de la Commission)

George Papandreou, ancien Premier ministre de la Grèce

George P. Shultz, ancien secrétaire d'État, États-Unis (président honoraire)

Javier Solana, ancien Haut Représentant de l'Union européenne pour la politique étrangère et la politique de sécurité commune, Espagne

John Whitehead, banquier et fonctionnaire, président de la World Trade Center Memorial Foundation, États-Unis

Louise Arbour, ancienne Haut Commissaire aux droits de l'homme des Nations unies, présidente de l'International Crisis Group, Canada

Maria Cattai, ancienne secrétaire générale de l'International Chamber of Commerce, Suisse

Mario Vargas Llosa, écrivain et intellectuel, Pérou

Marion Caspers-Merk, ancienne secrétaire d'État au ministère fédéral de la Santé allemand

Michel Kazatchkine, professeur de médecine, ancien directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, France

Paul Volcker, ancien président la Réserve fédérale américaine et du Conseil pour la reconstruction économique

Pavel Bém, ancien maire de Prague, membre du Parlement tchèque

Ricardo Lagos, ancien président du Chili

Richard Branson, entrepreneur, philanthrope, fondateur du groupe Virgin, cofondateur de The Elders, Royaume-Uni

Ruth Dreifuss, ancienne présidente de la Confédération helvétique et ancienne responsable du département fédéral de l'Intérieur suisse

Thorvald Stoltenberg, ancien ministre des Affaires étrangères et Haut Commissaire des Nations unies pour les réfugiés, Norvège

La guerre mondiale contre la drogue accélère la transmission du VIH/sida parmi les usagers de drogues et leurs partenaires sexuels. Les études menées à travers le monde montrent systématiquement que les politiques répressives de lutte contre la drogue empêchent les usagers d'accéder aux services de santé publique et les maintiennent dans des milieux marginaux où le risque d'infection par le VIH est très élevé. L'emprisonnement massif des auteurs de délits non violents liés à la drogue joue également un rôle majeur dans l'accroissement du risque de transmission du virus. Il s'agit d'un problème de santé publique fondamental dans de nombreux pays, notamment aux États-Unis où près de 25 % des Américains infectés par le VIH encourent chaque année le risque d'être incarcérés. Ce taux d'incarcération disproportionné est l'une des raisons principales de la propagation accrue du VIH dans la communauté afro-américaine.

Il a également été prouvé que l'application de politiques répressives à l'encontre des consommateurs de drogues constitue un véritable obstacle au traitement du VIH. Bien qu'il ait été démontré que le traitement de l'infection par le VIH réduit considérablement le risque de transmission du virus par des individus infectés, les répercussions sur la santé publique des interruptions de traitement liées aux politiques répressives de lutte contre la drogue ne sont toujours pas considérées comme une entrave majeure aux efforts de contrôle de la pandémie du VIH/sida dans le monde.

La guerre aux drogues a par ailleurs conduit à une distorsion de la politique qui minimise ou ignore les traitements de la toxicomanie basés sur des preuves scientifiques et les mesures de santé publique. Bien qu'il s'agisse d'un problème récurrent dans le monde, certains pays, en particulier les États-Unis, la Russie et la Thaïlande, font fi des évidences scientifiques et des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé, tout en s'opposant à la mise en place de programmes de prévention du VIH fondés sur des données cliniques, avec des conséquences dévastatrices. En Russie, par exemple, près d'un adulte sur cent est aujourd'hui infecté par le VIH.

À l'inverse, les pays qui ont adopté des mesures de santé publique et des traitements de la toxicomanie scientifiquement éprouvés ont enregistré une baisse spectaculaire de la propagation du VIH chez les utilisateurs de drogues, ainsi qu'une diminution de l'usage par injection. Des lignes directrices claires et consensuelles permettent d'atteindre ce résultat, mais les outils de prévention du VIH ont été sous-exploités et les politiques néfastes de lutte contre la drogue ont mis longtemps à évoluer.

Voilà sans doute une conséquence de l'hypothèse totalement erronée selon laquelle les saisies de drogues, les arrestations, les condamnations pénales et autres indices couramment présentés comme des « succès » de la lutte antidrogue ont été globalement efficaces pour réduire la disponibilité des drogues illicites. Les données fournies

par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime révèlent cependant que l'offre mondiale d'opiacés illicites, comme l'héroïne, a augmenté de plus de 380 % au cours des dernières décennies, passant de 1 000 tonnes en 1980 à plus de 4 800 tonnes en 2010. Cette hausse coïncide avec la diminution de 79 % du prix de l'héroïne, en Europe, entre 1990 et 2009.

D'autres preuves similaires de l'échec de la guerre menée contre la drogue pour contrôler l'offre sont mises en évidence en analysant les données du système de surveillance des drogues aux États-Unis. En dépit d'une augmentation de plus de 600 % du budget fédéral consacré à la lutte antidrogue aux États-Unis depuis le début des années 1980, le prix de l'héroïne a par exemple baissé de près de 80 % dans le pays au cours de cette période, alors que la pureté de cette substance augmentait, quant à elle, de plus de 900 %. Une tendance similaire de chute des prix accompagnée d'un accroissement de la puissance du produit s'observe, dans les données de surveillance américaines, pour d'autres substances illicites couramment consommées, comme la cocaïne et le cannabis.

Comme ce fut le cas aux États-Unis avec la prohibition de l'alcool dans les années 1920, la prohibition conduit aujourd'hui à une intensification de la violence liée au commerce des drogues dans le monde entier. Par exemple, plus de 50 000 personnes auraient perdu la vie depuis la montée en puissance, en 2006, de l'offensive militaire du gouvernement mexicain contre les cartels de la drogue. Bien que les partisans des politiques répressives puissent considérer que ces véritables massacres soient à même de perturber les capacités de production et de distribution des drogues illicites, des estimations récentes indiquent que la production d'héroïne mexicaine a augmenté de plus de 340 % depuis 2004.

Face à la propagation de l'épidémie de VIH dans des régions et pays où elle est largement due à l'usage de drogues par voie injectable et à la récente mise en évidence que les infections liées à l'injection sont désormais en hausse dans d'autres régions, notamment en Afrique subsaharienne, il est grand temps d'agir. Malheureusement, les agences nationales de santé publique et celles de l'ONU ont été reléguées au second plan. Bien que la guerre contre la drogue ait favorisé la propagation du VIH dans de nombreuses régions, d'autres organismes en charge de l'application des lois et certaines agences de l'ONU ont activement poursuivi leurs politiques de répression, au détriment de la santé publique. N'importe quelle analyse sérieuse des répercussions de la guerre aux drogues tendrait à démontrer que de nombreuses organisations nationales et internationales, chargées de réduire les problèmes liés à la drogue, ont en fait contribué à une détérioration de la santé et de la sécurité des communautés concernées. Les choses doivent changer.

LES RECOMMANDATIONS DU PRÉSENT RAPPORT PEUVENT ÊTRE RÉSUMÉES COMME SUIT*

Les mesures suivantes doivent être prises par les dirigeants nationaux et le secrétariat général de l'ONU, ainsi que par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, l'ONUSIDA et la Commission des stupéfiants des Nations unies :

1. Reconnaître et traiter les liens de causalité entre la guerre aux drogues et la propagation du VIH/sida, les violences liées au trafic de drogue et autres dommages sanitaires (par exemple l'hépatite C) et sociaux.
2. Réagir au fait que les comportements à risque de transmission du VIH, liés aux politiques répressives de lutte contre la drogue et à l'insuffisance de financement des approches basées sur des données scientifiques, sont la principale cause de la prolifération de l'épidémie dans de nombreuses régions du globe.
3. Inciter les gouvernements nationaux à mettre un terme aux arrestations et aux incarcérations d'usagers de drogues ne présentant pas de danger pour autrui.
4. Remplacer les mesures inefficaces, focalisées sur la criminalisation et la pénalisation des consommateurs de drogues, par des interventions respectueuses de leurs droits et basées sur des données scientifiques, connues pour réduire de manière significative les conséquences négatives de l'usage de drogue sur l'individu et la société.
5. Les pays ayant tendance à sous-utiliser les mesures de santé publique éprouvées devraient immédiatement mettre en œuvre des stratégies basées sur des preuves scientifiques pour réduire les infections à VIH et protéger la santé des toxicomanes, notamment via la distribution de seringues stériles et aux autres programmes de réduction des risques liés à l'injection. Ne pas le faire serait criminel.
6. Les secteurs public et privé devraient investir dans un large choix d'options basées sur des données scientifiquement reconnues, facilement accessibles, pour traiter et prendre en charge la dépendance, dont les traitements de substitution et la prescription médicale d'héroïne. Ces stratégies réduisent les risques de maladies et de décès, tout en limitant l'ampleur et les effets néfastes du trafic de drogue, grâce à une diminution de la demande mondiale de stupéfiants.
7. Toutes les autorités compétentes, tant au niveau municipal qu'international, doivent reconnaître l'échec de la guerre menée contre les drogues afin de réduire la demande mondiale et, ce faisant, s'éloigner des mesures conventionnelles répressives qualifiées de « succès » (arrestations, saisies et condamnations), qui n'ont aucune répercussion positive sur les communautés concernées.
8. Mesurer la réussite d'une politique des drogues en s'appuyant sur des indicateurs ayant véritablement un sens pour les communautés, comme la diminution du taux de transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses (comme l'hépatite C), celle du nombre de décès par overdose, des actes de violence liés au commerce de la drogue, du nombre d'individus incarcérés ou du taux d'usage problématique de substances.
9. Appeler les agences de santé des Nations unies à prendre en charge la réponse à l'usage de drogues et aux risques qui y sont associés et à promouvoir les interventions basées sur des données scientifiques. D'autres organismes, dont l'Organe international de contrôle des stupéfiants, devraient être soumis à un contrôle externe indépendant pour s'assurer que les politiques qu'ils prônent n'entraînent pas une détérioration de la santé et de la sécurité des populations concernées.
10. Agir de toute urgence : la guerre contre la drogue a échoué et des millions de nouvelles infections par le VIH et de morts du sida pourraient être évités en agissant dès maintenant.

* Les recommandations du rapport de 2011, intitulé « La guerre aux drogues », de la Commission mondiale pour la politique des drogues, sont récapitulées en troisième de couverture du présent rapport.

La guerre aux drogues et la pandémie du VIH/sida

La guerre mondiale contre les drogues accélère la transmission du VIH/sida parmi les usagers de drogues et leurs partenaires sexuels. Aujourd'hui, on estime à 33 millions le nombre de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'usage de drogues par injection représente près d'un tiers des nouvelles infections par le VIH enregistrées hors Afrique subsaharienne. Bien que le nombre annuel de nouvelles infections ait diminué depuis la fin des années 1990, l'incidence du VIH a augmenté de plus de 25% dans sept pays, au cours de cette période, principalement en raison de la transmission du VIH liée à la consommation de drogue par voie intraveineuse¹. Cinq de ces pays sont situés en Europe de l'Est et en Asie centrale, une région du globe où la guerre contre les drogues est particulièrement répressive et où le nombre de personnes infectées par le VIH a, par voie de conséquence, pratiquement triplé depuis 2000¹.

Trois des 16 millions d'injecteurs de drogues illicites estimés de par le monde seraient actuellement infectés par le VIH, soit environ un usager sur cinq². La prévalence moyenne du VIH parmi les usagers injecteurs en Chine, aux États-Unis et en Russie – trois pays regroupant la plus grande population de ce type – serait respectivement de 12 %, 16 % et 37 %². Bien qu'elles soulignent l'importance de l'urgence en matière de santé publique, ces statistiques ne mettent pas en évidence le lien de causalité existant entre politiques répressives et aggravation de la propagation du VIH au sein de cette population³. Comme indiqué ci-dessous, traiter l'usage de drogues comme un acte criminel favorise la propagation du VIH via plusieurs mécanismes.

COMMENT LA GUERRE CONTRE LA DROGUE AGGRAVE LA PANDÉMIE DU VIH :

- **La peur de l'arrestation conduit les usagers de drogues à se cacher dans des lieux clandestins à hauts risques, loin des services de prévention et de dépistage du VIH.**
- **Restreindre la mise à disposition de seringues stériles pour les usagers de drogues entraîne une augmentation des partages de seringues.**
- **Interdire ou restreindre l'accès aux traitements de substitution opiacés et à tout autre traitement basé sur des preuves scientifiques se traduit par des addictions non traitées et des comportements à risque qui pourraient être évités.**
- **Les conditions carcérales et l'absence de mesures de prévention du VIH en prison conduisent à une explosion du VIH parmi les usagers de drogues incarcérés.**
- **Les interruptions de traitement antirétroviral entraînent une élévation de la charge virale VIH, donc du risque de transmission du virus, et une résistance accrue aux antirétroviraux.**
- **Déjà limités, les fonds publics sont gaspillés dans des politiques répressives inefficaces et délétères au lieu d'être investis dans des stratégies éprouvées de prévention du VIH.**

En haut à droite : un marine américain patrouille dans un champ de pavot en Afghanistan.

Photo : Corps des marines des États-Unis (CC BY-NC 2.0)

En haut à l'extrême droite : un toxicomane se fait injecter de l'héroïne (localement dénommée « *brown sugar* ») par un ami, au bord d'une route de la ville de Siliguri, dans l'est de l'Inde.

Photo : Reuters/Rupak de Chowdhuri



La peur de la police et la stigmatisation accroissent les comportements à risque de transmission du VIH

Les politiques répressives visant à éradiquer le trafic de drogue éloignent les usagers de drogues dépendants des services de santé publique et les poussent à se réfugier dans des milieux marginaux où le risque de transmission du VIH est particulièrement élevé⁴. Aux côtés des cas de violences policières et de tortures d'usagers de drogues largement signalés⁵, le harcèlement policier, les confiscations de seringues propres et les arrestations pour possession de seringues sont également très fréquents. Autant de pratiques dont on a régulièrement démontré qu'elles favorisaient le partage de seringues usagées et d'autres pratiques d'injection à risques^{6,7}.

La contribution des politiques répressives aux comportements à risque de transmission du VIH peut et devrait être évitée. Consacrée à la façon dont les confrontations avec la police favorisaient les comportements à risque de transmission du VIH, une étude publiée dans la revue médicale britannique *The Lancet* montre ainsi que jusqu'à 19 % des infections VIH chez les usagers de drogues d'Odessa (Ukraine) pourraient être évitées si la police mettait un terme aux abus à l'encontre de ces mêmes usagers⁸.

De nombreux cas ont montré que les lois répressives contribuaient à accroître les comportements à risque et à éloigner les usagers de drogues des services de santé publique. Une jeune moscovite décrit ici la peur suscitée par ces lois répressives :

« La peur. La peur. C'est vraiment la raison principale. Pas seulement la peur d'être arrêtée, mais celle d'être arrêtée et de ne pas pouvoir avoir ma dose. Donc outre subir les pressions et les vols [de la police], il y a aussi le risque d'être malade. C'est pour ça qu'on utilise n'importe quelle seringue trouvée ici ou là. »⁷





Des détenus assis dans une salle de détente où ils sont hébergés en raison de la surpopulation de la prison d'État pour hommes de Chino (Californie), le 3 juin 2011. La Cour suprême a enjoint à la Californie de libérer plus de 30 000 détenus dans les deux années à venir, ou de prendre d'autres mesures pour réduire la surpopulation dans ses prisons et éviter « des morts et des souffrances inutiles ». Conçues pour accueillir quelque 80 000 détenus, les 33 prisons pour adultes de Californie en comptent 145 000 actuellement. À l'heure actuelle, plus de 2 millions de personnes sont enfermées dans les prisons locales ou fédérales américaines, un taux d'incarcération qui a longtemps été le plus élevé au monde. Reuters/Lucy Nicholson

Les incarcérations massives favorisent la transmission du VIH

Bien que la plupart des transmissions du VIH chez les usagers de drogues aient lieu dans leurs communautés, l'incarcération massive d'auteurs de délits non violents liés à la drogue est également un facteur important de propagation de l'épidémie. Un problème essentiel de santé publique dans de nombreux pays, notamment aux États-Unis où la prévalence du VIH et les cas de sida sont beaucoup plus élevés en prison qu'en population générale^{9,10}. Par ailleurs, chaque année près d'un quart des Américains infectés par le VIH seraient incarcérés dans des établissements pénitentiaires¹¹, des statistiques conformes à la tendance générale, vingt pays à revenus faibles ou intermédiaires ayant enregistré une prévalence du VIH supérieure à 10 % dans leur population carcérale¹².

L'importance des taux d'incarcération d'usagers de drogues infectés par le VIH ou à risque de l'être est particulièrement préoccupante, car emprisonnement rime avec partage de seringues, sexe non protégé et flambées de VIH dans de nombreux endroits du monde. L'emprisonnement a été identifié comme un facteur de risque d'infection par le VIH dans les pays d'Europe occidentale et méridionale, en Russie, au Canada, au Brésil, en Iran et en Thaïlande¹³. Des études ont également montré que le partage de seringues usagées était la principale cause de propagation du VIH en prison tandis qu'en santé publique, des recherches utilisant des techniques de génétique virale ont prouvé que le partage de seringues entre détenus était responsable d'une recrudescence des cas de VIH¹³⁻¹⁵. En interrompant le traitement antirétroviral, l'incarcération favorise enfin le risque d'infection par le VIH et de maladie, comme indiqué plus bas.

Selon des études menées aux États-Unis, où les minorités ethniques sont davantage susceptibles que les Blancs d'être emprisonnées pour des délits liés à la drogue, cette disproportion des taux d'incarcération est l'une des principales raisons de la prolifération massive du virus du sida dans la population afro-américaine^{16,17}. Un problème majeur de santé publique car, bien qu'ils ne représentent que 12 % de la population américaine, les Afro-Américains totalisent plus de 50 % des nouveaux cas d'infection par le VIH enregistrés dans le pays ces dernières années¹⁸.

L'importance accordée mondialement aux lois répressives a également conduit à l'emprisonnement massif d'usagers de drogues dans des « centres de détention pour toxicomanes » obligatoires, en particulier dans les endroits où le VIH se propage rapidement parmi cette population¹⁹. Même s'ils diffèrent dans leur conception et leur mode de fonctionnement, tous les rapports soulignent que ces centres n'offrent aucun traitement de la dépendance ou contre le VIH basé sur des preuves scientifiques. Les cas avérés de travail forcé, torture et autres violations des droits de l'homme sont courants dans ces établissements²⁰. Malgré les critiques récemment émises par différentes organisations de santé et de défense des droits de l'homme, ainsi que par l'ONU et le gouvernement américain, ces centres de détention obligatoires pour toxicomanes continuent d'exister, en particulier en Chine et en Asie du Sud-Est^{21,22}.

Les lois répressives sont un obstacle aux thérapies antirétrovirales et favorisent, de fait, la transmission du VIH

Outre favoriser le partage de seringues et d'autres comportements à risque, les politiques répressives créent des barrières au dépistage et au traitement du VIH. La criminalisation de l'usage de drogues peut entraver ou empêcher de différentes manières l'accès aux traitements essentiels des usagers infectés par le VIH. Ces obstacles au traitement comprennent la stigmatisation et la discrimination au sein des établissements de santé, le refus de services, les ruptures de confidentialité, l'obligation de ne pas consommer de drogues pour bénéficier d'un traitement et l'utilisation de registres pouvant aboutir au déni de droits fondamentaux, comme le droit de travailler ou le droit de garde d'enfants^{19,23}. Des études ont ainsi plusieurs fois démontré que les taux de traitement par antirétroviraux sont plus faibles et les taux de mortalité des personnes infectées par le VIH/sida plus élevés chez les usagers de drogues²⁴.

Les pratiques et politiques répressives ont également des répercussions plus importantes sur la santé publique. En particulier, la thérapie antirétrovirale est connue pour réduire la quantité de virus de l'immunodéficience humaine circulant dans le sang et les sécrétions sexuelles, et des essais cliniques ont récemment prouvé que cette action réduit également les taux de transmission du VIH. De nombreuses agences internationales et programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida se focalisent donc désormais sur la stratégie fondamentale du « traitement comme prévention »²⁵⁻²⁸. Un changement aux répercussions importantes sur la conception même de la riposte mondiale contre le VIH/sida, puisqu'il souligne l'importance pour la santé publique d'assurer un accès aux traitements VIH à tous les segments de la population, y compris aux usagers de drogues par voie injectable.

Préparation des médicaments en vue de leur distribution aux patients, dans le service de traitement du VIH/sida de l'hôpital You'an de Pékin, le 1^{er} décembre 2011. Selon les médias nationaux citant des responsables de la santé, le nombre de nouveaux cas de VIH/sida explose en Chine, avec des taux d'infections en hausse chez les étudiants et les hommes plus âgés. En 2011, d'après les chiffres du Centre chinois de contrôle et de prévention des maladies publiés par l'agence de presse officielle Xinhua, 48000 nouveaux cas auraient été recensés en Chine. Le gouvernement chinois a mis du temps à reconnaître le problème du VIH/sida dans les années 1990.
Reuters/David Gray

Malgré cela, nombre d'études ont montré que les mesures coercitives et l'incarcération fréquente des usagers de drogues entravent leur accès au dépistage et au traitement du VIH, ou contribuent à l'interrompre si celui-ci avait déjà commencé²⁹. Selon une étude canadienne récemment publiée, plus son nombre d'incarcérations est élevé, moindres sont ainsi les chances d'une personne infectée par le VIH d'adhérer au traitement antirétroviral³⁰. Une étude réalisée à Baltimore auprès de patients infectés par le VIH a, de la même façon, mis en évidence que, même courtes, les périodes d'incarcération multipliaient par deux le risque de partage de seringues et par sept celui d'échec virologique³¹. Le fait que les mesures répressives interrompent souvent les efforts de traitement du VIH, favorisant du même coup son risque de transmission et celui de résistance aux médicaments, n'est toujours pas suffisamment pris en compte dans les stratégies nationales et internationales de prévention du VIH^{27,28}. « Le traitement comme prévention » et les nouvelles stratégies de prévention, comme l'accroissement du recours à la prophylaxie préexposition grâce aux thérapies antirétrovirales, sont en fait rarement considérés ou même envisagés par les décideurs politiques comme un moyen de prévenir la propagation du VIH chez les usagers de drogues par voie injectable.



L'épidémie de VIH est hors de contrôle quand les approches de santé publique sont ignorées

Outre accroître les comportements à risque et les obstacles au traitement du VIH, la guerre aux drogues dénature également la politique publique, qui ignore ou minimise les traitements de l'addiction scientifiquement éprouvés et les mesures de santé publique. En 2008, dressant le bilan de la dernière décennie en matière de contrôle des drogues, le directeur exécutif de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime reconnaissait cette réalité :

« La santé publique, qui constitue clairement le principe fondamental devant régir les interventions en matière de contrôle des drogues, a également besoin de financements importants. Mais les fonds ont dans de nombreux cas été réorientés vers la sécurité publique et l'application de la loi qui la sous-tend. Avec pour conséquence la relégation de la santé publique au second plan, davantage saluée en rhétorique et en paroles que dans la pratique réelle. »

L'accent mis sur les politiques répressives a créé des barrières juridiques entravant la mise en place de mesures de prévention du VIH basées sur des preuves scientifiques, comme la mise à disposition de seringues propres, et de méthodes de traitement l'addiction ayant fait leurs preuves scientifiques, à l'image du traitement de maintenance par la méthadone. Il a été démontré que ces approches de santé publique permettent de réduire le risque de transmission du VIH et sont largement soutenues par les plus grands organismes internationaux de santé publique et de médecine^{32,33}. La méthadone figure, par exemple, sur la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé, et plusieurs études scientifiques portant sur l'efficacité de la mise à disposition de seringues stériles pour réduire le risque de transmission du VIH ont conduit les Nations unies à vivement la recommander³⁴.

Différentes évaluations de santé publique ont pourtant mis en évidence l'extrême faiblesse du niveau de couverture de ces interventions éprouvées, y compris dans les lieux où elles sont le plus indispensables²⁴. Contrairement aux préconisations de nombreux organismes scientifiques et aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, bon nombre de pays, dont les États-Unis et la Russie, se sont par exemple opposés à la mise en place de programmes de prévention du VIH basés sur des preuves établies. Aux États-Unis, le Congrès a récemment rétabli l'interdiction du financement fédéral des programmes d'échange de seringues, tant au niveau national qu'international, deux ans seulement après avoir levé cet interdit qui datait de vingt-et-un ans. L'accès aux seringues stériles est également limité dans plusieurs autres pays enregistrant de forts taux d'infection VIH parmi les usagers injecteurs.

Malgré les nombreuses études cliniques prouvant les bienfaits du traitement de maintenance par la méthadone pour réduire les risques associés à l'usage d'héroïne et ceux de transmission du VIH, à la fois pour les individus et les communautés^{35,36}, l'usage de la méthadone reste notablement limité dans nombre de pays, et même illégal en Russie. Parfois créés pour répondre aux pressions des donateurs, les programmes de traitement méthadone tendent, de même, à s'apparenter à des « programmes pilotes récurrents » dans les républiques d'Asie centrale et d'autres pays de l'ancien bloc soviétique, où ils ne sont jamais développés à l'échelle qui leur permettrait de faire face à la demande existante.

Décrivant la situation de la Pologne en matière de prévention du VIH, un élément clé des lois sur les drogues du pays, un rapport de l'ONU soulignait récemment qu'« en ce qui concerne le VIH, les fonds et le travail ont manqué pour prévenir la propagation du virus, ce qui a eu des répercussions sur la disponibilité des services de prévention, et notamment sur les mesures de réduction des risques. »³⁷ Les établissements dans lesquels les mesures de prévention du VIH ont été réduites pour raisons économiques ont été particulièrement exposés à l'augmentation des risques de transmission du VIH parmi les usagers de drogues par voie injectable. En Grèce, le nombre de nouveaux cas d'infections VIH enregistré chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse a par exemple été multiplié par plus de 10 au cours des sept premiers mois de l'année 2011³⁸. Bien que la Russie investisse ces derniers temps près de 800 millions de dollars US par an dans des initiatives de lutte contre le VIH, moins d'un pour cent de cette somme a été consacré à la prévention chez les usagers de drogues, qui concentrent pourtant l'essentiel de l'épidémie dans le pays³⁹. Environ un Russe adulte sur cent est désormais infecté par le VIH, en raison de l'absence de traitements de l'addiction basés sur des données scientifiques et de mesures de prévention du VIH (Figure 1).

Malgré la mise en évidence d'un grave problème en expansion lié à l'injection d'héroïne dans de nombreuses régions côtières d'Afrique subsaharienne, en particulier sur la côte est de l'Afrique², le petit programme de traitement méthadone de l'île Maurice et celui qui a débuté en février 2010 en Tanzanie sont pratiquement les seuls traitements opiacés dispensés par le secteur public au sud du Sahara. Dans la réalité, la méthadone demeure de même inaccessible dans de nombreuses régions d'Asie du Sud et de l'Est, même lorsque l'injection d'opiacés y est particulièrement courante.

Souvent saluée pour avoir, avec succès, réduit la transmission du VIH chez les travailleurs sexuels et leurs clients en distribuant et en encourageant l'utilisation de préservatifs, au côté d'autres mesures basées sur des données scientifiques, la Thaïlande est également un cas d'étude important. Partie d'un pic plus de 40 %

FIGURE 1.
**Nombre estimé
d'individus infectés
par le VIH en Russie**

Source : Programme commun
des Nations unies sur le VIH/sida

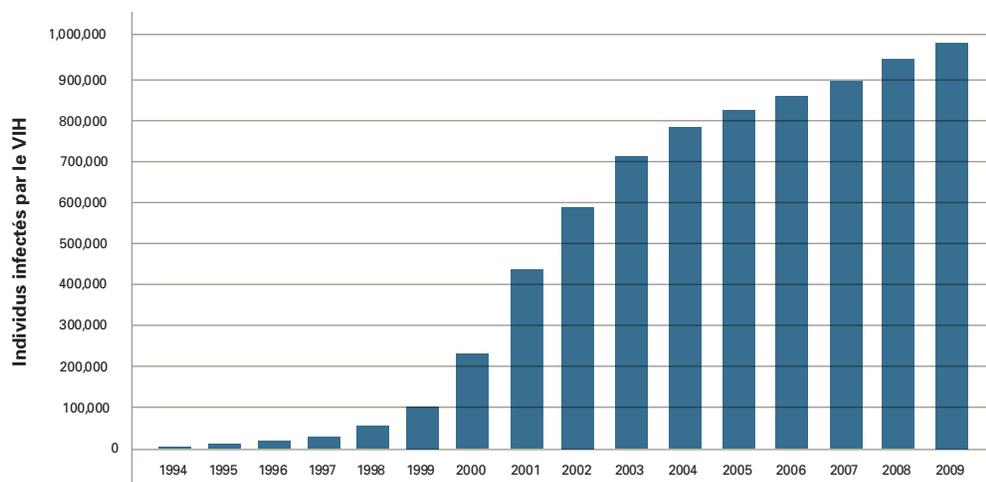
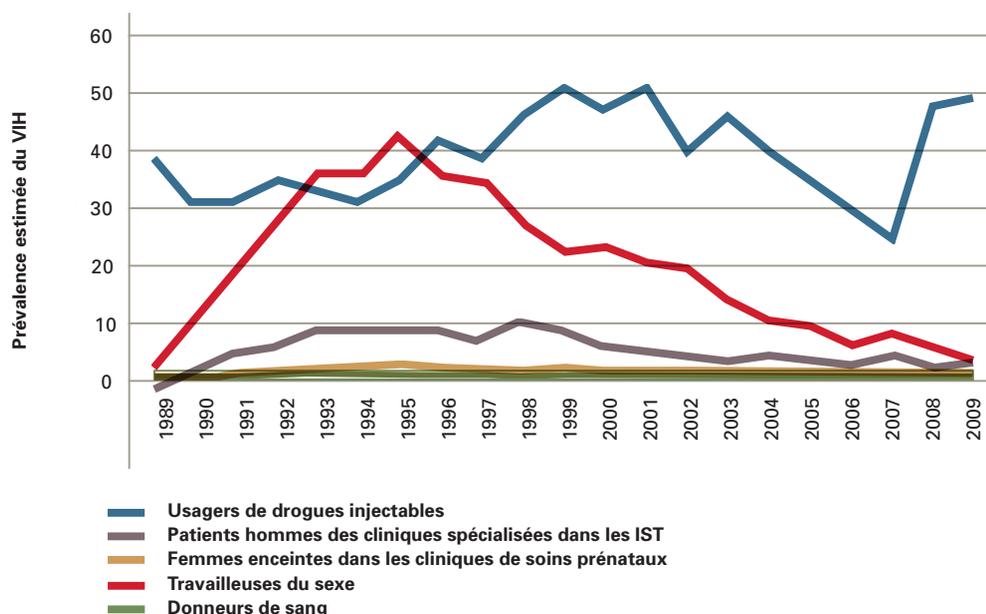


FIGURE 2.
**Prévalence estimée
du VIH parmi
les différents groupes
à risque en Thaïlande**

Source : Bureau thaïlandais
d'épidémiologie, HIV Total
Sentinel Surveillance, ministère
de la Santé publique (2011)



en 1995, la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe thaïlandaises aurait ainsi chuté à moins de 5 % ces dernières années. Parallèlement, la Thaïlande a cependant maintenu sa politique historique de lutte contre les drogues, qui considère les consommateurs comme des « menaces pour la sécurité ». En 2003, la répression menée contre les trafiquants de drogues présumés s'est ainsi soldée par l'exécution sommaire de plus de 2 500 personnes sans autre forme de procès⁴⁰. Un massacre et une répression permanente qui ont éloigné les usagers de drogues des services de santé, y compris du traitement VIH. Alors que la prévalence du VIH a considérablement baissé chez les professionnelles du sexe, il n'est donc pas surprenant que les taux d'infection soient restés très élevés chez les usagers de drogues thaïlandais, avec une prévalence estimée proche de 50 % ces dernières années (Figure 2).

Même en comparant différentes régions au sein d'un même pays, il apparaît clairement que les taux les plus élevés de VIH se trouvent dans les zones appliquant les politiques les plus répressives en matière de lutte contre les drogues. Portant sur les 96 plus grandes zones métropolitaines des États-Unis, une étude a par exemple démontré que les politiques les plus répressives étaient associées à une prévalence du VIH plus élevée chez les usagers recourant à l'injection et concluait : « C'est sans doute parce que la peur de l'arrestation et/ou de la sanction incite les usagers injecteurs à éviter d'avoir recours aux programmes d'échange de seringues, à injecter à la hâte, dans des squats ou tout autre lieu où les risques sont légion, pour ne pas être découverts. »⁴¹

Le combat contre le VIH est gagné quand la dépendance est traitée comme un problème de santé

L'expérience de la Russie, de la Thaïlande, des États-Unis et d'autres pays, où la guerre aux drogues a été menée de façon agressive, peut être opposée à celle de pays ayant adopté des mesures de santé publique et des traitements de l'addiction basés sur des preuves scientifiques pour lutter contre l'épidémie de VIH. Dans ces pays, dont de nombreux pays d'Europe occidentale et l'Australie, les nouveaux cas d'infection VIH diagnostiqués chez les consommateurs de drogues ont pratiquement disparu, tout comme la transmission verticale du VIH a été éradiquée dans les pays offrant un accès à la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant.

Dès 1997, une enquête mondiale révélait en effet qu'alors que la prévalence du VIH augmentait de près de 6 % par an dans 52 villes ne disposant pas de programmes d'échange de seringues, elle déclinait d'environ 6 % par an dans les 29 villes où ces programmes existaient⁴². Des résultats similaires ont régulièrement été observés partout dans le monde depuis cette date³². À Tallinn, Estonie, un pays enregistrant l'un des plus forts taux européens de VIH par habitant, la baisse de 34 % à 16 % du nombre d'infections VIH chez les nouveaux usagers injecteurs a par exemple coïncidé avec l'augmentation du nombre de seringues échangées, qui est passé de 230 000 en 2005 à 770 000 en 2009⁴³. En 2001, le gouvernement portugais a dépénalisé l'usage et la possession pour usage personnel d'une faible quantité de drogues illicites, tout en considérant l'abus de drogues comme un problème de santé publique. Entre 2000 et 2008, le nombre de nouveaux cas d'infection VIH chez les usagers de drogues par voie injectable est ainsi passé de 907 à 267, tandis que le nombre de cas de sida chutait de 506 à 108⁴⁴.

Contenu d'un kit d'échange de seringues.
Photo : Todd Huffman (CC BY 2.0)

En Suisse, le gouvernement a réagi face à l'expansion de l'épidémie de VIH parmi les usagers de drogues ayant recours à l'injection en instaurant, dès les années 1980, des politiques innovantes prévoyant la mise à disposition de seringues propres, de lieux d'injection supervisée, un accès facilité au traitement méthadone, la prescription médicale d'héroïne et un traitement antirétroviral⁴⁵. Une stratégie qui a engendré une baisse significative du nombre de nouvelles infections VIH liées à l'injection de drogues, qui sont passées de quelque 68 % en 1985 à près de 15 % en 1997, et environ 5 % en 2009⁴⁵. L'explosion de l'épidémie de VIH apparue chez les usagers de drogues par voie injectable a, de la même manière, conduit les autorités de Colombie-Britannique (Canada) à recourir au milieu des années 1990 aux thérapies antirétrovirales, aux traitements de substitution opiacés (dont la prescription médicale d'héroïne), à la distribution de seringues et à la mise en place de lieux d'injection sous surveillance médicale, ce qui s'est traduit par une chute de l'incidence du VIH et du nombre de morts du sida chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse (Figure 3).

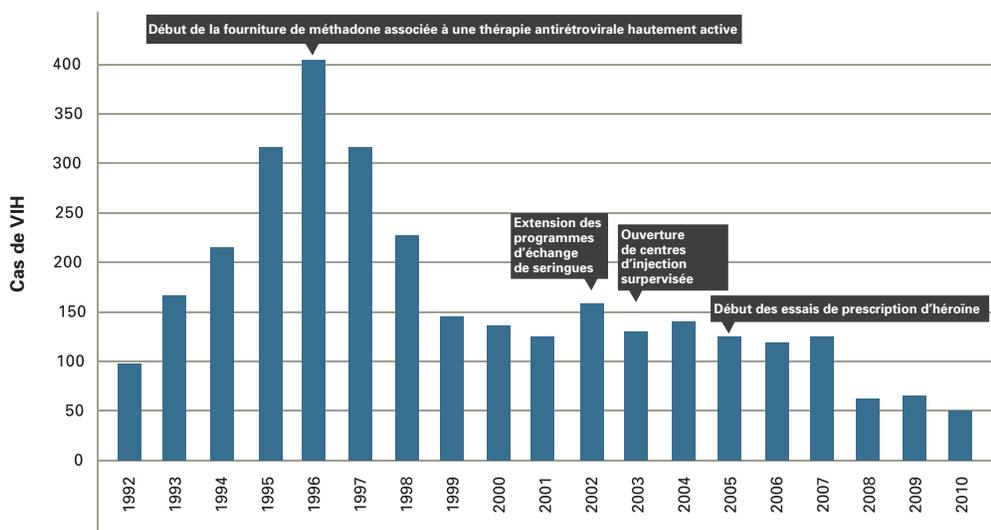
Alors que de légers progrès ont été réalisés dans le traitement de la dépendance aux opiacés, la méthamphétamine et d'autres stimulants dominent le marché des drogues illicites dans de nombreuses régions du monde, avec des possibilités de traitements scientifiques plus limitées¹⁹. Pour la Commission, il est donc urgent de développer les recherches concernant les traitements de maintenance et les autres approches thérapeutiques visant à traiter l'usage de stimulants, y compris dans le cadre de programmes de prévention du VIH.



FIGURE 3.

Chute des nouveaux cas de VIH imputables aux injections de drogues en Colombie-Britannique coïncidant avec des interventions de santé publique

Source : Centre de contrôle des maladies et Centre d'excellence sur le VIH/sida de Colombie-Britannique



L'épidémie de VIH/sida s'est propagée parce que la guerre aux drogues n'a pas réduit l'offre de stupéfiants

Les preuves démontrant que la guerre aux drogues a accéléré la propagation du VIH ont beau être irréfutables, les politiques mettent malgré tout énormément de temps à changer. Ceci est sans doute la conséquence de l'hypothèse totalement erronée selon laquelle les saisies de drogues, les arrestations, les condamnations pénales et autres indices couramment présentés comme des « succès » de la lutte antidrogue ont été globalement efficaces pour réduire la disponibilité des drogues illicites. En 2012, insistant sur l'importance des tactiques visant à réduire l'offre de drogue, l'US National Drug Strategy concluait en effet : « La réduction de l'offre est souvent étroitement associée à la réduction de la consommation de drogues et de ses conséquences. »⁴⁶ Les hypothèses relatives aux avantages d'une politique répressive, sous-entendus à chaque fois qu'une nouvelle « saisie de drogues » spectaculaire est rendue publique, n'ont cependant jamais fait l'objet d'un examen critique.

Car si les politiques répressives intensivement menées au nom de la guerre mondiale contre les drogues avaient effectivement atteint leurs objectifs de réduction significative de l'offre de drogue, la hausse des dépenses consacrées à la lutte contre la drogue devrait s'accompagner d'une hausse du prix des drogues et d'une baisse de leur puissance et de leur disponibilité. Or, comme on a pu le constater dans le monde entier, cela n'a pas été le cas.

Selon les données de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, l'offre mondiale d'opiacés illicites, comme l'héroïne et l'opium, a par exemple considérablement

augmenté au cours des trente dernières années. Une période au cours de laquelle l'offre mondiale a cru de plus de 380 % au total, passant de 1 000 tonnes en 1980 à plus de 4 800 tonnes en 2010 (Figure 4)⁴⁷. Cette augmentation, qui s'est surtout manifestée en Afghanistan, a contribué à faire baisser le prix de l'héroïne de plus de 75 % en Europe, entre 1990 et 2009 (Figure 5).

Les données du système de surveillance des drogues aux États-Unis fournissent d'autres preuves de l'échec de la guerre menée contre la drogue. Entre 1981 et 2011, le budget de l'US Office of National Drug Control Policy a par exemple augmenté de plus de 600 % (taux ajusté en fonction de l'inflation). Mais malgré l'accroissement annuel des milliards de dollars d'investissements pour contrôler les drogues, les données gouvernementales suggèrent qu'entre 1981 et 2002, le prix de l'héroïne a baissé d'environ 80 % (valeur ajustée en fonction de l'inflation et de la pureté) tandis que sa pureté augmentait de plus de 900 %. Les dépenses destinées à réduire l'offre d'héroïne aux États-Unis ont donc clairement été totalement vaines (Figure 6)*.

Bien que les liens entre la guerre contre la drogue et le VIH/sida justifient que l'on se focalise sur l'héroïne, des schémas similaires apparaissent en étudiant les dépenses consacrées à la lutte contre d'autres drogues et leur niveau de disponibilité. Les États-Unis ont ainsi dépensé des sommes considérables dans différentes initiatives visant à désorganiser le commerce de cocaïne. Le Plan Colombie, par exemple, s'est traduit par un investissement de plusieurs milliards de dollars pour détruire les champs

* La présentation du budget de l'US Office of National Drug Control Policy ayant été modifiée entre 2003 et 2010, les analyses comparatives à d'autres périodes sont donc limitées (voir Figure 6).

FIGURE 4.
Estimation de la production mondiale d'opiacés illicites

Source : *Rapport mondial sur les drogues de l'ONU 2011, Office des Nations unies contre la drogue et le crime*

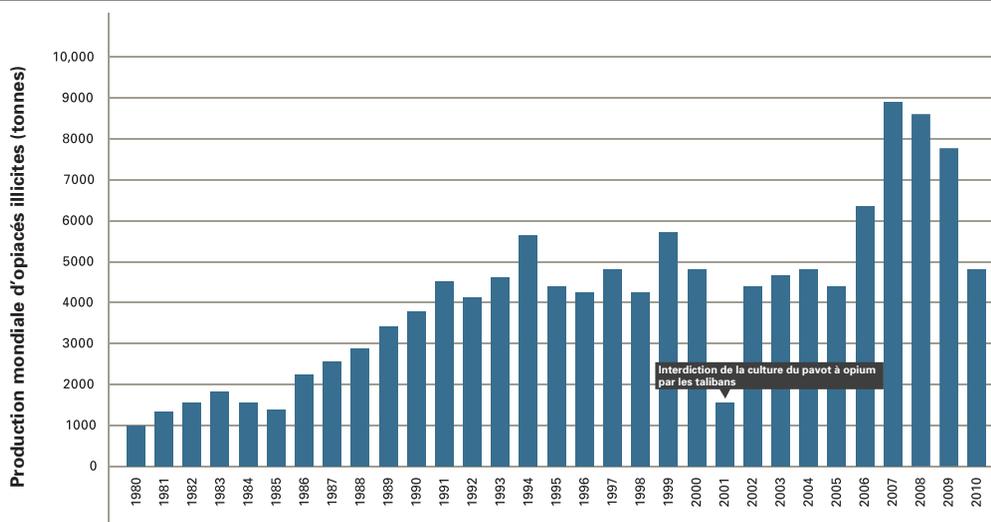


FIGURE 5.
Prix moyen estimé de l'héroïne en Europe

Remarque : les prix de l'héroïne tiennent compte de l'inflation. Tous les prix sont exprimés en dollars US 2011.
 Source : *Office des Nations unies contre la drogue et le crime*

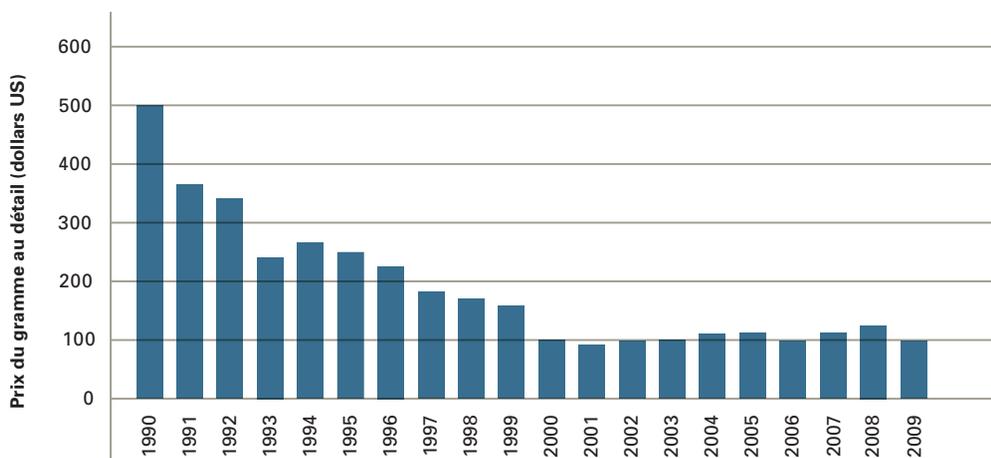
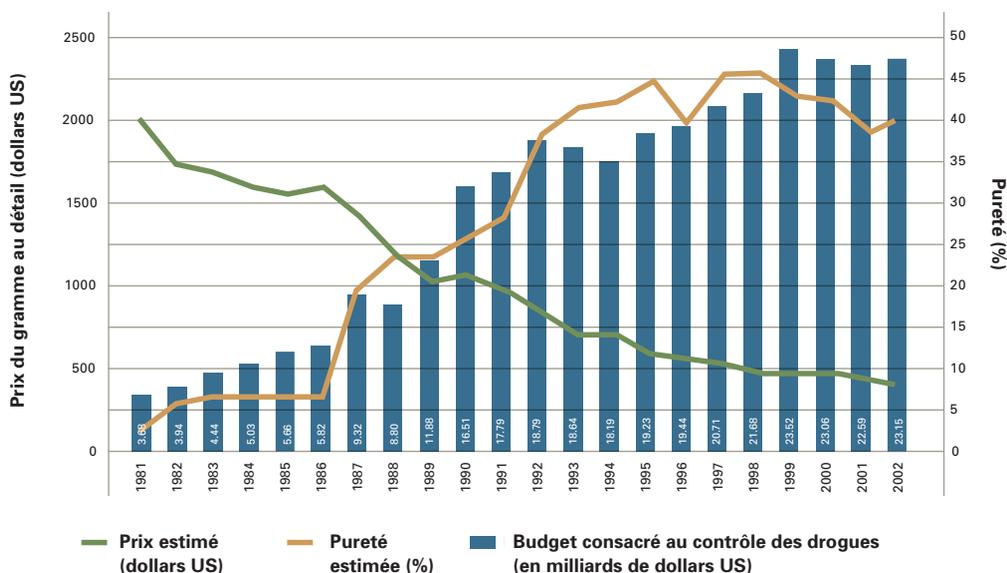


FIGURE 6.
Variation de la pureté et du prix estimés de l'héroïne par rapport à l'augmentation annuelle du budget consacré au contrôle des drogues par les États-Unis

Remarque : les données s'arrêtent en 2002, car le budget fédéral consacré au contrôle des drogues par les États-Unis n'était plus systématiquement communiqué après cette date. Le prix de l'héroïne tient compte de la pureté et de l'inflation. Le montant des dépenses tient compte, lui aussi, de l'inflation. Tous les prix sont exprimés en dollars US 2011.
 Source : *Office de la politique nationale de contrôle des drogues des États-Unis, système de surveillance STRIDE de la DEA (agence américaine de lutte antidrogue), Programme de surveillance du marché interne de l'héroïne de la DEA*



de coca en Colombie, grâce à l'éradication aérienne et manuelle, à l'appui et à l'entraînement militaire ainsi qu'à d'autres initiatives. Mais malgré l'augmentation constante du budget américain consacré à la réduction de l'offre internationale de drogue et à la lutte contre les trafiquants, la pureté de la cocaïne est restée élevée, tandis qu'en tenant compte de l'inflation et de la pureté, son prix chutait de plus de 60 % aux États-Unis au cours de cette période (Figure 7). Ces tendances à long terme suggèrent que l'offre globale de cocaïne a anéanti les efforts des politiques répressives et soulignent le scepticisme avec lequel doivent être interprétés les rapports du gouvernement américain revendiquant récemment une diminution de l'offre aux États-Unis⁴⁸.

Les résultats sont les mêmes en s'attardant sur le cannabis, un stupéfiant qui fut pendant des décennies au cœur de la guerre aux drogues menée par le gouvernement américain. Plus précisément, le prix du cannabis a baissé de 33 % depuis 1990 (en tenant compte de sa puissance et de l'inflation), et sa puissance a augmenté de 145 %. Selon les conclusions du National Institute on Drug Abuse américain, malgré trente ans d'interdiction, le cannabis est

ainsi resté « *presque universellement disponible pour les élèves de terminale* », 80 % à 90 % d'entre eux affirmant qu'il est « *très facile* » ou « *relativement facile* » de s'en procurer⁴⁹.

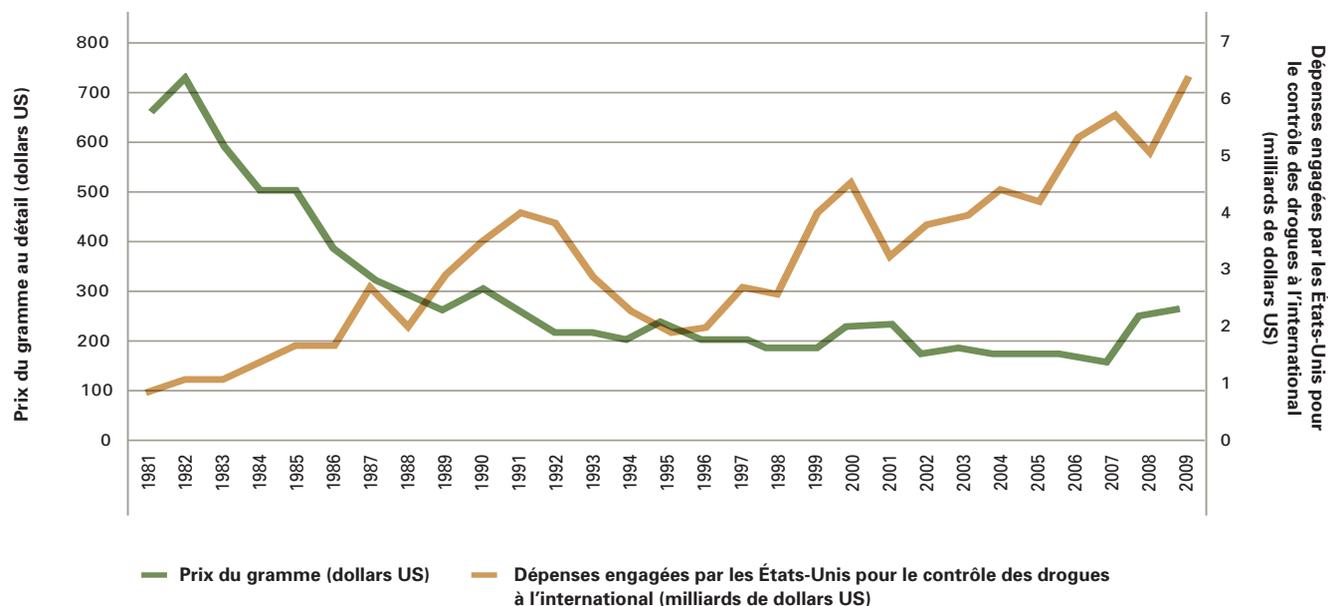
Des estimations récentes de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime concluent que la production de stimulants de type amphétamine a considérablement augmenté au cours de la dernière décennie, au point d'en faire aujourd'hui la catégorie de drogues illicites la plus consommée après la marijuana. Les politiques répressives ciblant les consommateurs de nouvelles drogues de synthèse ont pourtant les mêmes conséquences néfastes sur la santé publique.

L'ensemble de ces indicateurs suggère clairement que l'offre globale de drogue (au regard de différents éléments comme la hausse de la production, la chute des prix ou l'amélioration de la qualité) n'a pas été entravée du tout par les milliards de dollars dépensés pour désorganiser les trafics au moyen de politiques coûteuses, d'arrestations et de mesures d'interdiction.

FIGURE 7.

Chute significative des prix de la cocaïne sur le territoire national malgré l'augmentation des dépenses américaines pour supprimer la contrebande de drogues

Remarque : le prix de la cocaïne tient compte de la pureté et de l'inflation. Le montant des dépenses tient compte, lui aussi, de l'inflation. Tous les prix sont exprimés en dollars US 2011. Source : US Office of National Drug Control Policy



Outre la propagation du VIH, la guerre contre la drogue favorise la violence

Les preuves sont désormais accablantes. Comme la prohibition de l'alcool aux États-Unis au début du xx^e siècle, la prohibition des drogues a contribué à augmenter le taux de mortalité liée aux drogues et la violence sur le marché des stupéfiants. Des études menées en Suisse ont, par exemple, montré que les taux de mortalité enregistrés chez les consommateurs d'héroïne avaient diminué avec la mise en place des traitements de substitution opiacés, mais qu'ils augmentaient lorsque la politique répressive de lutte contre le trafic de drogue dans les rues s'intensifiait⁵⁰. De même, la récente revue systématique des recherches publiées sur le lien entre politique répressive de lutte contre les stupéfiants et violences liées au marché de la drogue révèle que, dans pratiquement toutes les études, l'intensification des mesures répressives était associée à une augmentation de la violence sur le marché⁵¹. Cette analyse a démontré que les arrestations et autres stratégies répressives ayant pour but d'extraire les individus du marché lucratif de la drogue contribuent en fait à la violence en ayant « l'effet pervers de créer de nouvelles opportunités financières » et de susciter les luttes pour se partager le marché.



Lors d'une conférence de presse à Phoenix, Arizona, des reporters posent à côté d'un stock d'armes, de paquets de marijuana et de cocaïne saisis au cartel de Sinaloa durant l'opération « Pipeline Express ». Photo : Reuters/Joshua Lott

Alors que les violences liées à la drogue peuvent être considérées comme une conséquence naturelle de la prohibition des stupéfiants dans presque tous les pays, certaines régions productrices y sont particulièrement exposées. Par exemple, depuis l'intensification en 2006 des mesures mises en place par le gouvernement mexicain pour lutter contre les cartels de la drogue, les violences liées aux drogues impliquant des militaires, la police et les factions des cartels ont explosé. Bien qu'il soit difficile, voire impossible, d'obtenir des chiffres précis, le nombre total de morts imputables aux violences liées au marché de la drogue depuis 2006 serait ainsi supérieur à 50 000, selon les estimations les plus fréquentes (Figure 8)⁵². D'autres estimations évoquent plus de 10 000 personnes portées disparues et plus de 1,5 million de déplacées ayant fui en raison des affrontements liés au contrôle du marché.

Bien que les partisans des politiques répressives puissent considérer que ces massacres perturbent la capacité des cartels à produire et à distribuer des drogues, c'est loin d'être le cas puisque, d'après des estimations récentes, la production d'héroïne mexicaine aurait augmenté de plus de 340 % depuis 2004 (Figure 9).

Le marché du « crack » mérite également d'être mentionné, compte tenu des problèmes qu'il pose pour la santé publique et des liens connus existant entre la sévérité des lois anti-crack et les violences liées au trafic⁵³. Le lien entre consommation de crack et infections par le VIH a notamment été décrit au milieu des années 1990 dans une étude menée dans les quartiers populaires des villes américaines, montrant que les fumeurs de crack avaient deux fois plus de risques d'être infectés par le virus du sida que les non-fumeurs⁵⁴. Des résultats confirmés depuis par d'autres recherches, dont une récente étude canadienne révélant qu'une augmentation de la consommation de crack prédisait des taux d'infection VIH élevés⁵⁵. Les politiques répressives de lutte contre le crack s'étant traduites par une hausse des violences liées au trafic, tout en échouant à enrayer la disponibilité de cette substance, faire de la consommation de crack un problème de santé publique, et non pas une affaire criminelle, devrait être une priorité⁵³.

FIGURE 8.
Nombre d'homicides estimés au Mexique avant et après la mise en place de la répression gouvernementale contre les cartels de la drogue

Source : Gouvernement et estimations des rapports d'information communiquées par le Transborder Institute, « Drug Violence in Mexico » et WM Consulting, « Mexico Total Dead, 2011 »

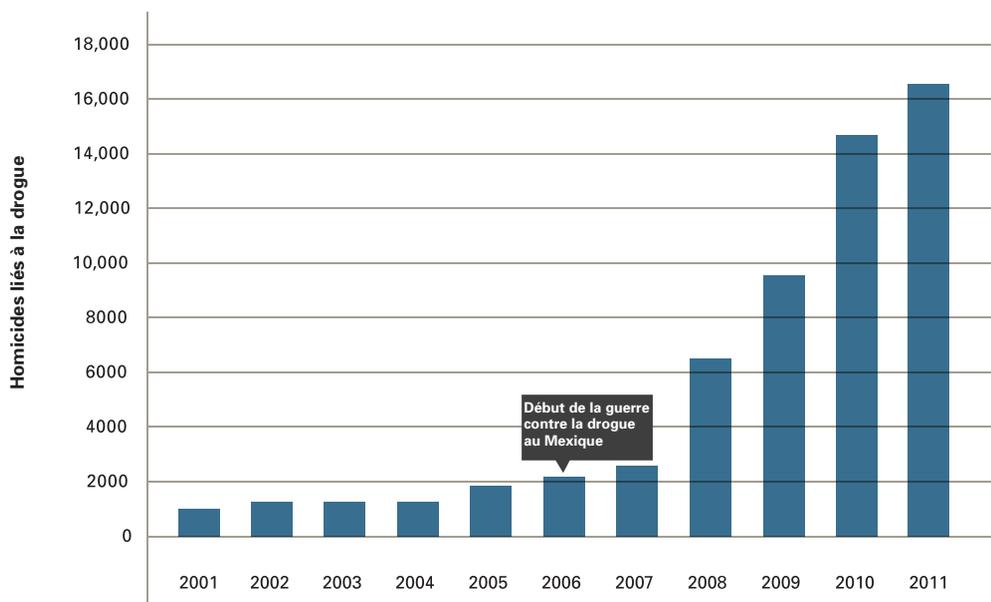
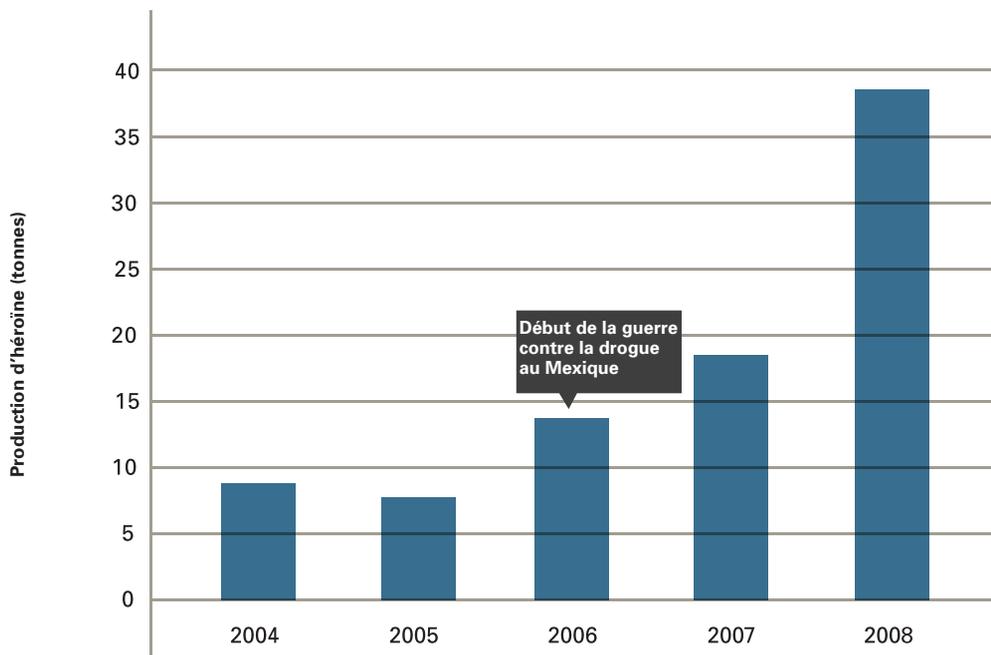


FIGURE 9.
Production d'héroïne au Mexique

Source : Département américain de la Justice, Centre national d'information sur la drogue, Évaluation 2010 de la menace liée à la drogue





Un peu partout dans le monde, la menace permanente d'arrestation, de violences et d'emprisonnement dans les lieux d'accueil, les centres méthadone et autres services destinés aux usagers de drogues réduit considérablement l'impact de ces services.

Photo : Citizen News Service (CC BY 3.0)

Les approches basées sur la santé publique peuvent réduire les taux d'usage de drogues

Le précédent rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues appelait à une approche fondée sur la santé publique pour traiter les dommages liés à l'usage de drogue et à la prohibition. Ce rapport s'est malheureusement heurté aux critiques de la Maison-Blanche et de l'US Office of National Drug Policy, dont le porte-parole a déclaré : « *La toxicomanie est une maladie qui peut être évitée et traitée avec succès. Accroître la disponibilité des drogues, comme le suggère ce rapport, rendra beaucoup plus difficile d'assurer la santé et la sécurité de nos collectivités.* »⁵⁶ Un commentaire issu d'une interprétation inexacte de notre premier rapport et qui pose problème pour deux raisons. D'abord, parce que la lutte antidrogue aux États-Unis reste focalisée sur une approche pénale de la consommation, consacrant – tant au niveau fédéral qu'à celui des États – de gigantesques budgets au contrôle des drogues et à l'application de lois, aux programmes répressifs de prévention et d'interdiction, plutôt qu'aux mesures de santé publique ou au traitement de la dépendance. Ensuite, parce que l'hypothèse selon laquelle une approche basée sur la santé publique entraînerait une hausse de la consommation de drogues ou d'autres effets néfastes sur les communautés n'est pas prouvée empiriquement.

Réalisée dans le cadre de l'enquête de l'OMS sur la santé mentale dans le monde, une étude sur les différents modèles de politiques répressives de lutte contre la drogue et les taux de consommation de drogues à l'international, a conclu : « *L'usage de drogues n'est pas uniformément réparti dans le monde et n'est pas simplement fonction des politiques des drogues puisque dans les pays appliquant des politiques rigoureuses à l'égard des usagers, les taux*

de consommation ne sont pas plus bas que dans ceux qui mènent des politiques libérales. »⁵⁷ Les études nationales des modèles de consommation de drogues soulignent encore plus cette tendance. Menée pendant dix ans dans les 93 plus grandes zones métropolitaines américaines, une étude sur les arrestations liées aux stupéfiants a par exemple montré que les taux d'arrestations les plus élevés ne correspondaient pas à des taux moindres d'usage de drogues par injection⁵⁸.

Au lieu de réduire la consommation de drogues, les preuves empiriques établissent que les politiques répressives peuvent avoir exactement l'effet inverse. Aux États-Unis, un pays où un jeune adulte sur huit déclare que son père biologique a déjà connu la prison, une récente étude a démontré que l'incarcération du père était étroitement associée à l'usage de drogues à l'adolescence, même après avoir pris en considération d'autres facteurs comme le contexte familial et les caractéristiques personnelles des individus⁵⁹. Une des conséquences inattendues de la guerre aux drogues au sein des familles, qui pourrait contribuer à expliquer pourquoi les taux de consommation de cannabis demeurent, par exemple, systématiquement plus élevés aux États-Unis qu'au Portugal – où l'usage du cannabis a été dépenalisé – ou aux Pays-Bas, où la vente de cannabis est quasiment légalisée^{44,60}.

Autant d'éléments qui démontrent clairement que les politiques basées sur la santé n'augmentent pas les taux de consommation de drogues, mais offrent au contraire la possibilité de les réduire considérablement. Nombre d'études ont par exemple prouvé que l'usage de drogues n'augmentait pas avec les programmes d'échange de seringues⁶¹. Les lieux d'injection supervisée, où les usagers peuvent injecter des substances illégales obtenues dans la rue sous la surveillance d'une équipe

médicale, ont également fait la preuve qu'ils permettaient d'accroître le recours au traitement de la dépendance et de réduire les taux d'injection⁶². En Suisse, la mise en œuvre d'une approche de réduction des risques liés à la consommation d'héroïne, incluant la prescription médicale d'héroïne, a de même coïncidé avec une baisse soutenue du nombre de nouveaux usagers d'héroïne. Passant de 850 à 150 par an, leur nombre annuel a en effet chuté de 82 % entre 1990 et 2002, tandis que la population mondiale de consommateurs d'héroïne baissait de 4 % par an au cours de la même période⁶³. Une récente revue des essais de prescription d'héroïne concluait : « *Dans le cas d'usagers d'opiacés de longue date, réfractaires au traitement, les preuves dont nous disposons suggèrent une valeur ajoutée de la prescription d'héroïne associée à des doses flexibles de méthadone pour aboutir à une baisse de l'usage de substances illicites, des implications dans des activités criminelles et des incarcérations, à une diminution éventuelle de la mortalité et à une meilleure rétention en traitement.* »⁶⁴ En dépit d'un accès élargi aux seringues stériles, une diminution de l'usage de drogues par injection a déjà été constatée dans différentes régions^{32,43}. Les preuves sont en effet manifestes qu'au lieu d'augmenter la consommation de drogues, une approche de l'addiction aux drogues fondée sur la santé publique peut réduire les taux de consommation.

Il est temps d'agir

Face à l'extension de l'épidémie de VIH parmi les usagers de drogues, il est grand temps d'agir au niveau national et international. Alors que la guerre aux drogues aggravait l'épidémie de VIH, des organismes clés des Nations unies, comme le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida et l'Organisation mondiale de la santé, sont restés en retrait depuis bien trop longtemps. Bien que le Bureau du Haut Commissaire aux droits de l'homme se soit prononcé en faveur de politiques plus globales et équilibrées, d'autres organisations de l'ONU, comme l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, et notamment l'Organe international de contrôle des stupéfiants (INCB), persistent à appliquer des politiques répressives au détriment d'approches axées sur la santé publique⁶⁵. Bien qu'une de ses missions consiste à s'assurer que les pays répondent aux besoins médicaux en substances réglementées, comme le recours à la méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés, l'INCB dénonce depuis longtemps la transmission du VIH liée à l'injection de drogues, mais ne fait rien ou presque pour convaincre la Russie et d'autres pays limitant l'accès médical à la méthadone. Alors qu'elle devrait jouer un rôle majeur dans l'accès aux traitements de substitution opiacés, cette institution onusienne préfère soutenir les politiques répressives au nom de l'application des traités internationaux. Plus récemment, l'INCB a refusé de rejoindre de nombreuses autres entités des Nations unies condamnant les centres

de « traitement » obligatoire pour les usagers de drogues, et a toujours refusé de condamner l'application de la peine de mort pour les crimes liés à la drogue.

Malheureusement, n'importe quelle analyse sérieuse des répercussions de la guerre aux drogues démontre que de nombreuses organisations nationales et internationales, chargées de réduire les problèmes liés aux drogues, ont en fait contribué à détériorer la santé et la sécurité des communautés. Cette situation doit changer.

Heureusement, le long silence entourant les effets délétères de la guerre contre la drogue commence à être brisé grâce aux initiatives courageuses de différents milieux. La Déclaration de Vienne et une multitude d'autres déclarations émanant de sommités du monde scientifique, médical et de la santé publique ont souligné la nécessité de baser les politiques des drogues sur des preuves empiriques, pas sur une idéologie de guerre à la drogue^{3,66}.

En Amérique latine, le président colombien Juan Manuel Santos, le président guatémaltèque Otto Fernando Pérez Molina et la présidente costaricienne Laura Chinchilla ont exprimé leur soutien en faveur d'une nouvelle réflexion concernant la guerre menée contre la drogue.

Autre fait intéressant, le soutien apporté à la guerre aux drogues commence à se fissurer aux États-Unis, en particulier chez les personnes considérées comme des partisans traditionnels de cette guerre. Une évolution qui touche l'ensemble du spectre politique, des groupes conservateurs comme le « Right on Crime initiative » et deux candidats républicains à l'investiture présidentielle américaine ayant récemment lancé le débat sur la manière de réduire considérablement les incarcérations et de mettre un terme à la guerre contre la drogue⁶⁷. En 2012, plusieurs États américains devaient en outre soumettre des initiatives populaires destinées à taxer et à réguler le marché du cannabis au vote de leurs habitants.

Nous approuvons totalement ces initiatives pragmatiques et audacieuses, qui correspondent parfaitement au point de vue de la Commission mondiale visant à mettre la santé et la sécurité des personnes au cœur de la conception des politiques des drogues, et à son soutien en faveur d'une dépénalisation l'usage de drogues et de l'expérimentation de modèles de régulation légale.

La Déclaration de Vienne : un soutien scientifique à l'appel au changement formulé par la Commission mondiale

La Déclaration de Vienne est un énoncé qui vise à améliorer la santé et la sécurité communautaires par le biais de l'intégration de preuves scientifiques dans les politiques sur les drogues illicites. Elle a été élaborée par un comité de rédaction composé d'experts internationaux du VIH/sida, des politiques antidrogue et de la santé publique, sous la direction de la Société internationale sur le sida.

Ce document est la déclaration officielle de la XVIII^e Conférence internationale sur le sida, qui s'est tenue à Vienne, du 18 au 23 juillet 2010. Ce fut l'une des plus grandes conférences de santé publique au monde, elle a attiré plus de 20 000 délégués. Elle a été organisée par la Société internationale sur le sida, accompagnée de plusieurs partenaires internationaux, notamment l'Organisation mondiale de la santé, le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et la Commission européenne.

**Support Drug Policy
Based On Science,
Not Ideology.**

**THE VIENNA
DECLARATION**

**Sign on at
www.viennadeclaration.com**

La Déclaration insiste sur le fait que la guerre contre la drogue n'a pas réussi à atteindre ses objectifs et exige que ses conséquences néfastes soient reconnues et prises en compte. Après son lancement, plus de 20 000 personnes et plus de 400 organisations de premier ordre, de toutes les régions du monde, ont entériné cette Déclaration. Plusieurs prix Nobel, des milliers de scientifiques et d'experts universitaires, différentes organisations confessionnelles, de santé et de la société civile, responsables de la force publique et systèmes judiciaires de pays du monde entier figurent à ce jour parmi les signataires. Les signataires de la Déclaration de Vienne appellent les gouvernements et les organisations internationales, y compris les Nations unies, à :

- entreprendre un examen transparent de l'efficacité des politiques antidrogue actuelles ;
- adopter et évaluer une approche de santé publique basée sur des données scientifiques en vue d'aborder les préjudices individuels et communautaires découlant de l'utilisation de drogues illicites ;
- décriminaliser les utilisateurs de drogues, multiplier les options de traitements de la toxicomanie fondés sur des données probantes et abolir les centres de traitements de la toxicomanie obligatoires et inefficaces, qui violent la Déclaration universelle des droits de l'homme ;
- appuyer catégoriquement et accroître le financement de l'adoption de la gamme complète d'interventions VIH décrites dans le guide d'établissement des objectifs de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA ;
- mettre à contribution, de façon significative, les communautés touchées dans le développement, la surveillance et la mise en œuvre de services et politiques qui touchent leurs vies.

Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, Anand Grover écrit à propos de la Déclaration de Vienne :

« Le droit à la santé est un droit global, comprenant non seulement les soins adéquats au bon moment mais aussi des facteurs sous-jacents fondamentaux pour la santé comme la mise en place d'initiatives de réduction des risques. La criminalisation des usagers de drogues a un effet néfaste sur la société, elle aggrave la situation de la santé publique et entraîne d'innombrables violations des droits de l'homme. Comme le souligne la Déclaration de Vienne, la décriminalisation des consommateurs de drogues permettrait d'améliorer la santé et le bien-être des toxicomanes et des communautés en général et doit être reconnue par les gouvernements, les décideurs politiques et les individus concernés dans le monde entier. »

RÉFÉRENCES

- 1 UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf.
- 2 Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008; 372(9651): 1733-1745.
- 3 Beyrer C, Malinowska-Sempruch K, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Sidibe M, Strathdee SA. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *Lancet*, 2010; 376(9740): 551-563.
- 4 Kerr T, Wood E. The public health and social impacts of drug market enforcement: a review of the evidence. *Int J Drug Pol*, 2005; 16(4): 210-220.
- 5 Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*, 2010; 376(9739): 475-485.
- 6 Rhodes T, Mikhailova L, Sarang A, et al. Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Soc Sci Med*, 2003; 57(1): 39-54.
- 7 Sarang A, Rhodes T, Sheon N, Page K. Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence. *Subst Use Misuse*, 2010; 45(6): 813-864.
- 8 Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 2010; 376(9737): 268-284.
- 9 Maruschak L, Beavers R. Bureau of Justice Statistics bulletin. HIV in prisons, 2007-08. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/hivp08.pdf>.
- 10 CDC. HIV surveillance – United States, 1981–2008. *MMWR*, 2011; 60(21): 689-693.
- 11 Hammett TM, Harmon MP, Rhodes W. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *Am J Public Health*, 2002; 92(11): 1789-1794.
- 12 Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis*, 2007; 7(1): 32-41.
- 13 Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis*, 2009; 9(1): 57-66.
- 14 Yirrell DL, Robertson P, Goldberg DJ, McMenamin J, Cameron S, Leigh Brown AJ. Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison. *BMJ*, 1997; 314(7092): 1446-1450.
- 15 Dolan KA, Wodak A. HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Med J Aust*, 1999; 171(1): 14-17.
- 16 Johnson R, Raphael S. The effects of male incarceration dynamics on acquired immune deficiency syndrome infection rates among African American women and men. *J Law Econ*, 2009; 52(2): 251-293.
- 17 Adimora AA, Schoenbach VJ, Martinson FE, Donaldson KH, Stancil TR, Fullilove RE. Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2003; 34(4): 423-429.
- 18 CDC. Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009. <http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2009report>.
- 19 Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*, 2010; 376(9738): 355-366.
- 20 Jurgens R, Csete J. In the name of treatment: ending abuses in compulsory drug detention centers. *Addiction*, 2012; 107(4): 689-691.
- 21 The Vienna Declaration. <http://www.viennadeclaration.com>.
- 22 Parry J. Vietnam is urged to close drug detention centres after widespread abuse is discovered. *BMJ*, 2011; 343: d5739.
- 23 Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JSG. A review of barriers and facilitators of HIV treatment among injection drug users. *AIDS*, 2008; 22(11): 1247-1256.
- 24 Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010; 375(9719): 1014-1028.
- 25 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*, 2011; 365(6): 493-505.
- 26 Wood E, Kerr T, Marshall BD, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ*, 2009; 338: b1649.
- 27 National HIV/AIDS strategy for the United States (2010). <http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/uploads/NHAS.pdf>.
- 28 UNAIDS. The treatment 2.0 framework for action: catalysing the next phase of treatment, care and support. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110824_JC2208_outlook_treatment2.0_en.pdf.
- 29 Small W, Wood E, Betteridge G, Montaner J, Kerr T. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. *AIDS Care*, 2009; 21(6): 708-714.
- 30 Milloy MJ, Kerr T, Buxton J, et al. Dose-response effect of incarceration events on nonadherence to HIV antiretroviral therapy among injection drug users. *J Infect Dis*, 2011; 203(9): 1215-1221.
- 31 Westergaard RP, Kirk GD, Richesson DR, Galai N, Mehta SH. Incarceration predicts virologic failure for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*, 2011; 53(7): 725-731.
- 32 WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. 2004. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf.
- 33 WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf.
- 34 International guidelines on HIV/AIDS and human rights 2006 consolidated version. Organized jointly by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf.
- 35 Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009; 3: CD002209.
- 36 Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008; 2: CD004145.
- 37 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2010). Mission to Poland. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/134/03/PDF/G1013403.pdf?OpenElement>.

RÉFÉRENCES

- ³⁸ Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill*, 2011; 16(36): 19962.
- ³⁹ UNAIDS Worlds AIDS Day Report 2011. How to get to zero: Faster. Smarter. Better. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf.
- ⁴⁰ Cohen J. Thailand. Not enough graves: the war on drugs, HIV/AIDS, and violations of human rights. *Human Rights Watch*, 2004; 16(8): (C). <http://www.hrw.org/reports/2004/thailand0704/thailand0704.pdf>.
- ⁴¹ Friedman SR, Cooper HL, Tempalski B, et al. Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS*, 2006; 20(1): 93-99.
- ⁴² Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 1997; 349(9068): 1797-1800.
- ⁴³ Anneli U, Des Jarlais Don KM, Kristi R, Katri AO, Ave T. Expanded syringe exchange programs and reduced HIV infection among new injection drug users in Tallinn, Estonia. *BMC Public Health*, 2011; 11: 517.
- ⁴⁴ Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *Brit J Criminol*, 2010; 50(6): 999-1022.
- ⁴⁵ Csete J, Grob PJ. Switzerland, HIV and the power of pragmatism: lessons for drug policy development. *Int J Drug Policy*, 2012; 23(1): 82-86.
- ⁴⁶ US Office of National Drug Control Policy. National drug control strategy, 2012. http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/2012_ndcs.pdf.
- ⁴⁷ United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2010. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html>.
- ⁴⁸ US Office of National Drug Control Policy. Update: New data show cocaine market remains under significant stress. Press release, June 16, 2011. http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/press-releases/20110617_new_data_show_cocaine_market_remains_under_significant_stress.pdf.
- ⁴⁹ International Centre for Science in Drug Policy (2010). Tools for debate: US federal government data on cannabis prohibition. <http://www.icsdp.org/docs/ICSDP-2.pdf>.
- ⁵⁰ Nordt C, Stohler R. Combined effects of law enforcement and substitution treatment on heroin mortality. *Drug Alcohol Rev*, 2010; 29(5): 540-545.
- ⁵¹ Werb D, Rowell G, Guyatt G, Kerr T, Montaner J, Wood E. Effect of drug law enforcement on drug market violence: a systematic review. *Int J Drug Policy*, 2011; 22(2): 87-94.
- ⁵² Trans-Border Institute (2011). Drug violence in Mexico. <http://justiceinmexico.files.wordpress.com/2011/03/2011-tbi-drugviolence.pdf>.
- ⁵³ Klein M, Maxon C, Conningham L. "Crack," street gangs, and violence. *Criminology*, 1991; 29(4): 623-650.
- ⁵⁴ Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, et al. Intersecting epidemics – crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. *N Engl J Med*, 1994; 331(21): 1422-1427.
- ⁵⁵ DeBeck K, Kerr T, Li K, et al. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *CMAJ*, 2009; 181(9): 585-589.
- ⁵⁶ Global war on drugs has failed, key panel says. MSNBC. http://www.msnbc.msn.com/id/43248071/ns/us_news-crime_and_courts/t/global-war-drugs-has-failed-key-panel-says/ - .T0U5bFFD6-I.
- ⁵⁷ Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 2008; 5(7): e141.
- ⁵⁸ Friedman SR, Pouget ER, Chatterjee S, et al. Drug arrests and injection drug deterrence. *Am J Public Health*, 2011; 101(2): 344-349.
- ⁵⁹ Roettger ME, Swisher RR, Kuhl DC, Chavez J. Paternal incarceration and trajectories of marijuana and other illegal drug use from adolescence into young adulthood: evidence from longitudinal panels of males and females in the United States. *Addiction*, 2011; 106(1): 121-132.
- ⁶⁰ Reinerman C, Cohen PDA, Kaal HL. The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and in San Francisco. *Am J Public Health*, 2004; 94(5): 836-842.
- ⁶¹ Vlahov D, Des Jarlais DC, Goosby E, et al. Needle exchange programs for the prevention of human immunodeficiency virus infection: epidemiology and policy. *Am J Epidemiol*, 2001; 154(12 Suppl): S70-S77.
- ⁶² Wood E, Tyndall MW, Zhang R, et al. Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *N Engl J Med*, 2006; 354(23): 2512-2514.
- ⁶³ Nordt C, Stohler R. Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. *Lancet*, 2006; 367(9525): 1830-1834.
- ⁶⁴ Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011; 12: CD003410.
- ⁶⁵ Wolfe D, Malinowska-Sempruch K. Illicit drug policies and the global HIV epidemic: effects of UN and national government approaches. Open Society Institute, New York; 2004. http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/cnd_20040316/Illicit%20Drug%20Policy%20for%20web%20FINAL.pdf.
- ⁶⁶ HIV and injecting drug use: a global call for action. *Lancet*, 2011; 377(9773): 1212.
- ⁶⁷ Moll J. Treating addictions and preventing crime. Right on Crime, 2012. <http://www.rightoncrime.com/2012/02/treating-addictions-and-preventing-crime/>

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT « LA GUERRE AUX DROGUES » DE 2011 DE LA COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES

1. Briser le tabou. Mener un débat ouvert et promouvoir des politiques qui réduisent réellement la consommation et qui préviennent ou réduisent les risques liés à la consommation des drogues et aux politiques antidrogues. Augmenter les investissements dans la recherche et l'analyse de l'impact des différents programmes et stratégies.
2. Remplacer la criminalisation et la pénalisation des usagers de drogues par des services de soins et de prise en charge pour ceux qui en ont besoin.
3. Encourager l'expérimentation par les gouvernements de modèles de régulation légale des stupéfiants (par exemple, avec le cannabis) conçus pour contrecarrer le pouvoir du crime organisé et protéger la santé et la sécurité de leurs citoyens.
4. Établir de meilleurs indicateurs, mesures et objectifs afin de mesurer les progrès.
5. Contester plutôt que conforter les idées fausses en ce qui concerne les marchés, la consommation et la dépendance aux stupéfiants.
6. Les pays qui continuent (malgré tout) à investir essentiellement dans une approche législative répressive devraient concentrer leurs actions répressives sur le crime organisé violent et les trafiquants de stupéfiants, afin de réduire les nuisances associées au marché de stupéfiants illicites.
7. Promouvoir des peines de substitution pour les trafiquants de drogue à petite échelle ou lors d'une première infraction.
8. Investir davantage de ressources dans les actions de prévention qui ont démontré leur efficacité, particulièrement chez les jeunes.
9. Offrir une gamme large et facilement accessible de traitement et de soins de la toxicomanie, notamment de substitution et de prescription médicale d'héroïne, en portant une attention particulière aux personnes les plus à risque, y compris celles qui sont en prison ou dans d'autres cadres privatifs de liberté.
10. L'ONU doit assurer le leadership dans la réforme de la politique internationale des drogues. Cela signifie promouvoir une approche efficace fondée sur des faits avérés, aider les pays à élaborer une politique des drogues qui convient à leur contexte et qui répond à leurs besoins et assurer la cohérence entre les diverses agences, politiques et conventions de l'ONU.
11. Agir de toute urgence : puisque la guerre à la drogue est un échec, les politiques doivent changer maintenant.

LA COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES

La Commission mondiale pour la politique des drogues vise à ouvrir, au niveau international, un débat éclairé et scientifique sur des moyens humains et efficaces de réduire les préjudices causés par les drogues aux personnes et aux sociétés.

OBJECTIFS

- Examiner les fondements idéologiques, l'efficacité et les conséquences de l'approche de la « guerre à la drogue »
- Évaluer les risques et les avantages des différentes approches face aux drogues mises en œuvre au niveau national
- Formuler des recommandations factuelles pour réformer d'une façon constructive les lois et les pratiques sur les drogues



www.globalcommissionondrugs.org