



COMMISSION GLOBALE
DE POLITIQUE EN
MATIÈRE DE DROGUES

LA PERCEPTION DU

~~LE~~ PROBLÈME MONDIAL
DES DROGUES

VAINCRE LES PRÉJUGÉS VIS-À-VIS DES PERSONNES
QUI CONSOMMENT DES DROGUES

RAPPORT 2017



MEMBRES DE LA COMMISSION



KOFI ANNAN

Président de la Fondation Kofi Annan et ancien Secrétaire général des Nations Unies, Ghana



JOYCE BANDA

Ancienne Présidente du Malawi



PAVEL BÉM

Ancien Maire de Prague, République tchèque



RICHARD BRANSON

Entrepreneur, philanthrope, fondateur du groupe Virgin, cofondateur de The Elders, Royaume-Uni



FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Ancien Président du Brésil



MARIA CATTAI

Ancienne Secrétaire générale de la Chambre de commerce internationale, Suisse



HELEN CLARK

Ancienne Première ministre de la Nouvelle Zélande et administratrice du PNUD



NICK CLEGG

Ancien Vice-Premier ministre du Royaume-Uni



RUTH DREIFUSS (Présidente)

Ancienne Présidente de la Confédération Suisse et ancienne Conseillère fédérale, cheffe du Département fédéral de l'intérieur, Suisse



CESAR GAVIRIA

Ancien Président de la Colombie



ANAND GROVER

Ancien Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, Inde



ASMA JAHANGIR

Ancienne Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, Pakistan



MICHEL KAZATCHKINE

Ancien Directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, France



ALEKSANDER KWASNIEWSKI

Ancien Président de la Pologne



RICARDO LAGOS

Ancien Président du Chili



OLUSEGUN OBASANJO

Ancien Président du Nigeria



GEORGE PAPANDEOU

Ancien Premier ministre de la Grèce



JOSÉ RAMOS-HORTA

Ancien Président du Timor-Leste



JORGE SAMPAIO

Ancien Président du Portugal



GEORGE SHULTZ (Président honoraire)

Ancien Secrétaire d'État des États-Unis



JAVIER SOLANA

Ancien Haut représentant de l'Union européenne pour la politique étrangère et la politique de sécurité commune, Espagne



THORVALD STOLTENBERG

Ancien Ministre des Affaires étrangères et Haut-commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, Norvège



MARIO VARGAS LLOSA

Écrivain et intellectuel, Pérou



PAUL VOLCKER

Ancien Président de la Réserve fédérale américaine et du Conseil pour la reconstruction économique, États-Unis



ERNESTO ZEDILLO

Ancien Président du Mexique

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	5
RÉSUMÉ	7
LES DROGUES	11
L'« ADDICTION »	15
Le caractère addictif des substances psychoactives	15
L'« addiction » et la guérison	16
Traitement sous contrainte	20
La réduction des risques	20
LES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES	21
Les raisons pour lesquelles on consomme des drogues	21
La consommation de drogues en tant que problème individuel	24
Drogues et criminalité	25
LES MÉDIAS ET L'OPINION PUBLIQUE	28
Les mots de la stigmatisation	30
Panique morale – quand la politique, les médias et l'opinion publique s'alimentent mutuellement	31
Parler autrement des drogues et des personnes qui en consomment	32
LES POLITIQUES DE CONTRÔLE DES DROGUES	34
La prévention	34
La pénalisation de la consommation et de la possession pour usage personnel	36
Longues peines et peine de mort	37
CHANGER LES PERCEPTIONS	39
RECOMMANDATIONS	40
RÉFÉRENCES	42

WHICH DO YOU PREFER ?



Remember **PROHIBITION?**
Don't let it happen again!

CONTRIBUTED AS A PUBLIC SERVICE BY CALVERT DISTILLERS CORP, N. Y. C. SERIES 4 S

« Que préférez-vous? [panneau gauche] Alcool frelaté, contrebande, racket, évasion fiscale, violation de la loi; [panneau droit] honnêteté, consommation d'alcool légale, alcool, paiement d'impôts, bon voisinage, liberté individuelle... Vous souvenez-vous de la Prohibition ? Faites en sorte que cela n'arrive plus jamais ! ». Campagne publicitaire sponsorisée par un producteur de whisky nord-américain qui s'opposait aux tentatives d'interdire à nouveau l'alcool.
© David J. & Janice L. Frent/Corbis via Getty Images

AVANT-PROPOS

Depuis six ans, la Commission globale de politique en matière de drogues est une voix qui compte dans le débat sur les échecs du régime international de contrôle des stupéfiants et des lois punitives qu'il a inspirées, ainsi que sur les réformes nécessaires pour faire face aux conséquences dramatiques de la prohibition. Forts de leurs expériences de hauts responsables politiques et économiques, que ce soit au niveau national ou international, les 25 membres de la Commission mettent au service de cette cause leur engagement militant en faveur de la promotion des droits humains et des objectifs de développement durable.

A travers les six rapports qui ont précédé celui-ci, la Commission a décrit les coûts humains de politiques erronées et leur impuissance à réduire tant la production que la consommation de drogues illégales et à mettre en échec les organisations criminelles qui les exploitent. La Commission a également développé une vision globale des mesures nécessaires pour lutter efficacement contre les conséquences de ces politiques : la diffusion de maladies transmissibles, la mort à la suite d'overdoses et de consommation de produits frelatés, la violence de la répression et des luttes des gangs pour des parts de marché, la corruption, la privation de traitements adéquats de la dépendance ou de la douleur, l'incarcération de simples consommateurs dans des prisons surpeuplées, l'absence de perspectives d'intégration sociale et économiques des personnes criminalisées, simples consommateurs ou « prolétaires » non-violents de la production et de la vente illégales. Cette liste, loin d'être exhaustive, ne concerne pas uniquement celles et ceux qui sont en contact direct avec des drogues : leurs proches, les habitants des quartiers envahis par le marché noir, la société dans son ensemble, l'Etat qui gaspille des sommes importantes dans la répression au lieu de les affecter aux mesures efficaces de prévention, de traitement et de réduction des risques. Tous subissent l'impact de politiques qui abandonnent le contrôle des drogues aux mains d'organisations criminelles.

Certes, le tableau qui vient d'être brossé connaît des différences selon les pays et les régions, selon l'existence et la gravité de l'urgence sanitaire, selon l'importance de la surpopulation carcérale, le niveau de violence et le poids du crime organisé. A l'intérieur même de chaque pays, certains paient un tribut autrement plus lourd que d'autres à la présence des drogues et aux réponses inadéquates qui leur sont données. C'est pourquoi les réformes varieront d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, car elles doivent prendre en considération les réalités locales et les besoins des personnes et des communautés touchées. Ainsi, il importe qu'elles reposent sur des analyses approfondies des problèmes à résoudre, qu'elles mobilisent la participation des personnes concernées et qu'elles donnent lieu à des évaluations des conséquences de leur mise en œuvre.

À mille lieues de l'idéologie et des illusions d'une société sans drogue, qui ont inspiré un demi-siècle de politiques internationales et nationales, des approches rationnelles et pragmatiques à la fois sont maintenant adoptées par nombre de pays. Ils mettent en œuvre des mesures de réductions des risques, de

dépénalisation de la consommation et de la possession de drogue pour son propre usage, d'alternatives aux punitions des acteurs non-violents de la production et de la vente, de régulation du cannabis et de nouvelles substances psychoactives. Une dynamique de réformes ponctuelles se développe.

Cependant, il n'est pas facile de changer de cap. Depuis trop longtemps, les drogues ont été perçues comme des substances à éviter à tout prix et les personnes qui les consomment rejetées comme asociales, dépravées ou déviantes. Ces préjugés et ces peurs s'expriment dans un langage stigmatisant ; de la stigmatisation à la discrimination sociale, le chemin est bien court ; les lois instituant prohibition et pénalisation confortent préjugés et peurs. Ce cercle vicieux doit être brisé. C'est la raison pour laquelle la Commission globale de politique en matière de drogues consacre son septième rapport à « LA PERCEPTION du problème mondial des drogues ».

Les gouvernements ont la responsabilité de corriger, à travers une information accessible à tous et en s'appuyant sur des connaissances scientifiques, les fausses perceptions quant aux drogues et aux personnes qui les consomment. Les discours et les attitudes des leaders politiques et religieux doivent manifester un respect de la dignité et des droits de tous les citoyens, en particulier des plus vulnérables et de celles et ceux qui sont en butte à la stigmatisation sociale.

Les professionnels en contact direct avec les personnes qui consomment des drogues, qu'il s'agisse des acteurs médicaux et sociaux ou de ceux qui veillent à la sécurité des habitants et au respect des lois, ont à témoigner des succès des approches de santé publique et de droits humains. Ils doivent veiller à éviter tout amalgame entre minorités ethniques, crime et drogue. Déconstruire les fausses perceptions est nécessaire pour lutter contre des mesures arbitraires ou des obstacles aux services dont les personnes concernées ont besoin.

La collectivité doit exiger d'être informée quant aux effets des politiques en matière de drogues en termes de coûts humains, sociaux et financiers afin de pouvoir participer, en toute connaissance de cause, au débat sur les réformes à expérimenter et les lois à modifier.

Nous voulons opposer des faits à des préjugés. Nous voulons encourager des changements : d'attitudes, de langage, de la façon dont les personnes qui consomment des drogues sont traitées. Il est urgent de briser le cercle vicieux dont souffrent les personnes et les sociétés.



Ruth Dreifuss

Ancienne Présidente de la Confédération Suisse

RÉSUMÉ

Les précédents rapports de la Commission globale de politique en matière de drogues ont démontré que les dommages causés par les drogues aux personnes et aux communautés sont exacerbés par les politiques répressives de contrôle des drogues au niveau local, national et international. Sans ignorer l'effet négatif de l'usage problématique de drogues sur la vie des personnes, le présent rapport se penche sur la façon dont la perception et les représentations que l'on se fait actuellement des drogues et de leurs consommateurs alimentent des politiques prohibitionnistes et s'en nourrissent en retour.

En effet, il arrive parfois que la conception, l'adoption ou la mise en œuvre de réformes des politiques en matière de drogues soient rendues difficiles par l'existence de politiques et d'approches fondées sur des perceptions et des croyances émotionnelles. Ce qui devrait être un débat factuel – comme l'évidence de l'efficacité des mesures de réduction des risques – est souvent abordé comme un débat idéologique et moral. Le présent rapport se propose d'examiner les perceptions et les craintes les plus répandues, de les comparer à la grande quantité de données dont on dispose sur les drogues et leurs usagers, et de proposer des réformes menant à des politiques plus efficaces.

DROGUES, DÉPENDANCE ET OBJECTIFS DU TRAITEMENT

Souvent présentées comme des substances toxiques imposées à une société par des forces extérieures ou déviantes, les drogues font peur à beaucoup de personnes. Or, contrairement aux idées reçues, le recours à des substances pour altérer le psychisme semble bien être une impulsion universelle, puisqu'on le retrouve dans quasiment toutes les cultures à travers le monde et à travers l'histoire (bien que les substances consommées puissent varier d'une époque et d'une région à l'autre). En outre, s'il est incontestable que l'usage de drogues comporte toujours une part de risque, le statut légal d'une drogue ne correspond que rarement aux dommages qu'elle peut causer. De plus, les risques liés à la consommation de drogues augmentent lorsqu'il est illégal de les produire, de se les procurer et de les consommer.

On croit aussi communément que la dépendance aux drogues naît de la simple prise fortuite, pour le plaisir, à l'issue de laquelle on devient accidentellement « accroché » aux substances chimiques que contient la drogue, pour finalement en devenir l'« esclave ». Ce raisonnement repose sur une méconnaissance de la dépendance. La consommation de drogues est relativement répandue et l'on estime que 250 millions de personnes ont consommé en 2016 des drogues actuellement illégales, dont 11,6 % sont considérées comme des consommateurs problématiques ou dépendants. Le profil le plus courant de consommation de substances psychoactives est l'usage épisodique non-problématique.

On croit souvent aussi que la dépendance est définitive et irréversible. Et si l'on pense que la guérison est possible, l'abstinence apparaît généralement comme le premier – et souvent le seul – objectif du traitement. Or, celui-ci devrait viser avant tout la bonne santé mentale et physique de l'individu. Dans cette optique, l'abstinence n'est ni forcément le meilleur objectif ni le souhait de chaque personne consommatrice. Et si l'abstinence reste un objectif, un grand nombre de celles dont l'usage est problématique n'y parviennent qu'après plusieurs tentatives.

Il faut donc disposer d'une vaste palette de solutions pour que médecins et patients puissent choisir librement et ensemble le traitement qui convient. Ces solutions, dont l'efficacité est abondamment étayée, comprennent le soutien psychosocial, la thérapie de substitution et le traitement s'appuyant sur la prescription médicale d'héroïne.

En outre, de nombreuses méthodes scientifiquement éprouvées permettent de prévenir une part importante des dommages causés par la consommation de drogues – et surtout ceux provoqués par des politiques répressives inefficaces – sans viser l’abstinence. Ces mesures de réduction des risques incluent les programmes d’échanges d’aiguilles et de seringues, des espaces de consommation supervisés, la mise à disposition d’un antidote aux opiacés, comme le Naloxone, à utiliser en case d’overdose, et l’analyse des substances illégales notamment lors de rassemblements festifs (*drug-checking*).

LA PERCEPTION PARMIS LE PUBLIC DES PERSONNES CONSOMMATRICES DE DROGUES

Lorsqu’on s’interroge sur les raisons qui conduisent une personne à prendre des drogues, ce sont surtout les explications psychologiques et morales qui affluent, et en particulier la supposition qu’elle soit « faible » ou « immorale ». Le grand public est ainsi amené à considérer l’usage problématique de drogues comme un problème individuel que la société n’a pas à prendre en charge. Un autre stéréotype très répandu consiste à faire des personnes consommatrices de drogues des individus vivant en marge de la société et qui n’en sont pas des membres de plein droit, égaux aux autres.

Ces perceptions et ces stéréotypes tranchent nettement avec ce que les spécialistes tiennent pour les causes principales de la consommation de drogues, à savoir les expérimentations juvéniles, la quête de plaisir, la socialisation, l’augmentation des performances et l’automédication pour faire face à des troubles de l’humeur ou à la douleur.

Tout aussi répandue est la perception que les personnes qui prennent des drogues, et notamment celles dont la consommation est problématique, se livrent à des activités délictueuses. Mais l’immense majorité des personnes usagères de drogues ne commettent aucun autre délit que celui d’enfreindre les lois sur les drogues. Il est fréquent que les consommateurs à usage problématique n’aient pas les moyens de se payer les substances dont ils ont besoin sans commettre eux-mêmes de délit. En outre, ils se voient souvent chassés de la société vers des sous-cultures marginales où la délinquance est très présente. Une fois dotés d’un casier judiciaire, il leur est considérablement plus difficile de trouver un emploi, et le commerce illégal et la délinquance deviennent ainsi leurs seules sources de subsistance.

LES DESCRIPTIONS DES DROGUES ET LES PORTRAITS DES PERSONNES CONSOMMATRICES DE DROGUES DANS LES MÉDIAS

Les perceptions abordées dans le rapport sont largement influencées par les médias, qui brossent un portrait très noir de l’effet des drogues. Deux récits à propos des drogues et des personnes qui en consomment prédominent : le premier associe la drogue à la criminalité, l’autre prétend que les conséquences catastrophiques de la consommation de drogues sur un individu sont inévitables.

Les portraits qui circulent dans l’opinion publique et les médias se renforcent mutuellement, perpétuant la stigmatisation des drogues et des personnes qui les consomment. On tombe régulièrement sur des termes tels que « junky », « drogué » ou « camé », qui sont aliénants et placent les personnes consommatrices dans la catégorie « autres » – des individus moralement déficients et inférieurs.

Cette stigmatisation et cette discrimination, associées à la pénalisation de l’usage, ont un lien direct avec les atteintes aux droits humains qu’infligent de nombreux pays aux personnes qui consomment des drogues. Par conséquent, si l’on veut transformer la façon dont la consommation de drogues est considérée et la manière dont les consommateurs de drogues sont traités, il faut modifier nos perceptions – et commencer, pour cela, par modifier le langage.

LE LIEN ENTRE LA PERCEPTION DES DROGUES, CELLE DES PERSONNES CONSOMMATRICES ET LES POLITIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES.

La perception des drogues, celle des personnes consommatrices et les politiques en matière de drogues constituent un cercle vicieux. Dans un régime prohibitionniste, un individu qui prend des drogues commet un acte illégal, et cela renforce la stigmatisation qu'il subit. La discrimination à son encontre s'en trouve facilitée et ouvre la voie à des politiques qui traitent les gens qui consomment des drogues comme des non-citoyens, appartenant à une sous-humanité, utilisés comme boucs-émissaires pour des problèmes de société plus larges.

En premier lieu, la peur des drogues s'est traduite par des messages préventifs qui font l'apologie de l'abstinence totale et déclarent toutes les drogues comme étant aussi mauvaises les unes que les autres. Mais en donnant des informations partielles et souvent inexactes, on ne fait qu'amenuiser toute possibilité de confiance entre les autorités et la jeunesse. Il serait nettement préférable d'informer honnêtement le public, d'encourager la modération lors d'expérimentations juvéniles et de diffuser des connaissances quant à des modes de consommation plus sûrs.

Par ailleurs, la consommation de drogues est perçue comme une question morale, comme une atteinte au bien public et par conséquent criminalisée, malgré le fait que la consommation est, en soi, un acte sans violence qui ne fait courir un risque d'atteinte à la santé de son auteur uniquement. De nombreux pays continuent malgré tout d'appliquer la peine de mort à certaines infractions sans violence liées aux drogues, les plaçant de facto dans la même catégorie morale que le meurtre et d'autres crimes de première gravité.

Certains pays se sont déjà engagés dans la modification des perceptions et des politiques publiques. Le rôle de leurs dirigeants et la diffusion d'information ont été déterminants pour démontrer que la société est capable d'accepter des politiques en matière de drogues plus pragmatiques et fondées sur les preuves dès lors qu'elle a reçu des informations crédibles. On a pu convaincre des personnes inquiètes pour l'ordre public et la sécurité que les politiques alternatives s'avèrent plus efficaces pour réduire les risques que font courir les drogues aux personnes consommatrices, à leur entourage immédiat et à l'ensemble de la société.

PRINCIPES D'UNE RÉFORME DE LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

Avec l'adoption de l'agenda de développement durable comme cadre politique commun à tous, les droits humains, la sécurité et le développement deviennent le fondement de toutes les politiques. Nous rappelons par conséquent les principes de la Commission globale de politique en matière de drogues :

- 1** Les politiques en matière de drogues doivent être fondées sur des faits scientifiquement avérés. Le résultat doit avant tout se mesurer en termes de réduction des risques pour la santé, la sécurité et le bien-être des personnes et de la société.
- 2** Les politiques en matière de drogues doivent être fondées sur le respect des droits humains et la promotion de la santé publique. Il faut mettre fin à la pénalisation, à la stigmatisation et à la marginalisation des personnes qui consomment des drogues, ainsi que des petits acteurs impliqués dans la culture, la production et la distribution. Il faut aussi que les personnes à l'usage problématique soient traitées comme des patients et non comme des criminels.

- 3 Le développement et la mise en œuvre de politiques de contrôle des drogues sont une responsabilité partagée à l'échelon mondial, mais ils doivent aussi tenir compte de réalités politiques, sociales et culturelles diverses et autoriser l'expérimentation de régulations légales des drogues au niveau national. Les politiques de contrôle des substances psychoactives doivent respecter les droits fondamentaux des personnes affectées par la production, le trafic et la consommation.
- 4 Les politiques en matière de drogues doivent être menées de front à tous les niveaux et impliquer les personnes qui consomment des drogues et leurs familles, les écoles, les spécialistes de santé publique, les professionnels du développement et les personnalités de la société civile, en collaboration avec les forces de l'ordre et d'autres organismes publics compétents.

Notre dernier principe, développé dans le présent rapport, est d'appeler tous les membres de la société à rechercher et échanger des informations fiables, fondées sur des faits avérés, concernant les drogues, les personnes qui en consomment, la façon dont elles les consomment et les raisons pour lesquelles elles le font, ainsi que les causes qui sous-tendent les perceptions actuelles. Seul un effort collectif pour modifier nos perceptions nous permettra de conduire une réforme efficace de la politique en matière de drogues. Les six recommandations de ce rapport indiquent certaines voies à suivre par les décideurs politiques, les leaders d'opinion, les professionnels du domaine médical et le grand public afin d'œuvrer en ce sens. Il faut briser le tabou autour de la perception problématique des drogues et de ceux qui les consomment. L'heure est venue de transformer les perceptions et les attitudes.

LES DROGUES

Souvent présentées comme des substances toxiques contre nature, imposées à une société par des forces extérieures ou déviantes, les drogues font peur à beaucoup de personnes. En vérité, l'humanité a fait usage de substances psychoactives tout au long de son histoire. La consommation de drogues n'est même pas propre à l'être humain : nombreux sont les animaux qui recherchent délibérément l'intoxication, comme les chats avec la cataïre, les oiseaux migrateurs avec des baies et des fruits fermentés ou les babouins avec le tabac¹. La prise de substances pour altérer le psychisme paraît être une impulsion universelle puisqu'on la retrouve dans quasiment toutes les cultures à travers le monde et à travers l'histoire. Pour les anthropologues, « les techniques ou les substances qui modifient l'humeur ou la conscience » figurent au catalogue des « universaux humains », au même titre que la musique, le langage, le jeu et d'autres éléments constitutifs de toute culture². Et c'est encore vrai aujourd'hui : rares sont les individus qui ne consomment jamais de substances psychoactives, que ce soit de l'alcool, du tabac, du café, du chocolat ou du khat. La plupart des individus et des sociétés connaissent donc l'attrait des substances psychoactives, ou du moins de celles socialement admises dans leur culture.

Que la substance soit légale ou illégale, la consommation de drogues comporte toujours une part de risque. Les drogues, alcool et tabac compris, causent des dommages aux individus et aux sociétés – mais elles le font de multiple façon et les dommages provoqués sont très variables⁴. On croit souvent que les drogues ont été rendues illégales sur la foi d'une analyse rationnelle des maux qu'elles causent. En vérité, le choix des substances à prohiber et à autoriser n'a pas été confié au seul jugement de commissions scientifiques ou médicales.

QU'EST-CE QU'UNE DROGUE ?³

Pris au sens le plus large, le terme « drogue » désigne toute substance ayant un effet sur le psychisme ou le corps. Toutefois, appliqué aux substances qui agissent sur la conscience ou l'humeur (psychoactives), et notamment aux stimulants, aux sédatifs, ou aux psychédéliques hallucinogènes, délirants ou dissociatifs, ce terme a pris une connotation négative. Sur le plan strictement pharmacologique, la caféine, la nicotine et l'alcool sont des drogues au même titre que la cocaïne ou l'héroïne.

Mais dans le langage courant, le terme « drogue » a reçu une autre signification. Au cours du dernier siècle, il en est venu à désigner toute substance psychoactive illégale. À ce titre, le cannabis est une drogue alors que l'alcool n'en est pas une (dans la plupart de pays), et certaines substances comme la morphine sont des « médicaments » entre les mains des médecins et deviennent des « drogues » aussitôt qu'elles sont consommées à des fins récréatives. Les substances psychoactives sont mieux acceptées par la société lorsqu'elles sont présentées comme des médicaments. Le fait qu'une substance soit ou non une drogue dépend alors de l'intention motivant son usage, du mode d'administration choisi et de la classe sociale de la personne qui en use. Et cela donne souvent lieu à ce que des produits aux substances actives identiques soient perçus de façon très différente.

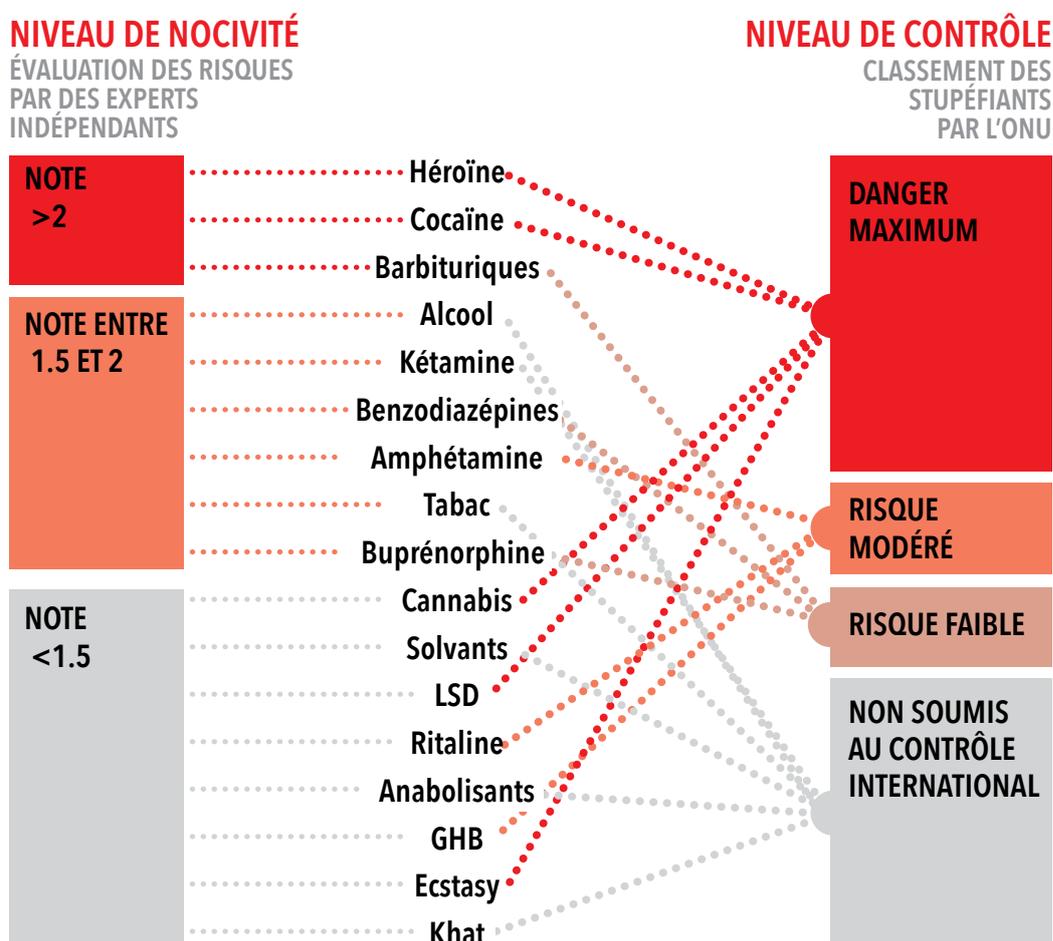


Héroïne de qualité pharmaceutique produite par Bayer avant 1913. Photo libre de droits.



Héroïne de composition et de puissance inconnues vendues dans les rues aujourd'hui. Crédits: © Snowbelle / Shutterstock.com

GRAPHIQUE 1: CLASSEMENT DES DROGUES – NIVEAUX DE NOCIVITÉ ET NIVEAUX DE CONTRÔLE



Sources: Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007); ONUDC, Classifications de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, en date du 22 Avril 2017, et Classifications de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, en date du 18 Octobre 2017

Dans une étude publiée en 2007 par la revue *The Lancet*, les drogues étaient classées selon divers critères, et notamment les dommages physiques (aigus ou chroniques), psychologiques et sociaux (comme l'intoxication ou les dépenses de santé) qu'elles provoquent⁵. L'héroïne y figurait comme la substance présentant le plus de risques pour l'individu, mais lorsqu'on prenait également en compte les dommages causés aux personnes et à la société, c'est une substance légale – l'alcool – qui s'avérait être la plus nocive. En fait, l'étude n'avait trouvé que peu, voire pas du tout, de corrélation entre le classement des substances par l'ONU (par exemple en termes de gradation des peines pour possession ou trafic) et leurs dommages tels que les évaluait cette étude⁶. Le fait est que le statut légal d'une drogue est sans rapport avec les dommages qu'elle peut provoquer.

L'étude de *The Lancet* évaluait par ailleurs les dommages que causent actuellement diverses drogues dans le cadre du système juridique du Royaume-Uni. Or, dans le cas des drogues illégales, une part de ces dommages est liée précisément à ce statut, parce qu'aussitôt qu'une substance est prohibée, les risques qu'entraîne sa consommation

augmentent. L'héroïne, drogue puissante au risque relativement élevé de consommation problématique, nous offre une bonne illustration de ce fait. Le consommateur qui se procure de l'héroïne « dans la rue » ignore la puissance et le degré de pureté de ce qu'il achète, et c'est l'une des premières causes de la fréquence des overdoses et même de leur caractère mortel. En revanche, lorsque le patient d'un programme de traitement avec prescription médicale d'héroïne reçoit sa dose de diamorphine de qualité pharmaceutique, le médecin et le patient n'ont aucun doute sur la puissance du produit et peuvent adapter le dosage au niveau de tolérance du patient⁷. Après plus de 20 ans de pratique de la prescription médicale d'héroïne en Suisse, on ne compte pas le moindre cas d'overdose mortelle. De la même façon, de nombreux autres risques importants ne sont pas inhérents à la substance : l'emploi de matériel d'injection stérile, par exemple, élimine presque totalement le risque de transmission par le sang de virus comme celui de l'hépatite C ou du VIH. Le collapsus veineux (veines abîmées) et la sclérose vasculaire, très répandus parmi les personnes usagères de longue date d'« héroïne de la rue », sont essentiellement dus à une mauvaise technique d'injection, à la mauvaise qualité de l'héroïne elle-même (par exemple la « black tar » grossièrement transformée) ou à ce qui y a été ajouté le long de la chaîne

Edmond S. Fehoko, Nouvelle-Zélande

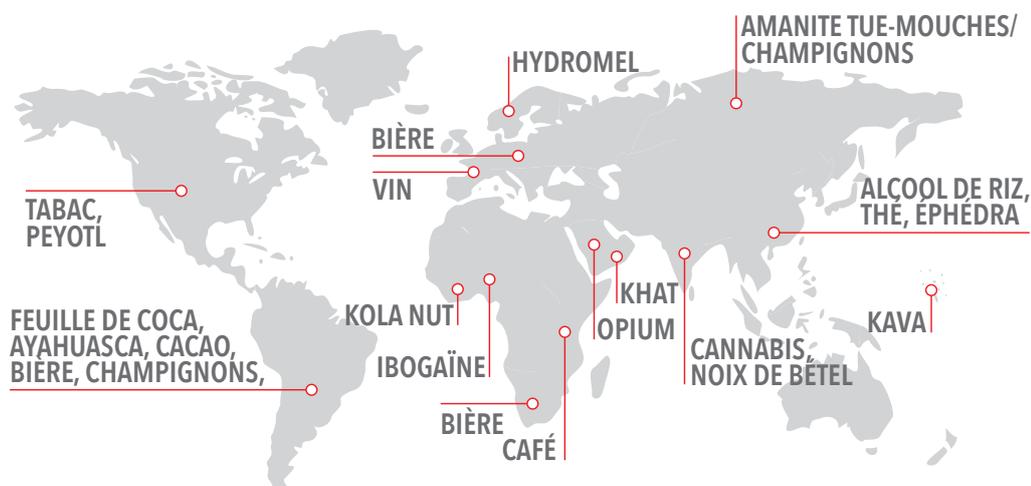
Je suis actuellement doctorant en santé publique à l'université technologique d'Auckland [University of Technology Auckland, ou AUT]. Mes parents ont immigré en Nouvelle-Zélande depuis Ha'apai, dans les Tonga, et il est important pour moi de rester au contact de mon héritage, aussi bien sur le plan personnel que pour mes études : j'ai consacré mon travail de maîtrise à ce qu'éprouvent et vivent 12 hommes néo-zélandais d'origine tongienne se livrant à la faikava (cercle où l'on boit du kava). Je garde le souvenir précis de ma première participation à un cercle de kava, à l'église locale, avec mon père, quand j'avais 14 ans. Quand je prends du kava, je me sens d'humeur sociable, mais apaisée, le stress cède progressivement jusqu'à ce que j'atteigne un état de tranquillité.

Le cercle du kava est un espace social et culturel où se réunissent les communautés du Pacifique, Tongiens compris, pour échanger des idées, du savoir et du vécu en buvant du kava pour renouer avec leur terre d'origine. Le kava est une boisson extraite de la racine de la plante du même nom, dont la valeur mythique, narcotique, spirituelle, médicinale et culturelle est reconnue. C'est un léger anesthésiant aux qualités antifongiques et ses propriétés légèrement antibiotiques ont été scientifiquement démontrées. Il est aussi un remède contre les maux de tête, la lèpre, l'insomnie, la migraine, la tuberculose. En outre, les femmes des îles Fidji le consomment contre les problèmes menstruels. Ainsi réputé pour ses propriétés médicinales, le kava est considéré comme « la principale plante psychoactive du Pacifique »⁸.

Le fait que je consomme du kava m'a valu des réactions aussi bien positives que négatives. Les premières tiennent au fait qu'on y voit une alternative à la consommation d'alcool. Le kava n'a pas le même effet que l'alcool. Il provoque une sensation chaleureuse, plaisante et joyeuse, mais indolente, qui rend les gens sociables sans pour autant les rendre ineptes ni perturber leur capacité de raisonnement. Le fait de consommer du kava est aussi jugé sous un jour positif parce que cela peut détourner un jeune d'une éventuelle affiliation à un gang. Et ma famille apprécie le fait qu'il renforce ma connaissance de la langue et de la culture des Tonga parce qu'il m'incite à me livrer à d'harmonieux talanoa (dialogues) avec d'autres participants au cercle.

Pour ce qui est des effets négatifs, il peut arriver qu'après une longue nuit de kava mon esprit soit un peu léthargique. La stigmatisation liée à la consommation de kava tient surtout au fait que l'on consacre du temps au cercle plutôt qu'à la famille ou aux amis qui n'en consomment pas, ce qui dans certains cas peut diminuer la présence paternelle au sein du foyer. Ma femme et ma famille ont comparé ma participation et mon engagement dans les cercles de kava aux réunions de vieilles dames anglaises autour du thé ou de professeurs d'université autour d'un café.

GRAPHIQUE 2: LA CONSOMMATION TRADITIONNELLE DE DROGUES DANS LE MONDE



Source: Adapté de Nutt, D. (2012) *Drugs Without the Hot Air*

d'approvisionnement (il est par exemple courant de « couper » l'héroïne avec du béton, qui se dissout mal et obstrue les veines). Les dommages provoqués au foie ou aux reins se doivent aussi essentiellement aux additifs que contient l'« héroïne de rue » et aux infections transmises par le partage d'aiguilles ou d'autres pratiques d'injection à risque. Les seuls effets secondaires associés à l'héroïne proprement dite sont la constipation et la diminution de la fonction sexuelle – ainsi que la dépendance⁹.

Un grand nombre de drogues ont des effets physiques déplaisants. Cela prend donc généralement un certain temps avant qu'une personne en consomme régulièrement. La bière, par exemple, présente la première fois une amertume désagréable ; les premières cigarettes font tousser et donnent la nausée¹⁰. Ces pratiques ne peuvent se développer que dans un contexte culturel où l'on en acquiert le goût¹¹. Ainsi, si la consommation de drogues est une impulsion universelle, les différentes cultures ont historiquement consommé des drogues locales associées aux plantes indigènes disponibles – la feuille de coca dans les Andes, le kava dans le Pacifique et l'opium en Inde ou ailleurs en Asie. Dans l'ensemble, cet usage relevant de la culture à laquelle on appartient n'a que rarement été considéré problématique. L'alcool, par exemple, est couramment consommé dans de nombreux pays et son usage, lorsqu'il n'est pas problématique, est en général culturellement admis (à certaines exceptions près, comme l'ivresse publique). En revanche, les habitudes provenant d'une autre culture sont souvent réprochées, au moins le temps que la nouvelle drogue soit socialisée et normalisée. Tel fut par exemple le cas du café et du tabac lors de leur introduction en Europe.

On le voit donc, les dommages potentiels de la substance proprement dite augmentent lorsque sa production, son acquisition et sa consommation sont illégales et, on l'a dit, la démarcation entre substances légales et illégales ne correspond pas au niveau de dangerosité que leur attribuent les spécialistes. De plus, différentes cultures ne rendent pas les mêmes drogues illégales. Certaines cultures et religions proscrivent, par exemple, la consommation d'alcool, aujourd'hui prohibée dans plusieurs pays d'Asie et d'Afrique, comme l'Afghanistan ou la Mauritanie¹². Cela tranche nettement avec les cultures occidentales, où l'alcool est la principale substance psychoactive socialement admise, au point que le vin rouge est un élément central des cérémonies chrétiennes religieuses hebdomadaires. Les démarcations se déplacent aussi au fil du temps au sein d'une même culture : au Maroc, le cannabis était légal et réglementé du temps des protectorats français et espagnol¹³, tout comme le fut l'opium en Inde et au Pakistan sous la domination coloniale britannique et immédiatement après la Partition¹⁴.

L'« ADDICTION »

LE CARACTÈRE ADDICTIF DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

On croit communément que la dépendance aux drogues naît de la simple prise fortuite, pour le plaisir, à l'issue de laquelle on se trouve accidentellement « accroché » aux substances chimiques que contient la drogue, pour finalement en devenir l'« esclave ». Les drogues sont présentées comme « puissantes, séduisantes et rapidement addictives, que l'on court tous les risques d'en devenir dépendants, qu'elles sont seules responsables de n'importe quel comportement déviant et sont directement la cause de l'essentiel de la criminalité et de la violence »¹⁵. Ce raisonnement repose toutefois sur une méconnaissance de la dépendance, ou de ce que l'on appelle souvent la « dépendance », les « troubles liés à l'utilisation d'une substance » ou l'« usage problématique de drogue ».

De fait, l'usage de drogues est relativement répandu dans le monde. On estime qu'environ 250 millions de personnes (âgées de 15 à 64 ans) ont consommé en 2016 des drogues actuellement illégales, et cette consommation est considérée problématique pour 11,6 % d'entre elles¹⁶. Un autre ensemble d'observations vient encore réfuter la notion que tout usage de drogue ou presque entraîne la dépendance : les données recueillies par l'Union européenne sur la consommation au cours de la vie (le fait qu'un individu ait déjà goûté à une drogue) et la consommation des 12 derniers mois. Si l'usage de drogues était inévitablement et constamment problématique, ces deux séries de chiffres devraient être similaires. Mais il s'avère que les chiffres de la consommation au cours de la vie sont sensiblement plus élevés que ceux de l'usage des 12 derniers mois pour toutes les substances : le cannabis, avec 87,7 millions contre 23,5 millions ; la cocaïne, avec 17,5 millions contre 3,5 millions ; le MDMA (ecstasy), avec 14 millions contre 2,7 millions ; les amphétamines, avec 12,5 millions contre 1,8 million¹⁷. Ceci montre que l'immense majorité des personnes qui ont un jour goûté à une substance n'en ont pas consommé au cours de l'année écoulée. Le profil le plus courant de consommation de substances psychoactives est l'usage épisodique non-problématique.

Il est essentiel d'opérer la distinction entre deux notions souvent confondues : l'addiction et la **dépendance**. La dépendance consiste à avoir besoin d'une substance pour fonctionner et éviter de ressentir les symptômes du manque en cas d'arrêt brutal de la consommation. C'est le résultat naturel de la prise régulière de certains médicaments (notamment les opiacés pour le traitement de la douleur, certains médicaments pour la tension artérielle et les antidépresseurs). Elle affectera, par exemple, la quasi-totalité des patients prenant quotidiennement pendant plusieurs mois des opiacés contre la douleur. L'**addiction**, selon la définition du National Institute on Drug Abuse (NIDA) des États-Unis, est en revanche une maladie « caractérisée par la recherche et la consommation compulsives d'une drogue, malgré les conséquences nocives que cela peut avoir »¹⁸. Les patients suivant un traitement de substitution aux opiacés avec de la méthadone et de la buprénorphine et dont l'état est stable, par exemple, sont dépendants, mais ils ne souffrent pas d'addiction¹⁹.

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé, qui en est à sa 10e révision (CIM-10), continue pourtant d'employer le terme « dépendance » pour désigner la consommation compulsive d'une substance malgré des conséquences nocives²⁰ et non le simple besoin d'une substance pour fonctionner.

La dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (DSM 5) emploie l'expression « trouble lié à l'utilisation d'une substance » et le qualifie de « grave ».

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) définit, quant à lui, l'usage problématique de drogue (ou usage de drogue à haut risque) comme « l'usage récurrent de drogue entraînant de réels dommages (conséquences négatives) à la personne (notamment la dépendance, mais aussi d'autres problèmes de santé, psychologiques ou sociaux), ou l'exposant à ces dommages avec une probabilité ou un risque élevé »²¹. La précision est utile car la consommation d'une drogue peut entraîner des problèmes même en l'absence de dépendance physique ou de compulsion.

Carmen, Allemagne

Quand j'avais 16 ans, une amie a aidé son grand frère à préparer des « space cookies », des biscuits au haschich, qu'elle a ensuite fait goûter à quelques amis, dont je faisais partie. Ça m'a valu une expérience assez intense. On a pris plusieurs fois du cannabis dans des gâteaux ou du chocolat chaud puis, quand j'ai commencé à fumer des cigarettes, je me suis aussi mise aux joints. On partageait un joint pour sortir ou quand toute la bande était chez l'un d'entre nous. On se cotisait, chacun à hauteur d'environ 10 Deutsche Marks, et un copain allait acheter le haschich en « gros » pour tout le groupe, de quoi tenir une quinzaine de jours ou un mois, car beaucoup de revendeurs refusaient de servir moins de 5 ou 10 g. Après quoi on faisait le partage. Je n'ai compris que bien plus tard que nous commettions ce qui s'appelle du « trafic social » et que celui dont le tour était venu d'acheter pouvait être considéré comme un petit trafiquant. J'ai continué à fumer des joints à l'université, essentiellement le week-end. Au fil des ans, je suis de moins en moins sortie et j'ai aussi de moins en moins fumé de cannabis.

Ayant grandi en Bavière – l'État d'Allemagne où les politiques de contrôle des drogues sont les plus strictes – nous avons peur de nous faire attraper avec ne serait-ce que l'équivalent d'un joint, alors nous ne fumons que dans la voiture, dans une petite rue adjacente à la boîte de nuit, ou chez quelqu'un avant de sortir. Par chance, aucun de nous n'a jamais eu d'ennuis avec la police.

Je suis aujourd'hui mariée et j'ai trois enfants, je travaille à temps partiel et le cannabis est totalement sorti de ma vie – si ce n'est de façon exceptionnelle, lors d'un week-end entre amis du lycée, tous les deux ans environ : là, il nous arrive de fumer un joint, histoire de nous prouver que nous sommes restés « jeunes ».

C'est là un fait établi y compris pour les drogues illégales considérées les plus « dures », comme l'héroïne, le crack ou la méthamphétamine : la consommation n'est problématique que pour une minorité de consommateurs²². Concernant l'héroïne, on a constaté qu'environ 23 % des personnes qui y goûtent développeront un usage problématique et 77 % ne le feront pas ; cette estimation pour la cocaïne est d'environ 17 % et pour le cannabis d'environ 9 %. Environ 15 % des personnes qui consomment de l'alcool et 32 % de celles qui goûtent au tabac développeront un usage problématique de ces substances légalement disponibles dans la plupart des pays²³.

Ce mode de consommation, sans conséquence grave, est certes le plus courant mais n'émerge que de façon occasionnelle dans la conscience publique. On voit par exemple fréquemment des journalistes demander aux candidats à l'élection présidentielle des États-Unis s'ils ont goûté aux drogues, ce qui a notamment incité Bill Clinton à affirmer qu'il avait essayé le cannabis mais n'avait pas « inhalé la fumée »²⁴. Pour sa part, Barack Obama a fait une tout autre réponse et admis publiquement avoir consommé du cannabis et de la cocaïne, lâchant au passage : « J'ai inhalé la fumée, c'était bien le but »²⁵. Dans les faits, le cas du président Obama – celui d'une consommation occasionnelle n'ayant jamais donné lieu à un usage problématique – est de très loin l'expérience la plus répandue dans le monde. Ces récits ne sont pourtant pas ceux qui prédominent dans les esprits.

L'« ADDICTION » ET LA GUÉRISON

De même qu'existe la peur que tout usage de drogues conduise inexorablement à l'« esclavage chimique », on croit souvent que la dépendance est définitive et irréversible. Et si l'on pense que la guérison est possible, l'abstinence apparaît généralement comme

Nicolas Manbode, Maurice

J'ai commencé à consommer du cannabis à 16 ans, et je me suis mis à m'injecter de l'héroïne à 18 ans. Tant que j'ai pu le cacher à ma famille, ça allait, ma consommation n'était fondamentalement que récréative. Je me suis mis très jeune à travailler sur les chantiers avec mon père. Le monde du bâtiment est rude. On décroche un contrat et il y a beaucoup de travail, puis plus rien. À la fin d'un chantier, comme rien ne venait, je suis resté à la maison quasiment tous les jours sans rien à faire, et j'ai commencé à me faire des injections de façon plus régulière.

J'avais 21 ans lorsque je me suis fait arrêter pour la première fois pour possession d'héroïne. Ma vie a alors complètement changé. J'étais sans emploi, sans argent, et ma consommation d'héroïne est devenue problématique. Mon dossier auprès de la police a grossi, ce qui a rendu ma vie de plus en plus difficile.

À 27 ans, je me suis lassé de cette existence, de ne faire que des allers-retours en prison. C'était difficile, et je n'en pouvais plus. Ce n'était pas la vie à laquelle j'aspirais. La prison est dure, consommer de la drogue l'est aussi. J'ai voulu décrocher. J'ai essayé plusieurs centres de désintoxication et des traitements à base d'abstinence, mais rien n'a fonctionné pour moi. Les traitements duraient deux semaines. Quand je rentrais chez moi, rien n'avait changé dans mon quartier et je me remettait à consommer. J'ai alors décidé d'essayer le traitement par la méthadone, mais avant de pouvoir commencer, en 2010, j'ai été condamné à deux ans de prison. Là, j'ai appris que j'étais doublement infecté, par le VIH et l'hépatite. Ça m'a fait un choc. À ma sortie de prison en 2011, je me suis engagé dans un programme de méthadone, que j'ai suivi pendant deux ans. Ça fonctionnait bien. Pendant ces deux années, j'ai reçu du soutien. J'avais un objectif et je m'y tenais. L'abstinence seule n'avait rien donné avec moi ; il me fallait aussi un suivi médical. Je voulais surtout m'occuper de ma santé, puis j'ai commencé à progressivement diminuer les doses de méthadone. J'ai mis trois mois à arrêter complètement, en 2013.

Les choses se sont arrangées avec ma famille. Ils voyaient bien les efforts que je faisais pour arrêter. J'ai commencé à obtenir des chantiers au sein de ma famille. Leur confiance, que j'avais perdue, est revenue. Mais ça n'a pas duré. Mon passé m'a rattrapé. En 2015, j'ai reçu le verdict d'une plainte en cours depuis 2008. On me condamnait à nouveau à deux ans de prison.

Par bonheur, et grâce à l'aide et à l'intervention de beaucoup de monde, ma peine a été commuée en travail d'intérêt général. Au moment où j'avais décidé d'arrêter, je m'étais mis à faire du bénévolat dans plusieurs associations et ça m'avait beaucoup aidé. Mais sur le plan professionnel, c'était très difficile, mes clients ont résilié leurs contrats. Mais je ne me suis pas laissé abattre, j'ai persévéré. À cette époque, une ONG locale, le Collectif Urgence Toxida (CUT), recherchait un chef d'équipe pour son service de proximité. J'ai postulé, et je travaille encore avec eux aujourd'hui.

Je ne serais pas le même aujourd'hui si je n'avais pas traversé tout cela ; ça a forgé ma personnalité. Quand je repense au temps où je m'injectais des drogues, je suis conscient que si je ne l'avais pas fait, je n'aurais jamais atterri en prison ni été doublement contaminé. Avec le temps, j'ai développé une bonne estime de moi-même et j'ai davantage confiance en ce que je fais. Je veux aider les autres avec le programme de réduction des risques et je pense que je n'en aurais jamais été capable si je n'étais pas passé par tout ça. Et aujourd'hui, peu m'importe que la société pense du bien ou du mal de moi.

le premier – et souvent le seul – objectif de traitement, alors que celui-ci devrait viser avant tout la bonne santé mentale et physique du patient. On croit, par exemple, que les traitements de substitution ne consistent qu'à « remplacer une drogue par une autre »²⁶. Contrairement aux idées reçues, l'efficacité des traitements tels que celui de substitution aux opiacés, la thérapie cognitivo-comportementale, la gestion des contingences, la stimulation des motivations et la prévention des rechutes par la thérapie de pleine conscience est abondamment étayée²⁷.

D'un point de vue médical, seules nécessitent un traitement les personnes dont la consommation est problématique ou qui se trouvent en situation de dépendance – c'est-à-dire, on l'a vu, une minorité. Le traitement des troubles liés à la consommation de drogues est avant toute chose un contrat thérapeutique établi entre médecin et patient, fondé sur la confiance et la confidentialité. Ensemble, ils doivent librement décider de la procédure de traitement, des interventions et des services à solliciter, ainsi que de l'objectif final²⁸, que ce soit l'abstinence ou autre chose. Certains viseront peut-être l'abstinence, mais de nombreuses personnes dont l'usage est problématique effectueront plusieurs tentatives avant d'y parvenir, et certaines ont besoin de divers types de traitements et de services pour rester en bonne santé tout en continuant à se procurer la drogue illégale dont elles sont dépendantes ou un produit de substitution. L'ONU a clairement établi que la rechute en cours de traitement « n'indique pas une faiblesse de caractère ou un manque de volonté »²⁹. Pour choisir le traitement qui convient, médecins et patients doivent disposer d'une vaste gamme de choix, parmi lesquels la réhabilitation fondée sur l'abstinence, le soutien psychosocial, la thérapie de substitution et la prescription médicale d'héroïne.



Une mère reçoit une dose de méthadone en Ukraine. © Brent Stirton, Getty Images

Oxana, Fédération de Russie

Cela faisait plusieurs années que ma consommation d'héroïne était problématique, mais je m'en sortais. Je rêvais d'avoir un enfant. J'ai réussi à ne pas prendre de drogues pendant deux ans avant de tomber enceinte. Heureuse, je suis allée voir le médecin pour entamer les soins prénataux. À l'hôpital, j'ai été stupéfaite d'apprendre que je ne pourrais pas avoir d'enfants parce que j'avais consommé des drogues et parce que j'étais séropositive. La déception que j'ai éprouvée est indicible. Mon rêve s'écroulait.

Dans mon pays, on peut avorter gratuitement jusqu'à 12 semaines, ensuite, il faut payer et ce n'est possible que dans certains cas précis. Je me suis mise alors à chercher de l'argent pour avorter. Peut-être y avait-il moyen de le faire gratuitement, mais les médecins ne me l'ont pas dit. Je pleurais sans arrêt, et j'ai cessé de manger. Je voulais mettre fin à mes jours. Je me suis remise à consommer des drogues, et je suis devenue si maigre que mon corps n'était pratiquement plus qu'un squelette. Prête à mourir, j'ai écrit une lettre à ma sœur.

Pour pouvoir avorter aussi tard, il me fallait un certificat du département de narcologie [la branche de la médecine russe qui s'occupe de la dépendance aux drogues] attestant du fait que je souffrais de dépendance. Mais dans mon pays, les femmes enceintes ne sont pas admises en narcologie : la thérapie de substitution à la méthadone, susceptible d'aider pendant la grossesse les consommatrices de drogues dont la consommation est problématique, est interdite en Russie. De plus, les programmes officiels de désintoxication sont inaccessibles aux femmes enceintes parce que les médicaments employés sont toxiques pour le fœtus. L'équipe de narcologie a fini par m'accepter quand ils ont su que j'allais ensuite avorter. Puis, à la veille de l'avortement, j'ai appris par des amies qu'il est tout à fait possible de donner naissance à un bébé parfaitement sain alors qu'on est séropositive. Tout ce que je venais de vivre résultait donc uniquement d'un caprice des médecins ?!

J'ai annoncé mon intention de garder l'enfant ! Le personnel de l'hôpital m'a crié dessus, m'a traitée de junkie irresponsable et a refusé de me rendre l'argent de la procédure. À cause de tout ce que j'avais connu, j'ai accouché prématurément et donné naissance à 28 semaines à Julia, une fille ravissante et en parfaite santé. J'avais payé le prix fort, mais ma joie était immense.

J'ai porté plainte contre les médecins. Puis la police est venue me harceler chez moi. Selon un informateur anonyme, j'étais coupable de négligence envers mon bébé. Les médecins semblaient donc avoir eu le dernier mot.

Notre bonheur aura quand même duré un peu plus de deux ans. J'ai trouvé un emploi pour gagner de quoi nourrir Julia. Je dépensais beaucoup d'énergie à m'occuper d'elle. J'étais fatiguée au travail et, en rentrant à la maison, je devais affronter les reproches de ma famille qui s'occupait de ma fille pendant que je travaillais. Peu après, le père de Julia est mort et tout s'est beaucoup compliqué. Il y avait des problèmes au travail, des problèmes à la maison, la mort du père et tout le monde qui me tournait le dos – j'ai tout simplement craqué et me suis remise à prendre des drogues. La police est revenue chez moi, avec un faux mandat de perquisition. Ils ont tout fouillé, mais rien trouvé. Alors ils ont pris du sucre dans le placard, l'ont renversé sur la table, appelé des témoins et dit qu'ils avaient trouvé de la drogue. Ensuite, au poste de police, ils ont glissé une seringue parmi mes affaires.

J'ai été condamnée à trois ans et trois mois de colonie pénitentiaire. Les services de contrôle des drogues ont publié sur leur site un article me décrivant comme un monstre, et révélant ma dépendance aux drogues et ma séropositivité. Il a fallu que j'envoie une plainte au bureau du procureur pour qu'ils retirent l'article, mais le mal était fait : quasiment tous mes amis et mes parents l'avaient lu.

Cela fait aujourd'hui un an que je suis dans cette colonie pénitentiaire, il m'en reste deux à purger. On travaille presque chaque jour, sans répit. Mon traitement contre le VIH est irrégulier, parce que le camp ne reçoit pas toujours les antirétroviraux. Je m'inquiète pour ma santé. Je n'ose pas penser à ma fille, parce que ça me fait pleurer. Je ne rêve que d'une chose – revoir Julia. Ne plus jamais être séparées. Mais quand on est junkie, on ne sait jamais quand quelque chose viendra tout gâcher.

TRAITEMENT SOUS CONTRAINTE

Les peurs et les idées reçues en matière de dépendance ont donné corps à la notion qu'il est nécessaire de contraindre les personnes qui consomment des drogues à se soigner même contre leur gré. Dans certains pays, cela se traduit par une injonction thérapeutique prononcée par les pouvoirs publics. L'obligation de suivre une cure de détoxification est pratiquée dans certaines régions d'Asie du Sud-est, de la Fédération de Russie, d'Amérique du Nord, d'Amérique latine, d'Europe, d'Australie et d'Afrique³⁰. Les centres qui pratiquent des traitements sous contrainte sont en contradiction avec la relation de confiance, la relation volontairement acceptée de part et d'autre, qui doit toujours lier un patient et son thérapeute. Ils pratiquent aussi une violation des droits humains. Des preuves documentées existent de cas (au Vietnam, en Chine, au Cambodge ou au Laos) où des individus ont été emmenés de force par la police et arrêtés sans aucun respect des procédures : ils n'ont eu droit ni à un avocat, ni à être formellement entendus par un juge. Ils n'ont pas eu non plus la possibilité de faire appel³¹. Les récits d'enlèvements par des milices en Russie de personnes consommatrices de drogues pour « réhabilitation » témoignent du même mépris envers ces individus que d'aucuns ont ouvertement qualifiés d'« animaux » : elles ont été enchaînées à leur lit, privées de nourriture, contraintes au travail forcé et torturées. Selon un rapport : « Ici, une personne consommatrice de drogues n'est pas considérée comme un être humain. C'est ainsi qu'on vous traite : on vous bat constamment, on vous humilie »³². Le traitement forcé n'est pas seulement effroyable, il est de surcroît inefficace et accroît le risque de rechute³³.

LA RÉDUCTION DES RISQUES

De nombreuses méthodes scientifiquement éprouvées permettent de prévenir une part importante des dommages causés par la consommation de drogues sans pour autant viser l'abstinence³⁴. L'ensemble des services et des mesures visant à amoindrir les conséquences négatives de la consommation de drogues et à protéger la santé publique s'appelle la « réduction des risques ». Contrairement aux approches exigeant du patient qu'il mette immédiatement fin à sa consommation, la réduction des risques s'appuie sur le constat qu'un grand nombre de personnes ne peuvent ou ne souhaitent pas s'abstenir de consommer des drogues illégales et que l'abstinence ne doit pas être une condition préalable à l'aide. À travers ses mesures et ses messages, la réduction des risques n'exige pas de la personne qu'elle cesse de se livrer au comportement potentiellement nocif. L'objectif est de réduire les dommages qu'inflige l'usage de drogues psychoactives sur les personnes qui ne peuvent ou ne souhaitent pas arrêter³⁵. La réduction des risques est aussi un outil de prévention tertiaire qui permet d'éviter la détérioration de la santé physique et psychique et de promouvoir la réinsertion sociale. Les principales mesures de réduction des risques sont notamment les programmes d'accès à des aiguilles ou des seringues stériles, les salles de consommation à moindre risque (aussi appelées « local d'injection » en Suisse ou encore « centre d'injection supervisée » au Canada), la diffusion d'antagonistes aux opiacés pour éviter l'overdose et l'analyse de drogues (*drug checking*) lors de rassemblements festifs. En dehors du domaine des drogues illégales, on trouve parmi les mesures de réduction des risques le patch de nicotine, la bière à teneur réduite en alcool, le préservatif, la ceinture de sécurité ou l'équipement de protection pour le sport.

Assortie d'un soutien social et psychologique de la personne consommatrice de drogues, la réduction des risques peut faire régresser l'usage problématique. Dans les villes de São Paulo et Vancouver, cette idée a été développée de façon intéressante sous la forme d'aides inconditionnelles au logement et sociales, afin de répondre non seulement à l'usage problématique, mais aux formes sous-jacentes de précarité qui contribuent au problème³⁶.

LES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES

LES RAISONS POUR LESQUELLES ON CONSOMME DES DROGUES

Au début du XX^e siècle, une théorie s'est peu à peu répandue dans le corps médical comme parmi le public pour expliquer ce que l'on appelle aujourd'hui les « troubles liés à l'usage de drogues ». Il s'agissait d'une explication psychologique et morale de la dépendance, qui soutenait que si la prohibition et la réprobation sociale ne suffisaient pas à inciter quelqu'un à cesser de consommer des drogues, c'est qu'il y avait nécessairement une « psychopathologie sous-jacente, un défaut fondamental de la personnalité »³⁷. Cela justifiait de pathologiser les individus vulnérables et de refuser de les prendre en considération : leurs souffrances étant auto-infligées, aucun remède social plus général n'était nécessaire. Ainsi en est-on venu à percevoir comme sources de problèmes des personnes ayant elles-mêmes des problèmes. Comme l'exprime un groupe de spécialistes, « ce n'est pas que les gens faisaient mauvais usage des drogues parce qu'ils étaient sans emploi, sans domicile, pauvres, déprimés ou marginalisés ; ils étaient sans emploi, sans domicile, pauvres, déprimés ou marginalisés parce qu'ils étaient faibles, immoraux ou inconscients au point de consommer des drogues illégales »³⁸. Et dès lors que l'individu est l'unique responsable de sa situation, la nécessité de traiter les questions plus générales que sont l'inégalité, la pauvreté, la désintégration familiale etc. passe à l'arrière-plan. Cela peut aussi en partie expliquer l'apparent paradoxe selon lequel une majorité aux États-Unis estime que « la guerre aux drogues » a échoué, tout en soutenant le renforcement des moyens accordés aux mêmes politiques³⁹.

Cette perception moraliste de l'usage de drogues et des troubles qui y sont liés continue aujourd'hui d'influencer l'opinion publique. Une majorité d'habitants des États-Unis d'Amérique, par exemple, ne croit pas que la précarité sociale soit une cause importante de la consommation de drogues⁴⁰. Lorsqu'on leur demande de choisir des termes pour décrire une personne qui consomme de la cocaïne, les qualificatifs qui reviennent le plus souvent sont « sans avenir », « paresseuse » et « égocentrique »⁴¹. Dans une enquête réalisée en Écosse en 2016, près de la moitié des personnes interrogées ont déclaré que la dépendance aux drogues résultait à leurs yeux d'un

De l'hygiénisme à l'eugénisme : quand de bonnes intentions génèrent des perceptions qui tuent

L'hygiénisme, mouvement pour l'hygiène sociale, vise à prévenir les maladies infectieuses transmissibles en traitant leurs racines sociales⁴². La théorie hygiéniste a vu le jour au XIX^e siècle, mais c'est entre les deux Guerres mondiales qu'elle a pris de l'essor. Il s'agissait au départ d'un mouvement de médecins et de politiciens visant à obtenir de meilleurs résultats de santé en contrôlant et en dictant des normes sanitaires, en instruisant la population sur les facteurs de risque présents dans son environnement et en s'attaquant aux problèmes sociaux que rencontrent les patients. Fondée sur un mode de vie hygiénique, cette approche requiert que soient sanctionnées les populations qui n'y souscrivent pas, afin de corriger le comportement humain et de permettre l'avènement d'une société plus hygiénique et plus saine. Dans l'entre-deux-guerres, période marquée par l'obsession des « sociétés décadentes », certains hygiénistes sont passés à l'eugénisme, un mouvement soucieux de l'« amélioration » de l'espèce humaine à travers celle des lignées héréditaires, ce qui supposait dans les cas extrêmes la stérilisation des individus jugés inutiles à la société.

Au milieu du XX^e siècle, l'hygiénisme et d'autres mouvements d'hygiène sociale ont atteint des sommets de popularité parce qu'ils se sont accompagnés d'importants progrès de la médecine curative. C'est dans cette période qu'au nom de la préservation « de la santé et du bien-être de l'humanité » ont été rédigées et adoptées deux des trois conventions internationales en matière de contrôle des drogues, où la dépendance aux drogues illégales était qualifiée de « fléau ». Le modèle hygiéniste a toutefois fini par être remis en question lors de l'épidémie de VIH vis-à-vis des méthodes employées pour y répondre. Face à l'impossibilité de la tâche consistant à modifier des comportements humains par la contrainte (comme le port obligatoire du préservatif), la prévention choisit d'insister sur l'information, l'accès aux services nécessaires, la déstigmatisation, l'autonomisation et la participation des populations vulnérables.



La reine Elizabeth II se voit offrir une boisson de Kava lors d'une visite aux îles Fiji en 1982. © 1982 Tim Graham, Getty Images.

manque d'autodiscipline et de volonté (42%)⁴³. Une analyse de la presse au Royaume-Uni a révélé que la consommation d'héroïne y était présentée comme une affaire essentiellement individuelle et émotionnelle – contrairement à celle de cocaïne, considérée comme un choix de mode de vie⁴⁴. Et il existe au Nigeria une sorte de raisonnement circulaire selon lequel les drogues rendent fou mais seuls les fous en consomment⁴⁵. Dans ces régions, les dirigeants communautaires qualifient ouvertement les personnes qui consomment des drogues d'« inutiles », de « vauriens », d'« irresponsables » et les accusent de répandre la honte sur leur famille et l'ensemble de leur communauté⁴⁶. Dans la même veine, une enquête réalisée au Maroc, en Tunisie, en Égypte, au Liban, au Pakistan et en Afghanistan a révélé que les affirmations au sujet des personnes qui consomment des drogues par injection qui suscitaient la plus large adhésion étaient que ces personnes « doivent être punies », que ce « sont de mauvaises/de méchantes personnes », qu'elles « ne méritent pas le respect/manquent de respect » et sont « coupables »⁴⁷.

Selon un stéréotype du même genre, les personnes consommatrices de drogues vivaient en marge de la société et n'en seraient pas des membres de plein droit. C'est une façon de déshumaniser ces personnes et de les assigner à une catégorie sociale inférieure (« l'altérisation »)⁴⁸. Mais lorsque les chercheurs ont mené une enquête auprès des personnes qui fréquentaient le « needle park » de Zurich, un espace public ouvert où se rassemblaient dans les années 1980 et 1990 celles et ceux qui y achetaient et consommaient des drogues, les résultats ne correspondaient pas à ce stéréotype⁴⁹. Près de la moitié des personnes interrogées (49,1 %) se rendaient régulièrement au travail ou à l'école et menaient une « existence ordonnée », que ce soit dans leur propre appartement ou en colocation avec des amis. Parmi les visiteurs du parc, seule une personne sur cinq était sans emploi, vivait dans un refuge ou n'avait pas de logement. Une étude sur le comportement économique menée dans trois villes de Russie en 2004 et 2005 a produit des résultats similaires, à savoir que les personnes qui consommaient des drogues par injection touchaient un salaire mensuel et affichaient un niveau d'instruction et d'emploi comparables à la moyenne du pays⁵⁰.

Eva, États-Unis

Quand j'avais un peu plus de vingt ans, j'étais une « addicte » à qui tout réussissait. Je vivais à New York et travaillais en tant que journaliste indépendante, rédigeant des articles pour des titres très réputés. J'étais moi-même connue. Je fréquentais des soirées ultra privées et j'interviewais un grand nombre de personnes mondialement connues dans les domaines que je couvrais. J'étais souvent ivre, avec la gueule de bois, ou sous les effets de la cocaïne, mais je prenais garde à ce que cela ne nuise pas à la qualité de mon travail.

J'admets avoir grandi dans un milieu extrêmement privilégié. J'ai fréquenté une université de l'Ivy League, où j'ai fait la découverte de la cocaïne. Je me souviens d'avoir dit à un ami « il ne vaut mieux pas que j'y goûte, parce que je sais que ça va me plaire ». J'adorais tout ce qui me donnait un sentiment de force, d'acuité, d'intelligence, d'énergie démultipliée. La première fois que j'ai pris de la cocaïne, c'était avec deux amis, tous deux très riches, et à qui tout réussissait – il n'y avait apparemment pas de quoi fouetter un chat. Tout le monde s'en procurait ; les gamins cool faisaient le trajet jusqu'à New York et rapportaient quelques grammes pour les grandes occasions. Ensuite c'était tous les week-ends, puis j'ai commencé à en prendre la semaine.

Quand je me suis installée à New York pour travailler dans l'édition, un ami m'a présenté son dealer. Je savais, de façon un peu abstraite, que la cocaïne était illégale, mais ça n'avait pas l'air très grave. J'envoyais un texto indiquant combien de « billets » (c.-à-d. de grammes de cocaïne) je voulais. En l'absence de mon fournisseur habituel, j'en appelais un autre. Je me souviens d'être montée un soir à l'avant d'un SUV dans l'East Village. J'ai fait mine de me retourner quand une voix a dit : « Ne te retourne pas ». Je devais me borner à tendre la main et il y a déposé les sachets de cocaïne. J'ai donné l'argent au type au volant et je suis sortie.

Il m'est arrivé de ne pas avoir assez d'argent ; ça ne m'empêchait pas d'appeler le dealer et de chercher à négocier un rabais. Ça n'a jamais marché, mais j'ai entendu parler de certaines femmes qui échangeaient des faveurs sexuelles contre des drogues. Je ne l'ai pas fait, et j'en suis heureuse.

J'ai arrêté de consommer à 24 ans. Je pensais que j'avais un problème avec la cocaïne, mais je me suis rendue compte qu'à chaque fois que je buvais, j'avais envie d'acheter des drogues. Je n'ai plus bu ni pris la moindre drogue depuis dix ans.

Je crois fermement à la régulation légale. Il était impossible que je passe à côté de la cocaïne : mon tempérament, ma situation financière, tout m'y prédisposait. J'aurais plus facilement évité de me mettre dans des situations terrifiantes et de monter dans des voitures d'inconnus s'il y avait eu quelque moyen légal d'accéder aux drogues. Il m'est arrivé bien souvent d'être consciente que je prenais un produit qui avait été coupé, mais j'étais désespérée, alors ça ne me retenait pas. Après avoir arrêté, j'ai connu mille soucis de santé ; je me demande parfois s'ils n'étaient pas dus en partie au fait que j'aie si longtemps consommé des produits impurs.

Je suis heureuse de ne plus rien prendre, mais je le suis aussi d'avoir connu la dépendance. Ça me permet d'éprouver beaucoup plus de compassion et de bien mieux comprendre le caractère aléatoire de la frontière qui sépare ceux dont l'usage est problématique et les autres. Quasiment tous mes amis prenaient eux aussi de la cocaïne, mais ils ont su s'arrêter avant que leur consommation devienne problématique. Moi pas.

Les raisons que brandissent les spécialistes pour expliquer la quête de substances psychoactives tranchent généralement avec les perceptions communes. Les jeunes en particulier ont tendance à prendre des drogues par curiosité et pour expérimenter les sensations qu'elles procurent, ou par le désir de s'intégrer à un groupe. D'une manière générale, on prend des drogues parce que l'intoxication (lorsqu'elle est attendue) peut être une expérience plaisante. L'usage de drogues est également avant tout social, il s'effectue habituellement en groupe, et la désinhibition et la volubilité que génèrent souvent les drogues favorisent la création de liens sociaux⁵¹. La plupart des personnes qui consomment des drogues le font donc pour les mêmes raisons que la plupart de celles qui consomment de l'alcool : pour se détendre, pour être plus sociables, pour le plaisir – non pas parce qu'elles sont en situation de dépendance⁵².

On prend aussi des drogues pour « se sentir mieux ». Les personnes souffrant de dépression, d'anxiété sociale, de traumatismes (notamment des traumatismes d'enfance liés aux violences physiques ou sexuelles, au viol ou à l'abandon), de troubles liés au stress ou de troubles mentaux, prendront parfois des drogues comme une forme d'automédication, pour atténuer leur souffrance et gérer leurs émotions. Certains utilisent aussi les substances qui modifient le psychisme pour mieux oublier ou supporter les conditions d'existence difficiles qu'ils subissent⁵³. Une personne en situation de dépendance physique à une drogue consommera cette drogue pour repousser les symptômes du manque.

Enfin, dans nos sociétés ultracompetitives, où la pression de la réussite professionnelle, scolaire ou sportive peut s'avérer intense, certains chercheront à améliorer leurs performances à l'aide de stimulants, qu'ils soient obtenus sur ordonnance ou de façon illégale.

Il demeure que ces explications sociales n'ont pas intégré le sens commun et que les jugements de valeurs continuent d'émailler les discours sur les drogues illégales, que ce soit dans le vocabulaire du droit international, celui des dirigeants politiques ou religieux, ou dans les tribunaux. Dans le préambule de la Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961⁵⁴, la « toxicomanie » est qualifiée de « fléau », un terme qui n'apparaît jamais dans les traités sur les génocides, l'esclavage, l'apartheid, la torture ou la prolifération nucléaire⁵⁵. En Inde, la Cour suprême a jugé qu'un « délit relatif aux stupéfiants ou aux substances psychotropes est plus odieux que le meurtre, parce que ce dernier n'affecte qu'un individu alors que le premier, outre qu'il met à mal l'économie de la nation, corrompt l'ensemble de la société »⁵⁶.

Il est intéressant de noter qu'au Portugal, la politique en matière de drogues a changé lorsque les politiciens et la société civile ont remis en question l'idée que la consommation de drogues était un mal qu'il fallait systématiquement condamner. Les lois adoptées en 2001 reconnaissent explicitement que la consommation de drogues répond dans son immense majorité aux mêmes motivations que celle d'alcool : celle de rendre la vie plus plaisante, pas de céder à une pathologie ou à quelque problème sous-jacent. C'est la raison pour laquelle la loi stipule que la grande majorité des personnes qui consomment des drogues n'ont besoin que de conseils en matière de santé et d'apprendre à consommer leur drogue de la façon la plus sûre possible⁵⁷.

LA CONSOMMATION DE DROGUES EN TANT QUE PROBLÈME INDIVIDUEL

On aura beau identifier certains facteurs de consommation évoqués plus haut, comme les traumatismes d'enfance, l'usage problématique de drogues demeure perçu comme un problème individuel plutôt que relevant de la société. Les facteurs sociaux jouent pourtant un rôle bien plus important qu'on ne le sait ou qu'on ne l'admet généralement. La célèbre expérience du « parc aux rats » l'illustre parfaitement, mais on l'a aussi observé chez l'être humain.

La théorie selon laquelle les drogues « accrochent » et réduisent inévitablement à l'esclavage les personnes qui en usent a reçu un certain cautionnement scientifique au début du XXe siècle à la suite d'expériences qui consistaient à placer un rat en isolement dans une cage avec deux réservoirs, l'un contenant de l'eau pure, l'autre de l'eau mélangée à des opiacés ou à de la cocaïne. Les rats montraient une préférence très marquée pour l'eau contenant des drogues et finissaient généralement par subir une overdose. Mais au début des années 1970, les chercheurs ont relevé un défaut dans la procédure expérimentale : les rats étaient mis en isolement et ne disposaient d'aucune autre activité possible que la consommation de drogue. Les chercheurs ont alors créé un environnement, le parc aux rats, dans lequel les rongeurs vivaient collectivement et avaient accès à des activités qu'ils appréciaient, comme courir dans une roue ou jouer avec des balles de couleurs. Là encore, ils disposaient d'eau pure et d'eau coupée aux opiacés. Dans cet environnement social, la consommation d'opiacés est restée très faible et aucun cas d'overdose ne s'est produit⁵⁸.

On trouve aussi une illustration flagrante de ce principe chez l'humain dans les études consacrées aux soldats américains pendant la guerre du Vietnam et après. Pendant la guerre, la consommation d'héroïne et d'opium dans l'armée américaine était élevée, environ 43 % des soldats ayant déclaré s'y livrer, le plus souvent en la fumant. Près de la moitié de ceux-là consommait de façon suffisamment régulière pour éprouver de la dépendance, c'est-à-dire des symptômes physiques de manque. On aurait donc pu s'attendre à ce que la consommation problématique d'héroïne soit très répandue parmi les anciens combattants rentrés aux États-Unis. Pourtant, si 10 % d'entre eux avaient bien consommé un opiacé depuis leur retour du Vietnam, un an après on n'observait de consommation problématique d'héroïne que chez 1 %. L'immense majorité de ceux qui avaient régulièrement consommé de l'héroïne au Vietnam n'ont pas continué de le faire une fois revenus dans leurs foyers et sortis de cet environnement anxigène⁵⁹.

DROGUES ET CRIMINALITÉ

Les personnes qui consomment des drogues, et surtout celles dont l'usage est problématique, sont très généralement perçues comme coupables d'actes délictueux. Il y a évidemment une certaine circularité intégrée dans cette association de la criminalité et de la consommation de drogues. Dès lors que certaines drogues sont illégales et



Un groupe d'amis partage une cigarette au cannabis en regardant un film. © Darrin Harris Frisby/Drug Policy Alliance.

que leur consommation et/ou leur possession sont définies comme criminelles ou délictueuses, toute personne qui en consomme et/ou en possède commet un crime ou un délit.

Il existe d'autres liens entre les drogues et la criminalité, mais eux aussi découlent davantage du cadre de la prohibition que de la consommation proprement dite.

Au début du XXe siècle, avant que les drogues à base d'opiacés et de cocaïne soient rendues illégales, les pouvoirs publics aux États-Unis ont réalisé une enquête sur les personnes présentant une consommation problématique. Les trois-quarts des « addicts » autoproclamés occupaient un emploi stable et respectable⁶⁰. Mais dans les mois et les années qui ont suivi les mesures répressives, ces chiffres ont changé et beaucoup ont dû trouver d'autres moyens de subsistance : les délits contre les biens ont sensiblement augmenté parmi les hommes et le travail du sexe parmi les femmes⁶¹.

C'était là le résultat de plusieurs mécanismes. Lorsque l'approvisionnement en drogues passe des mains des médecins et des pharmaciens agréés à celles des organisations criminelles, les prix augmentent parce que ces dernières prélèvent une « prime de risque pour illégalité »⁶². Bien souvent, les individus dont l'usage est problématique ne sont plus en mesure de payer ces prix sans recourir eux-mêmes à des actes délictueux. En outre,

Teresa, Portugal

Je m'appelle Teresa, j'ai 22 ans et j'habite à Lisbonne, au Portugal. Je viens de finir mes études en travail social. J'aime les animaux et je suis fan de musique psy-trance.

Vous ne me croirez pas, mais je ne bois pas d'alcool (jamais) et je ne fume pas de cannabis. En revanche, je fume des cigarettes et il m'arrive occasionnellement (3 à 5 fois par an) de prendre des drogues illégales. Ce que je préfère c'est le speed (amphétamines), l'ecstasy (MDMA) et le 2C-B, mais j'ai aussi goûté au LSD, aux champignons magiques, à la cocaïne, à la méphédrone et à d'autres substances.

Je prenais bien plus de drogues autrefois que maintenant, mais j'ai appris au fil du temps à choisir le moment opportun. J'ai beaucoup aimé les psychédéliques, mais je préfère à présent les stimulants. Je fais toujours beaucoup de recherches sur les drogues que je consomme et sur la meilleure façon de les prendre – en termes de quantité, de voie d'administration et d'interactions entre elles.

Tous mes amis sont au courant ; je n'ai pas à le leur cacher parce que je n'en ai pas honte et j'estime que c'est un élément important de ma vie. Je pense que ma famille a fini par se douter que je consomme des drogues, mais on n'en parle jamais. J'ai beau être sûre que ça n'a aucun effet négatif sur ma vie, je sais que ma famille serait déçue que je l'admette.

J'ai la chance d'être assez jeune pour n'avoir jamais eu affaire à la pénalisation de ma consommation – au Portugal, l'usage individuel de toutes les drogues ayant été dépenalisé en 2001. Il serait bon de disposer d'un lieu fixe où je puisse faire tester la pureté ou la composition de mes drogues avant de les prendre, pour être sûre de ce que j'introduis dans mon organisme. Les analyses de drogue en milieux festifs (drug-checking) sont autorisées par la loi portugaise, et on en trouve dans certains festivals de musique, mais il n'existe pas de lieu fixe qui le fasse toute l'année. Cela signifie que, quels que soient mes efforts pour connaître la composition des drogues que je consomme, cela pourrait toujours mal se passer parce que je ne suis jamais sûre de ce que j'achète dans la rue.

les personnes qui consomment des drogues se voient souvent exposées à des milieux où la criminalité est répandue. Enfin, il est beaucoup plus difficile de trouver un emploi lorsqu'on a un casier judiciaire, et le marché illégal et la délinquance deviennent alors quasiment le seul moyen de subsister.

Par ailleurs, les politiques répressives en matière de drogues frappent plus durement les secteurs pauvres et déjà marginalisés. Ce fait est particulièrement flagrant à la lumière des taux d'incarcération enregistrés aux États-Unis. Les populations d'origine afro-américaine et latino-américaine représentent respectivement 40 % et 38 % des personnes incarcérées pour des délits liés aux drogues, alors qu'elles ne constituent que 13 % et 17 % de la population des États-Unis et que la prévalence de la consommation parmi elles est similaire à celle des Américains blancs⁶³. Les États-Unis disposent probablement des meilleures études sur la question, mais on trouve d'autres exemples de ciblage spécifique des minorités, avec les mêmes écarts entre groupes communautaires en termes d'arrestations et de condamnations, au Royaume-Uni⁶⁴, au Canada⁶⁵ et en Australie⁶⁶. C'est la perpétuation d'un état d'esprit discriminant dont on retrouve trace il y a 100 ans en Afrique du Sud, sous le régime colonial britannique dans la province du Natal, lorsqu'une commission officielle a déclaré que « le fait de fumer du chanvre [...] rend l'immigrant indien inapte et incapable d'accomplir [...] le travail pour lequel il a été spécialement amené à cette colonie » et qu'il faut donc en interdire la consommation⁶⁷.

D'autres faits indiquent qu'une part importante de la criminalité aujourd'hui associée à l'usage de drogues découle en vérité directement de la prohibition, car il a été établi que lorsqu'on met en place certains dispositifs de consommation légalisée ou autorisée, d'autres types de délits reculent également. La Suisse a introduit en 1994 un programme de prescription médicale d'héroïne. Avant d'y accéder, la plupart des participants se livraient au trafic ou à d'autres formes d'activité illégale, 70 % d'entre eux ayant commis un délit au cours des six mois précédant leur inscription. Le programme a entraîné une baisse sensible de l'usage de drogues illégales, mais aussi de la criminalité associée aux drogues. Parmi les participants, l'implication dans des délits a considérablement reculé pour ce qui concerne les actes les plus graves tels que le cambriolage, les agressions, les vols et le trafic de drogues, dans des proportions allant de 50 % à 90 %⁶⁸.

Il convient toutefois de souligner que, même dans un contexte de prohibition, l'immense majorité des personnes dont la consommation est problématique ne commet aucun autre délit que celui d'enfreindre les lois en matière de drogues. Et, de fait, les personnes qui consomment des drogues sont elles-mêmes plus susceptibles d'être victimes d'un délit que l'ensemble de la population ; elles sont par exemple huit fois plus exposées au vol⁶⁹.

LES MÉDIAS ET L'OPINION PUBLIQUE

La **stigmatisation** est un terme, dérivé du terme grec signifiant « marque » ou « tache », qui désigne des croyances ou des attitudes. On peut la décrire comme un processus qui dévalorise et discrédite de façon insistante une personne aux yeux d'autres, comme lorsque certains traits d'une culture ou d'un milieu sont pointés du doigt et qualifiés de déshonorants ou indignes. La stigmatisation diminue lorsque les gens pensent que l'individu n'est pas responsable (« ce n'est pas sa faute ») ou que son comportement échappe à son contrôle (« il/elle n'y peut rien »). Lorsque la stigmatisation se convertit en actes, on parle de discrimination.

La **discrimination** désigne toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraire affectant une personne, le plus souvent (mais pas seulement) à cause d'un trait personnel intrinsèque ou d'une appartenance à un groupe particulier. Il s'agit d'une violation des droits humains.

La **pénalisation** consiste à faire d'une activité un délit pénal ou d'un individu un délinquant en rendant illégal l'acte qu'il commet.

La relation entre stigmatisation, discrimination et pénalisation est complexe, car la sphère sociale et politique, dont relèvent les deux premières, se recoupe avec le droit pénal et le fonctionnement de la justice⁷⁰.

Les médias exercent une influence considérable sur la façon dont le public perçoit les drogues. Aux États-Unis, plusieurs études ont montré en détail que les perceptions du public « sont largement façonnées par le contenu et l'ampleur de la couverture médiatique de la question »⁷¹. Malheureusement, « on dépeint 'les drogues' dans les journaux et les magazines, au cinéma, dans les fictions télévisées et dans les talk-shows, comme irrésistibles, rendant immédiatement dépendant et conduisant fatalement à la violence, à la démence ou à la ruine économique et sociale »⁷². Même les émissions de télévision qui cherchent a priori à venir en aide aux « victimes de dépendance » perpétuent volontiers des idées reçues telles que la famille devrait intervenir selon le principe de « qui aime bien châtie bien » ou celle qui veut qu'un individu doive inévitablement « toucher le fond » avant d'accepter de suivre un traitement⁷³. Qu'on se réfère aux individus ou à la société, les effets des drogues sont invariablement présentés comme massivement néfastes⁷⁴.

Deux formes de narration sur les drogues et sur ceux qui en consomment prédominent dans les médias : la première associe les drogues à la criminalité, la seconde présente comme inexorables les conséquences désastreuses de la consommation sur l'individu et ses proches.

Illustrant le premier type de récit, une étude menée au Royaume-Uni en 2010 a trouvé que ce sont les affaires de justice pénale, comme un procès ou une arrestation, qui mettent le plus souvent les drogues à la une des journaux⁷⁵, renforçant ainsi parmi les lecteurs l'amalgame entre les personnes consommatrices de drogues et la criminalité. Une autre analogie entre « drogues et crime » est l'histoire du criminel rendu fou par les drogues – racontée avec sensationnalisme et le plus souvent sans fondement. En mai 2012, par exemple, un sans-abri a été agressé à Miami par un homme qui l'a mordu au visage, lui infligeant de graves blessures. Il a été abondamment relayé que l'agresseur, abattu par la police, avait pris une drogue de synthèse surnommée « bath salts » (sels de bain). A la suite de ce fait divers, les médias ont prétendu à l'envi que « les sels de bain sont une drogue qui transforme le consommateur en cannibale »⁷⁶. L'autopsie a révélé que l'agresseur n'avait pas consommé de « sels de bain » mais très peu de médias ont rectifié leur effrayant récit⁷⁷.

L'autre récit qui domine dans les médias – que la consommation de drogues conduit inexorablement des premiers plaisirs à l'asservissement, puis à la chute dans « l'enfer intime de la drogue »⁷⁸ – remonte au premier ouvrage célèbre consacré à la question, *Les Confessions d'un mangeur d'opium anglais* de Thomas de Quincey, paru en 1821.

Winy, mère de Guillermo, Chili

Mon fils Guillermo est né en 2001 avec un trouble génétique non diagnostiqué. À cinq mois, il s'est mis à faire des crises. On a d'abord pensé à la mort subite du nourrisson, parce que ces crises ont commencé à se manifester par le fait que Guillermo cessait de respirer pendant le sommeil. Ce n'est qu'à l'âge de deux ans que les médecins ont compris qu'il s'agissait de crises d'épilepsie. Nous avons tout essayé : toute une série de médicaments, des régimes particuliers, même la chirurgie du cerveau (la callosotomie). Rien n'y a fait. Son épilepsie réfractaire [qui résiste au traitement médicamenteux] s'est terriblement aggravée, au point de subir une décharge électrique dans le cerveau toutes les cinq secondes.

En 2013, après avoir lu des articles sur l'huile de cannabis, j'ai essayé de m'en procurer aux États-Unis. Il m'a fallu encore un an, et que j'entende parler d'une fondation au Chili qui s'occupait de ce genre de cas, pour obtenir enfin de l'huile pour la première fois. Je me suis mise à en donner à Guillermo et il n'a pas eu de crise pendant sept jours, après quoi elles sont revenues, mais beaucoup moins souvent. Jusqu'alors, il faisait une dizaine de crises généralisées chaque jour ; pendant le premier traitement à l'huile de cannabis, il n'en a plus fait qu'une ou deux.

Au Chili, la loi n° 20.000 autorise la culture et la consommation de cannabis à des fins personnelles ou médicales. En 2015, la loi a été adaptée et l'importation, la vente et l'étude scientifique des extraits de cannabis ont été autorisées à leur tour. On trouve deux produits en pharmacie, mais il faut compter 200 000 pesos chiliens [environ 300 dollars US] pour un flacon, qui correspond à sept ou dix jours de consommation pour Guillermo, alors que le salaire mensuel minimum est de 270 000 pesos [environ 420 dollars].

Pour assurer l'approvisionnement de Guillermo en cannabis médical, je fais pousser du cannabis chez moi puis j'en extrais la résine – ce qui est plus efficace pour lui que l'huile. En 2015, j'ai trouvé ce que j'appelle la « souche magique », celle qui fonctionne le mieux pour mon fils. Guillermo n'a pas eu de crise pendant quatre mois, puis seulement une tous les dix jours en moyenne. Cela a fonctionné pendant près d'un an et demi. Je continue aujourd'hui de faire pousser du cannabis et de rechercher la prochaine souche magique. Je n'ai aucun doute sur ce que je fais. Je suis prête à tout pour mon fils, tant que ce n'est pas criminel, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de commettre un vol ou de tuer quelqu'un. Comment peut-il être criminel de faire pousser quelque chose dans mon jardin ? Ce que je fais est théoriquement légal au Chili, mais je crains toujours qu'il y ait une descente de police chez moi, sous prétexte que je cultive pour vendre, et qu'on emporte toutes les plantes dont j'ai besoin pour mon fils.

Au début, ma famille a été choquée de me voir cultiver du cannabis, parce que ça a mauvaise réputation. Seule ma mère m'a soutenue. Mais quand ils ont vu s'améliorer la santé de Guillermo, ils ont fini par l'admettre. C'est comme le médecin. Il a commencé par me dire que j'étais folle de vouloir me lancer là-dedans, mais je l'ai fait et je l'en ai tenu au courant. Puis un jour, il est tombé sur un article dans une revue médicale qui parlait du cannabis et de l'épilepsie et il a changé d'avis. Il a même écrit un article à son tour en se basant sur l'étude des cas de Guillermo et d'un autre patient, puis il m'a adressé des patients pour que je leur explique comment utiliser le cannabis médical. Il me semble que les choses se sont passées à l'envers : normalement, c'est de la recherche scientifique que doit provenir un traitement pour les patients. Ici, ce sont les patients qui font eux-mêmes la recherche et trouvent la meilleure façon de se traiter.

Certains appels ont bien été lancés depuis 20 ans, y compris dans des médias très importants, à ce qu'un autre regard soit porté sur la consommation et la politique en matière de drogues⁷⁹, mais ils ont été peu nombreux et noyés dans les discours dominants. Il se pourrait toutefois que l'on assiste à un changement dans la façon dont les médias abordent la question, certains faits s'annonçant prometteurs, tels l'importante couverture accordée en avril 2016 à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) consacrée au problème mondial de la drogue. Pour la première fois, les médias se sont surtout intéressés à l'échec de la « guerre aux drogues », à l'incapacité de la communauté internationale à gagner cette « guerre » et à la nécessité de nouvelles méthodes.

LES MOTS DE LA STIGMATISATION

Le vocabulaire que l'on emploie au sujet des personnes consommatrices de drogues a une influence énorme sur la façon dont elles sont perçues par elles-mêmes et par les autres⁸⁰. Leur image dans l'opinion publique et celle dans les médias se renforcent mutuellement, perpétuant la stigmatisation des drogues et de leur consommation. Aucune maladie n'est plus stigmatisée que l'« addiction »⁸¹. Dans l'opinion publique, on l'a vu, toute consommation de drogues, y compris problématique, relève d'un choix, d'un désir auquel la personne décide de s'abandonner ; et puisque la personne choisit de ne pas mettre fin à sa consommation, on ne lui reconnaît généralement aucune circonstance atténuante.

GRAPHIQUE 3: LE CERCLE VICIEUX DES PERCEPTIONS DES PERSONNES CONSOMMATRICES DE DROGUES



Certains termes que l'on entend régulièrement, comme « junkie », « drogué » ou « camé » sont aliénants. Ils réduisent les personnes consommatrices de drogues à leur usage d'une substance donnée et les placent dans la catégorie « autres » – des individus physiquement inférieurs ou moralement déficients. Le vocabulaire négatif frappe aussi les personnes en cours de rétablissement que l'on qualifie de clean (« propres »), sous-entendant qu'elles étaient sales auparavant. Quant à l'expression « usage abusif », elle peut susciter des associations avec des comportements odieux tels que la maltraitance d'enfants.

Le mauvais usage de la langue et de la terminologie est stigmatisant pour les personnes qui consomment des drogues. Et la stigmatisation mène à la discrimination, qui peut être manifeste ou systémique. Au Nigeria, des personnes consommatrices de drogues ont raconté avoir été chassées par leur famille et leurs amis, pour se retrouver en situation de profond isolement social avec un réseau exclusivement constitué d'autres personnes consommatrices. Cela rend quasiment impossible toute communication avec d'autres membres de la communauté⁸². On entend le même type de récit en Tanzanie, où bon nombre des personnes consommatrices de drogues ont raconté la même histoire de stigmatisation et de discrimination. « Tu deviens un paria, » explique l'une des personnes interrogées, « tu sors de toutes les normes sociales ». Un autre dit : « J'ai perdu toute ma valeur en tant qu'être humain ». Ou encore : « Être junkie, ça te fait perdre toute dignité »⁸³.

La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes consommatrices de drogues ne concernent pas seulement le public ; elles peuvent avoir une influence directe sur le traitement choisi par les professionnels des soins⁸⁴. Lors d'une étude randomisée menée aux États-Unis⁸⁵, des chercheurs ont remis à des cliniciens en santé mentale les dossiers identiques d'individus inscrits sur injonction de la Justice à un programme de traitement. Certains cliniciens ont reçu un dossier où l'individu était présenté comme « toxicomane », d'autres où la personne était décrite comme « souffrant de troubles de la consommation de substances psychotropes ». Les professionnels de la santé mentale qui ont lu la mention « toxicomane » ont été plus enclins à tenir le patient pour responsable de sa situation et à suggérer des mesures punitives.

Ainsi l'effet pervers de la stigmatisation est-il double : plus la société stigmatise et rejette les personnes consommatrices de drogues, moins elles se voient offertes des possibilités de traitement. Simultanément, la stigmatisation fait que les individus qui ont besoin d'aide évitent de s'adresser aux services existants. D'ailleurs, selon l'ONUDDC, seul un individu sur six dont la consommation est problématique reçoit un traitement⁸⁶.

Il existe un lien direct entre la stigmatisation, la discrimination et la pénalisation de la consommation de drogues et les atteintes aux droits humains que subissent les personnes consommatrices, ainsi que l'a établi en 2015 un rapport du Haut-Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme. Ce rapport présente plusieurs cas de violations flagrantes des droits humains, comme la privation de méthadone ou d'autres traitements pour extorquer des aveux de personnes condamnées qui consomment des drogues⁸⁷. De même, des cas de violation du droit à la vie se sont produits par voie d'exécution extrajudiciaire ou par le recours à la peine de mort pour des délits liés aux drogues⁸⁸. Les femmes subissent une discrimination particulière et sont davantage incarcérées pour des délits liés aux drogues que tout autre délit⁸⁹. Les femmes consommatrices de drogues, que la société estime indignes d'être mères, se voient aussi privées de la garde de leurs enfants, sans qu'il y ait eu d'autre signe de négligence que le simple statut de personne consommatrice de drogues. Les femmes qui consomment des drogues pendant leur grossesse risquent en outre d'être soumises, contraintes ou forcées, à l'avortement ou à la stérilisation, ou de se voir imposer des sanctions pénales.⁹⁰

PANIQUE MORALE - QUAND LA POLITIQUE, LES MÉDIAS ET L'OPINION PUBLIQUE S'ALIMENTENT MUTUELLEMENT

Les perceptions négatives et les craintes du grand public, renforcées par l'image négative que véhiculent les médias, ont fait des drogues et de ceux qui en consomment des « cibles faciles » pour les politiciens et d'autres élus en quête de voix. L'exemple le plus frappant est ce que les sociologues ont qualifié de « panique morale », qui consiste à attribuer de façon exagérée ou mensongère un comportement dangereux à un groupe particulier, tel qu'une minorité ou une sous-culture (souvent en exposant des cas extrêmes comme s'ils

étaient ordinaires). Cela a été abondamment étudié à travers l'analyse de la couverture médiatique de « l'épidémie de crack » aux États-Unis dans les années 1980. Il n'y avait, en effet, pas l'ombre d'une statistique pour appuyer les propos alarmistes des journalistes⁹¹ – et ceux des politiciens qui ont alimenté la panique. Plusieurs idées fausses ont ainsi été diffusées : que le crack possédait des caractéristiques addictives exceptionnelles, que la consommation explosait et que les femmes enceintes qui consommaient du crack allaient accoucher d'une génération de « bébés du crack » (ou *crack babies*) atteints de profonds handicaps émotionnels, mentaux et physiques qui feraient d'eux, une fois devenus grands, des « super-prédateurs »⁹². En mai 1989, le *New York Times* a publié un éditorial apocalyptique où on pouvait lire que « le crack constitue une menace bien plus grave que les autres drogues. Il vient à nous pour détruire notre qualité de vie et la vie elle-même, à tous les niveaux de la société américaine⁹³ ». La politique n'a pas été en reste. Pendant la panique liée au crack, lorsque les campagnes électorales s'emparaient de la question des drogues en général et du crack en particulier, le public y a vu une question sociale d'importance, mais en dehors des années électorales, les drogues cessaient de susciter le même intérêt⁹⁴. Les promesses électorales de « fermeté en matière de drogues » se sont traduites par l'application de lourdes peines minimales obligatoires pour des quantités de crack cent fois inférieures à celles de cocaïne.

Toute information et tout fait allant à l'encontre de leur récit ont été systématiquement omis par la plupart des médias afin que prédomine la thèse de l'« épidémie de crack »⁹⁵. Une telle panique ne se fondait sur aucun fait concret. Lorsque des études scientifiques ont été conduites, il est apparu que la consommation globale de cocaïne et de ses dérivés n'avait pas augmenté mais baissé, et que l'immense majorité des consommateurs affirmaient l'inhaler, pas la fumer – c'est-à-dire qu'ils prenaient de la cocaïne, pas du crack⁹⁶. On a découvert que le plus célèbre reportage sur les « bébés du crack » diffusé sur une chaîne de télévision de grande écoute avait en vérité filmé des bébés à l'hôpital dont les mères n'avaient même pas consommé de crack. Personne n'a jamais trouvé ces « bébés du crack ». Au lieu de provoquer les handicaps annoncés, on estime aujourd'hui que la consommation de cocaïne pendant la grossesse possède des effets semblables à celle de tabac et moins graves que celle d'alcool⁹⁷. Les enfants dont la mère a consommé du crack pendant la grossesse n'en sont jamais venus à constituer une génération de « super-prédateurs »⁹⁸.

Un tel traitement hystérique de la part des médias a surtout eu pour effet de stigmatiser les personnes dont la consommation de crack est devenue problématique. Le durcissement des peines minimales obligatoires promis par les politiciens en campagne a entraîné la condamnation d'un grand nombre de consommateurs et de petits revendeurs de crack à de longues peines de prison, qui dans bien des cas n'ont fait qu'aggraver leurs problèmes⁹⁹.

PARLER AUTREMENT DES DROGUES ET DES PERSONNES QUI EN CONSOMMENT

Pour modifier les perceptions, il faut modifier notre langage. Selon les termes d'un groupe de médecins américains : « Dans ce cas précis, la vie d'une population de tout temps marginalisée étant en jeu, il faut sacrifier l'efficacité au profit de l'exactitude et de la possibilité de réduire au minimum le risque de perpétuer la stigmatisation et le parti pris négatif »¹⁰⁰. Un grand nombre d'associations médicales¹⁰¹, d'éditeurs de revues scientifiques¹⁰² et de représentants des pouvoirs publics¹⁰³ ont lancé un appel à l'emploi d'un langage réduisant la stigmatisation. Pour l'heure, on l'a vu, les médias jouent souvent un rôle négatif – mais cela peut changer, comme cela a été le cas pour d'autres groupes, notamment ceux des lesbiennes, des gays, des bisexuels, des transgenres et des intersexes (LGBTI) dans les sociétés occidentales.

Certains signes d'un tel progrès sont déjà perceptibles : le Associated Press Stylebook 2017 (guide rédactionnel de l'Associated Press), un outil important pour les journalistes, contient des recommandations de langage pour évoquer l'« addiction » et la consommation de drogues. Il y est conseillé d'éviter les termes tels qu'« addict », « drogué » ou « alcoolique » et de leur préférer les expressions « personnes souffrant de dépendance » ou « personne consommatrice de drogues »¹⁰⁴. L'éventuelle adoption d'un nouveau vocabulaire par les médias n'en est qu'à ses premiers balbutiements, mais l'espoir existe que le sujet soit traité de façon plus équilibrée.

Le tableau ci-dessous offre des exemples de vocabulaire non stigmatisant et non discriminatoire.

GRAPHIQUE 4: MIEUX S'EXPRIMER

✓ À PRIVILÉGIER	✗ À ÉVITER
Personne consommatrice de drogues	Usager de drogues, drogué
Personne dont l'usage de drogues n'est pas problématique	Consommateur récréatif, occasionnel ou expérimental
Personne souffrant de dépendance aux drogues, personne dont l'usage de drogues est problématique, personne souffrant d'un trouble de la consommation de drogues ; personne consommatrice de drogues (lorsque l'usage n'est pas problématique)	Addict ; toxicomane, tox., camé, accro, junkie, shooté, défoncé
Trouble de la consommation de substances ; usage problématique de drogues ; dépendance	Toxicomanie
Souffre d'une trouble de la consommation de X	Est accro à X
Abstinente ; personne qui a arrêté de consommer des drogues	Propre/clean
Réagir, programmer, s'occuper, gérer	Lutter contre, combattre les drogues et tout type de langage guerrier
Salle de consommation supervisée	Salle de shoot, shootoire
Personne en rétablissement, personne en rétablissement à long terme	Ancien tox, addict réformé
Personne qui s'injecte des drogues	Usager de drogues par injection, injecteur

LES POLITIQUES DE CONTRÔLE DES DROGUES

Aux Philippines, le gouvernement actuel mène une campagne déclarant explicitement que la consommation de drogues pose un problème colossal au pays, évoquant 3,7 millions de personnes dont la consommation serait problématique (malgré les statistiques du « Dangerous Drugs Board » (Bureau des drogues dangereuses) faisant état en 2015 d'un nombre sensiblement inférieur, avec 1,7 millions d'individus ayant consommé au cours de l'année écoulée, le tiers de ce nombre ne l'ayant fait qu'une fois ; le nombre des individus dont l'usage est problématique est vraisemblablement largement inférieur). De plus, le président Duterte a affirmé que la réhabilitation des personnes qui consomment du « shabu », une drogue apparentée aux méthamphétamines, était impossible, allant jusqu'à les traiter de « morts-vivants ». Ces déclarations ont été suivies d'actes atroces, la police et les milices citoyennes ayant commis plus de 7 025 meurtres de consommateurs et de revendeurs entre juillet 2016 et janvier 2017¹⁰⁵. Les sondages d'opinion ont révélé que cette répression violente était bien vue du public¹⁰⁶.

La perception et les attitudes du public cautionnent l'adoption de politiques qui traitent les personnes qui consomment des drogues comme des non-citoyens, appartenant à une sous-humanité, utilisés comme boucs-émissaires qu'il faut « punir » pour des problèmes de société plus larges qu'on leur fait endosser¹⁰⁷. Et le fait de commettre un acte illégal accentue à son tour la stigmatisation, ce qui ne rend que plus aisée la déshumanisation des personnes consommatrices de drogues.

Ce fait est apparent dans les lois et les mesures adoptées pour régler le « problème de la drogue » et qui constituent la base de la « guerre aux drogues ». Ces politiques répressives et leur échec, dont attestent tous les indicateurs – y compris selon leurs propres critères –, ont été évoqués ailleurs, notamment dans de précédents rapports de la Commission globale de politique en matière de drogues¹⁰⁸. Nous ne les aborderons que brièvement ici pour illustrer que les perceptions négatives et les peurs leur servent de justification et qu'elles s'en trouvent renforcées en retour.

LA PRÉVENTION

La peur des drogues s'est traduite par des messages selon lesquels toutes sont mauvaises et « gâcheront la vie » à toute personne qui en consomme. C'est pourquoi le premier message de la prévention est, depuis de nombreuses années, celui qui prône l'abstinence. On l'a vu à l'œuvre dans les célèbres campagnes « Just say no » (« Dites non à la drogue ») des années 1980 aux États-Unis, reprises en Asie, en Afrique et en Europe¹⁰⁹. Non seulement les indices de l'efficacité d'un tel message sont rares, mais il se pourrait même qu'il soit contre-productif puisque certaines études laissent entendre que les enfants y sont exposés présentent une plus grande probabilité de goûter aux drogues¹¹⁰. Même si le message simpliste – utilisé dans le cadre de la prévention primaire – peut dissuader certains individus, il comporte d'autres risques, notamment celui de passer à côté de l'occasion d'informer sur les risques réels des drogues et, pour ceux qui y goûteront malgré tout, d'apprendre la façon la plus sûre de procéder. En outre, un tel message risque de miner la confiance entre les autorités et la jeunesse¹¹¹. La prévention secondaire, qui comprend la détection et la réduction précoces de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues une fois qu'elle a commencé, est elle aussi mise en danger par le message « Dites non à la drogue » : les jeunes qui ont dans leur entourage immédiat un cas de consommation de drogues n'ayant pas entraîné de dommages graves risqueront d'ignorer ensuite toute information officielle. Lorsque des personnes se méfient des messages officiels sur cette question, elles ont alors plus de difficultés à rechercher une information fiable.

Certains signes indiquent que ce ne sont pas les messages publics qui ont le plus grand impact positif sur la consommation à long terme, mais des programmes centrés sur

l'intervention précoce au sein de l'entourage social immédiat (notamment l'école et la famille) et une action portée sur d'autres questions que la consommation de drogue, à savoir le développement social et comportemental¹¹². S'il faut absolument mener des campagnes de sensibilisation publique sur la question des jeunes et de la consommation de drogues, elles devraient fournir des informations honnêtes, qui incitent les jeunes à la modération lors d'expérimentations et à faire prévaloir la sécurité à travers le savoir. On peut s'inspirer pour cela des leçons sur les rapports sexuels protégés, qui se sont avérés considérablement plus efficaces pour réduire les risques que les messages prônant simplement l'abstinence¹¹³.

Anonyme, Ghana

Mes voisins et mes amis me surnomment affectueusement Togoman. J'ai 53 ans et j'étais cultivateur de cassava*. J'ai commencé à consommer de la marijuana à 19 ans et je continue à le faire. Je ne considère pas ma consommation problématique. L'herbe est bonne, elle me détend et m'aide à accomplir mon travail. Je suis un homme tranquille. Je ne bois pas d'alcool et je ne me bats pas dans ma communauté. J'ai pris l'habitude de consommer de l'herbe après une dure journée de travail pour détendre mon corps endolori et, après en avoir pris, je mange et je dors.

Je plantais toujours mon herbe [cannabis] parmi mes cultures de cassava, de quoi assurer mon usage personnel et en donner à certains amis cultivateurs. Il y a six ans, un ami avec qui je fumais souvent a raconté à la police que je consommais des drogues. On m'a arrêté et poursuivi pour possession. J'ai été condamné à 10 ans de prison. J'en ai déjà purgé six, deux en détention provisoire à la prison d'Akuse, puis quatre au pénitencier de sécurité moyenne de Nsawam.

Il se vend plus de marijuana entre les murs de la prison qu'à l'extérieur. Bien qu'étant incarcéré, je peux donc toujours en acheter auprès de mes codétenus qui en font le trafic – quand j'ai assez d'argent. Mais il faut faire attention à ne pas se faire prendre, sous peine de nouvelles sanctions pendant la détention.

Depuis mon arrestation et mon incarcération, la vie est devenue très difficile pour ma famille comme pour moi. Je souffre beaucoup en prison, je le vis vraiment mal. La prison, ce n'est pas drôle. Mon incarcération est comme un nuage sombre au-dessus de moi et de ma famille. Ça a complètement anéanti les rêves de mes enfants. Ils ont abandonné l'école. Mon fils aîné, Korshie, était au lycée et sa petite sœur au collège. Tous deux ont dû arrêter parce que plus personne ne pouvait payer leurs études. Notre propriétaire a expulsé ma famille de notre logement parce que ma femme sans emploi ne pouvait payer le loyer. Mon fils Korshie a fini dans les rues, comme marchand ambulant. Ma fille est tombée enceinte et ça a mis fin à ses ambitions. Franchement, ça a broyé ma famille.

Je prie que quelque chose soit fait concernant la loi et la marijuana. Je n'ai jamais eu de problème en la consommant, et je n'ai jamais entendu dire que quelqu'un soit mort en en ayant pris. On entend tous les jours parler de personnes mortes après avoir bu de l'akpeteshie**, qui est pourtant en vente libre. Alors pourquoi ne nous laisse-t-on pas prendre notre herbe ? Je pense que les autorités doivent réexaminer la loi et envisager de légaliser la consommation. Il faudrait permettre à ceux qui le veulent de produire la substance sous étroite surveillance. Je n'ai rien d'un délinquant, je suis un citoyen ghanéen épris de paix. Je n'ai jamais volé, tué, ni rien fait de mal.

* La cassava, également appelé yuca, ou manioc, est un aliment de base en Afrique de l'Ouest et dans d'autres pays tropicaux.

** L'akpeteshie est une boisson spiritueuse produite au Ghana..

LA PÉNALISATION DE LA CONSOMMATION ET DE LA POSSESSION POUR USAGE PERSONNEL

Dans la plupart des pays du monde, la consommation ou la possession de drogues en petites quantités pour usage personnel sont des infractions pénales¹¹⁴. En général, selon la règle de droit qui veut que les lois soient justes et qu'elles protègent les droits fondamentaux, un acte est déclaré délictueux lorsqu'il nuit à un ou plusieurs individus ou à une communauté, à la société ou à l'État (préjudice public). Or, la consommation de drogues est considérée comme un préjudice public alors qu'elle n'entraîne de risque physique potentiel que pour la personne qui s'y livre. L'usage de drogues est pénalisé parce qu'on en fait une affaire de morale – mettant en danger jusqu'à la « force morale » de la communauté¹¹⁵ – plutôt que de santé individuelle ou publique¹¹⁶.

AS, Malaisie

Je m'appelle AS et j'ai 38 ans. Je viens de Pahang. Cela fait près de 20 ans que je consomme des drogues. Je m'injecte, je fume et j'achète tout type de drogues, mais l'héroïne et le cristal sont celles que je préfère. J'ai été condamné huit fois à des peines de détention dans des centres pour consommateurs de drogues et 19 fois à des peines de prison. Ma vie est compliquée, et j'ai peur de me faire arrêter par la police et d'être condamné à mort.

Parce que mon usage est quotidien, je suis moi-même un petit revendeur de drogues. Ça paye ma consommation, de quoi manger, le loyer de ma chambre et quelques extras de temps en temps pour profiter un peu de la vie. Le trafic ne me rapporte pas beaucoup et si j'avais le choix, je ne le ferais pas. En Malaisie, il suffit de se faire prendre avec 15 grammes d'héroïne ou de morphine ou 200 grammes de cannabis pour risquer la peine de mort. Ça ne devrait pas être comme ça – personne ne mérite de mourir pour possession de drogues. Je ne suis pas un assassin, ni coupable de haute trahison.

Ma famille m'a accepté en tant que consommateur de drogues et j'ai pu en consommer à la maison avec la permission de ma mère. Mais ça, c'était il y a longtemps et j'ai choisi de ne pas rentrer chez moi parce que je ne m'en sors pas aussi bien qu'ils l'auraient souhaité. Je me suis marié à 20 ans, c'était un mariage arrangé. Ça a duré 10 ans et j'ai deux filles, des jumelles. J'ai dû les quitter, leur mère et elles, sous la pression de ma belle-famille pendant que j'étais en prison. Aujourd'hui, je ne vois que rarement mes filles, à cause de mon problème de drogues.

C'est pareil avec la société. On me considère toujours comme inutile, un genre de déchet. On ne fait pas confiance aux consommateurs de drogues. On ne me voit pas comme un être humain. En ce moment, je fais mon possible pour m'en sortir au quotidien en acceptant tous types de boulots que propose l'IKHLAS [une association communautaire locale], que ce soit décharger des camions ou faire du ménage. Mais ça ne suffit pas pour payer mes factures et je suis obligé de faire un peu de revente pour joindre les deux bouts.

La société nous verra toujours d'un mauvais œil, nous, les consommateurs de drogues. On est un fardeau pour elle. Mais les gens se sont-ils déjà demandé ce qu'il se passerait si les problèmes de drogue concernaient des membres de leur propre famille ? Il faut que la société soit informée à propos des drogues. Elle doit savoir qu'il n'est pas nécessaire de pendre les dealers ou les gens qui se font attraper dans la rue avec un peu d'héroïne ou de cannabis pour leur usage personnel. Je n'en vends pas par plaisir, mais parce que je n'ai pas le choix.

LONGUES PEINES ET PEINE DE MORT

Dans certains pays, les délits sans violence liés aux drogues sont punis de la peine de mort. Cette sévérité renforce l'idée que la consommation de drogues est un « fléau » moralement répréhensible, méritant des peines équivalentes à celles prononcées pour les crimes les plus graves et les plus violents.

En Malaisie, la peine de mort est obligatoire et automatique pour tout délit relatif au trafic de drogues. Les autres crimes méritant cette peine sont le meurtre et l'usage d'une arme à feu dans l'intention de tuer ou de blesser, des crimes dans lesquels la mort ou la blessure constituent l'intention. Il semblerait toutefois que l'opinion publique malaisienne soit en train de se tourner contre l'application automatique de la peine de mort pour les délits relatifs aux drogues commis sans violence, mais aussi plus généralement contre la peine de mort en soi. Une étude menée en 2012 a révélé que la presse soutenait l'abolition de la peine de mort pour les passeurs de drogues¹¹⁷. Si la majorité des personnes interrogées s'est prononcée en faveur de l'application obligatoire de la peine de mort pour les meurtres, seul 25 % l'a fait pour le trafic d'héroïne.

Dans de nombreux pays, le seuil de déclenchement du recours obligatoire à la peine de mort pour possession de drogues – ce qui interdit aux juges de tenir compte de circonstances atténuantes – est très bas. À Singapour, il s'agit de 500 grammes de cannabis, de 15 grammes d'héroïne ou de 30 grammes de cocaïne¹¹⁸.



CHANGER LES PERCEPTIONS

Dans certaines régions, le changement est déjà en cours. Signalons ici deux voies par lesquelles cela s'est produit : la détermination politique et l'information.

Dans certains cas, les dirigeants politiques ont examiné les données disponibles et pris des initiatives pour modifier les politiques de contrôle des drogues. Václav Havel, président de la Tchécoslovaquie, a par exemple promu la dépénalisation de la consommation et de la possession de drogues en 1990. Au Portugal, il y a plus de 15 ans, une coalition de dirigeants politiques a mandaté une commission scientifique pour qu'elle émette des recommandations quant aux réponses à apporter aux problèmes auxquels le pays faisait face en lien avec les drogues ; la coalition s'est engagée à appliquer ces recommandations, quelles qu'elles soient¹¹⁹. Cela a mené à la dépénalisation des drogues, qui a donné des résultats largement positifs et offre aujourd'hui un modèle utile à d'autres dirigeants politiques. Par ailleurs, les présidents Jorge Batlle et José Mujica en Uruguay, ainsi que le Premier ministre Justin Trudeau au Canada, ont récemment conduit leur pays vers la réglementation légale du cannabis. Ensemble, ils entraînent le monde sur la voie d'une nouvelle approche de la politique de contrôle des drogues.

Il est possible d'influencer l'opinion publique et d'inverser le cercle vicieux de la discrimination et de la répression par le biais de la bonne gouvernance et des réformes. Au Portugal, depuis la dépénalisation, on a constaté un recul sensible des opinions stigmatisant les personnes qui consomment des drogues¹²⁰. Aux Pays-Bas, l'un des principaux objectifs des modifications législatives de 1976 qui ont autorisé de facto la dépénalisation de cannabis était de prévenir la stigmatisation et la marginalisation des personnes qui consomment des drogues¹²¹. Aujourd'hui, les Pays-Bas affichent le plus faible taux de consommation problématique de l'Union européenne, et la prévalence générale de la consommation de drogues dans l'ensemble de la population est inférieure à la moyenne européenne et très inférieure à celle des États-Unis¹²².

Certains faits permettent de penser que le public soutient des politiques plus pragmatiques et fondées sur des études scientifiques aussitôt qu'on lui fournit des informations crédibles et reposant sur des évaluations des conséquences de ces politiques, comme l'a fait la Suisse. En 1997, la nouvelle politique nationale en matière de drogues fondée sur les « quatre piliers » que sont la prévention, le traitement, la réduction des risques et la répression¹²³ recevait le soutien de plus de 70% des votants. Deux ans plus tard, ils étaient 54 % à voter en faveur de la poursuite de la prescription médicalisée d'héroïne¹²⁴. Après dix ans, en 2008, un référendum sur la politique suisse des « quatre piliers » a de nouveau obtenu 68 % d'approbation¹²⁵.

Lorsqu'on leur a demandé quel raisonnement avait sous-tendu leur vote, les électeurs ont généralement fait état de motivations pragmatiques, comme l'efficacité démontrée du traitement et les bons résultats obtenus en matière de santé. Cela tranchait nettement avec les années précédentes, où les électeurs avaient le plus souvent expliqué leur vote par leurs croyances et leurs convictions fondamentales¹²⁶. L'expérience suisse est exemplaire par la façon dont elle a accumulé les données pour constater les effets positifs de la réduction des risques sur la santé publique¹²⁷ et présenté les preuves que la délinquance avait baissé et que des personnes consommatrices de drogues avaient réintégré la population active. Elle montre qu'il est possible de convaincre les personnes qui s'inquiètent pour l'ordre public et la sécurité que d'autres politiques en matière de drogues peuvent s'avérer plus efficaces pour réduire les dommages associés aux drogues¹²⁸.

RECOMMANDATIONS

I Les décideurs politiques doivent s'efforcer de modifier les perceptions actuelles des drogues et des personnes qui en consomment en diffusant des informations fiables et cohérentes.

La responsabilité des autorités est d'influencer positivement l'opinion publique. Les dirigeants politiques jouent un rôle essentiel dans la formation de ce que croit le public ; ils ont donc le devoir moral de diffuser des informations exactes fondées sur les faits. Un dirigeant doit se montrer intraitable dans la remise en cause des perceptions sur les drogues qui ne reposent pas sur la réalité et peuvent s'avérer discriminatoires pour les personnes qui en consomment, et ne pas céder de terrain face aux idées préconçues du public. Lorsqu'un dirigeant politique choisit d'attiser des peurs concernant les drogues et leur consommation pour maintenir la prohibition ou l'intensifier, il cause sans le vouloir d'importantes difficultés à certains des plus vulnérables de ses concitoyens. Lorsqu'il décide au contraire de battre en brèche certaines idées reçues sur les drogues et ceux qui en consomment, il peut vraiment faire avancer les choses. Depuis vingt ans, l'action raisonnée de certains dirigeants politiques en Europe et en Amérique latine a déjà entraîné des changements dans les attitudes à l'égard du contrôle des drogues, qui ont à leur tour ouvert la voie à la mise en œuvre de mesures de réduction des risques, de la dépénalisation et de la régulation, améliorant ainsi la santé publique dans ces pays.

II Les leaders d'opinion doivent assumer leurs responsabilités en influençant l'opinion et la perception publique des drogues et en promouvant un langage non-stigmatisant et non-discriminatoire.

Les médias, les chefs religieux, les intellectuels, les personnalités publiques et d'autres personnes d'influence pourraient devenir de puissants alliés pour remédier à la désinformation qui entoure l'usage de drogues et réduire la stigmatisation des personnes qui les consomment. Plus particulièrement, ils doivent prendre conscience de leur utilisation de termes dégradants et insultants – comme « toxico », « camé » et « junky » – et y remédier. Il faut qu'ils s'abstiennent de propager des croyances erronées susceptibles d'entraîner des situations catastrophiques pour les personnes qui consomment des drogues, leur communauté et les secteurs les plus vulnérables de la société.

III Participer au débat, soutenir l'engagement et les activités de sensibilisation et exiger des pouvoirs publics, des élus, du pouvoir judiciaire, des maires, des médias et des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux qu'ils rendent des comptes.

Les citoyens ordinaires ont les moyens de transformer le débat. Il faut qu'un engagement sans relâche renforce la capacité de la société civile d'exiger des comptes des pouvoirs publics, des médias et de certains autres acteurs. Il faut favoriser la création de réseaux nationaux et régionaux de personnes qui consomment des drogues de façon à ce qu'ils puissent eux-mêmes défendre efficacement leurs droits dans chaque communauté. D'autres acteurs de la société civile dans le domaine des droits humains, des maladies infectieuses, de la justice pénale et des maladies non-transmissibles doivent se rassembler pour corriger les perceptions négatives qui prévalent dans la société et réduire la stigmatisation, ainsi que pour dénoncer les politiques actuellement menées contre la drogue et promouvoir des réformes de la loi fondées sur l'évidence. Certains groupes de la société civile ont déjà développé une vision holistique de lutte contre les effets négatifs de la prohibition et engagé le débat avec les secteurs de la santé, de la justice pénale, de la sécurité publique et des forces de l'ordre, de la défense de la justice sociale et des droits humains. Certains groupes de citoyens sont parvenus à influencer la campagne mondiale en faveur de la réforme de la politique des drogues ainsi qu'à coordonner et renforcer les capacités au niveau mondial, national et local. Ce travail de plaidoyer doit continuer.

IV Mettre fin aux actes de harcèlement issus de la perception négative des personnes qui consomment des drogues.

Les agents du maintien de l'ordre doivent cesser de commettre des actes de harcèlement à l'encontre des personnes qui consomment des drogues, qu'il s'agisse d'intimidation, de fouilles sans justification, de saisie de biens sans justification ou de profilage racial. Ils devraient plutôt se centrer sur la fonction sociale de la force publique en les acheminant vers les services sociaux et de santé lorsqu'ils en ont besoin et se contenter d'émettre des mises en garde à ceux dont l'usage n'est pas problématique mais qui ont troublé l'ordre en consommant des drogues dans la sphère publique. Dans ses jugements pour délits mineurs, le système judiciaire doit considérer la dépendance aux drogues ou leur consommation problématique comme un facteur atténuant plutôt qu'aggravant. Emprisonner des individus qui ont besoin d'aide médicale et sociale ne fait qu'exacerber les maux de la société, cela ne les prévient aucunement. Les forces de l'ordre jouent un rôle déterminant dans la perception commune des consommateurs de drogues. Avec d'autres intervenants en matière de politique des drogues, ils peuvent corriger les perceptions qui servent de prétextes à la pénalisation et veiller au respect des procédures.

V Pour que la santé et la sécurité passent au premier plan, il faut que la communauté médicale et les professionnels de la santé s'expriment en faveur d'une prévention, de traitements et de services de réduction des risques fondés sur l'évidence scientifique et pour combattre la stigmatisation qui repose sur des préjugés dans les milieux de la santé.

Les médecins, les infirmiers et infirmières et tous les travailleurs de la santé au contact de personnes qui consomment des drogues ont un rôle essentiel à jouer pour faire évoluer la façon dont les drogues sont perçues. Constituant souvent le premier point de contact des personnes qui consomment des drogues, ils peuvent jouer un rôle capital dans l'information du public. Par la position de confiance qu'ils occupent, ils ont un rôle important de sensibilisation à jouer pour améliorer l'apport de services aux personnes dont la consommation de drogues est problématique. Plus précisément, les professionnels de la santé expérimentés doivent proclamer haut et fort l'utilité des traitements qui se sont avérés efficaces – en se prononçant par exemple en faveur des traitements de substitution aux opiacés, toujours montrés du doigt par de nombreux secteurs de la société.

VI Profiter de l'occasion que représente le segment ministériel de la prochaine Commission des stupéfiants des Nations unies prévue en 2019 pour corriger le langage employé dans les documents et les négociations internationales.

Les États membres doivent revoir le langage qu'ils emploient et les préjugés qu'ils véhiculent lors de la négociation internationale d'accords politiques en matière de contrôle des drogues. Le Secrétaire général de l'ONU doit veiller à ce que le système des Nations unies diffuse un vocabulaire cohérent et axé sur les personnes lorsqu'il s'occupe de drogues, en phase avec l'agenda de développement durable. Les organismes des Nations unies doivent continuer de publier des documents et d'animer des débats fondés sur les preuves afin de porter les faits à la connaissance des diplomates, des décideurs politiques et des citoyens du monde entier et d'œuvrer à transformer les perceptions actuellement dominantes. Jusqu'à présent, les déclarations politiques et les programmes d'action de l'ONU concernant la politique en matière de drogues ont perpétué un langage dévalorisant et nocif en qualifiant des personnes de « toxicomanes » et en appelant à « contrer » ou à « combattre » les drogues. Ils n'ont pas davantage réussi à englober des services de prévention tertiaire et d'atténuation des dommages fondés l'expérience, comme la « réduction des risques ». Dans le même temps, d'autres mécanismes internationaux ont fait de plus grands pas dans l'amélioration de leur langage et de leurs descriptions des drogues et des personnes qui en consomment. La plupart de ces textes n'ont pas été négociés par les États membres, mais rédigés par des structures de l'ONU telles que des agences ou des fonds et des programmes spécialisés.

RÉFÉRENCES

- 1 Jay, M. (2012) *High society*. Londres : Thames & Hudson.
- 2 Brown, D. E. (1991) *Human Universals*. New York : McGraw-Hill Education.
- 3 Emprunté à Jay, M. (2012) *High society*. London: Thames & Hudson.
- 4 Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D., (2010) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376 (9752), pp. 1558–1565.
- 5 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), pp. 1047–1053.
- 6 Comparatif de la classification de l'ONU par la Commission globale de politique en matière de drogues, dans son rapport de 2011 « La Guerre aux drogues », repris ici dans la figure 1.
- 7 Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M.T., Strang, J., van den Brink, W. (2007) Heroin-assisted Treatment (HAT) a Decade Later : A Brief Update on Science and Politics. *Journal Urban Health*, 84 (4), pp. 552–562.
- 8 Pour en savoir plus sur le kava, voir Fehoko, E. (2014) *Pukepuka fonua: An exploratory study on the faikava as an identity marker for New Zealand-born Tongan males in Auckland, New Zealand* (thèse de maîtrise non publiée). Auckland : université technologique d'Auckland ; Aporosa, S. (2011) Is kava alcohol? The myths and the facts. *Pacific Health Dialog*, 17 (1), pp. 157-164 ; Aporosa, S. (2012) *Yaqona (kava) and education in Fiji: Investigating "cultural complexities" from a post-development perspective* (thèse de doctorat non publiée). Palmerston North, NZ : université Massey ; Fehoko, E. (2015) Social space and cultural identity: The faikava as a supplementary site for maintaining Tongan identity in New Zealand. *New Zealand Sociology*, 30 (1), pp. 131-139 ; Finau, S., Stanhope, J., Prior, I. (1982) Kava, alcohol and tobacco consumption among Tongans with urbanisation. *Social Sciences and Medicine*, 16, pp. 35-41 ; Lebot, V., Merlin, M., Lindstrom, L. (1997) *Kava: The Pacific elixir: The definitive guide to its ethnobotany, history and chemistry*. Rochester, VT : Healing Arts Press ; Lemert, M. (1967) Secular use of kava in Tonga. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28 (2), pp. 328-341 ; Sarris, J., et al (2013) Kava in the treatment of generalised anxiety disorder: A double-blind, randomised, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33 (5), pp. 643-648 ; Singh, Y.N. (dir.) (2004) *Kava: From ethnology to pharmacology*. Londres : CRC Press ; Singh, Y.N., Blumenthal, M. (1997) Kava: An overview. *Herbalgram*, 39 (1), pp. 34-56.
- 9 National Addiction Centre (2003) *Dangerousness of Drugs: A Guide to the Risks and Harms Associated with Substance Misuse*. Disponible à l'adresse : http://www.nta.nhs.uk/uploads/dangerousnessofdrugsdh_4086293.pdf (consulté le 23 novembre 2017)
- 10 Jay, M. (2012) *High society*. Londres : Thames & Hudson
- 11 Concernant le cannabis, un modèle d'apprentissage en trois phases de consommation d'une drogue pour le plaisir a été avancé : le nouveau consommateur doit commencer par apprendre la technique, c'est-à-dire à fumer le cannabis de façon qu'il produise ses effets ; ensuite, il ou elle doit apprendre à reconnaître les effets, tels que l'étourdissement ou l'appétit accru, et à les associer à la drogue consommée ; enfin, il ou elle doit apprendre à redéfinir ces effets et à apprécier ces sensations. Le plus souvent, ce processus d'apprentissage se fait avec l'accompagnement d'un consommateur expérimenté, c'est-à-dire qu'il comporte un élément social fort dans le contexte d'une sous-culture. Voir Becker, H.S. (1953) Becoming a Marihuana User. *American Journal of Sociology*, 59 (3), pp. 235-242.
- 12 Nag, O. (2017) 14 Countries Where Drinking Alcohol Is Illegal. *WorldAtlas*. <http://www.worldatlas.com/articles/14-countries-where-drinking-alcohol-is-illegal.html> (consulté le 23 novembre 2017).
- 13 Blickman, T. (2017) *Morocco and Cannabis: Reduction, containment or acceptance*. Amsterdam : Transnational Institute. Consultable à l'adresse : https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_49_eng_web.pdf (consulté le 22 novembre 2017)
- 14 Windle, J. (2012) Insights for Contemporary Drug Policy: A Historical Account of Opium Control in India and Pakistan. *Asian Journal of Criminology*, 7 (1), pp. 55–74.
- 15 Speaker, S. L. (2004) Demons for the Twentieth Century – The Rhetoric of Drug Reform, 1920-1940. Pp. 203-224 dans Tracy, S.W., Acker, C.J. (dir.) (2004) *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-2000*. Amherst: University of Massachusetts Press.
- 16 Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) (2017) *Rapport mondial sur les drogues 2017*, ONUDC.
- 17 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2017) *Rapport européen sur les drogues 2017 : tendances et évolutions*. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne.
- 18 National Institute on Drug Abuse (2016) *The Science of Drug Abuse and Addiction: The Basics*. <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics> (consulté le 28 août 2017).
- 19 O'Brien, C.P., Volkow, N., Li, T.-K. (2006) What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 163 (5), pp. 764–765.
- 20 Organisation mondiale de la santé, (1992) *Classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- 21 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2014) *High-risk drug use key epidemiological indicator*. Disponible à l'adresse : <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu> (consulté le 28 août 2017).
- 22 Hart, C. (2013) *High Price: A Neuroscientist's Journey of Self-Discovery That Challenges Everything You Know About Drugs and Society*. Ed. Harper ; voir aussi Nutt, D. (2012) *Drugs Without the Hot Air*. Cambridge: UIT Cambridge Ltd.
- 23 Environ 23 % des personnes qui goûtent à l'héroïne développent une dépendance. Pour le cannabis, ils sont 9 %, pour la cocaïne, environ 17 %. Concernant les drogues légales, environ 15 % de ceux qui goûtent à l'alcool développeront une dépendance et environ 32 % pour le tabac. Voir Anthony, J., Warner, L., Kessler,

- R. (1994) Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2 (3), pp. 244-268.
- 24 Waxman, O.B. (2017) Bill Clinton Said He "Didn't Inhale" 25 Years Ago — But the History of U.S. Presidents and Drugs Is Much Older. *Time*. Disponible à l'adresse : <http://time.com/4711887/bill-clinton-didnt-inhale-marijuana-anniversary/> (consulté le 22 novembre 2017).
- 25 Seelye, K.Q. (2006) Barack Obama, asked about drug history, admits he inhaled. *The New York Times*. Disponible à l'adresse : <http://www.nytimes.com/2006/10/24/world/americas/24iht-dems.3272493.html> (consulté le 23 novembre 2017).
- 26 L'idée est si répandue aux États-Unis et en Grande-Bretagne que les NIH se sont sentis obligés de la démentir sur leur site. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/use-medications-methadone-buprenorphine> (consulté le 28 novembre 2017).
- 27 Amato, L., Davoli, M., A.Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F., P. Mattick, R. (2005) "An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research." *J. Subst. Abuse Treat*, 28 (321) pp. 321-329 ; McHugh, R.K. et al. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 33 (3), pp. 511-525 ; Hagedorn, H.J., Noorbaloochi, S., Simon, A.B., Bangerter, A., Stitzer, M.L., Stetler, C.B., Kivlahan, D. (2013) Rewarding early abstinence in Veterans Health Administration addiction clinics. *J. Subst. Abuse Treat.*, 45 (1), pp. 109-117 ; Petry, N.M., Carroll, K.M. (2013) Contingency management is efficacious in opioid-dependent outpatients not maintained on agonist pharmacotherapy. *Psychol. Addict. Behav.*, 27 (4), pp. 1036-1043 ; Dutra, L. , Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., Otto, M.W. (2008) A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am. J. Psychiatry*, 165 (2), pp. 179-187 ; Lussier, J.P. (2006) A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 101 (2), pp. 192-203 ; Seigers, D.K., Carey, K.B. (2010). Screening and brief interventions for alcohol use in college health centers: a review. *J. Am. Coll. Health*, 59 (3), pp. 151-158 ; Burke, B.L., Arkowitz, H., Menchola, M. (2003) The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 71 (5), pp. 843-861 ; Slomski, A. (2014) Mindfulness-Based Intervention and Substance Abuse Relapse. *J. Am. Med. Ass'n*, 311 (24), p. 2472; Witkiewitz, K., Bowen, S. (2010) Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 78 (3), pp. 362-374 ; Bowen, S. et al. (2009) Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst. Abuse.*, 30 (4), pp. 295-305; Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., Marlatt, A. (2009) Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Subst. Abuse.*, 30 (4), pp. 266-294.
- 28 Fischer, et al. (2007) *Drug user involvement in treatment decisions*. Joseph Rowntree Foundation. <https://www.jrf.org.uk/report/drug-user-involvement-treatment-decisions> (consulté le 22 novembre 2017).
- 29 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) *Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention* Disponible à l'adresse : http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf (consulté le 28 novembre 2017).
- 30 Venosa, A. (2016) Mandatory Treatment For Drug Addiction Is Ineffective, Violates United Nations Human Rights Treaty. *Medical Daily*. Disponible à l'adresse : <http://www.medicaldaily.com/drug-addiction-united-nations-human-rights-390207> (consulté le 22 novembre 2017).
- 31 Human Rights Watch (2012) Torture in the Name of Treatment: Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia, and Lao PDR. Disponible à l'adresse : <https://www.hrw.org/report/2012/07/24/torture-name-treatment/human-rights-abuses-vietnam-china-cambodia-and-lao-pdr> (consulté le 23 novembre 2017).
- 32 Id Dima, victim of a vigilante group, dans Saucier, D.W., Kingsbury, R.K., Silva, P. (2011) *Russia: When Vigilantes Step In. Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation*. New York: Open Society Foundations. Disponible à l'adresse : <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatedwithcruelty.pdf> (consulté le 17 août 2017). Pour d'autres rapports de ce type au Myanmar, voir Jensema, E., Kham, N. P. E. (2016) Found in the dark. TNI drug policy briefing 47. Disponible à l'adresse <https://www.tni.org/en/publication/found-in-the-dark> (consulté le 10 août 2017)
- 33 Amon, J.J., Pearshouse, R, Cohen, J.E., Schleifer, R. (2014) Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: evolving government, UN and donor responses. *International Journal of Drug Policy*, 25 (1), pp. 13-20.
- 34 Par exemple, la série de l'OMS/ONU/DC/ONUSIDA *Série Bases factuelles de l'action et résumés sur les politiques* (18). Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html ; Institute of Medicine, Committee on the Prevention of HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries (2006) *Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academies Press (14) ; Gowing, L. et al. (2008) Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2) ; Degenhardt, L. et al. (2010) HIV prevention for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are required *The Lancet*, 376 (9737), pp. 285–301 ; Altice, F.L. et al (2010) Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *The Lancet*, 376 (9738), pp. 367–387 ; MacArthur, G. et al (2012) Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 345 (137).
- 35 Lenton, S., Single, E. (1998) The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17 (2), pp. 213–220.
- 36 Tinasti, K., Audoin, B., Jomier, B., Delfraissy, J.F., Lévy, Y., Barré-Sinoussi, F. (2016) Cities Central to HIV Response for People Who Use Drugs. *Lancet HIV*, 3 (5), pp. 197-199.
- 37 Tracy, S. W., Acker, C.J. (2004) Introduction. In Tracy, et al., *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-2000*. University of Massachusetts Press.
- 38 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, dans Reinerman, C., Levine, H.G. (dir.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press.
- 39 Blendon, R. J., Young, J.T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs, *Journal of the American Medical Association*, 279 (11), pp. 827-832.
- 40 Blendon, R.J., Young, J.T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs. *Journal of the American Medical Association*, 279 (11), pp. 827-832.
- 41 Ibid.
- 42 Curtis, V.A. (2007) A natural history of hygiene *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 18 (1), pp. 11–14.
- 43 Belcher, A., McGregor, D. (2016) Public Attitudes Towards People with Drug Dependence and People in Recovery. Scottish

- Government Progressive Partnership. Disponible à l'adresse : <http://www.gov.scot/Publications/2016/06/3496/1>.
- 44 UK Drug Policy Commission (2010). *Representations of Drug Use and Drug Users in the British Press. A Content Analysis of Newspaper Coverage*. <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Representations%20of%20drug%20use%20and%20drug%20users%20in%20the%20British%20press.pdf>
- 45 Klein, A. (2001) Have a Piss, Drink Ogogoro, Smoke Igbo, but don't take Gbana - Hard and Soft Drugs in Nigeria: A Critical Comparison of Official Policies and the View on the Street. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33 (2), pp. 111-119.
- 46 NSRP and International Alert (2017) *Out of the shadows - Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria*. Available at: http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf
- 47 Abaza, O. (2017) *Multicentre Operational Research on Drug Use and Harm Reduction among People living with HIV/AIDS in the Middle East and North Africa Region*. Beirut: Menahra. Disponible à l'adresse : http://fileserv.idpc.net/library/Operational_Research_MENAHRA.pdf
- 48 Lunze, K., Lunze, F.I., Raj, A., Samet, J.H. (2015) *Stigma and Human Rights Abuses against People Who Inject Drugs in Russia—A Qualitative Investigation to Inform Policy and Public Health Strategies*. *PLoS ONE*, 8 (10).
- 49 Grob, P.J. (1994) The needle park in Zurich: the story and the lessons to be learned. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 1 (2), pp. 48-60.
- 50 Wall, M., et al. (2011) Sex, drugs and economic behaviour in Russia: a study of socio-economic characteristics of high risk populations. *International Journal of Drug Policy*, 22 (2), pp. 133-139.
- 51 Nutt, D. (2012) *Drugs - without the hot air: Minimising the harms of legal and illegal drugs*. Cambridge: UIT Ltd.
- 52 See for example discussion in Kleiman, M.A.R., Caulkins, J.P., Hawken, A. (2011) *Drugs and Drug Policy: What Everyone Needs to Know*. Oxford: Oxford University Press.
- 53 Khoury, L., Tang, Y.L., Bradley, B., Cubells, J.F., Ressler, K.J. (2010) Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depress. Anxiety*, 27 (12), pp. 1077-1088.
- 54 Nations unies (1961) *Convention unique sur les stupéfiants*. ONUDC. Disponible à l'adresse : https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_fr.pdf (consulté le 4 janvier 2017).
- 55 Lines, R. (2010) 'Deliver us from Evil?' – The Single Convention on Narcotic Drugs, 50 Years On. *International Journal on Human Rights and Drug Policy*, 1 (3), p. 7.
- 56 Pasayat. J.A (2003) Union of India contre Kuldeep Singh, le 8 décembre 2003. 2 SCC 590
- 57 Domosławski, A. (2011) *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*. Warsaw: Open Society Foundations.
- 58 Alexander, B.K., Coombs, R.B., Hadaway, P.F., (1978) The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58 (2), pp. 175-179; Alexander, B.K., Beyerstein, B.L., Hadaway, P.F., Coombs, R.B., (1981) Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 15 (4), pp. 571-576.
- 59 Robins, L.N., Helzer, J.E. (1975) Drug use among Vietnam veterans; Three years later. *Medical World News*, 16, pp. 44-49 ;
- Robins et al., (1980) Vietnam veterans three years after Vietnam, pp. 213-230. Dans Brill, Winick (dir.). *The Yearbook of Substance Use and Abuse*, 11. Human Science Press.
- 60 US Treasury Department (1919) *Traffic in Narcotic Drugs. Report of Special Committee of Investigation appointed March 25, 1918, by the Secretary of the Treasury*. Washington D.C..
- 61 Williams, H. S. (1938) *Drug addicts are human beings: the story of our billion-dollar drug racket: how we created it and how we can wipe it out*. Washington D.C.: Shaw Publishing Co.
- 62 Voir par exemple Reuter, P., Kleiman, M.A.R. (1986) Risks and Prices: An Economic Analysis of Drug Enforcement. *Crime and Justice*, 7, pp. 289-340 ; Miron, J.A., Zwiebel, J. (1995) The Economic Case Against Drug Prohibition. *The Journal of Economic Perspectives*, 9, pp. 175-192.
- 63 Les Afro-américains représentent 40 % de la population carcérale fédérale et des États, et les Hispaniques constituent 38 % de la population carcérale fédérale. Drug Policy Alliance (2016) *The Drug War, Mass Incarceration and Race*. Disponible à l'adresse : http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA%20Fact%20Sheet_Drug%20War%20Mass%20Incarceration%20and%20Race_%28Feb.%202016%29_0.pdf (consulté le 31 août 2017).
- 64 Eastwood, N., Shiner, M., Bear, D. (2013) *The Numbers In Black And White: Ethnic Disparities In The Policing And Prosecution Of Drug Offences In England And Wales*. Londres: Release. Disponible à l'adresse : <http://www.release.org.uk/publications/num-bers-black-and-white-ethnic-disparities-policing-and-prosecution-drug-offences> (consulté le 13 avril 2017).
- 65 Campbell, T. (2011) *Pros & Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV and HCV Programs for Prisoners* (Deuxième édition). Toronto : Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network. Disponible à l'adresse : <http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26374.pdf> (consulté le 13 avril 2017).
- 66 Australian Institute of Criminology (2012) *Australian crime: Facts and figures 2011*. Disponible à l'adresse : http://www.aic.gov.au/media_library/publications/facts/2011/facts_and_figures_2011.pdf (consulté le 13 avril 2017).
- 67 Natal (Colony), Indian Immigrants Commission. (1887). *Report of the Indian Immigrants Commission, 1885-1887*. (Wragg Commission). Pietermaritzburg, South Africa. Disponible à l'adresse : http://scnc.ukzn.ac.za/doc/INDENTURE/Reports/Report_indian_immigrants_commission_1885_7_Wragg_Commission.pdf
- 68 Killias, M., Aebi, M. F. (2000) The Impact of Heroin Prescription on Heroin Markets in Switzerland Crime Prevention Studies. *Crime Prevention Studies*, 11, pp. 83-99.
- 69 McElrath, K., Chitwood, D.D., Comerford, M. (1997) Crime Victimization among Injection Drug Users. *Journal of Drug Issues*, 27, pp. 771-783.
- 70 UNAIDS (2015) *UNAIDS Terminology Guidelines*. Geneva. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf
- 71 Blendon, R. J., Young, J.T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs. *Journal of the American Medical Association JAMA*, 279 (11), pp. 827-832.
- 72 Speaker, S. L. (2004) *Demons for the Twentieth Century – The Rhetoric of Drug Reform, 1920-1940*, pp. 203-224 in Tracy, S. W., Acker. C.J. (eds.) *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-2000*. Amherst: University of Massachusetts Press
- 73 Kosovski, J.R., Smith, D.C. (2011) *Everybody Hurts: Addiction, Drama, and the Family in the Reality Television Show Intervention*.

Substance Use & Misuse, 46 (7), pp. 852-858.

74 UK Drug Policy Commission (2010). *Representations of Drug Use and Drug Users in the British Press. A Content Analysis of Newspaper Coverage*. <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Representations%20of%20drug%20use%20and%20drug%20users%20in%20the%20British%20press.pdf>

75 Ibid.

76 Thompson, M. (2012) Drug that's turning users into cannibals: Mind-altering "bath salts" blamed for three zombie style attacks. *Mirror Online*.

77 Elfrink, T. (2014) Bath Salts Didn't Cause the Miami Cannibal Attack, Scientists Say. *Miami New Times*.

78 Jay, M. (2012) *High society*. Londres: Thames & Hudson.

79 Par exemple, *The Economist* (2001) The case for legalization. *The Economist*. Disponible à l'adresse : <http://www.economist.com/node/709603> (consulté le 24 novembre 2017).

80 Voir aussi van Boekel, L.C. et al (2013) Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend.*, 131, pp. 23-53 ; Brener, L. (2010) The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users. *Substance Use & Misuse*, 45 (7-8), pp. 1007-1018.

81 Room, R., Rehm, J., Trotter, R. T., Paglia, A., Üstün, T. B. (2001). Cross-cultural views on stigma valuation parity and societal attitudes towards disability. pp. 247-253. Dans Üstün, T. B., Chatterji, S., Rehm, J., Saxena, S., Bickenbach, J. E. (dir.). *Disability and culture: Universalism and diversity*, 247-291. Seattle, WA: Hofgrebe & Huber ; voir aussi Phillips, L.A., Shaw, A., "Substance use more stigmatized than smoking and obesity." *Journal of Substance Use*, 18 (4), 247-253. (2001).

82 NSRP and International Alert (2017) *Out of the shadows - Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria*. Disponible à l'adresse : http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf

83 Zamudio-Haas, S. et al (2016) Generating trust: Programmatic strategies to reach women who inject drugs with harm reduction services in Dar es Salaam, Tanzania. *International Journal of Drug Policy*, 30, pp. 43-51.

84 Kelly, F. J., Saitz, R., Wakeman, S. (2016) Language, Substance Use Disorders, and Policy: The Need to Reach Consensus on an 'Addiction-ary.' *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34 (1), pp. 116-123.

85 Kelly, J., Westerhoff, C. (2010) Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 12 (3), pp. 202-207 ; Voir aussi Henderson, S. et al. (2010) Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department. *Journal Health Care Poor Underserved*, 19 (4), pp. 1336-1349 ; McCreaddie, M. et al. (2010) Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinic. Nursing*, 19, pp. 2730-2740.

86 ONUDC (2014) *Rapport mondial sur les drogues 2014*. Genève : Organisation des Nations unies.

87 HCDH (2015) *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, A/HRC/30/65, paragraphe 37.

88 Ibid., paragraphe 41.

89 Ibid., paragraphe 52.

90 Ibid., paragraphe 53.

91 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, dans Reinerman, C., Levine, H.G. (dir.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press.

92 Voir par exemple Haberman, C. (2014) When Youth Violence Spurred 'Superpredator' Fear. *The New York Times*. Disponible à l'adresse : <https://www.nytimes.com/2014/04/07/us/politics/killing-on-bus-recalls-superpredator-threat-of-90s.html> (consulté le 22 août 2017).

93 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, dans Reinerman, C., Levine, H.G. (dir.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press ; The New York Times (1989) Crack; A Disaster of Historic Dimension, Still Growing, *The New York Times*. Disponible à l'adresse : <http://www.nytimes.com/1989/05/28/opinion/crack-a-disaster-of-historic-dimension-still-growing.html?pagewanted=all>.

94 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, dans Reinerman, C., Levine, H.G. (dir.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press.

95 Ibid.

96 Ibid.

97 Slotkin, T.A. (1998) "Fetal Nicotine or Cocaine Exposure: Which One is Worse?" *Journal of Pharmacol. Experimental Therapeutics*, 285 (3), pp. 931-945.

98 See for example Baum, D. (1997) *Smoke and Mirrors: The War on Drugs and the Politics of Failure*. Boston: Back Bay Books.

99 Palamar, J.J., Davies, S., Ompad, D.C., Cleland, C.M., Weitzman, M. (2015) Powder Cocaine and Crack Use in the United States: An Examination of Risk for Arrest and Socioeconomic Disparities in Use. *Drug Alcohol Depend.*, 149, pp. 108-116.

100 Kelly, F. J., Saitz, R., Wakeman, S. (2016) Language, Substance Use Disorders, and Policy: The Need to Reach Consensus on an 'Addiction-ary.' *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34 (1), pp. 116-123.

101 American Medical Association (2015) *Patients with Addiction Need Treatment - Not Stigma* Disponible à l'adresse : <https://www.asam.org/resources/publications/magazine/read/article/2015/12/15/patients-with-a-substance-use-disorder-need-treatment--not-stigma>; American Society of Addiction Medicine (2013) *Terminology related to the spectrum of unhealthy substance use*. Disponible à l'adresse : <http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-state-ment/view-policy-statement/public-policy-statements/2014/08/01/terminology-related-to-the-spectrum-of-unhealthy-substance-use>.

102 International Society of Addiction Journal (2015) *Statements and Guidelines Addiction Terminology*. Disponible à l'adresse : <http://www.isaje.net/addiction-terminology.html> (consulté le 28 août 2017).

103 Botticelli, M., Director of the Office of National Drug Control Policy (2017). *Memorandum to Heads of Executive Departments and Agencies on Changing the Language of Addiction*, daté du 9 janvier 2017. Disponible à l'adresse : <https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/whitehouse.gov/files/images/Memo%20-%20Changing%20Federal%20Terminology%20Regrading%20Substance%20Use%20and%20Substance%20Use%20Disorders.pdf>.

104 Associated Press (2017). *The Associated Press Stylebook 2017: and Briefing on Media Law*.

105 Amnesty International, (2017) "If you are poor, you are killed." Extrajudicial Executions in the Philippines' "War on Drugs." Disponible à l'adresse : https://www.amnestyusa.org/files/philippines_

106 Voir par exemple Baldwin, C., Marshall, A. (2017) More blood but no victory as Philippine drug war marks its first year. <https://www.reuters.com/article/us-philippines-duterte-drugs-idUSKBN19G05D> (consulté le 10 juillet 2017).

107 INPUD (2011) *Statement and Position Paper on Language, Identity, Inclusivity and Discrimination*. Disponible à l'adresse : <https://inpud.wordpress.com/position-papers/inpud-position-statement-on-language-identity-inclusivity-and-discrimination/>

108 Voir, par exemple, *La Guerre aux drogues (2011) ; Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues (2014) et Pour une véritable dépenalisation des drogues : étape nécessaire de la réforme des politiques publiques (2016)*. Disponibles à l'adresse : <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

109 Les campagnes orchestrées aux États-Unis par Nancy Reagan en sont peut-être le cas le plus connu, mais d'autres pays ont adopté les mêmes méthodes. Singapour, par exemple organise chaque année en juin une campagne de type « dites non aux drogues » qui dure un mois. Voir : Central Narcotics Bureau. *Core Programmes. Singapore Government*. <https://www.cnb.gov.sg/cnbpde/programmes/default.aspx> (consulté le 10 août 2017).

110 Cette affirmation est étayée par de nombreux travaux universitaires, notamment : Stockwell, T., Fishbein, D., Toumbourou, J. W., Tarter, R., Eldreth, D. (2005) *Preventing psychoactive substance use and related harms among children and adolescents: a review of theory and global best practices to address psychosocial and neurobiological factors*. Genève : OMS ; Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G. et al. (2010). *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press ; Hawks, D., Scott, K., McBride, M. (2002) *Prevention of psychoactive substance use: a Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Genève : OMS; Fishbein, M. et al. (2002) *Avoiding the boomerang: Testing the relative effectiveness of antidrug public service announcements before a national campaign*. *American Journal of Public Health*, 92 (2), pp. 238-235.

111 Rosenbaum, M. (2014). *Drug Policy Alliance. Safety First: A reality based approach to teens and drugs*. Disponible à l'adresse : http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_SafetyFirst_2014_0.pdf

112 Babor, T., et al. (2010) *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.

113 Rosenbaum, M. (2014). *Drug Policy Alliance. Safety First: A reality based approach to teens and drugs*. Disponible à l'adresse : http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_SafetyFirst_2014_0.pdf

114 Voir par exemple Commission globale de politique en matière de drogues (2016). *Pour une véritable dépenalisation des drogues : étape nécessaire de la réforme des politiques publiques*.

115 NSRP and International Alert (2017) *Out of the shadows - Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria*. Disponible à l'adresse : http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf

116 Blendon, R., J., Young, J., John, T. (1998) *The Public and the War on Illicit Drugs*. *Journal of the American Medical Association*, 279 (11), pp. 827 -832.

117 Hood, R. (2013) *The Death Penalty in Malaysia – public opinion on the mandatory death penalty for drug trafficking, murder and firearms offences*. The Death Penalty Project. En novembre et décembre 2012, 1 535 Malaisiens ont été interrogés à propos de ces lois. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212428/13_05_31_DPP_Malaysia_report_FINAL_single_pages.pdf

118 Singapour. *Loi sur le mésusage de drogues*, no 5 de 1973,

Rév. 2008. Disponible à l'adresse : <http://statutes.agc.gov.sg/aol/search/display/view.w3p;page=0;query=DocId%3Ac13adadb-7d1b-45f8-a3bb-92175f83f4f5%20Depth%3A0%20Status%3Ainforce;rec=0>

119 Domostawski, A. (2011) *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*. Varsovie : Open Society Foundations.

120 Enquête menée auprès d'environ 1 000 adolescents et jeunes adultes dans le cadre de l'étude SICAD (2008) *Perceptions and social representation on drugs and drug addiction, inquiry to the youth present in Rock in Rio – Lisbonne*. Disponible à l'adresse : http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/173/sinopse_rock_in_rio16_pt.pdf

121 Grund, J.P., Breeksema, J. (2013) *Coffee Shops and Compromise: Separated Illicit Drug Markets in the Netherlands*. New York: Open Society Foundations.

122 Ibid.

123 VOX 62. *Nachanalyse der eidgenössischen Abstimmung vom 28.09.1997*. Disponible à l'adresse : <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/vox-62-nachanalyse-der-eidgenoessischen-abstimmung-vom-28091997>

124 VOX 68. *Nachanalyse der eidgenössischen Abstimmung vom 13.06.1999*. Disponible à l'adresse : <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/vox-68-nachanalyse-der-eidgenoessischen-abstimmung-vom-13061999>

125 Savary, J-F., Hallam, C., Bewley-Taylor, D. (2009) *The Swiss Four Pillars Policy. An Evolution From Local Experimentation to Federal Law*. Beckley Foundation.

126 VOX 68. *Nachanalyse der eidgenössischen Abstimmung vom 13.06.1999*. Disponible à l'adresse : <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/vox-68-nachanalyse-der-eidgenoessischen-abstimmung-vom-13061999>

127 Rihs-Middel, M., Hämmig, R. (2005) *Heroin-assisted treatment in Switzerland: An interactive learning process combining research, politics and everyday practice*. pp. 11-22. In Rihs-Middel, M., Hämmig, R., Jacobshagen, N. (dir.). *Heroin-assisted treatment: Work in progress*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

128 Csete, J., Grob, P.J. (2012) *Switzerland, HIV and the power of pragmatism: lessons for drug policy development*. *International Journal of Drug Policy*, 23, pp. 82–86.

AUTRES SOURCES D'INFORMATION:

www.beckleyfoundation.org
www.countthecosts.org
www.cupihd.org
www.druglawreform.info
www.drugpolicy.org
www.genevaplatfom.ch
www.globalcommissionondrugs.org
www.hivlawcommission.org
www.hri.global
www.hrw.org
www.igarape.org.br
www.intercambios.org.ar
www.icsdp.org
www.idhdp.com
www.idpc.net
www.inpud.net
www.incb.org
www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx
www.release.org.uk
www.talkingdrugs.org
www.tdpf.org.uk
www.unaids.org/en/topic/key-populations
www.unodc.org
www.wola.org/program/drug_policy
www.wacommissionondrugs.org
www.who.int/topics/substance_abuse/en/

REMERCIEMENTS

COORDINATION TECHNIQUE

Barbara Goedde
Khalid Tinasti

EXPERTS ASSOCIÉS

Happy Assan
Barbara Broers
Judy Chang
Suzanne Gage
Johann Hari
Nang Pann Ei Kham
Donald MacPherson
Isidore Obot
Isabel Pereira
Lisa Sanchez
Anyar Sarang
Akihiko Sato
Isabelle Schulte-Tenckhoff
Tripti Tandon

SOUTIEN

Open Society Foundations
Virgin Unite
Oak Foundation
The Swiss Federal Department of Foreign Affairs

SECRÉTARIAT DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko

CONTACT:

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org

LES RAPPORTS DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

- La guerre aux drogues (2011)
- La guerre aux drogues face au VIH/sida : Comment la criminalisation de l'usage de drogue aggrave la pandémie mondiale (2012)
- L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : L'épidémie cachée d'hépatite C (2013)
- Pendre le contrôle : Sur la voie de politiques efficaces en matières de drogues (2014)
- Les effets négatifs du contrôle des drogues sur la santé publique : La crise mondiale des souffrances inutiles (2015)
- Pour une véritable dépénalisation des drogues : Étape nécessaire de la réforme des politiques publiques (2016)

PRISES DE POSITION DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

<http://www.globalcommissionondrugs.org/position-papers/>

- La crise des opioïdes en Amérique du Nord (2017)



COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

La Commission globale de politique en matière de 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 et les politiques de contrôle des drogues aux personnes et aux sociétés.

OBJECTIFS

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

