COMMISSION GLOBALE
DE POLITIQUE EN
MATIÈRE DE DROGUES

LA CLASSIFICATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

LORSQUE LA SCIENCE N'EST PAS ÉCOUTÉE

RAPPORT 2019



COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES



LOUISE ARBOUR
Ancienne haut-commissaire aux droits de l'Homme, Canada



PAVEL BÉM
Ancien Maire de Prague, République tchèque



RICHARD BRANSON
Entrepreneur, philantrope, fondateur du groupe Virgin, cofondateur de The Elders, Royaume-Uni



FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Ancien Président du Brésil (Président fondateur)



MARIA CATTAUI
Ancienne Secrétaire générale de la Chambre de commerce internationale, Suisse



HELEN CLARK
Ancienne Première ministre de Nouvelle-Zélande et ancienne Administratrice du PNUD



NICK CLEGG
Ancien Vice-Premier ministre du Royaume-Uni



RUTH DREIFUSS
Ancienne Présidente de la Confédération Suisse (Présidente)



MOHAMED ELBARADEI
Ancien Directeur Général de l'Agence internationale de l'énergie atomique, Égypte



CÉSAR GAVIRIA
Ancien Président de la Colombie



ANAND GROVER
Ancien Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé, Inde



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



KGALEMA MOTLANTHE
Ancien Président de l'Afrique du Sud



OLUSEGUN OBASANJO
Ancien Président du Nigéria



GEORGE PAPANDREOU
Ancien Premier ministre de la Grèce



JOSÉ RAMOS-HORTA
Ancien Président de Timor-Leste



JORGE SAMPAIO
Ancien Président du Portugal



JUAN MANUEL SANTOS
Ancien Président de la Colombie



GEORGE SHULTZ
Ancien Secrétaire d'État des États-Unis (Président honoraire)



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



CASSAM UTEEM
Ancien Président de l'Île maurice



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 3

Résumé 4

Classification des drogues : science ou idéologie? 7

Le système international de classification 13

Histoire du régime mondial de contrôle des drogues 13

Les incohérences corrompent le système actuel 16

Défaut d'équilibre : l'accès aux médicaments sous contrôle 19

Recommandation 21

Les enseignements des marchés (semi-)légaux 25

Les plantes psychoactives non-classées 25

La régulation légale du cannabis 26

Les nouvelles substances psychoactives 27

Recommandation 29

Difficultés et options de réforme 31

Améliorer le système actuel 31

Une échelle rationnelle des risques 33

Redonner de la flexibilité nationale pour la régulation légale 35

Recommandation 37

Observations finales 38

Témoignages 40

Références 47

AVANT-PROPOS

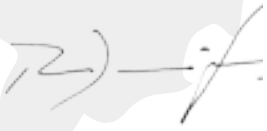
Un catalogue de près de 300 substances psychoactives, réparties en catégories selon la rigueur avec laquelle elles doivent être combattues, sert de fondement aux politiques actuelles en matière de drogues, internationales et nationales. Ces substances sont soumises à une longue liste d'interdits : interdiction de les cultiver, de les produire, de les fabriquer, de les exporter, de les importer, de les distribuer, de les commercialiser, de les posséder et de les consommer, obligation de les limiter exclusivement à des usages scientifiques et médicaux. Certaines, d'ailleurs, se voient nier, sans la moindre preuve, toute utilité médicale.

En ratifiant les conventions des Nations Unies qui installent progressivement, de 1961 à 1988, le régime international de contrôle des drogues, les États se sont engagés à introduire la même classification dans leur législation nationale. C'est dire qu'elle détermine les actions des polices et les sentences des juges, qu'elle change le cours de la vie de millions de personnes.

C'est en effet sur cette pierre angulaire que reposent la politique répressive à l'origine des « dommages collatéraux » de la « guerre à la drogue », des conséquences dramatiques que la Commission globale de politique en matière de drogues dénonce depuis sa création en 2011. Les effets en termes de santé publique et de sécurité, de discrimination et de surpopulation carcérale, de montée en puissance du crime organisé avec leurs corollaires de violences et de corruption ainsi que de privation de médicaments essentiels, démontrent la nécessité et l'urgence de changer de cap et de mettre en place des politiques plus efficaces et plus respectueuses des droits humains.

Ce neuvième rapport de la Commission analyse l'histoire, les procédures et les incohérences de la classification des substances psychoactives. Inutile d'y chercher certaines des plus dangereuses – le tabac, l'alcool – qui échappent ainsi à la prohibition et apportent d'immenses profits à des entreprises qui ont pignon sur rue. Celles qui y figurent, qualifiées de drogues, sont considérées comme malfaisantes et alimentent un marché noir tout aussi lucratif pour les organisations criminelles. La division stricte entre substances légales et substances illégales est le fruit d'une longue histoire de domination culturelle et politique et non d'une évaluation scientifique des risques qu'ils font courir aux personnes qui les consomment et à la société dans son ensemble, ni du bien-être qu'en peuvent retirer celles et ceux qui en font un usage raisonnable. La même absence de base scientifique doit être constatée dans la classification des drogues, leur hiérarchie selon le degré de dangerosité. Elles sont considérées, globalement, comme un fléau ! La classification est trop souvent tributaire de l'idéologie, des préjugés et de la discrimination de groupes de population marginalisée, voire des intérêts financiers de l'industrie pharmaceutique. La science est bien peu présente dans ce processus de décision et lorsqu'elle l'est et qu'elle présente ses conclusions, elle est peu écoutée!

Il y a urgence à évaluer de façon rationnelle les substances psychoactives. L'incohérence de la classification actuelle fait obstacle aux nécessaires réformes. Il est grand temps d'accepter le fait qu'une société sans drogue est une illusion et de créer les bases scientifiques de la régulation légale de leurs marchés, en revenant à l'essentiel : la vie, la santé, la sécurité de tous.



Ruth Dreifuss
Présidente de la Commission globale de politique en matière de drogues

RÉSUMÉ

Le système international de classification des drogues, qui regroupe les substances psychoactives en fonction de leurs risques et de leurs bienfaits, réside au cœur du régime international de contrôle des drogues. Son bon agencement serait une condition essentielle à l'équilibre entre les deux objectifs de ce régime : assurer la disponibilité suffisante des substances contrôlées à des fins médicales tout en prévenant leur détournement à des fins non-médicales. Avant 1961, le système mondial de contrôle des drogues, qui visait surtout à imposer des restrictions au trafic international, était ainsi fait qu'il admettait les distinctions nationales entre les lois des États. Mais depuis la signature en 1961 de la Convention unique sur les stupéfiants, les États se sont soumis aux exigences du droit international en créant des tableaux et des systèmes de classification qui ne reposent pas sur des données scientifiquement établies et ne sont pas rationnellement liés aux risques et aux avantages des substances, mais plutôt aux choix politiques des décideurs et aux avantages qu'elles leur apportent. Ces politiques de contrôle des drogues sont à l'origine des problèmes d'ordre social et économique – pour les personnes qui les consomment mais aussi pour l'ensemble de la population – notamment des épidémies, le surpeuplement carcéral ou encore l'application arbitraire des lois sur les drogues.

Le système actuel, régi par la Convention de 1961 et la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, a progressivement placé de plus en plus de substances psychoactives sous contrôle international. Plus de 300 sont aujourd'hui ainsi classées. Huit tableaux ont été définis selon le potentiel de dépendance, le potentiel d'abus et l'utilité thérapeutique des drogues qui y figurent – quatre dans la Convention de 1961 et quatre dans celle de 1971. Ces conventions internationales sur le contrôle des drogues ne reconnaissent comme bienfaits de la consommation de substances psychoactives que le traitement médical ou le soulagement de la douleur ; les autres usages, qu'ils soient culturels, récréatifs ou cérémoniaux, ne sont pas pris en considération, ils sont même réprouvés.

La sévérité des mesures de contrôle dépend du tableau auquel est inscrite une substance. Sur les huit tableaux, deux impliquent la prohibition totale des substances qui y figurent, y compris pour utilisation médicale (excepté de très petites quantités à des fins de recherche scientifique). Toutefois, à quelques exceptions spécifiques près, toutes les substances classées par ces conventions comme étant dépourvues d'usage médical ou scientifique sont de facto interdites.

Cette prohibition de fait est arbitraire. L'actuelle distinction entre substances légales et illégales n'est pas fondée sans équivoque sur la recherche pharmacologique, mais en grande mesure sur des considérations historiques et culturelles. Elle est aussi déformée et entretenue par la perception moralisante d'une distinction entre drogues légales et illégales fondée sur le « bien et le mal ».

Les décisions relatives aux inscriptions sont prises par la Commission des stupéfiants (Commission on Narcotic Drugs – CND), établie par le Conseil économique et social des Nations unies. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) émet des recommandations fondées sur les avis de son Comité d'experts de la pharmacodépendance (Expert Committee on Drug Dependence – ECDD), qui sont ensuite soumises au vote des membres de la CND (à la majorité simple pour les tableaux de la convention de 1961 et des deux tiers pour ceux de 1971).

Ainsi les décisions en matière d'inscription ont-elles été subordonnées aux considérations politiques et à un parti pris intrinsèque en faveur de la prohibition des nouvelles substances. Les conséquences négatives de l'autorisation de mise sur le marché d'une drogue susceptible de s'avérer dangereuse sont très lourdes, alors que les conséquences négatives – pour les décideurs – de l'interdiction de marché d'une drogue inoffensive sont minimes. En conséquence, la plupart des recommandations d'inscription d'une nouvelle substance aux tableaux est approuvée, tandis que celle de ne pas inscrire une substance ou de la soumettre à un régime moins strict rencontre systématiquement une franche opposition.

Certaines substances, notamment des substances d'usage très répandu comme le cannabis, la résine de cannabis, l'héroïne ou la cocaïne, ont été inscrites aux premiers tableaux de la Convention de 1961 sans avoir été évaluées par des spécialistes, ou alors pas depuis au moins les années 1930.

Certaines voix ont appelé à la modification des conventions pour résoudre les incohérences et clarifier le mandat de l'OMS, de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) et de la CND dans le processus de classification. Des propositions ont aussi été faites à maintes reprises pour améliorer les critères de classification et esquisser un système reposant sur des données scientifiquement établies.

Une procédure de classification améliorée, offrant un meilleur équilibre entre l'objectif de garantir la disponibilité des substances contrôlées pour des usages légitimes et celui de prévenir la consommation problématique, constituerait un puissant instrument pour conduire les réformes qui feront passer les politiques internationales et nationales de contrôle des drogues du cadre exclusivement prohibitionniste à un modèle plus souple axé sur la régulation.

Une nomenclature internationale fondée sur les données scientifiques offrirait plus de souplesse aux pays orientés vers la réforme pour élaborer une classification intérieur correspondant à leurs besoins tout en renforçant le contrôle d'éventuelles exportations illégales. Elle serait en outre sensiblement plus efficace pour infléchir peu à peu le marché des drogues dans un sens beaucoup moins nocif.

Enfin, un système de classification fondée sur les données scientifiques atténuerait considérablement la stigmatisation de la consommation des drogues, ce qui aiderait les personnes concernées à faire des choix plus responsables et moins dommageables.

On peut citer parmi les principes généraux d'une classification plus rationnelle :

- assurer la disponibilité suffisante de chaque substance à des fins médicales et de recherche ;
- abandonner la tolérance zéro, accorder plus de place dans les politiques aux « autres fins légitimes » ;
- montrer davantage d'indulgence envers les substances plus légères ;
- prendre en considération des circonstances sociales et culturelles locales ;
- mener une analyse coûts-avantages des risques potentiels et des avantages perçus ;
- accepter certains seuils de risque comparables à ceux d'autres risques sociétaux au lieu de s'en tenir de façon absolue au principe de précaution ;
- évaluer soigneusement les possibles conséquences des décisions de classification, en tenant compte de la réaction prévisible des consommateurs et des marchés et
- faire un meilleur usage des instruments juridiques existants en matière médicale et de sécurité des consommateurs plutôt que de recourir au droit pénal des drogues.

La Commission globale de politique en matière de drogues appelle à l'adoption d'une approche exhaustive et interdisciplinaire de l'élaboration des politiques en matière de drogues. Il est temps de mettre fin à la gestion en vase clos qui traite le contrôle des drogues comme un problème isolé, classe les substances et en applique la prohibition à partir de catégorisations peu fiables et scientifiquement douteuses.

La seule voie responsable est celle de la régulation du marché des drogues illégales. Les États doivent établir des règles et une nouvelle nomenclature – adaptée à la dangerosité de chaque drogue et fondée sur des évaluations scientifiques fiables – et s'employer à faire appliquer ces règles et en assurer le suivi. L Commission globale estime qu'il est urgent d'agir pour mettre fin aux incohérences du système actuel de classification :

- **La communauté internationale doit reconnaître le caractère incohérent et contradictoire du système international de classification, et entreprendre la révision critique des modèles actuels de classification des drogues.**
- **La communauté internationale doit accorder un rôle de premier plan à l'Organisation mondiale de la santé et à la recherche scientifique interdisciplinaire dans l'élaboration de critères de classification fondés sur les données scientifiquement établies et sur une échelle rationnelle des risques et des bénéfices.**
- **Les États-membres de l'ONU doivent recentrer le système international de classification sur l'intention première de contrôle du trafic international et permettre l'élaboration de nomenclatures nationales innovantes.**



“Ramassage des cultures de ganja”, Naogaon, Inde - 16 février 1894. (Photo du rapport britannique, “Report of the Indian Hemp Drugs Commission, 1894-1895”)

CLASSIFICATION DES DROGUES: SCIENCE OU IDÉOLOGIE?

Le régime international de contrôle des drogues est entièrement articulé autour de la nomenclature établie par souci de « la santé physique et morale de l'humanité » comme le stipule le préambule des conventions de 1961 et 1971 sur les drogues. Le bon fonctionnement du système de classification est essentiel à la réalisation du double objectif du régime : assurer la disponibilité suffisante à des fins médicales des substances contrôlées tout en empêchant les « abus » et leur détournement vers le marché illégal. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « un programme efficace de contrôle des drogues, qui respecte l'esprit des traités en la matière, devrait donc parvenir à l'équilibre adéquat entre les considérations données à ces deux objectifs. »[1] « Le paradoxe du contrôle international des drogues, c'est que les lois, les politiques et les pratiques sont pour la plupart mal équilibrées ».[2] Ce mécanisme a été établi pour servir de guide à la coopération internationale en matière de contrôle des drogues. Au niveau national, toutefois, sa mise en œuvre imprégnée par l'idéologie a eu une multitude de répercussions négatives, qui vont de la surveillance policière excessive de certaines communautés aux crises de santé publique.

Le régime mondial de contrôle des drogues instauré après la Seconde Guerre mondiale a progressivement placé de plus en plus de substances psychoactives sous contrôle international (encadré 1). Plus de 300 substances sont aujourd'hui classées en vertu de la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants (telle que modifiée par le Protocole de 1972)[3] et la Convention de 1971 sur les substances psychotropes,[4] et se répartissent entre quatre tableaux dans chaque traité, auxquels s'ajoutent deux tableaux de précurseurs figurant dans un troisième traité sur les drogues, la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, ou Convention contre le trafic[5] (voir graphique 1). La rigidité des mesures de contrôle appliquées aux certificats d'importation et d'exportation, aux estimations de besoins, aux permis et aux ordonnances médicales dépend du tableau sur lequel figure la substance.[6] L'obligation générale des conventions de 1961 et 1971, qui vaut pour tous les tableaux, consiste «à limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants.»[7]

ENCADRÉ 1 Le système international de classification[8]

Selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, « les stupéfiants et les préparations en contenant qui sont placés sous contrôle international sont regroupés et inscrits à quatre Tableaux en fonction du potentiel toxicomanogène, du risque d'abus et de l'utilité thérapeutique des substances concernées. Les stupéfiants placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1961 sont inscrits aux Tableaux I ou II, selon le rapport entre leur utilité thérapeutique et le risque d'abus. Les dispositions applicables aux stupéfiants du Tableau I correspondent au régime de base de la Convention de 1961 ; au Tableau II sont inscrits les stupéfiants dont on considère qu'ils présentent un moindre risque d'abus et qui sont plus largement utilisés à des fins médicales. Aux Tableaux III et IV figurent, respectivement, les préparations contenant des stupéfiants des Tableaux I et II qui ont un usage médical légitime, et certains stupéfiants du Tableau I dont on estime qu'ils ont des propriétés particulièrement dangereuses et une utilité thérapeutique plutôt limitée. »

[…] « Le système de contrôle des substances psychotropes s'inspire, dans son principe, de celui des stupéfiants. Toutefois, dans la Convention de 1971, les substances requérant des mesures de contrôle sont réparties dans quatre Tableaux en fonction du rapport entre leur utilité thérapeutique et les risques de santé publique que pose leur abus. Les Tableaux sont établis selon une échelle mobile de ces deux variables: au Tableau I sont inscrites les substances présentant un important risque de santé publique et une faible utilité thérapeutique, auxquelles s'appliquent donc les mesures de contrôle les plus strictes, tandis qu'au Tableau IV figurent les substances présentant, à l'inverse, un plus faible risque de santé publique et une plus grande utilité thérapeutique. »

Les préambules des traités insistent sur le caractère « indispensable » de l'usage médical des substances et sur le fait que leur disponibilité ne doit pas être limitée outre mesure. Les seules catégories de drogues dont les conventions recommandent aux États de les « prohiber » sont les substances inscrites au Tableau IV de la Convention de 1961 et au Tableau I de celle de 1971. La «prohibition » signifie ici qu'elles sont aussi interdites pour usage médical et seulement autorisées en très petites quantités à des fins de recherche. Pour les drogues inscrites au Tableau IV de la Convention de 1961, notamment le cannabis et l'héroïne, la prohibition totale est recommandée, mais facultative ; les parties ne sont appelées à y recourir que si « à leur avis, la situation dans leur pays fait que c'est là le moyen le plus approprié de protéger la santé publique.»[9] Pour les substances figurant au Tableau I de la Convention de 1971, notamment le LSD, le MDMA et les composants psychédéliques des champignons et des cactus hallucinogènes (psilocybine, mescaline), la prohibition de « toute utilisation de ces substances, sauf à des fins scientifiques ou à des fins médicales très limitées» est obligatoire.[10]

L'actuelle notion hégémonique de prohibition des drogues ne s'est imposée dans le monde qu'après la Seconde Guerre mondiale. Les documents antérieurs, comme les principales recommandations concernant le chanvre de la Indian Hemp Drugs Commission en 1894-1895, passeraient aujourd'hui pour des propositions de réforme de la politique des drogues sophistiquées, similaires aux modèles très récemment adoptés par des pays comme l'Uruguay ou le Canada (encadré 2).[11]

ENCADRÉ 2 Principales recommandations du Rapport de la *Indian Hemp Drugs Commission* (1895)

1. La prohibition complète de la culture de la plante du chanvre à des fins d'élaboration de stupéfiants ainsi que de la fabrication, de la vente ou de l'usage des drogues qui en sont dérivées, n'est ni nécessaire, ni urgente compte tenu des effets constatés, de la prévalence de la coutume d'usage, du sentiment social et religieux en la matière et de la possibilité que cela incite les consommateurs à recourir à d'autres stimulants ou stupéfiants parfois plus délétères (chapitre XIV, paragraphes 553 à 585).
2. La politique recommandée mêle contrôle et restriction, l'objectif étant d'éliminer l'usage excessif et de limiter l'usage modéré dans de justes mesures (chapitre XIV, paragraphe 586).
3. Les moyens à adopter pour atteindre ces objectifs sont les suivants :
   - Une taxation appropriée, dont la meilleure application pourrait être la combinaison d'un droit direct et de l'adjudication d'un privilège de vente (chapitre XIV, paragraphe 587).
   - La prohibition des cultures, sauf sous permis, et leur centralisation (chapitre XVI, paragraphes 636 et 677).
   - La limitation du nombre d'établissements de vente au détail des drogues du chanvre (chapitre XVI, paragraphe 637).
   - Limitation de la quantité légalement détenue (chapitre XVI, paragraphes 689 et 690). La possession légale de ganja, de charas ou de toute préparation ou mélange de ceux-ci serait limitée à 5 tola (environ 60 grammes), celle de bhang ou de tout mélange de celui-ci l'étant à un quart de ser (un quart de litre).

Un article du *New York Times* paru en 1892 a prédit que l'idée d'une prohibition totale des « stimulants et des stupéfiants » pour prévenir la consommation problématique serait « aussi réalisable qu'un projet qui prétendrait prévenir les accidents de train en pressant les voyageurs de rester chez eux ».[12] C'est pourtant cette orientation générale qu'a progressivement suivie le système international de contrôle des drogues. À quelques exceptions près, toutes les utilisations à des fins non-médicales et non-scientifiques des substances inscrites en vertu des traités de l'ONU sont aujourd'hui interdites.[13]

Pendant des siècles, l'opium et le cannabis (en Asie, en Afrique et au Moyen-Orient) et la coca (dans la région andine) ont régulièrement été utilisés à des fins culturelles, cérémonielles et de médecine traditionnelle. Mais les seuls bienfaits de la consommation de substances psychoactives que reconnaissent les conventions sont le traitement de maladies et le soulagement de la douleur. Selon Mark Kleinman, « le seul fait qu'une drogue procure du plaisir ne compte pas, ou alors plutôt négativement, car la consommation volontaire généralisée est traitée comme une preuve de ''potentiel d'abus''. »[14] Citant un administrateur anonyme, le professeur Kleinman résume la conséquence de cette prémisse concernant la décision d'inscription : « Dès que c'est pour s'amuser, c'est Tableau I ».[15]

L'approche de tolérance zéro à l'égard de tout usage non-médical d'une drogue inscrite au système international de contrôle a créé des perceptions déformées et chargées de morale autour d'une prétendue distinction entre le « bien et le mal » séparant les drogues légales et illégales. Pourtant, le Home Office du Royaume-Uni a reconnu en 2006 que « la distinction entre substances légales et illégales n'est pas clairement fondée sur la pharmacologie, l'économie ou l'analyse coûts-avantages ».[16] Selon un document de travail sur la révision du système de classification au Royaume-Uni, beaucoup de jeunes ont « du mal à comprendre la logique qui sous-tend le contrôle de drogues telles que le cannabis ou l'ecstasy alors que le mésusage dont elles font l'objet est globalement moins nocif pour la société que certaines drogues largement disponibles comme l'alcool et le tabac. »[17] La stratégie du Royaume-Uni de lutte contre les drogues reconnaissait alors à l'alcool « un rôle important dans la vie culturelle de ce pays. »[18]

FIGURE 1 **Les tableaux des conventions de l'ONU sur les drogues**

Convention unique de 1961 sur les stupéfiants

TABLEAU I	TABLEAU II	TABLEAU III	TABLEAU IV
Substances fortement addictives et présentant un risque élevé d'abus : précurseurs aisément transformables en drogues aussi addictives et susceptibles d'abus (ex. le cannabis, l'opium, l'héroïne, la méthadone, la cocaïne, la feuille de coca, l'oxycodone)	Substances moins addictives et susceptibles d'abus que celles du Tableau I (p. ex. la codéine, le dextropropoxyphène)	Préparations à faible taux de stupéfiants, peu susceptibles d'abus et exemptes de la plupart des mesures de contrôle imposées aux drogues qu'elles contiennent (p. ex. <2,5 % de codéine, <0,1 % cocaïne)	Certaines drogues figurant aussi au Tableau I, aux "propriétés particulièrement dangereuses" et sans valeur thérapeutique notable (p. ex. le cannabis, l'héroïne)

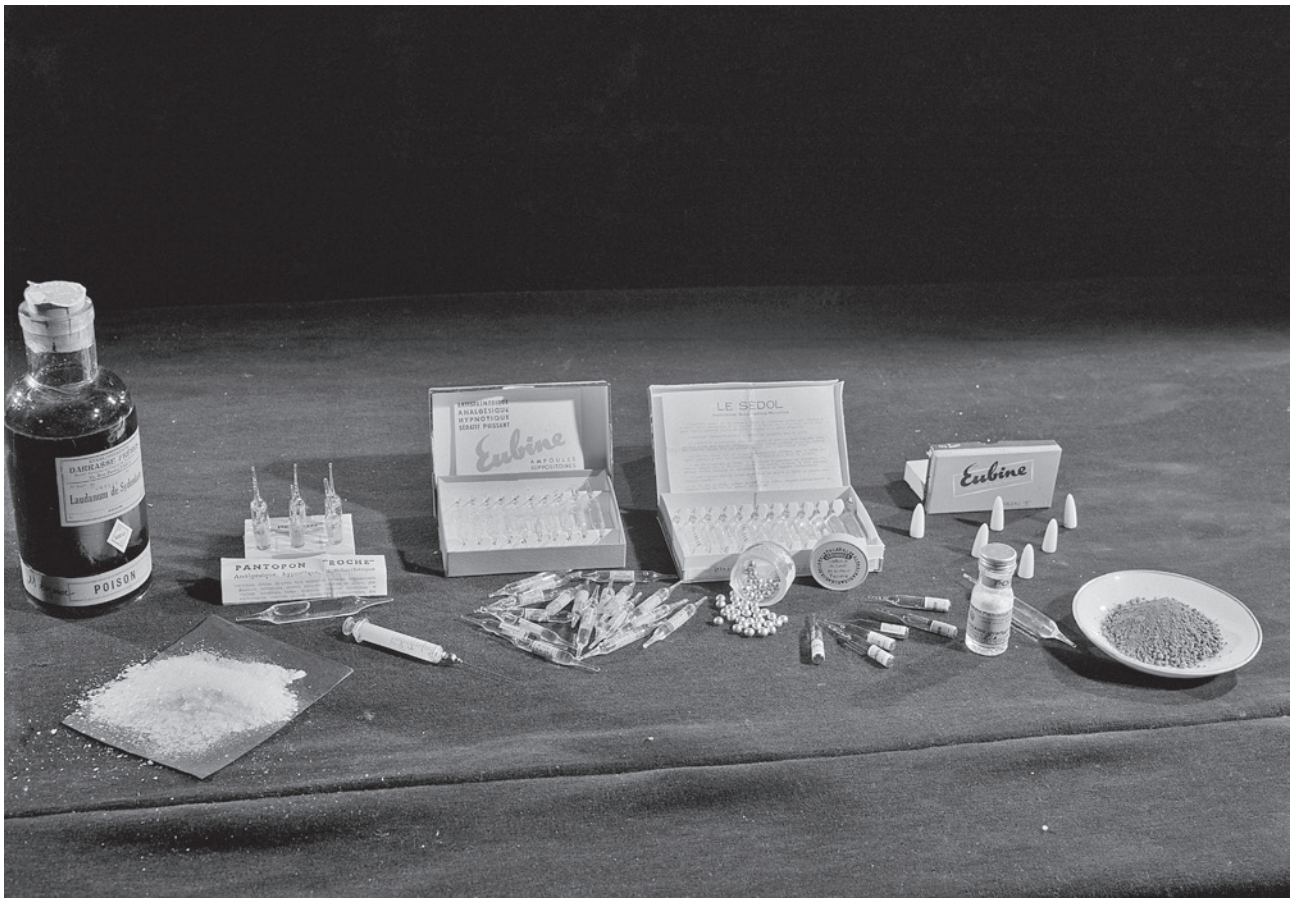
Convention de 1971 sur les substances psychotropes

TABLEAU I	TABLEAU II	TABLEAU III	TABLEAU IV
Drogues au potentiel d'abus élevé présentant un risque grave pour la santé publique et à faible valeur thérapeutique (p. ex. le LSD, le MDMA, la cathinone)	Drogues au potentiel d'abus présentant un risque grave pour la santé publique et à valeur thérapeutique faible à moyenne, (p. ex. le dronabinol, les amphétamines)	Drogues au potentiel d'abus présentant un risque grave pour la santé publique mais à valeur thérapeutique moyenne à grande (p. ex. barbituriques, buprénorphine)	Drogues au potentiel d'abus présentant un risque faible pour la santé publique mais à valeur thérapeutique faible à grande (p. ex. tranquillisants, notamment le diazépam)

1988 Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes

TABLE I	TABLE II
Précurseurs de substances psychotropes telles que l'éphédrine , le pipéronal, le safrole, l'acide phénylacétique, l'acide lysergique et quelques réactifs essentiels comme l'anhydride acétique qui sert à transformer la morphine en héroïne ainsi que le permanganate de potassium employé à l'extraction de la cocaïne.	Ample gamme de réactifs et de solvants pouvant servir à la production illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, mais d'usage industriel très commun, comme l'acétone, l'éther éthylique, le toluène et l'acide sulfurique.

On a toutefois jugé impossible l'adoption d'une « approche plus cohérente et rationnelle de l'abus de substances » parce qu'un « système de classification s'appliquant à la fois aux substances légales et illégales serait inacceptable pour la grande majorité des personnes qui consomment, par exemple, de l'alcool de façon responsable et que cela contreviendrait à une tradition historique bien ancrée de tolérance à l'égard de la consommation de certaines substances altérant le fonctionnement de l'esprit (qui vont de la caféine à l'alcool en passant par le tabac). La régulation des substances légales s'effectue donc par d'autres moyens. »[19] Mais cet argument devrait alors valoir pour d'autres pays à la « tradition historique profondément enracinée de tolérance » à l'égard du cannabis, de la coca ou de l'opium. Le régime mondial de contrôle des drogues a été modelé par les préjugés culturels coloniaux et les notions pharmaceutiques occidentales, qui sous-tendent encore les idées fausses concernant les drogues « illégales » et leur nocivité comparée.



On voit sur cette photo certaines des drogues concernées par les Conventions de l'ONU sur le contrôle international des stupéfiants, notamment du laudanum, de la cocaïne, de la morphine, de l'opium, de la belladone. © Service photographique de l'ONU/MB.

Dans un article paru en 2009 qui allait lui coûter son emploi, David Nutt, alors directeur de l'organisme britannique conseillant les pouvoirs publics sur la classification des drogues, a dénoncé ces distorsions, expliquant que « le débat sur les drogues se déroule sans qu'aucune référence soit faite à d'autres sources de risques pour la société, et cela tend à donner aux drogues un statut différent, plus inquiétant. »[20] Pour souligner l'écart profond entre les attitudes sociales et les réponses politiques, il y comparait la consommation d'ecstasy aux risques de la pratique de l'équitation. Malgré les nombreux accidents et décès qu'elle entraîne parmi les jeunes, nul n'a jamais envisagé de prohiber l'équitation à des fins récréatives. M. Nutt comparait aussi le nombre de décès associés à la consommation d'ecstasy à celui, nettement supérieur, des décès par surdose de paracétamol et soulignait l'énorme inégalité de leur traitement dans les médias : « la probabilité qu'un journal parle des décès dus au paracétamol était de 1 pour 250 morts, celle pour le diazépam était de 1 pour 50, tandis que pour les amphétamines elle était de 1 pour 3 et que chaque décès lié à l'ecstasy était rapporté. » Et d'en conclure : « Si l'on s'appuyait sur des données rationnelles pour évaluer la nocivité des drogues, ce serait un pas accompli vers l'élaboration d'une stratégie crédible en matière de drogues. »[21]

Dans son rapport de 2018 « Régulation : pour un contrôle responsable des drogues », la Commission globale de politique en matière de drogues soulignait la nécessité « d'une meilleure procédure de classification offrant davantage d'équilibre entre l'assurance de l'accès aux substances contrôlées pour un usage légitime et la prévention de la consommation problématique ».[22] Dans le présent rapport, en 2019, la Commission propose un modèle plus rationnel, à plusieurs niveaux, pour une classification et une régulation responsables.

ENCADRÉ 3 Interférences politiques dans une étude scientifique, le « Projet cocaïne de l'OMS en 1995 »

En 1995, l'OMS et l'Institut interrégional de recherche des Nations unies sur la criminalité et la justice (UNICRI) a annoncé les résultats de la plus vaste étude mondiale jamais entreprise sur la consommation de cocaïne, à laquelle avaient contribué plus de 40 chercheurs du monde entier. L'étude concluait que la consommation de la feuille de coca n'avait apparemment aucun effet négatif pour la santé et qu'elle remplissait pour les populations autochtones des fonctions sacrées et sociales. Les signataires appelaient à intensifier la recherche sur les usages thérapeutiques positifs de la feuille de coca. L'étude constatait en outre que les effets nocifs de la consommation de cocaïne sont moins répandus que ceux de certaines drogues légales comme l'alcool et le tabac, et qu'ils sont concentrés parmi les consommateurs de doses élevées.

Une fois ces résultats portés à la connaissance des délégués des États membres, les représentants des États-Unis se sont opposés à la publication de l'étude car, selon l'un des représentants à l'Assemblée mondiale de la santé, le projet « va dans le mauvais sens (…) il sape les efforts de la communauté internationale pour éradiquer la culture et la production illégales de coca ». Le délégué des États-Unis a clarifié encore la position de son pays : « Si les activités de l'OMS ne font rien pour renforcer les méthodes éprouvées de contrôle des drogues, le financement des programmes concernés sera réduit ». Cette intervention politique dans la recherche scientifique a signifié la fin du projet, les procédures subséquentes n'ont jamais été conduites et les résultats complets de ses travaux jamais publiés.[23]



Ouverture de la Deuxième session de la Commission des stupéfiants de l'ONU, Lake Success, New York, 1947. Service photographique de l'ONU

LE SYSTÈME INTERNATIONAL DE CLASSIFICATION

HISTOIRE DU RÉGIME MONDIAL DE CONTRÔLE DES DROGUES

L'idée d'interdire toute consommation « récréative » de certaines substances psychoactives est issue de l'influence croissante du puritanisme chrétien anglo-saxon et de la Ligue de tempérance antialcoolique de la fin du XIXème et du début du XXème siècle, qui a également conduit au bref épisode de la Prohibition de l'alcool (1920-1933) aux États-Unis. La volonté prohibitionniste était en outre alimentée par les sentiments racistes contre les immigrés chinois et mexicains qui consommaient de l'opium et du cannabis. « L'addiction » ne concernait initialement que les symptômes des personnes consommant des opioïdes. Lorsqu'elle est apparue au milieu des années 1880, la cocaïne n'a pas été considérée comme provoquant l'addiction parce qu'elle ne produisait pas les mêmes effets que les opioïdes. Elle était aussi présumée non-addictive parce qu'on y voyait un médicament occidental et qu'elle ne « portait pas le stigmate des « anciennes » drogues prémodernes. »[24]

Les velléités internationalistes de l'aspiration à éradiquer ce qui était perçu comme des « vices moraux » n'ont d'abord pas rencontré beaucoup de succès. Dans le premier accord international, la Convention de l'opium signée à La Haye en 1912, certains principes élémentaires ont été dégagés pour réguler le commerce international de l'opium et limiter les drogues fabriquées (morphine et cocaïne) aux besoins « médicaux et légitimes ». Ces besoins « légitimes » comprenaient la consommation traditionnelle généralisée dans les pays où ces plantes étaient cultivées. La Convention de Genève de 1925 a maintenu les « fins légitimes » de l'opium et de la feuille de coca (chapitre II), mais elle a limité les drogues fabriquées « aux fins médicales ou scientifiques exclusivement » (chapitre III).

> « La campagne de Nixon en 1968, puis la Maison-Blanche sous Nixon, avaient deux ennemis : la gauche pacifiste et les Noirs. Vous comprenez ce que je vous dis ? Nous savions que nous ne pouvions pas rendre illégal l'opposition à la guerre ni le fait d'être noir, mais en amenant les gens à associer les hippies à la marijuana et les Noirs à l'héroïne, puis en criminalisant lourdement les deux, nous avions un moyen de mettre ces communautés sous pression. Nous avons ainsi pu arrêter leurs leaders, faire des descentes chez eux, disperser leurs réunions et les dénigrer tous les soirs au journal télévisé. Savions-nous que nous mentions à propos des drogues ? Bien sûr que nous le savions. »
>
> **John Ehrlichman (en 1994), Assistant du président Nixon aux affaires intérieures (1969-1973)**

« La campagne de Nixon en 1968, puis la Maison-Blanche sous Nixon, avaient deux ennemis : la gauche pacifiste et les Noirs. Vous comprenez ce que je vous dis ? Nous savions que nous ne pouvions pas rendre illégal l'opposition à la guerre ni le fait d'être noir, mais en amenant les gens à associer les hippies à la marijuana et les Noirs à l'héroïne, puis en criminalisant lourdement les deux, nous avions un moyen de mettre ces communautés sous pression. Nous avons ainsi pu arrêter leurs leaders, faire des descentes chez eux, disperser leurs réunions et les dénigrer tous les soirs au journal télévisé. Savions-nous que nous mentions à propos des drogues ? Bien sûr que nous le savions. »
John Ehrlichman (en 1994), Assistant du président Nixon aux affaires intérieures (1969-1973)

Dans leurs territoires d'outre-mer, les puissances coloniales européennes avaient la mainmise sur de juteux monopoles du commerce de l'opium, de la coca et du cannabis. Les premiers traités internationaux de contrôle des drogues ont été fortement influencés par les intérêts coloniaux et par les préjugés culturels : l'alcool et le tabac étant les drogues socialement admises dans les pays dont étaient originaires les principaux négociateurs, leur placement sous contrôle international n'a jamais été sérieusement envisagé. Les monopoles coloniaux approvisionnaient en opium les marchés locaux d'Asie et en cannabis ceux d'Afrique du Nord – reconnaissant ainsi les usages traditionnels – de même qu'ils abreuvaient le marché médical européen de nombreuses préparations à base d'opium, de cannabis et de cocaïne.

C'est en 1931 qu'est apparu le principe de la répartition des drogues en plusieurs catégories, dans la « Convention pour limiter la fabrication et réguler la distribution des stupéfiants », après que la délégation allemande a affirmé que la codéine était une substance thérapeutique plus sure que l'opium, la morphine ou l'héroïne, et refusé de

signer le traité si ses dispositions n'établissaient pas de distinctions. L'industrie pharmaceutique allemande était alors le premier fabricant de codéine. On a donc imaginé un système de double classification à différents niveaux de contrôle et de restriction. « La plupart [des délégués] ont aussi reconnu qu'il convenait en règle générale d'utiliser la drogue présentant la plus faible propension addictive, et que la codéine était donc préférable à la morphine à chaque fois que c'était possible. Mais si l'on soumettait toutes les drogues au même niveau de contrôle – c'est-à-dire si toutes étaient aussi difficiles à se procurer et leur déclaration réclamait autant de formalités – médecins et pharmaciens seraient moins incités à choisir des substances plus récentes et potentiellement moins problématiques, comme la codéine. »[25] Sous la pression des Allemands et placés devant une argumentation plausible, les délégations ont trouvé un compromis en créant une structure de régulation à deux niveaux : les drogues du Groupe II seraient exemptées de toute exigence de déclaration de vente au détail et pourraient être mises en vente libre en tant que médicament sans ordonnance.

La Convention de 1931 a introduit un autre principe important : « elle appliquait des mesures de contrôle non seulement aux drogues en elles-mêmes dangereuses, mais aussi aux substances ''transformables" en ces drogues. ».[26] Les drogues « pouvant susciter l'addiction » ont été placées dans le Groupe I, et celles susceptibles d'être transformées en ces drogues l'ont été dans le Groupe I, sous-groupe (b) si leur usage médical était limité, et dans le Groupe II s'il était répandu.

Jusqu'en 1961, le système mondial de contrôle des drogues se concentrait sur l'imposition de restrictions au commerce international et il était conçu de façon à admettre et à respecter les différences nationales entre les lois des États. L'objectif était avant tout « de prévenir l'exportation incontrôlée de certaines substances vers des États les ayant prohibées. Cette tolérance des différences est restée au fondement du système de contrôle international jusqu'en 1946, où s'est amorcée la transformation d'après-guerre qui aboutirait à la Convention de 1961. Il s'agissait notamment de convertir un mécanisme jusqu'alors fondamentalement ''réciproque" en principe de prohibition ''absolu" lesté de morale »[27]

Les deux piliers du contrôle international – le système d'autorisation d'importation et d'exportation instauré par la Convention de 1925 et celui d'équilibrage de la production licite avec les estimations des besoins mondiaux



Au XIXème siècle, certaines substances psychoactives aujourd'hui illégales se vendaient comme remède à un certain nombre de maux, par exemple la cocaïne pour traiter la dépression. Image d'archives.

établi par la Convention de 1931 – sont toujours en place, administrés par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS). Selon Adolphe Lande, qui a joué un rôle déterminant dans la conception du système de traités relatif au contrôle des drogues après la Seconde Guerre mondiale, ces dispositifs administratifs de contrôle du commerce international ont eu pour conséquence volontaire que dans les années 1950, « seules des quantités très insignifiantes » issues des sources de production légales étaient encore détournées vers des voies illicites par le trafic international.[28] Lande estime toutefois que « le trafic illicite est une conséquence du contrôle »[29] et que « les fabriques clandestines capables d'acquérir assez facilement de l'opium ou des feuilles de coca ont pris la place des fabricants légaux pour approvisionner le trafic illicite. »[30]

Jusqu'en 1961, la culture et les usages traditionnels des trois plantes dont les dérivés ont inspiré les tentatives d'instaurer un régime de contrôle international n'avaient jamais été soumis au principe directeur du système actuel : la stricte limitation aux usages médicaux et scientifiques. L'opium et le cannabis en Asie, en Afrique et au Moyen-Orient, et la coca dans les Andes sont de longue date amplement admis et socialement acceptés à des fins culturelles, cérémonielles et de médecine traditionnelle. En 1955, la Commission des stupéfiants des Nations unies (CND) y a vu « un écart important [qu'elle] s'est proposée de combler en s'attelant à la rédaction du projet de Convention unique. La Commission n'a donc admis aucune exception à ce principe quand elle a choisi de l'inscrire parmi les règles permanentes du projet de Convention unique »[31]

Dans le monde de l'après-guerre, en pleine reconstruction et dans le cadre des luttes de la décolonisation, on a entamé les négociations pour renforcer le régime international en créant sous l'égide des Nations unies une nouvelle « Convention unique » qui se substituerait aux traités plus anciens. La Convention unique de 1961 entendait consolider les multiples traités d'avant-guerre sous la forme d'un instrument juridique unique mais aussi combler les faiblesses du dispositif de contrôle en visant les sources de production et de trafic illicite apparues à cause des mesures prises contre le détournement des sources licites.

La Grande-Bretagne, les Pays-Bas et la France, puissances coloniales qui avaient jusqu'alors résisté à l'imposition d'une prohibition plus stricte, ont perdu le contrôle du très lucratif monopole légal de la production d'opium, de coca et de cannabis que leur conférait leurs anciennes colonies, notamment l'Inde, la Birmanie, l'Indonésie et le Maroc. Les nouveaux États indépendants n'ont pas aussi bien résisté que leurs anciens maîtres aux pressions des États-Unis pour l'établissement d'un régime mondial de prohibition ; l'équilibre des pouvoirs avait basculé. Les propositions visant le maintien de certaines de ces pratiques séculaires par l'ajout à la formulation « limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques » de la mention « et aux autres fins légitimes » (comme dans les traités de 1912 et 1925) ont été rejetées.[32] Au terme d'âpres négociations, la Convention unique a contraint les pays à étendre le contrôle national à la culture du pavot à opium, de la coca et du cannabis, à imposer des sanctions pénales à la culture illicite et à interdire tout usage traditionnel.[33]

La Convention unique de 1961 « incarne la stratégie globale des États développés et consommateurs de drogues consistant à réduire, puis à éliminer, la culture des plantes produisant des drogues, un objectif forcément coûteux pour les pays en développement qui en faisaient la culture. ».[34] Tout usage traditionnel du cannabis et de la feuille de coca devait être aboli sous 25 ans, les usages « quasi-médicaux » de l'opium sous 15 ans. De façon controversée, le cannabis (« les sommités florifères ou fructifères de la plante de cannabis ») et la résine de cannabis ont été inscrits aux Tableaux I et IV, ce dernier étant celui des substances aux « propriétés particulièrement dangereuses » et n'ayant que peu ou pas d'utilité thérapeutique reconnue. Cette classification sévère a été décidée sans évaluation appropriée de l'OMS, sur l'avis de son Comité d'experts de la pharmacodépendance (ECDD), l'organe mandaté par la Convention pour émettre des recommandations sur la classification des substances.[35] Pour Adolphe Lande, le cannabis « est défini comme l'un des produits agricoles « stupéfiants » dont le contrôle constitue incontestablement le point faible du régime international ».[36]

L'inscription de la feuille de coca au Tableau I, au même titre que la cocaïne, a aussi été décidée sans évaluation scientifique de l'OMS digne de ce nom. Les critères intervenant dans la classification des substances en vertu de la Convention unique comprennent notamment le « principe de similarité » (si une substance ressemble à une autre déjà placée sous contrôle, elle mérite un contrôle similaire) et le « principe de transformabilité » (si une substance « précurseur » est facilement transformable en une drogue déjà placée sous contrôle, elle mérite un contrôle similaire). Ces critères ont perpétué les préjugés historiques inscrits dans le système et conduit à l'application des mêmes contrôles aux matières végétales brutes qu'aux alcaloïdes qui en sont extraits.

LES INCOHÉRENCES CORROMPENT LE SYSTÈME ACTUEL

Les incohérences structurelles du système de classification n'ont ensuite fait que s'aggraver avec les Conventions de 1971 et 1988. Une distinction scientifiquement douteuse a été établie entre les « stupéfiants » de 1961 et les « substances psychotropes » de 1971 afin que certaines drogues bénéficient d'un contrôle plus indulgent, notamment les amphétamines, les barbituriques et les tranquillisants. Comme le signalait le Programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID, aujourd'hui l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime) dans un commentaire à propos de sa loi type sur les drogues de 2000, « la catégorisation internationale distinguant stupéfiants et psychotropes selon que la substance relève de la Convention de 1961 ou de celle de 1971 n'a pas de fondement conceptuel. La définition juridique d'un grand nombre de substances psychotropes s'applique parfaitement aux stupéfiants et, dans bien des cas, l'inverse est également vrai. »[37]

Les États scandinaves ont commencé à donner l'alerte sur un problème croissant d'abus d'amphétamines dès les années 1950. « Les efforts de contrôle de la distribution intérieure ont échoué parce que les États voisins d'Europe occidentale, notamment l'Allemagne de l'Ouest, n'ont pas imposé de réel contrôle de leurs exportations. Comme avec les opiacés un demi-siècle auparavant, les écarts entre législations nationales ont ouvert la voie à un trafic jugé illicite par un État, mais licite par un voisin. »[38] La proposition initiale consistait à placer ces substances sous contrôle international en les inscrivant aux Tableaux de la Convention de 1961.

Selon les représentants de l'OMS, les effets néfastes des amphétamines pouvaient parfaitement « être considérés ''similaires" à ceux de la cocaïne, puisqu'il s'agit dans les deux cas d'une stimulation du système nerveux central, [et] les effets néfastes des barbituriques, qui suscitent l'addiction, pouvaient de la même manière être considérés similaires à ceux de la morphine, chacune de ces drogues produisant une dépression du système nerveux central. Si l'OMS ne peut pas admettre cette similarité, ce n'est pas nécessairement pour des raisons techniques, mais juridiques. »[39]

Selon William McAllister, « sous l'influence des multinationales pharmaceutiques, les gouvernements du monde entier ont adopté envers les psychotropes une position plus permissive que celle historiquement adoptée à l'égard des opiacés et des dérivés de la coca. »[40] D'où la décision de négocier pour ces substances un protocole à part, qui est devenu la Convention sur les substances psychotropes de 1971. Beaucoup de pays « se sont contentés de recopier dans leur léglisation propre les tableaux figurant dans les traités internationaux, ou alors n'y ont porté que quelques modifications mineures. La configuration des tableaux allait donc lourdement affecter la possibilité pour les entreprises pharmaceutiques de vendre leurs produits sur des marchés étrangers prometteurs. »[41]

Au cours des négociations, le représentant de l'Inde a exprimé l'espoir « que de la même façon que les pays producteurs d'opium ont, ces dernières décennies, accepté le contrôle strict de l'opium dans l'intérêt de l'ensemble de l'humanité, les pays développés fabriquant des substances psychotropes se montrent à présent coopératifs dans l'application de mesures réellement efficaces de contrôle de ces substances. »[42] Les contrôles imposés aux substances non-pharmaceutiques inscrites au Tableau I (LSD, MDMA, psilocybine, mescaline) sont en fait aussi stricts, voire davantage, que ceux de la Convention de 1961. Le régime de contrôle des trois autres Tableaux de 1971 est toutefois beaucoup plus souple, bien qu'un certain nombre de résolutions de l'ECOSOC ont par la suite appelé les parties à adopter des mesures plus strictes que celles réclamées par le traité.[43] L'ECDD de l'OMS a signalé les problèmes que cela avait entraîné dans le processus de classification (encadré 4).[44]

ENCADRÉ 4 Effets ambigus (OMS, Comité d'experts de la pharmacodépendance)[45]

« Essentiellement, le critère appliqué aux stupéfiants est l'analogie en termes d'abus et d'effets nocifs avec des drogues déjà contrôlées. Conformément à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, le Comité d'experts, lorsqu'il décide s'il faut recommander un contrôle international, détermine d'abord si la substance soumise à examen a des effets de types morphiniques, cocaïnique ou cannabiques, ou si elle peut être transformée en une substance déjà inscrite dans un des tableaux ayant de tels effets. Si c'est le cas, le Comité détermine ensuite si la substance est susceptible d'entraîner un abus analogue et de produire des effets nocifs semblables à ceux des substances inscrites au Tableau I ou au Tableau II, ou confirme qu'elle peut être transformée en une substance déjà inscrite dans l'un de ces tableaux.

Toutefois, aucune indication précise ne figure dans les lignes directrices sur le degré d'analogie par rapport à la substance originale que doit présenter une substance pour être considérée comme étant de type morphinique, cocaïnique ou cannabique. L'absence d'indications précises sur la question est source de difficultés considérables pour le Comité lorsque la substance à l'examen présente une certaine analogie par exemple avec un stupéfiant et une substance psychotrope, parce que les critères d'inscription aux tableaux figurant dans la Convention sur les substances psychotropes de 1971 comportent également une règle d'analogie. Le fait de savoir s'il faut décider de contrôler les analgésiques et les stimulants en vertu de la Convention de 1961 ou de celle de 1971 constitue un problème important. La plupart des analgésiques puissants le sont conformément à la Convention de 1961, mais quelques-uns sont contrôlés en tant que substances psychotropes suivant celle de 1971. Parmi les stimulants du système nerveux central, la cocaïne est contrôlée en application de la Convention de 1961 tandis que les amphétamines le sont aux termes de celle de 1971. Ainsi, les critères de choix entre ces deux Conventions sont ambigus pour ces classes de médicaments. »

Autre incohérence ayant surgi : alors que la Convention de 1961 comprenait les matières végétales brutes et d'autres précurseurs, celle de 1971 faisait délibérément exclusion de ces substances « transformables ». Ce vide a été comblé par la Convention de 1988 qui englobe les précurseurs des « substances psychotropes », mais pas ceux des « stupéfiants » (déjà traités par la Convention de 1961) ni les réactifs et les solvants chimiques souvent employés à la production illégale des uns comme des autres. Il en résulte une partition entre les organes des traités : l'OMS émet des recommandations concernant les précurseurs de stupéfiants et l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) le fait concernant les précurseurs des substances psychotropes.

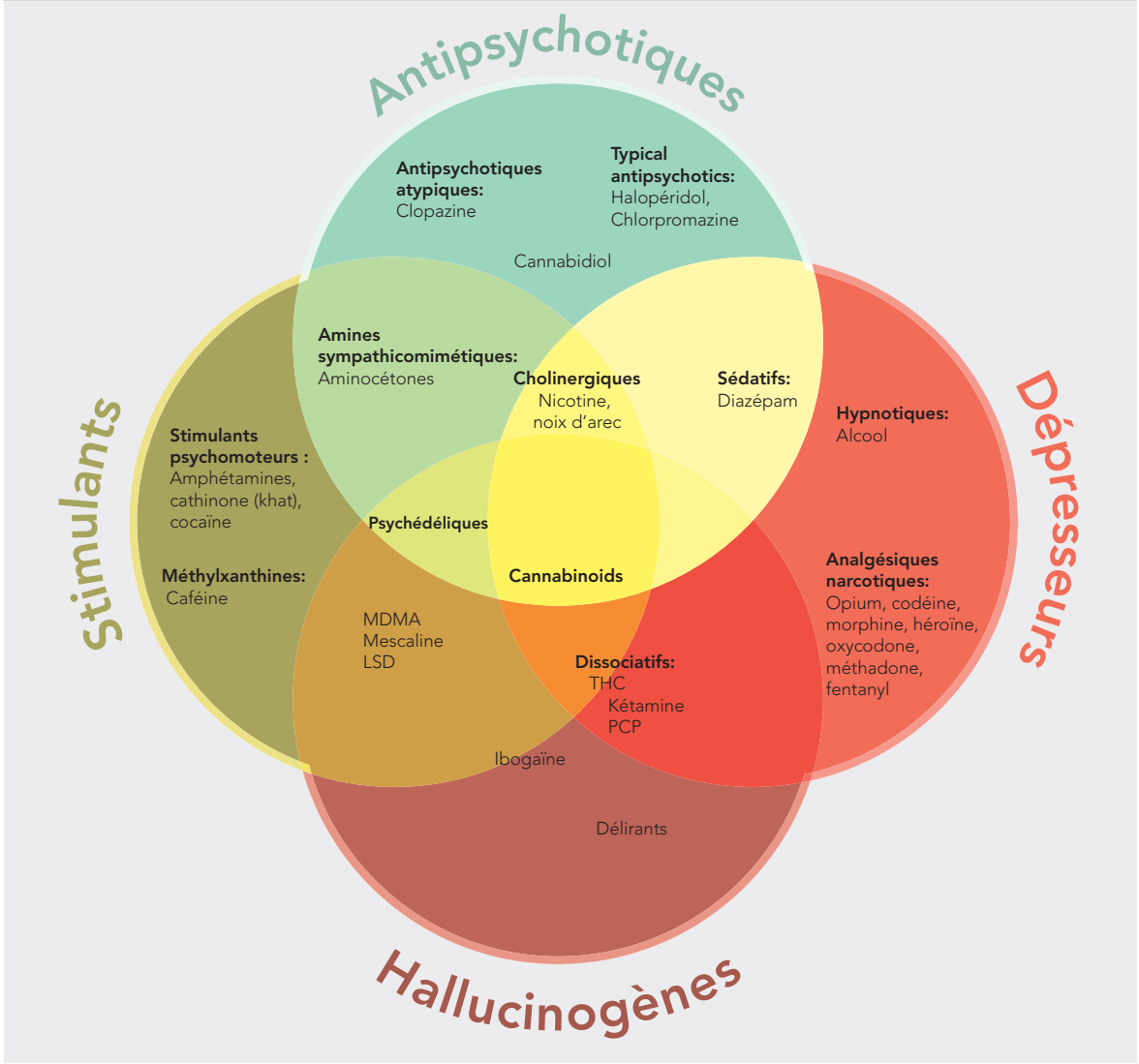
La Convention de 1971 comprend aussi un « principe de non-acceptation » à l'égard de toute décision d'inscription. Une partie peut soumettre une notification expliquant pourquoi « en raison de circonstances exceptionnelles elle n'est pas en mesure de soumettre cette substance à toutes les dispositions de la Convention » (Article 2.7). Cela offre un peu plus de marge que la Convention de 1961 aux écarts nationaux des Tableaux de l'ONU.

Dans la Convention de 1931, l'autorité d'ajouter une drogue tirée d'alcaloïdes de l'opium ou de la coca aux Groupes I ou II était attribuée au Comité sanitaire de la Société des nations. Après la Seconde Guerre mondiale et sous l'égide des Nations unies, cette autorité a été conférée à l'OMS « agissant sur avis d'un Comité d'experts » et étendue à toute substance ayant des effets similaires à ceux de la morphine ou de la cocaïne ou transformable en une telle substance.[46] Ainsi les décisions de classification ont-elles été initialement prises par les organismes de santé spécialisés sous mandat de la communauté internationale. Toutefois, la Convention unique de 1961 a transféré cette autorité à la CND, soumettant l'adoption des recommandations de l'OMS au vote à la majorité simple des États membres de la CND. Dans une certaine mesure, les décisions concernant les recommandations de classification fondées sur les recommandations des spécialistes scientifiques de l'OMS ont alors été soumises aux considérations politiques des États membres.

Selon les commentaires officiels sur la Convention de 1961, la CND « doit en principe accepter les conclusions de l'Organisation mondiale de la santé dans les domaines pharmacologique et chimique. Au cas où la Commission n'accepterait pas une recommandation de l'Organisation mondiale de la santé, ce devrait être pour d'autres raisons, par exemple des raisons d'ordre administratif ou social. »[47] La CND ne peut qu'accepter ou rejeter une recommandation de l'OMS, pas lui choisir un autre Tableau et « en aucun cas, (…) décider d'étendre le contrôle à une substance si l'Organisation mondiale de la santé ne l'a pas recommandé. »[48]

La Convention de 1971 prévoit le même type de dispositions, les évaluations de l'OMS « sont déterminantes en matière médicale et scientifique »[49], les Commentaires précisant qu'elles « doivent être acceptées par la Commission, et celle-ci n'a pas le droit de fonder ses décisions sur d'autres vues de nature médicale ou scientifique ».[50] Les décisions de modifier les tableaux de 1971, toutefois, sont adoptées par vote à la majorité des deux tiers, et la CND peut décider d'ajouter une substance à un autre tableau s'ajoutant à celui recommandé par l'OMS « prenant en considération les facteurs d'ordre économique, social, juridique, administratif et tous autres facteurs qu'elle pourra juger pertinents ».[51]

FIGURE 2 **Les différentes drogues psychoactives**



Adaptation de Wikipedia Commons par la Commission globale de politique en matière de drogues

DÉFAUT D'ÉQUILIBRE : L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS SOUS CONTRÔLE

Le régime international de contrôle des drogues est fondé sur le principe de la recherche d'équilibre entre la mission d'assurer l'accès aux médicaments contrôlés et celle d'en prévenir le détournement. On peut incontestablement porter à l'actif du système de contrôle d'avoir mis fin au détournement à grande échelle d'opiacés et de cocaïne pharmaceutiques vers les réseaux de distribution illicite qui avait cours avant la Seconde Guerre mondiale. L'OMS affirme que « l'adoption universelle des traités et leur mise en œuvre restent extrêmement efficaces pour empêcher le détournement des drogues des marchés licites vers les marchés illicites dans le cadre du commerce international. »[52] Selon l'OICS, l'essentiel du détournement de produits pharmaceutiques surviendrait aujourd'hui essentiellement à l'échelon national : « Depuis que les détournements de stupéfiants et de substances psychotropes du commerce international ont presque cessé, les détournements de ces substances depuis les circuits de distribution nationaux sont devenus une importante source d'approvisionnement des marchés illicites. »[53]

L'épidémie terrible et sans précédent qu'ont récemment connue les États-Unis nous rappelle brutalement toute l'importance du bon équilibrage entre le fait de garantir l'accès aux médicaments contre la douleur et celui de prévenir les risques d'une augmentation de leur consommation problématique et des overdoses en l'absence de contrôles efficaces. L'épidémie s'alimente à plusieurs sources : l'héroïne illégalement importée le plus souvent du Mexique et de Colombie, les analgésiques pharmaceutiques obtenus sur ordonnance, le détournement de produits pharmaceutiques vers des circuits de distribution illicite, la vente sur internet, soit sur des sites « gris » n'appliquant qu'une faible vérification des ordonnances, soit sur des crypto-marchés illégaux, et le récent phénomène d'entrée sur le marché de substances très puissantes de type fentanyl, voire de l'héroïne mexicaine coupée au fentanyl.

La commercialisation agressive des analgésiques pharmaceutiques, avec ses représentations trompeuses délibérées qui affirment le faible risque de dépendance afin d'accroître les ventes, et notamment celle de l'OxyContin, mis sur le marché par Purdue Pharma en 1996,[54] « a rendu très disponibles de vastes quantités de chlorhydrate d'oxycodone pour l'inhalation ou pour l'injection intraveineuse ».[55] C'est l'un des principaux facteurs du déclenchement de l'épidémie, dont on ne saurait encore annoncer le terme tant on manque chroniquement de méthodes efficaces de réduction des risques.[56] La crise a pris des proportions alarmantes, mais les circonstances qui l'ont permise sont assez caractéristiques des États-Unis, notamment le comportement irresponsable des compagnies pharmaceutiques, la dérégulation des cabinets médicaux privés et les voies de prescription et de distribution frauduleuses opérant impunément. La Commission globale s'est livrée en 2017 à l'examen détaillé de cette crise dans sa prise de position « La crise des opioïdes en Amérique du Nord ».[57] Par ailleurs, l'essentiel de la population mondiale connaît une crise de santé publique et de droits humains inverse : une épidémie de douleur non-traitée et d'indisponibilité de médicaments essentiels. Cette indisponibilité est particulièrement problématique dans le cas de certains médicaments placés sous contrôle à base « stupéfiants » ou qui en contiennent.

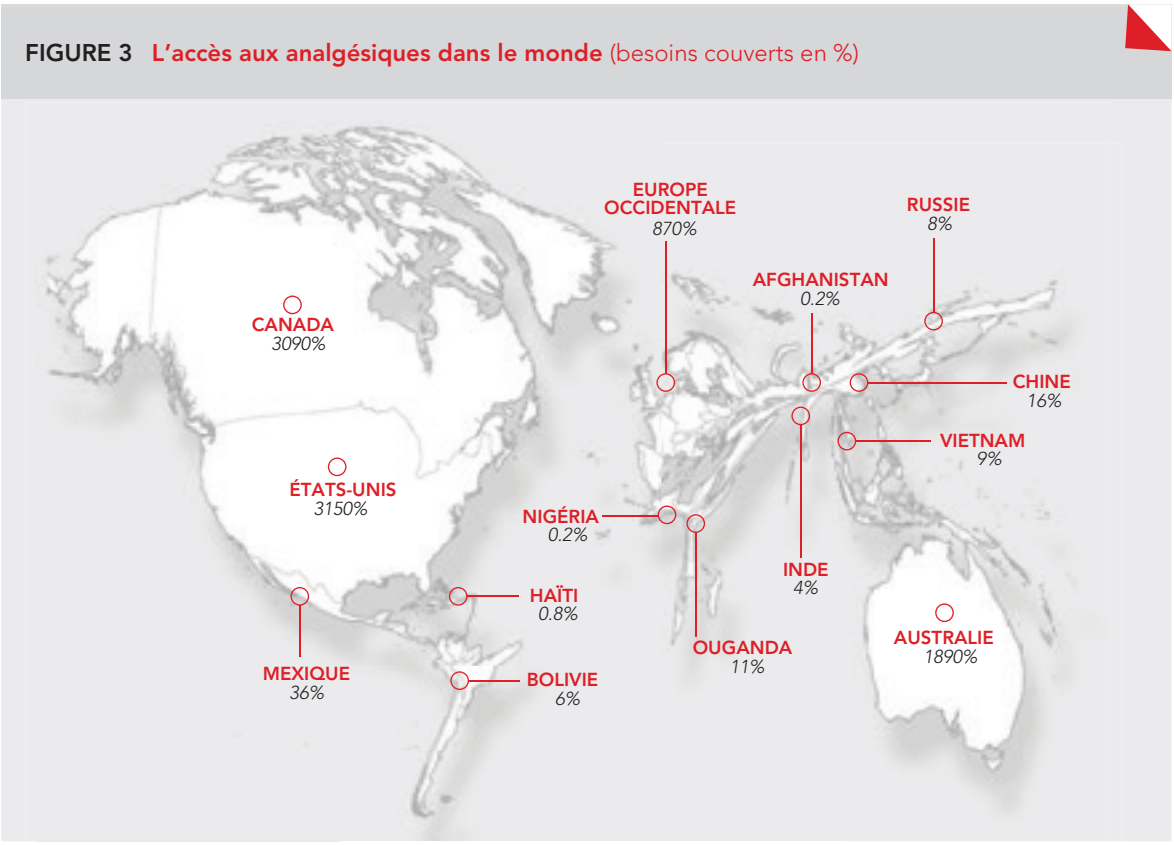
ENCADRÉ 5 Le contrôle international de la Kétamine

La kétamine est un anesthésique employé dans les interventions chirurgicales sur les humains comme sur les animaux, c'est souvent le seul agent anesthésiant disponible dans de vastes régions de l'hémisphère Sud. L'utilisation de la kétamine est facile, notamment dans les milieux ruraux sous-développés ou dans les contextes d'urgence, lorsque la maîtrise de conditions cliniques est impossible ; elle ne supprime pas la fonction respiratoire et ne comporte pas de risque de surdose lorsqu'on l'emploie sous supervision médicale. Toutes ces raisons font que la kétamine figure sur la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS. Dans le même temps, la kétamine est consommée à des fins récréatives en tant qu'hallucinogène pour ses effets dissociatifs, un mode de consommation qui s'est développé ces dernières années, incitant la Chine, appuyée par d'autres pays d'Asie et l'OICS, à entreprendre des démarches pour placer la substance sous contrôle juridique international. Toutefois, le Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'OMS a signalé certaines inquiétudes que « le fait de placer la kétamine sous contrôle international ait des répercussions négatives sur la disponibilité et l'accessibilité de cette substance. L'accès à des chirurgies essentielles et urgentes s'en trouverait limité, ce qui provoquerait une crise de santé publique dans les pays où aucun anesthésique de remplacement abordable n'est disponible. »[68]

À sa naissance, le système de classification se justifiait en tant que mécanisme nécessaire pour améliorer l'accès. « En établissant un régime tolérant pour les drogues du Groupe II, les auteurs de la Convention de 1931 ont été guidés par la considération qu'il ne fallait pas trop entraver la disponibilité des drogues utiles d'usage commun et présentant un risque d'abus relativement faible et que la décision d'établir des contrôles devait prendre en compte aussi bien la nécessité de prévenir les abus que celle de faciliter l'usage légitime ».[58] C'est le même raisonnement qui sous-tend le régime de contrôle plus indulgent établi par la Convention de 1961 : « Les auteurs de la Convention de Vienne [de 1971] ont estimé qu'ils ne devaient pas prévoir de contrôles trop stricts pour les médicaments d'usage très répandu parce que cela en réduirait la disponibilité à des fins thérapeutiques. Ils ont en revanche insisté sur l'utilité de la connaissance des propriétés dangereuses des substances concernées et de l'éducation dans la lutte contre la consommation abusive de médicaments. »[59]

Selon l'OMS, « l'obligation d'empêcher les abus de substances sous contrôle a fait l'objet d'une attention beaucoup plus importante par rapport à l'obligation d'assurer leur disponibilité suffisante à des fins médicales et scientifiques, et cela a entraîné l'adoption par les pays de lois et de réglementations qui entravent de manière systématique et grave l'accessibilité des substances sous contrôle. »[60]

FIGURE 3 **L'accès aux analgésiques dans le monde** (besoins couverts en %)



Source: Knaul, F., Bhadelia, A., Rodriguez, N., Arreaola-Ornelas, H., Zimmerman, C. "The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief – findings, recommendations and future directions", The Lancet, Mars 2018.

Consciente de l'échec profond du système, l'OMS a lancé en 2007 le Programme d'accès aux médicaments sous contrôle (PAMC), pour offrir une assistance technique aux pouvoirs publics dans le recensement des obstacles à l'accessibilité et leur levée.[61] En 2011, l'OMS a publié des directives pour assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle,[62] l'OICS, dans son Rapport 2015, a consacré un supplément à la disponibilité des médicaments placés sous contrôle,[63] et le document final de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies de 2016 (UNGASS) sur les drogues a consacré une section entière à la question.[64] Malgré ces efforts, toutefois, le dernier rapport de situation de l'OICS signale que dans la plupart des pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine, des Caraïbes et d'Europe de l'Est, l'accès aux analgésiques opioïdes et à diverses substances psychotropes essentielles demeure insuffisant, étant parfois même en recul : « Les personnes continuent de souffrir ; cela va de celles qui subissent une intervention chirurgicale sans anesthésie à celles qui n'ont pas accès aux médicaments dont elles ont besoin ou encore celles qui meurent dans des souffrances inutiles. »[65] Les conséquences de ce « déséquilibre profond » qui privilégie les méthodes punitives au détriment de l'accès aux médicaments placés sous contrôle, ont été décrites dans le rapport publié par la Commission globale en 2015, « Les effets négatifs du contrôle des drogues sur la santé publique : la crise mondiale des souffrances inutiles ».[66]

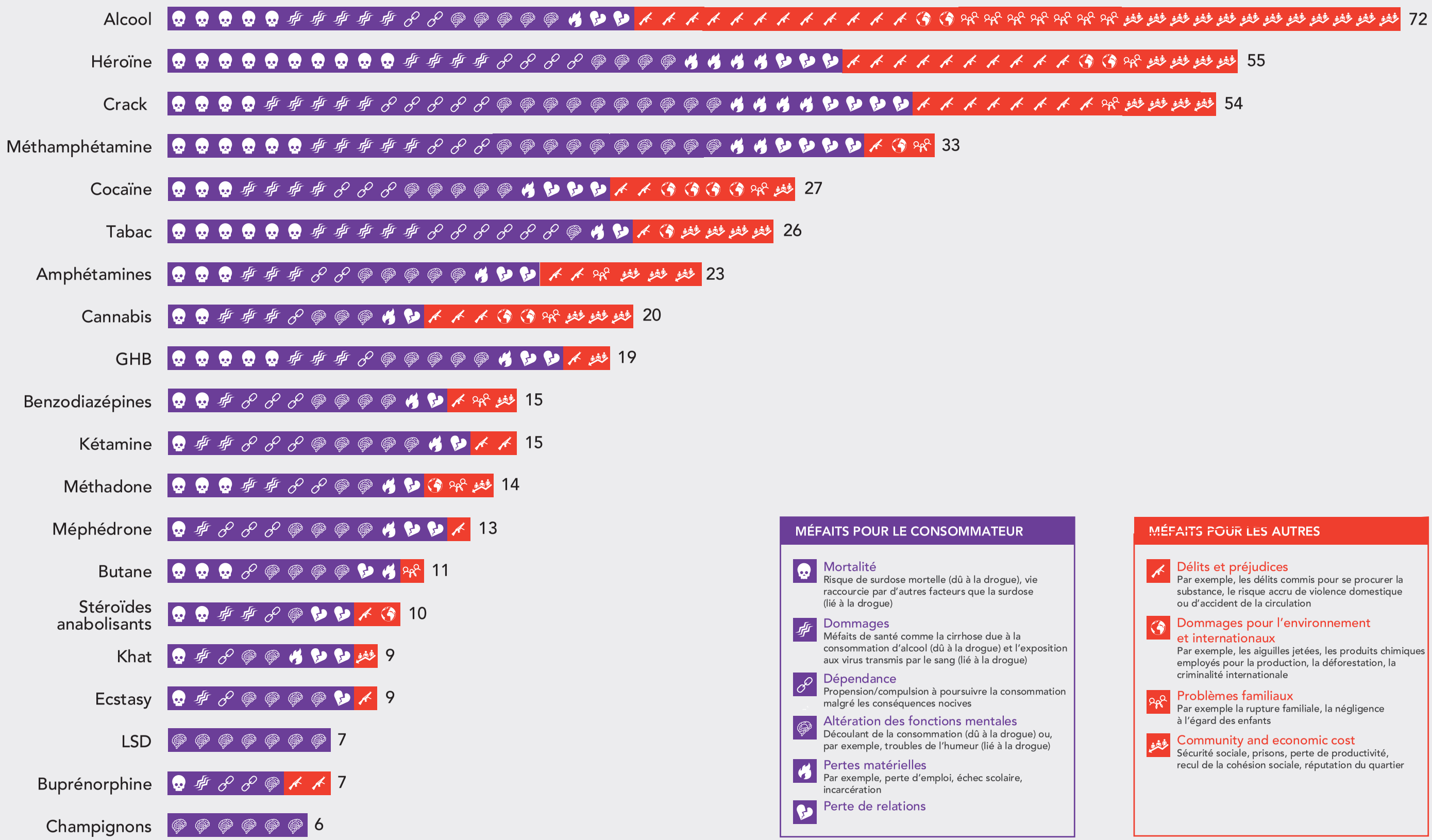
Ce déséquilibre très profondément enraciné paraît difficilement surmontable, comme on l'a encore vu dans les récentes controverses autour de la classification du tramadol et de la kétamine (voir encadré). Dans ces deux cas, après des analyses répétées, l'OMS s'est prononcée contre le contrôle international, donnant priorité à l'argument selon lequel la classification nuirait à la disponibilité pour usage médical. Dans le même temps, l'OICS a appuyé les appels de certains pays en faveur du contrôle international et recommandé aux États d'en imposer au moins par l'intermédiaire des lois nationales sur le contrôle des drogues. On a ainsi pu constater la différence d'attitude entre le Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'OMS et le secrétariat de l'OICS, et la tentative de l'OICS d'empiéter sur ce qui est clairement un mandat conféré par traité à l'OMS.[67]

RECOMMANDATION

La communauté internationale doit reconnaître le caractère incohérent et contradictoire du système international de classification, et entreprendre la révision critique des modèles actuels de classification des drogues.

Les effets négatifs de l'actuelle classification internationale pour le contrôle des drogues ne peuvent être ignorés plus longtemps ; ils vont de la pénurie de médicaments essentiels dans les pays à revenu faible et intermédiaire à la propagation de maladies infectieuses et de préjudices physiques, en passant par l'accroissement de la mortalité et la crise mondiale de la surpopulation carcérale. La communauté internationale doit s'attaquer à ces problèmes et corriger les conséquences négatives des classifications actuelles.

FIGURE 4 **Notes pondérées de la nocivité des drogues**



MÉFAITS POUR LE CONSOMMATEUR

- **Mortalité**
  Risque de surdose mortelle (dû à la drogue), vie raccourcie par d'autres facteurs que la surdose (lié à la drogue)
- **Dommages**
  Méfaits de santé comme la cirrhose due à la consommation d'alcool (dû à la drogue) et l'exposition aux virus transmis par le sang (lié à la drogue)
- **Dépendance**
  Propension/compulsion à poursuivre la consommation malgré les conséquences nocives
- **Altération des fonctions mentales**
  Découlant de la consommation (dû à la drogue) ou, par exemple, troubles de l'humeur (lié à la drogue)
- **Pertes matérielles**
  Par exemple, perte d'emploi, échec scolaire, incarcération
- **Perte de relations**

MÉFAITS POUR LES AUTRES

- **Délits et préjudices**
  Par exemple, les délits commis pour se procurer la substance, le risque accru de violence domestique ou d'accident de la circulation
- **Dommages pour l'environnement et internationaux**
  Par exemple, les aiguilles jetées, les produits chimiques employés pour la production, la déforestation, la criminalité internationale
- **Problèmes familiaux**
  Par exemple la rupture familiale, la négligence à l'égard des enfants
- **Community and economic cost**
  Sécurité sociale, prisons, perte de productivité, recul de la cohésion sociale, réputation du quartier

Source: Ce graphique s'appuie sur la modélisation scientifique élaborée par David Nutt et al. (Nutt, D. J., King, L. A. et Phillips, L. D. (2010) Drug harms in the UK : a multicriteria decision analysis. The Lancet, 376(9752), p. 1558–1565. doi : 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.) et leur évaluation des différents degrés de nocivité des drogues consommées à des fins récréatives au Royaume-Uni, selon l'analyse de décision multicritère.



Des hommes transportant du khat au marché Athiru Gaiti (Atherogaitu) au Kenya, où il se vend environ 600 Shilling (5.20 euros) par kilo. Avant que la drogue ne soit bannie au Royaume-Uni, l'exportation de khat au Royaume, Athiru Gaiti représentait le plus grand marché de Khat.
© Pascal Maitre/Panos 2017

LES ENSEIGNEMENTS DES MARCHÉS (SEMI-)LÉGAUX

LES PLANTES PSYCHOACTIVES NON-CLASSÉES

Si elle s'articule autour des substances dérivées des trois plantes principales – le pavot à opium, la coca et le cannabis – la Convention de 1961 impose aussi des contrôles sur les plantes elles-mêmes. Cependant, certaines autres plantes psychoactives ont échappé jusqu'ici à tout placement sous contrôle international . Dans son Rapport de 2010, l'OICS signalait dans un passage spécialement consacré aux « Matières végétales contenant des substances psychoactives » que « bien que certains stimulants actifs ou principes actifs hallucinogènes contenus dans certaines plantes soient inscrits aux Tableaux de la Convention de 1971, aucune plante n'est actuellement placée sous contrôle en vertu de cette Convention ou en vertu de la Convention [de 1988] ».[69] L'OICS recommandait aux gouvernements « d'envisager de placer ces matières sous contrôle au niveau national lorsque la situation l'exige ».[70]

L'inclusion des principes actifs du khat (cathinone, cathine) et de l'ayahuasca (DMT) à la Convention de 1971, et de l'ephedra (éphédrine, pseudoéphédrine) en tant que précurseur de la méthamphétamine à celle de 1988, a créé dans plusieurs pays un flou juridique autour de ces matières végétales.[71] Mais dans beaucoup d'autres, la culture et la consommation de ces stimulants et psychédéliques végétaux ainsi que d'autres est légale. Dans le cas du kratom (*Mitragynia speciosa*), la mitragynine, son alcaloïde principal, n'est pas non plus placée sous contrôle international. La sortie de ces substances végétales de leur milieu culturel traditionnel vers de nouveaux marchés a créé des difficultés juridiques ainsi que d'intéressantes opportunités.[72]

La mastication du khat est très répandue pour ses effets légèrement stimulants dans l'Est et le Sud de l'Afrique (notamment l'Éthiopie, la Somalie et le Kenya), Madagascar, la péninsule arabe ainsi que parmi les communautés issues de ces régions établies en Europe et en Amérique du Nord.[73] Les principes psychoactifs du khat sont placés sous contrôle international depuis 1988 : la cathinone au Tableau I et la cathine (norpseudoéphédrine) au Tableau III de la Convention de 1971, la noréphédrine étant sous contrôle en vertu de la Convention de 1988 en tant que précurseur employé dans la fabrication illicite d'amphétamines. Il a été envisagé d'inscrire le khat aux tableaux du contrôle international, mais en 2006 l'OMS a conclu au terme d'un examen critique que « le risque d'abus et de dépendance est faible [et le] niveau d'abus et de menace pour la santé publique n'est pas suffisant pour justifier le contrôle international. »[74] Après que l'OMS a émis des recommandations à son encontre, l'OICS n'en a pas moins continué d'appeler à « envisager de prendre des mesures appropriées pour lutter contre la culture, le commerce et la consommation illicites de khat ».[75]

La Suède, la Norvège et les États-Unis ont interdit le khat juste après l'inscription de la cathinone au Tableau I, le plus strict, de la Convention de 1971. L'interdiction s'est ensuite étendue au Canada et à la plupart des pays européens – les derniers pays à la décider ont été les Pays-Bas (en 2013) et le Royaume-Uni (en 2014), où l'interdiction ne s'est pas fondée sur les recommandations de classification des organismes nationaux compétents, mais sur le fait qu'on « ne souhaitait plus se démarquer des pays voisins qui avaient pénalisé le khat […] et pour éviter de devenir une plaque tournante du commerce du khat pour le reste de l'Europe ».[76] Ainsi, contre la recommandation de l'OMS, le khat est devenu une substance placée sous contrôle dans un nombre croissant de pays, avec des conséquences qui ne sont pas encore claires. Le risque existe de voir l'histoire se répéter, et avec elle l'insensibilité culturelle et l'hostilité envers les immigrés qui ont marqué les premières heures de la prohibition.

Dans le même temps, la production, le commerce et la consommation de khat demeurent légaux dans la corne de l'Afrique, où le marché est en expansion. En 2017/2018, rien qu'en Éthiopie, selon l'Agence centrale de statistiques publiques, près de trois millions de petits agriculteurs cultivaient du khat sur une surface totale estimée à 260 000 hectares[77] (à titre comparatif, la surface totale des cultures de coca dans le monde atteignait 213 000 hectares en 2016[78]). Si ce khat est pour l'essentiel consommé en Éthiopie, environ 20 % (soit quelque 50 000 tonnes) sont destinés à l'exportation, principalement vers les pays voisins comme la Somalie et Djibouti, mais aussi à destination de la diaspora d'Afrique de l'Est et de nouveaux marchés tels que la Chine ; cela représente environ 9 % de la valeur totale des exportations de l'Éthiopie.[79] Étant donné que les vertus stimulantes du khat s'estompent dans les trois jours suivant la récolte, il doit être rapidement transporté vers ces marchés lointains par avion, ce qui rend le commerce international vers les pays où le khat a récemment été frappé d'interdiction particulièrement vulnérable aux interventions de la police et des douanes. « Ces agriculteurs seront inévitablement frappés par le nombre croissant d'interdictions visant la consommation du khat dans les pays du monde entier. […] Cela met l'État éthiopien face à un dilemme législatif et politique concernant l'industrie du khat. Les choix qui s'offrent à lui ne sont guère reluisants : il peut soit ignorer les interdits et approuver l'exportation d'une substance considérée illicite dans de nombreux pays, se rendant fondamentalement complice de trafic et de contrebande, soit opter pour

le contrôle et la limitation de la production et de la consommation d'une culture qui assure la subsistance de millions d'Éthiopiens et contribue à hauteur de plusieurs centaines de millions de dollars aux dépenses annuelles, avec le risque que cela entraîne de l'instabilité politique. »[80]

Le marché international du kratom, qui connaît une croissance étonnante, est encore un exemple de zone de flou qui se dessine dans le droit international. Le kratom (*Mitragynia speciosa korth*), un arbre tropical qui pousse en Asie du Sud-Est, donne de grandes et larges feuilles utilisées de longue date à des fins médicales et récréatives.[81] S'il n'est pas placé sous contrôle international, le kratom a été interdit en Thaïlande, en Malaisie, au Myanmar et en Australie, les États-Unis et certains pays européens envisageant à leur tour de prendre des mesures pour en limiter la disponibilité sur internet. Le marché états-unien en particulier a connu au cours de la dernière décennie une croissance exponentielle, les estimations faisant état de « plusieurs millions de consommateurs se procurant des produits auprès de plus de 10 000 points de vente pour un marché annuel estimé à 207 millions USD ».[82]

La Drug Enforcement Administration (DEA) a annoncé en 2016 son intention d'inscrire le kratom au Tableau I, affirmant que « de façon particulièrement préoccupante, on signale que certains consommateurs sont venus au kratom pour remplacer d'autres opioïdes, comme l'héroïne. Aux États-Unis, le kratom fait l'objet de mésusage d'automédication contre la douleur chronique et les symptômes du manque d'opioïdes, les consommateurs faisant état d'effets comparables à ceux des opioïdes vendus sur ordonnance. »[83] Cette annonce a suscité une réaction massive du public qui a conduit la DEA à revoir sa décision et à prendre le temps de la reconsidérer.[84]

Une enquête conduite parmi les consommateurs de kratom a confirmé que pour beaucoup d'entre eux, « le kratom traite des symptômes tels que la douleur, le manque d'énergie, l'humeur dépressive ou anxieuse. En outre, beaucoup d'entre eux, peut-être la majorité des consommateurs, l'emploient comme un moyen de réduire ou cesser leur consommation de médicaments légaux délivrés ou non sur ordonnance contre des maux pour lesquels les effets secondaires du kratom sont mieux tolérés. »[85] Par ailleurs, « supprimer la disponibilité du kratom en le classant pourrait précipiter des problèmes de santé publique aujourd'hui inexistants ou très limités, car le marché se trouverait déplacé d'un commerce de détail essentiellement légal vers des fabricants et des distributeurs clandestins, libres de toute régulation en matière d'étiquetage, de pureté ou de normes de contenu, sans réelle capacité de retirer les produits adultérés du marché. »[86]

Sur l'instigation de l'American Kratom Association, certains États comme l'Utah, la Géorgie et le Nevada ont adopté une loi de protection des consommateurs de kratom, considérant que « la recherche des bienfaits et des risques associés au kratom et son rôle pour combattre l'addiction aux opioïdes est importante pour le bien-être des citoyens ».[87] La loi interdit la vente de kratom aux moins de 18 ans et exige l'étiquetage clair des produits, affichant le taux de mitragynine et de 7-hydroxymitragynine, des instructions d'utilisation compréhensibles et des messages d'avertissement relatifs aux risques et l'efficacité. Ces actions législatives locales représentent une alternative prometteuse de cadre de régulation qui va à contresens de celle de la DEA.

En Thaïlande, le kratom est consommé par plus d'un million d'habitants du Sud du pays, qui en mâchent les feuilles ou le boivent comme alternative à l'alcool. La loi sur le kratom de 1943 en a interdit la consommation, et la police mène régulièrement depuis lors des campagnes d'abattage des arbres dans les jardins individuels, arrêtant des milliers des consommateurs, ce qui ne manque pas d'alimenter une forte hostilité à l'égard des pouvoirs publics au sein des communautés majoritairement musulmanes du Sud. Après une enquête universitaire approfondie et la conduite d'une expérience de « contrôle communautaire » du kratom en lieu et place de la pénalisation, le Parlement a adopté en décembre 2018 plusieurs amendements aux lois sur les drogues, autorisant notamment l'usage médical traditionnel du kratom.[88]

LA RÉGULATION LÉGALE DU CANNABIS

Bien que l'utilisation médicale du cannabis soit légale depuis plus de vingt ans dans plusieurs États des États-Unis, dans certains pays d'Europe et en Israël, l'expansion du marché du cannabis médical s'est accélérée depuis quelques années ; chaque mois ou presque, un nouveau pays se rallie à la tendance. On a récemment assisté à cette expansion rapide dans toute l'Europe (Allemagne, Grèce, République tchèque, Pologne, Slovénie, Luxembourg) et en Amérique latine (Uruguay, Colombie, Chili, Argentine, Mexique, Pérou), malgré les nombreux défauts des cadres législatifs mis en place dans la plupart de ces pays. On commence à présent à l'observer dans les Caraïbes, en Afrique et en Asie, dans des pays tels que la Jamaïque, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, l'Inde, l'Afrique du Sud, la Thaïlande et la Nouvelle-Zélande.[89]

À partir de 2012, dix États des États-Unis et le district de Columbia ont approuvé des initiatives populaires ou adopté des lois régulant l'usage non-médical du cannabis, et l'Uruguay (2013) et le Canada (2018) ont adopté

des lois nationales de régulation du cannabis. Ces nouveaux régimes définissent les règles du marché du cannabis dans son ensemble, y compris pour ses usages non-médicaux et « récréatifs », et relancent le débat partout ailleurs dans le monde. La régulation du cannabis est à l'ordre du jour du nouveau gouvernement au Mexique et au Luxembourg, et la coalition au pouvoir en Nouvelle-Zélande s'est engagée à organiser en 2020 un référendum sur la légalisation du cannabis non-médical. Les pouvoirs publics néerlandais vont autoriser des expériences locales de production régulée de cannabis pour approvisionner les « coffee shops » où l'achat et la consommation sont tolérés. Aux États-Unis, d'autres consultations d'initiative populaire sont prévues et d'autres parlements des États envisagent d'adopter des lois de régulation du cannabis.

La Commission régionale de la CARICOM sur la marihuana est récemment parvenue à la conclusion que le régime de prohibition du cannabis « n'est pas adapté à son objectif », recommandant l'adoption de « modifications significatives des lois de la région pour permettre le démantèlement de ce régime […] qui s'est avéré inefficace, injuste et a causé plus de torts qu'il ne prétendait en prévenir ».[90] La Commission avait pour mandat de « mener une enquête rigoureuse sur les aspects sociaux, économiques, de santé et juridiques de la consommation de marihuana dans les Caraïbes et de déterminer la nécessité d'une modification de la classification actuelle de la marihuana parmi les drogues qui la rende plus accessible pour tout type d'usage (religieux, récréatif, médical et de recherche). »[91]

Dans son rapport, la Commission admet que la classification initiale du cannabis n'a pas bénéficié de l'éclairage de la recherche et des données scientifiques. « Considérant l'information essentielle qui établit désormais que le cannabis/marihuana offre plusieurs effets bénéfiques, le cannabis/marihuana ne peut plus être classé juridiquement comme une ''drogue dangereuse", ''dépourvue de valeur médicale ou autre" ».[92] La Commission a estimé à l'unanimité que « l'actuelle classification légale paraît obsolète et idiosyncratique », qu'elle « ne peut plus servir de justification à la légifération et doit être rejetée car elle sape la légitimité de la loi elle-même ».[93] En outre, « l'incongruité de la sévérité des lois et de la classification injustifiée du cannabis/marihuana est exacerbée par le fait que d'autres substances nocives ne reçoivent pas le même traitement au regard de la loi, donnant lieu à des accusations d'injustice et d'iniquité inhérentes au système juridique. »[94]

Peut-être est-il trop tôt pour tirer des conclusions définitives concernant les effets de la régulation légale des marchés du cannabis sur la santé publique et la justice pénale. La conception de ces régimes juridiques a incontestablement tiré les enseignements des politiques relatives au tabac. Les indices forts du fait que « les programmes complets de lutte contre le tabac sont efficaces pour en faire reculer la consommation parmi les adultes et les jeunes, »[95] qui contrastent nettement avec l'absence d'indices d'une quelconque efficacité des méthodes prévoyant la pénalisation du cannabis, ont inspiré les législateurs en Uruguay, au Canada et dans certains États des États-Unis. « Parmi les recommandations déterminantes du recul de la consommation de tabac figuraient notamment l'augmentation du prix de détail, l'adoption de politiques favorisant les espaces non-fumeurs, des programmes complets de contrôle, la mobilisation de la collectivité, des campagnes de communication massives de santé publique et la stricte accréditation des détaillants et son application », explique le « Community Guide », qui recommande en outre « l'augmentation des taxes, la limitation des horaires de vente, la régulation de la densité des points de vente et l'application plus rigoureuse du système de permis pour les détaillants. »[96]

LES NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Une myriade de nouvelles substances psychoactives (NSP) font leur apparition sur le marché mondial des drogues, « promues de façon agressive en tant qu'"euphorisants légaux" et distribuées par des marchands internationaux sur internet, à un débit qui met à mal les systèmes traditionnels de contrôle »,[97] incitant les États et les institutions internationales à se repencher sur l'efficacité et les insuffisances des systèmes de classification actuels.

Entre le processus de décision d'inscription des drogues pharmaceutiques et celui des substances psychoactives émergentes, les différences sont frappantes. Dans le cas des premières, « les deux camps du débat sur la décision de régulation concernant le produit développé par le fabricant sont accompagnés par un groupe de pression bien financé et efficace. Le fabricant est souvent une très grande entreprise soucieuse de récupérer un investissement pouvant atteindre des centaines de millions de dollars. Le camp des consommateurs est souvent représenté par des ONG bien organisées, informées par des organismes publics chargés de récolter les données pertinentes. Toute erreur flagrante entraînera probablement les protestations efficaces de la partie lésée. »[98]

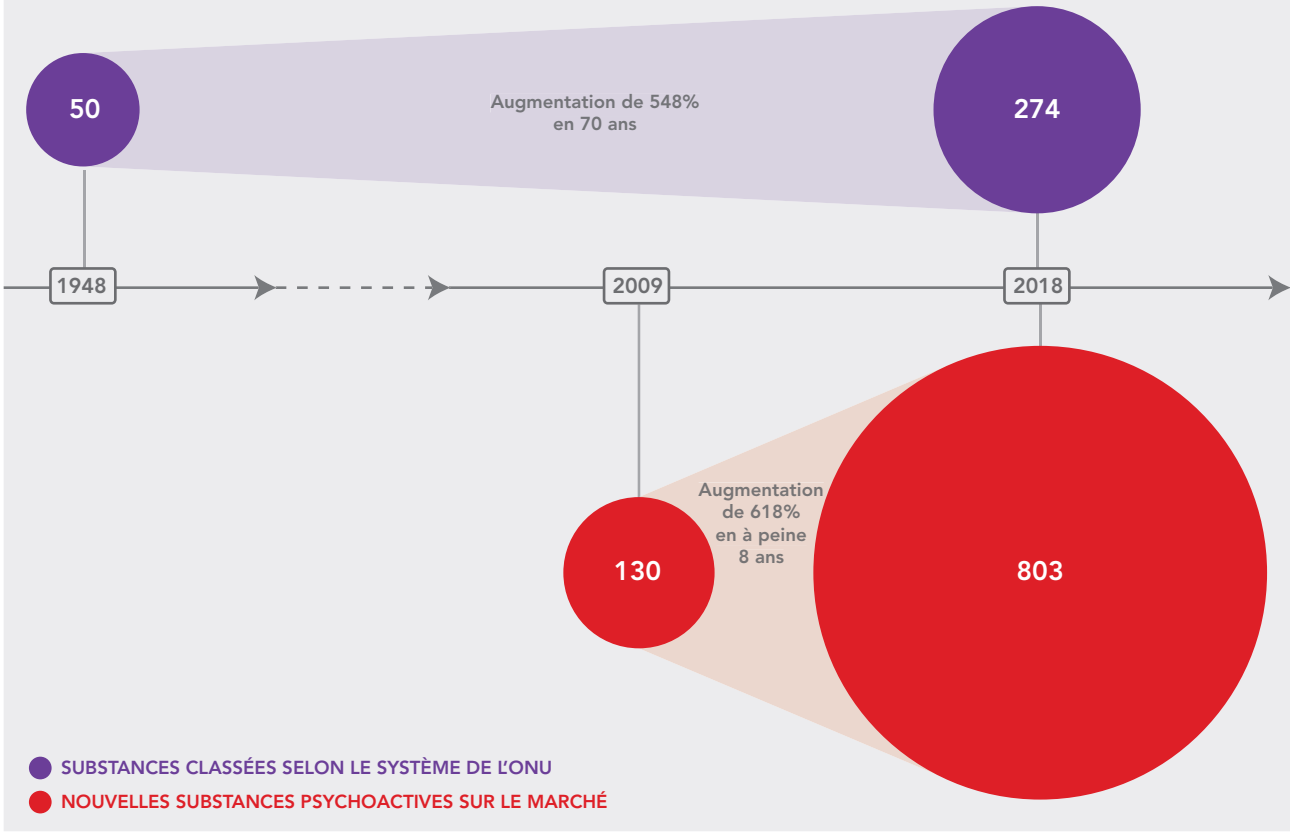
En revanche, dans le cas des nouvelles substances psychoactives, « le système est biaisé, peut-être de manière inéluctable, en faveur de la prohibition des nouvelles substances dont on ne sait pas grand-chose. Les conséquences négatives pour celui qui décide d'autoriser, de quelque façon que ce soit, la mise sur le marché d'une drogue qui finit par s'avérer dangereuse sont extrêmement lourdes. Les conséquences négatives pour celui qui décide de laisser hors du marché une drogue en fin de compte inoffensive, même si la prohibition ne fait qu'aggraver les problèmes relatifs à cette drogue, sont très faibles. »[99]

La panique régulatoire déclenchée par l'avalanche ingérable des nouvelles substances a conduit certains pays à concevoir de nouveaux systèmes de contrôle fourre-tout, comme la loi états-unienne dite « d'analogie » adoptée en 1988 qui interdit automatiquement une substance dès lors qu'elle présente une « ressemblance significative » en matière de structure et d'effets avec une drogue déjà interdite ; ou encore la loi britannique de 2016 sur les substances psychoactives qui interdit toute substance psychoactive qui « en stimulant ou en déprimant le système nerveux central de l'individu (…) affecte ses fonctions mentales ou son état émotionnel ».[100] Bien que la simplicité de ces textes puisse exercer un attrait sur les décideurs politiques soucieux de garder un temps d'avance sur l'apparition constante des NSP sur le marché, leur définition très lâche de la ressemblance ou de la psychoactivité soulève de nombreuses difficultés conceptuelles et opérationnelles. Le texte de loi britannique englobe un éventail extrêmement large de substances, mais certaines sont exemptées, notamment l'alcool, la caféine, la nicotine, les aliments, les médicaments et les substances tombant déjà sous le coup de la loi sur le mésusage des drogues. Aux yeux de la loi, « la nocivité ou le potentiel de dépendance ne constituent pas des critères d'inclusion ou d'exemption d'une substance psychoactive. ».[101]

Cette ignorance de la notion de nocivité vise à éviter la nécessité de longues délibérations sur les risques potentiels d'une substance avant son interdiction, suivant le raisonnement exprimé par le texte de loi. Cependant, « ce panel a aussi reconnu la possibilité que soit découverte à l'avenir une substance de très faible nocivité et d'une valeur suffisante en termes cliniques, commerciaux, de stimulation cognitive ou (osons le dire) récréatifs pour en recommander l'offre légale. »[102] Par conséquent, le panel a préconisé une disposition « soupape » selon laquelle les substances de ce type pourraient être placées sur la liste des exemptions,[103] mais aucune disposition de ce type n'a été inscrite dans le texte de loi. En son absence, « le contrôle législatif est irrévocablement dissocié de toute évaluation du risque de dommages ».[104]

Certains pays ont adopté des mécanismes plus expéditifs de classification des substances en vertu des lois existantes de contrôle des drogues. D'autres, significativement, « ont adopté des lois sur la sécurité des consommateurs ou sur les médicaments pour empêcher la vente libre de ces produits, » et bien qu'une évaluation plus rigoureuse soit nécessaire, « les premiers résultats suggèrent qu'elles ont fonctionné, tout en évitant de pénaliser les consommateurs. (…) Il est apparemment plus efficace de mettre en application des lois sur les médicaments ou sur la protection des consommateurs contre les fournisseurs et les distributeurs que de poursuivre un grand nombre d'usagers en vertu de lois pénales sur les drogues. »[105] Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

FIGURE 5 La course perdue au classement des nouvelles substances



 Sources : OMS, OICS et le Rapport mondial sur la drogue 2018

« une palette d'autres dispositifs potentiels de contrôle législatif, souvent déjà existants et parfois déjà employés par des États membres de l'Europe pour contrôler les nouvelles substances psychoactives, pourraient aussi avoir un rôle légitime et efficace à jouer dans le domaine du contrôle des drogues. »[106]

Le recours à la règlementation sous l'angle de la sécurité alimentaire et de la défense des consommateurs comporte toutefois certains risques. Les chercheurs Peter Reuter et Bryce Pardo se sont penchés sur le cas des « produits amaigrissants » contenant des substances psychoactives et ont souligné que « le fait que ces produits soient distribués sur un marché légal procure le faux sentiment d'une régulation par les pouvoirs publics, », car beaucoup de gens sont portés à croire que « ces produits reçoivent une approbation en termes de sécurité et d'efficacité avant d'être rendus disponibles à la vente au public, » ce qui est faux.[107] On a vu plusieurs fois des pays européens utiliser des textes existants sur les médicaments pour retirer des NSP (notamment la méphédrone) du marché en les classant parmi les médicaments pour lesquels ils ne délivraient pas d'autorisation de mise sur le marché.[108] Pourtant, en 2014, la Cour de justice de l'Union européenne a statué contre l'utilisation des lois sur les médicaments pour contrôler les NSP après que deux individus condamnés en Allemagne pour « vente illicite de produits médicaux dangereux » ont porté plainte, affirmant que la procédure s'appuyait sur un artifice évident puisque « les substances impliquées n'ont jamais été destinées à servir de médicament. »[109]

La Nouvelle-Zélande a bien doté sa loi de 2013 sur les substances psychoactives d'un Tableau d'exemption, instituant provisoirement un cadre règlementaire pour les substances psychoactives « à faible risque ». Un fabricant ou un distributeur souhaitant vendre légalement une nouvelle substance psychoactive devait ainsi obtenir une approbation préalable à la mise sur le marché en démontrant que son produit posait « un faible risque de dommages » à l'aune de six critères : les effets toxicologiques, le risque pour la santé publique, le potentiel de causer la mort, le potentiel de créer la dépendance, la probabilité de mésusage et l'attrait pour les populations vulnérables. La Nouvelle-Zélande avait déjà connu un épisode juridique avec la BZP, une « drogue de club » (contenant différents mélanges de benzylpipérazine) : « à son point culminant, au milieu des années 2000, on a estimé que le secteur des drogues de club à base de BZP écoulait jusqu'à 200 000 comprimés par mois en Nouvelle-Zélande. »[110] Cette phase lucrative sans régulation au cours de laquelle « les producteurs de drogues de club ont beaucoup investi dans des activités de promotion de la consommation semblables à celles de l'alcool et du tabac, comme la publicité et le marketing, » a pris fin en 2008 avec la classification de la BZP parmi les drogues de classe C en vertu de la loi sur le mésusage des drogues. »[111] Le secteur a répondu à l'interdiction de la BZP en réorientant la production vers des drogues de club sans BZP et contenant des cannabinoïdes de synthèse, dont beaucoup ont intégré un régime provisoire créé en 2013 alors que les régulations visant ce type de mécanisme étaient en cours d'élaboration. Mais en mai 2014, ce régime provisoire a été brusquement stoppé par un amendement parlementaire à la loi sur les substances psychoactives, à la suite de signalements répétés d'irrégularités commises autour du commerce de détail et d'effets nocifs des cannabinoïdes de synthèse.

L'une des inquiétudes suscitées par le tableau d'exemption de 2013 portait sur le fait que le cadre règlementaire de l'accès aux euphorisants légaux serait « capable de supporter les pressions qui ne manqueront pas de survenir aussitôt qu'un secteur des euphorisants légaux sera en mesure de promouvoir ses intérêts propres. »[112] Des entretiens conduits avec les principaux acteurs du secteur ont montré qu'ils « se fixaient la mission idéaliste de détourner les consommateurs récréatifs d'alcool, de tabac et de drogues illégales vers des 'alternatives plus sûres' », mais ils ont aussi révélé une « tension [croissante] entre les bénéfices et les motivations idéalistes ».[113] Malgré l'insistance que mettent ces acteurs à se démarquer des « grosses sociétés » du tabac ou de l'alcool, Marta Rychert et Chris Wilkins concluent à la « nécessité que des règles d'engagement avec les 'nouveaux secteurs de consommation addictive' clarifient le rôle qui leur est octroyé dans l'élaboration de régimes de régulation pour les nouvelles substances psychoactives".[114]

RECOMMANDATION

La communauté internationale doit accorder un rôle de premier plan à l'Organisation mondiale de la santé et à la recherche scientifique interdisciplinaire dans l'élaboration de critères de classification fondés sur des données scientifiquement établies et sur une échelle rationnelle des risques et des bénéfices.

Les États doivent aussi résoudre le problème de la distinction de plus en plus floue entre drogues et marchés légaux et illégaux, en réclamant davantage de flexibilité des mécanismes internationaux dans l'adoption de règles et directives différentes pour la classification au niveau national. Ce processus dépend du rééquilibrage du rôle des intervenants dans la conception de modèles de classification pour faire plus de place aux professionnels des sciences, de la santé et de l'action sociale. Ce processus devra aussi permettre de lever les barrières qui entravent actuellement la recherche scientifique sur les utilisations médicales essentielles de ces substances.



Rencontre du personnel du Programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) avec des agriculteurs locaux pour discuter d'alternatives à la culture du pavot d'opium, Pakistan, 1991.
© Service photographique de l'ONU/J. Sailas

DIFFICULTÉS ET OPTIONS DE RÉFORME

AMÉLIORER LE SYSTÈME ACTUEL

> « Comme le dit le proverbe, si le capitaine n'avait pour souci que la sécurité de son navire, jamais il ne quitterait le port. De même, si les traités internationaux en matière de drogues ne visaient que le détournement vers le commerce illicite, ils interdiraient simplement la consommation de toute drogue présentant un potentiel d'abus. Évidemment, l'objectif du capitaine n'est pas seulement la sécurité de son navire, mais aussi la livraison à temps de sa cargaison. Il en va de même avec le régime international de contrôle des drogues, qui vise à garantir la disponibilité des substances contrôlées dans des quantités suffisantes et en temps opportun pour les personnes autorisées à les recevoir, tout en réduisant le plus possible leur détournement vers le commerce illicite. »[115]

Le système actuel de classification des drogues régi par les traités de l'ONU comporte tellement de préjugés historiques et d'incohérences qu'il en est devenu quasi irrécupérable. Selon un groupe d'experts ayant contribué au processus de révision de l'OMS, « la situation actuelle, où plusieurs substances importantes (p. ex. le cannabis, la résine de cannabis, l'héroïne et la cocaïne) n'ont jamais été évaluées, ou alors pas depuis 80 ans, nuit gravement à leur contrôle international et prive ce dernier de légitimité. En outre, leur évaluation ancienne ne correspond plus aux connaissances scientifiques d'aujourd'hui. ».[116]

Ces dernières décennies, des appels et des propositions sont venues de l'intérieur même du système de l'ONU pour réclamer l'amélioration des critères de classification, l'amendement des traités de façon à résoudre certaines incohérences internes et la clarification des mandats de l'OMS, de l'OICS et de la CND. L'OICS, par exemple, a proposé dans son Évaluation de l'efficacité des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues en 1994 une harmonisation des critères et des procédures de classification des Conventions de 1961 et 1971, qui « éliminerait les contradictions et rendrait les décisions de classification plus transparentes et plus rapides, ce qui réduirait en même temps le coût de l'évaluation. »[117,118]

Les directives de l'OMS pour le processus d'examen ont subi des modifications périodiques, la dernière ayant été adoptée par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2010. Les nouvelles règles comportent certaines exigences spécifiques visant à améliorer la base factuelle et la transparence du processus. « On ne s'attend pas à ce que cette révision entraîne le retrait de substances actuellement sous contrôle en vertu des deux Conventions du Tableau auquel elles figurent (« déclassification »). Cependant, la révision permettra à l'avenir de procéder à des évaluations plus précises et plus scientifiques lors de l'examen des substances. »[119]

L'examen du cannabis par l'OMS en 2018 peut être perçu comme un cas type pour ces directives de classification améliorées. Les recommandations de l'ECDD comportent certains points clairement positifs, notamment la reconnaissance de l'utilité médicale du cannabis et son retrait du Tableau IV de la Convention unique de 1961 ainsi que la clarification du fait que le CBD n'est pas placé sous contrôle international. Ce processus d'examen sans précédent apporte aussi une manne d'informations issues de l'analyse rigoureuse des dernières données scientifiques disponibles et sera certainement appelé dans les prochaines années à faire référence sur tous les aspects de l'utilisation thérapeutique des différentes substances associées au cannabis. Toutefois, les conclusions du processus de l'ECDD révèlent aussi toute la difficulté qu'il y aura à surmonter les incohérences inhérentes aux actuelles procédures de classification (voir encadré).[120]

ENCADRÉ 6 L'examen critique du cannabis par l'OMS

Après une procédure d'examen de cinq ans, l'ECDD a émis en janvier 2019 ses recommandations concernant la reclassification des substances apparentées au cannabis.[121] L'OMS reconnaît clairement les propriétés médicales du cannabis, mais ses conclusions laissent aussi entrevoir un raisonnement discutable en faveur du maintien du cannabis sous un contrôle international très strict. « Les éléments présentés au Comité n'indiquaient pas que la plante et la résine de cannabis étaient susceptibles de produire des effets nocifs similaires à ceux des autres substances inscrites au Tableau IV »,[122] le tableau le plus strict, réservé aux drogues ayant des « propriétés particulièrement dangereuses » (Art. 2, § 5a) comme l'héroïne ou le fentanyl. « La consommation de toutes ces substances est associée à un risque élevé de décès, ce qui n'est pas le cas de la consommation de cannabis. » et puis, « les préparations à base de cannabis ont démontré leur potentiel thérapeutique pour le traitement de la douleur et d'autres affections », par conséquent l'ECDD recommande le retrait du cannabis du Tableau IV.[123]

S'appuyant sur ce « principe de similarité », le Comité d'experts devait ensuite évaluer si le cannabis « peut donner lieu à des abus analogues et produire des effets nocifs analogues à ceux des stupéfiants du Tableau I ou du Tableau II » (Art. 5, § 3-iii), et s'il faut le maintenir au Tableau I (c'est-à-dire au même niveau que la morphine et la cocaïne), le transférer au Tableau II (avec la codéine) ou simplement le supprimer de tous les tableaux. Et l'ECDD de conclure : « Bien qu'il ait considéré que le cannabis ne présentait pas le même niveau de risque pour la santé que la plupart des autres drogues inscrites au Tableau I, (…) il a recommandé que le cannabis et la résine de cannabis restent inscrits au Tableau I », constatant que le cannabis posait « d'importants problèmes de santé publique, partout dans le monde ».[124] L'argument est douteux, et s'accommode mal des critères de classification établis dans la Convention ou des récentes directives de l'OMS.

Selon les Commentaires du Traité, « l'inscription au Tableau II pourra donc souvent être proposée pour des substances relativement moins dangereuses et largement utilisées dans la pratique médicale ».[125] Ou, comme l'a conclu l'ECDD dans le cas du khat, du tramadol et de la kétamine, par exemple, ne pas être placé sous contrôle international du tout. Parmi les tensions diplomatiques croissantes engendrées par les récentes modifications du panorama règlementaire du cannabis, l'ECDD semble avoir délibérément choisi de se limiter à recommander la tolérance des utilisations médicales et de s'abstenir d'émettre toute recommandation susceptible d'alimenter davantage les tensions politiques suscitées par la tendance à la régulation légale. Pourtant, le fait qu'il laisse les considérations politiques s'immiscer dans ses recommandations remet en question le mandat scientifique fondé sur les faits de l'OMS au sein du système des traités de l'ONU relatif au contrôle des drogues.

En maintenant le cannabis au Tableau I (en y transférant aussi le THC et son équivalent de synthèse, le dronabinol) et en n'exemptant en vertu du Tableau III que certains mélanges « composés en tant que préparations pharmaceutiques », on risque d'accorder un traitement préférentiel à un petit nombre de produits brevetés par des compagnies pharmaceutiques au détriment d'une vaste gamme de produits cannabiques plus naturels aux propriétés médicales similaires. En outre, sous prétexte de se tenir à l'écart de la controverse politique, l'ECDD ratifie de facto par sa recommandation de maintenir le cannabis au Tableau I – alors qu'il est à présent censé fonder son examen sur les derniers éléments scientifiques disponibles – les arguments extrêmement douteux sur la foi desquels le cannabis a dans un premier temps été intégré aux tableaux. Si important soit le fait que l'OMS reconnaisse enfin l'utilité thérapeutique du cannabis, les recommandations de l'ECDD démontrent aussi que le système de classification actuel est incapable de rectifier les erreurs historiques et de garantir que les connaissances scientifiques l'emportent sur l'idéologie. À cette étape critique pour l'avenir du régime global de contrôle des drogues, les recommandations fondées sur des données scientifiques des organes mandatés par l'ONU sont plus nécessaires que jamais.

UNE ÉCHELLE RATIONNELLE DES RISQUES

> « Les arguments solides plaident en faveur de la recherche de synergies entre les politiques de lutte contre la drogue et l'alcool, comme le fait qu'elles visent souvent les mêmes populations et les mêmes environnements. Les modèles politiques actuels sont également mis en danger par l'essor du marché des «legal highs» et par l'abus de produits pharmaceutiques (…). Du point de vue de la santé publique, tout cela illustre la nécessité d'adopter une approche plus exhaustive, englobant tout à la fois les substances illicites et licites, voire d'autres addictions comportementales. Le défi est double: déterminer dans quelle mesure cette vision globale est justifiée et comment cette approche pourrait se refléter dans un cadre réglementaire et de contrôle approprié. »[126]

D'importants efforts ont été entrepris au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, dans l'Union européenne et en Nouvelle-Zélande pour tracer les contours d'un système de classification fondé sur les données scientifiques, une tâche loin d'être aisée. La tentative la plus avancée à ce jour est l'« analyse décisionnelle multicritères » de la nocivité des drogues au Royaume-Uni élaborée par le professeur David Nutt et ses collaborateurs à l'Independent Scientific Committee on Drugs.[127]

La démarche comporte toutefois une complication importante dans le fait que « contrairement aux premières heures de l'évaluation des substances, les chercheurs savent aujourd'hui que les propriétés induisant la dépendance ne sont pas seulement une fonction de la substance, mais aussi de la voie d'administration et du dosage. Le potentiel de dépendance n'est donc pas nécessairement le même selon les diverses préparations de la même substance. »[128]

Autre critique émanant cette fois du professeur Peter Reuter des États-Unis, « on considère que les risques sont intrinsèques à la drogue plutôt que le résultat combiné de la drogue et de sa règlementation. C'est clairement faux. La mortalité associée à la consommation d'héroïne, par exemple, est sensiblement inférieure si elle est achetée en pharmacie dans des quantités connues et d'une pureté indiquée pour se l'injecter avec une aiguille stérile plutôt que lors d'une transaction clandestine avec des adultérants inconnus pour une injection avec une aiguille usagée. »[129]

Il est certes difficile d'incorporer à la décision de classification une prédiction sur la réaction du marché, mais c'est essentiel à l'efficacité d'un système de classification fondé sur des données scientifiquement établies. Si une certaine substance est rendue moins disponible sur le marché illicite ou « gris », vers quelle alternative vont se tourner les consommateurs – et cette alternative est-elle préférable ou non à la substance qu'on cherche à chasser du marché ? « La taille de la base de consommateurs existante est aussi un facteur susceptible de peser sur le choix entre la prohibition ou la régulation. Transformer un grand nombre de citoyens par ailleurs respectueux des lois, qui sont des consommateurs habituels, en délinquants relevant du droit pénal, n'est pas une décision qui se prend à la légère. »[130]

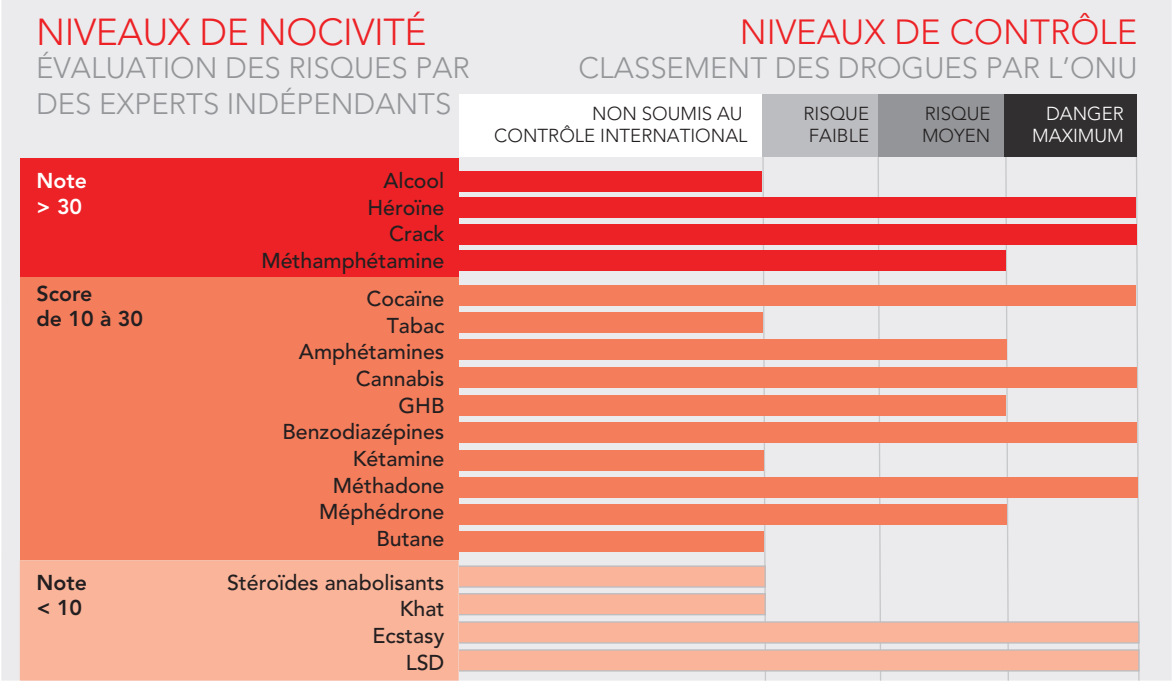
Une attention suffisante n'a pas été accordée à vraisemblablement toute une gamme d'autres mécanismes de contrôle et d'instruments juridiques potentiellement utiles qui ont déjà été appliqués en Europe avec quelque succès à certaines substances psychoactives précises. Selon un rapport du Royaume-Uni sur les réactions aux NSP, « il vaudrait la peine de les examiner et d'en évaluer les différents résultats. Cela comprend une éventuelle réforme à long terme qui fournirait un cadre global de gestion de toutes les substances psychoactives » :[131]

> « On pourrait élaborer une nouvelle loi ou un nouveau cadre de contrôle des substances nocives [pour] consolider toute une gamme de dispositions législatives existantes englobant les drogues placées sous contrôle avec celles visant le tabac et l'alcool, au minimum, et peut-être même celles visant les médicaments et les poisons. Cela aurait l'avantage de désengorger les lois actuelles sur le contrôle des drogues et d'offrir une occasion de supprimer les anomalies qui s'y sont développées au fil des ans. »[132]

En fait, la question de l'incohérence avec le contrôle du tabac et de l'alcool a déjà figuré à l'ordre du jour de l'ECDD. Un examen critique du tabac mené en 1999 avait conclu que « le tabagisme induit une dépendance, provoque de graves problèmes de santé publique et n'a aucune utilité thérapeutique. Cependant, si l'on en juge d'après les mesures de contrôle prévues, les critères d'inscription aux tableaux et les substances déjà placées sous contrôle, les mesures internationales existantes de contrôle des drogues applicables aux stupéfiants et aux substances psychotropes semblent inadaptées au contrôle du tabac, une substance naturelle dépendogène largement utilisée à des fins non médicales au moment de l'adoption des conventions pertinentes. Même si les nouvelles informations indiquent que les risques pour la santé sont plus grands que ceux que l'on connaissait déjà, le tabac ne satisfait pas aux critères d'inscription aux tableaux dans le cadre des traités internationaux actuels sur le contrôle des drogues. De plus, une fois placée sous contrôle, l'interdiction totale serait la seule mesure de contrôle applicable au tabac, car l'approvisionnement réglementé des substances placées sous contrôle n'est pas autorisé pour des fins non médicales et non scientifiques. »[133]

L'OMS a donc « mis en œuvre une procédure visant à élaborer une convention-cadre en y incluant une stratégie destinée à encourager les États membres à adopter des politiques complètes de lutte antitabac et à s'occuper des aspects de la lutte contre le tabagisme qui transcendent les frontières nationales »,[134] ce qui a conduit à l'adoption en 2003 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.[135] De même, en 2012, « une brève discussion a eu lieu sur la question de savoir si l'éthanol (alcool éthylique) devrait faire l'objet d'une préexamen », mais, remarquant que l'élaboration d'une Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire la consommation nocive d'alcool était déjà en cours, le Comité d'experts a remis la question à une prochaine réunion.[136]

FIGURE 6 **Classement des drogues – niveaux de nocivité et niveaux de contrôle**



Source: Ce graphique s'appuie sur la modélisation scientifique élaborée par David Nutt et al. (Nutt, D. J., King, L. A. et Phillips, L. D. (2010) Drug harms in the UK : a multicriteria decision analysis. The Lancet, 376(9752), p. 1558–1565. doi : 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.) et leur évaluation des différents degrés de nocivité des drogues consommées à des fins récréatives au Royaume-Uni, selon l'analyse de décision multicritère, et sur les Classifications de la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants telle que modifiée par le Protocole de1972 en date du 16 mai 2018, et de celles de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, en date du 11 novembre 2018.

REDONNER DE LA FLEXIBILITÉ NATIONALE POUR LA RÉGULATION LÉGALE

L'essor du cannabis médical peut éventuellement se justifier selon le régime actuel de contrôle des drogues de l'ONU, malgré son inscription au Tableau IV et la recommandation qui l'accompagne de prohibition totale, y compris pour les usages médicaux et dont l'OMS a récemment proposé la suppression.[137] Il ne fait en revanche aucun doute que la régulation légale des marchés non-médicaux n'est pas conforme aux dispositions des traités de l'ONU en matière de drogues.

À mesure qu'augmentera le nombre de pays prenant des mesures en ce sens, les tensions relatives aux traités s'intensifieront et les États seront contraints d'envisager des options pour concilier ces modifications de leurs politiques avec leurs obligations en vertu du droit international. Dans son rapport de 2018 « Régulation : pour un contrôle responsable des drogues », la Commission globale a esquissé de possibles réformes de modernisation du système international de contrôle des drogues, qui sont aussi pertinentes pour le système de classification. La première option serait d'avancer peu à peu vers une nouvelle convention-cadre unique se substituant aux trois conventions existantes, conçue pour répondre aux besoins et aux aspirations actuelles de tous les États membres, comprenant une procédure de classification améliorée et plus cohérente qui permette un meilleur équilibre entre le fait d'assurer la disponibilité des substances contrôlées pour les usages légitimes et la prévention de la consommation problématique. Une deuxième option serait d'amender les traités actuels par un consensus négocié entre toutes les parties, ou le retrait d'une drogue donnée des Tableaux des traités sur recommandation de l'OMS adoptée par vote à la majorité simple de la CND.

La Commission globale a déjà souligné que la polarisation des opinions sur la régulation rendait peu probable l'obtention aisée d'un consensus, et cette polarisation n'a manifestement fait que s'accentuer depuis. La Commission globale a aussi déjà appelé à l'examen du cannabis et à la considération de son retrait des Tableaux des Conventions de 1961 comme de 1971. Mais là encore, les chances de voir le processus d'examen récemment conduit par l'OMS aboutir au retrait du cannabis des tableaux des traités sont minces, pour les raisons expliquées plus haut. Toutefois, pour les pays souhaitant aller de l'avant dans la réforme malgré cette impasse au niveau mondial, d'autres options existent.



Cigarettes de cannabis préroulées pour les patients détenteurs d'un permis, dans un dispensaire en Israël.
© Eddie Gerald/laif/Redux 2016

Une option unilatérale consisterait pour un pays à se retirer des traités concernés puis à s'y réintégrer avec une réserve sur les articles spécifiques interdisant la régulation légale d'une drogue donnée, comme l'a fait la Bolivie pour la feuille de coca (voir encadré). Et puis, de façon plus coordonnée, un certain nombre de pays présentant des affinités de vues pourraient accepter de modifier seulement entre eux certaines dispositions des traités, en négociant un accord « inter se » qui règlerait par exemple le conflit juridique entre les régimes nationaux de régulation du cannabis et les traités de l'ONU.[138] Ce type d'entente inter se pourrait aussi admettre le commerce international de cannabis entre territoires régulés à des fins non-médicales.

ENCADRÉ 7 La réserve bolivienne concernant la feuille de coca

La dérogation de la Bolivie à ses obligations en vertu des traités concernant la feuille de coca est un exemple abouti de pays revendiquant son droit à appliquer l'exemption d'une substance placée sous contrôle international en se fondant sur des circonstances nationales particulières. Après une tentative avortée en 2009 d'amender la Convention unique, qui classe la feuille de coca dans le même tableau que la cocaïne et contraint les parties à abolir la mastication de la feuille de coca avant 25 ans, la Bolivie est devenue en juin 2011 le premier pays à dénoncer le traité. Début 2013, la Bolivie a réintégré la Convention unique en se réservant « le droit d'autoriser sur son territoire : la mastication traditionnelle de feuille de coca ; la consommation et l'utilisation de la feuille de coca à l'état naturel ; à des fins culturelles et médicales ; à des fins d'utilisation en infusion, et aussi la culture, le commerce et la possession de feuilles de coca dans la mesure nécessaire à ces fins licites ». Dans le même temps, la réserve stipulait clairement que la Bolivie « continuerait de prendre toutes les mesures pour contrôler la culture de la coca afin d'en prévenir l'abus et la production illicite des stupéfiants pouvant être extraits de la feuille ».[139]

Malgré les pressions exercées par les États-Unis et les arguments de l'OICS selon lesquels la décision de la Bolivie « menacerait l'intégrité de l'ensemble du système mondial de contrôle des drogues »[140], le nombre des objections a été loin d'atteindre le tiers des parties (62) nécessaires à son blocage.[141] Le fait qu'aucun des pays objecteurs n'ait vu dans la réserve un obstacle à la nouvelle entrée en vigueur de la Convention entre eux et la Bolivie[142] pourrait toutefois être interprété comme un accord tacite du fait que les dispositions des traités concernant des substances données sont en principe « séparables du reste du traité en ce qui concerne leur exécution »[143], qui est l'un des critères de l'admissibilité d'une réserve ou d'une modification inter se pour déroger à certaines obligations imposées par traité.[144] L'acceptation par les autres parties de la défection unilatérale de la Bolivie du statut de la feuille de coca en vertu de la classification internationale a établi un précédent important.

La réserve émise par la Bolivie est parvenue à résoudre le conflit juridique opposant son marché intérieur de la coca et ses obligations en vertu des traités. L'OICS qualifie à présent la Bolivie de « producteur licite de feuille de coca » : « Dans ce pays, la culture du cocaïer pour la mastication de la feuille de coca, ainsi que sa consommation et son utilisation à l'état naturel à des fins culturelles et médicinales, telles que la préparation d'infusions, sont autorisées, conformément à la réserve que le pays a formulée en 2013. »[145] Toutefois, l'exportation des produits dérivés de la coca dont l'élaboration est désormais légale demeure limitée aux quelques usages licites reconnus par la Convention unique. L'exportation de produits naturels de la coca contenant l'alcaloïde de la cocaïne à d'autres fins (thés, boissons énergisantes, spiritueux, stimulants légers, compléments alimentaires) ne serait autorisée que si la feuille de coca était retirée de la classification du traité à la suite d'une procédure d'examen de l'OMS, ou une fois que les pays importateurs auraient obtenu le même type de réserve ou seraient convenus d'un accord de modification inter se du traité autorisant le commerce international entre ses parties.

Dans son Rapport de 2018 sur la régulation, la Commission globale explique que les drogues différentes réclameront des approches différentes :

> « Les drogues à plus haut risque justifient incontestablement un niveau plus élevé d'intervention publique sur les marchés et de plus strictes restrictions. La capacité de faire varier l'intensité des contrôles règlementaires permet de créer un « gradient risque-disponibilité » en fonction duquel la disponibilité des drogues décroîtrait à mesure que leur niveau de risque augmente. […] Il ne faut donc pas percevoir l'offre légale régulée comme conduisant inévitablement à la disponibilité accrue des drogues, mais plutôt comme donnant aux autorités responsables la maîtrise de l'éventail des drogues disponibles, ainsi que celle de fixer de quelle manière et dans quels lieux on peut y avoir accès. Maintenir la prohibition des plus puissantes et des plus dangereuses des drogues – comme les opiacés de synthèse tels que le carfentanil, qui peut être mortel aux plus infimes dosages – sera un impératif de santé, justifiable de surcroît par la disponibilité d'alternatives moins fortes et moins dangereuses. »

Il sera difficile d'atteindre un consensus sur la variété et la flexibilité des mécanismes de contrôle appropriés pour les différentes substances. Les exemples évoqués plus haut du khat et du kratom, qui ne sont pas placés sous contrôle en vertu des conventions internationales sur les drogues, mais soumis à des degrés très variables de contrôle et de prohibition à l'échelon national, livrent certaines indications sur la possible coexistence pratique de régimes de contrôle profondément différents pour une même substance.[146]

RECOMMANDATION

Les États-membres de l'ONU doivent recentrer le système international de classification sur l'intention première de contrôle du trafic international et permettre l'élaboration de classifications nationales innovantes.

Les restrictions de marché imposées aux substances clairement plus douces, moins nocives et moins puissantes doivent être assouplies, et notamment la notion d'usage « à d'autres fins légitimes » non médicales ni scientifiques, ouvrant la voie dans les lois nationales à l'autorisation des usages traditionnels, religieux, sociaux ou à des fins de développement personnel.

OBSERVATIONS FINALES

L'INCOHÉRENCE DU SYSTÈME ACTUEL DE CLASSIFICATION

Les premières velléités de contrôler les drogues dans la première moitié du XXème siècle ont établi un système global articulé autour de la volonté de contrôler le commerce international tout en conservant une certaine flexibilité pour les politiques nationales, notamment à l'égard des « autres usages légitimes ». Ces efforts ont quelque peu ralenti les échanges commerciaux débridés essentiellement contrôlés par des puissances et des sociétés coloniales et infléchi le détournement de ces sources lucratives légales vers le marché illégal.

L'aspect tragique du système international de contrôle des drogues, c'est qu'il s'est ensuite avéré parfaitement incapable de prévenir l'émergence consécutive de la production et du trafic illicites à grande échelle. L'éthique prohibitionniste et excessivement punitive qui a imprégné les négociations de l'après Seconde Guerre mondiale pour la Convention unique a mis le régime de contrôle de l'ONU sur la mauvaise voie, et cela a eu des conséquences dramatiques : « Il a résulté de tout cela que le modèle sur lequel se sont fondées les politiques de contrôle des drogues est manifestement brisé, ou qu'il réclame au moins de profondes réparations. »[147] La nature scientifiquement douteuse et politisée de plusieurs décisions d'inscription déterminantes de la première heure, qui se sont ensuite perpétuées en vertu de principes tels que la « similarité » ou la « transformabilité », et les incohérences structurelles ajoutées par les conventions de 1971 et de 1988, ont donné lieu à un système de classification dysfonctionnel.

La posture de tolérance-zéro d'un nombre significatif d'États membres et de la bureaucratie multilatérale du contrôle des drogues globalement favorable au statu quo (CND, OICS et ONUDC) fait entrave à toute tentative de correction du système actuel, comme en témoignent l'opposition aux recommandations de classification de l'OMS et parfois les interventions menées à leur encontre. Toute recommandation d'inscription d'une nouvelle substance est le plus souvent approuvée sans discussion, alors que celles de déplacement d'une drogue vers un régime moins strict ou de ne pas classifier certaines drogues se heurte systématiquement à une opposition déterminée. Comme l'a dit le ministre britannique de l'Intérieur, « En présence d'un problème manifeste et grave, mais aussi d'un doute concernant les risques potentiels en jeu, mieux vaut pécher par excès de prudence et protéger le public. » Dans la pratique, l'application d'un tel principe de précaution conduit à « un penchant absolu du processus de décision en faveur de la prohibition des nouvelles substances psychoactives ».[148]

Selon Adolphe Lande, l'un des principaux architectes du régime mondial, « la façon dont un pays traite son problème d'abus de drogues (dans la perspective du contrôle international des drogues) ne concerne pas a priori la communauté internationale tant qu'il prévient efficacement l'exportation illégale de son territoire vers d'autres pays des drogues placées sous contrôle international. »[149] Le recentrage du contrôle international des drogues sur cet objectif premier d'origine, selon lequel les pays doivent maîtriser leurs exportations illégales tout en autorisant l'élaboration de classifications nationales adaptées aux besoins locaux, donnerait à chaque État la souplesse de concevoir des systèmes de classification fondés sur les données scientifiques. Les différences entre juridictions dans le degré de contrôle de certaines substances peuvent coexister avec un régime mondial tant que la coopération internationale se fonde sur le respect mutuel de ces variations. Les deux mécanismes principaux du contrôle international des drogues, le système des certificats d'importation et des autorisations d'exporter et l'administration des estimations et des besoins, peuvent gérer des variations nationales, ils ont d'ailleurs été conçus à cette fin.

La Commission globale appelle à l'adoption d'une approche globale et interdisciplinaire dans l'élaboration de politiques en matière de drogues et à l'abandon de l'approche en silo qui traite le contrôle des drogues comme une question unique, classant les substances et appliquant leur prohibition à partir de nomenclatures scientifiquement douteuses.

Une nouvelle équipe spéciale interinstitutions composée des entités intéressées du système de l'ONU a été créée dans le cadre du Comité exécutif du Secrétaire général et placée sous la direction de l'ONUDC pour « appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques donnant une place centrale aux personnes, à la santé et aux droits humains », « appeler à la modification des lois, des politiques et des pratiques qui menacent la santé et les droits humains des personnes », « garantissent un contrôle des drogues fondé sur les droits humains et mettent fin à l'impunité des atteintes graves dans le contexte des actions relatives aux contrôle des drogues », « améliorent l'accès aux médicaments sous contrôle à des fins médicales et scientifiques légitimes, notamment le soulagement de la douleur et le traitement de la dépendance aux drogues » et « procurent aux États membres la base factuelle leur permettant de prendre des décisions politiques éclairées et de mieux comprendre les risques et les avantages des nouvelles approches du contrôle des drogues, notamment celles relatives au cannabis. »[150] La position commune du système de l'ONU sur la politique en matière de drogues, la première position partagée de l'équipe spéciale de coordination, pousse la politique mondiale vers « une approche centrée sur l'être humain et fondée sur les droits, fermement ancrée dans le Programme 2030, » soulignant l'importance cruciale « de prendre des décisions politiques fondées sur des données scientifiques et factuelles pour mettre en œuvre cette approche. »[151]

APPRÉCIATION DE LA SITUATION ACTUELLE PAR LA COMMISSION GLOBALE

La distinction entre les drogues et les marchés légaux et illégaux n'est pas nette. Les marchés des drogues sont fluides ; les consommateurs ont généralement une drogue de prédilection, mais ils peuvent aller et venir entre des sources pharmaceutiques et des sources illégales – selon la disponibilité, la qualité, la sécurité et le prix – et parfois se tourner vers des substances non classées comme le kratom ou les NSP. Les raisons pour lesquelles on consomme des drogues sont elles aussi extrêmement variables : traitement de la dépendance, automédication contre la douleur ou la maladie, développement personnel, désir de rester éveillé ou de trouver le sommeil, expérience spirituelle ou quête de plaisir. La plupart des personnes qui consomment des drogues à des fins récréatives ne partagent pas le goût du risque de celles qui pratiquent la varappe ou d'autres sports extrêmes, elles souhaitent le faire le plus sûrement possible et en évitant les usages problématiques de la dépendance. Seuls quelques-uns réclameront un traitement ou quelque forme d'assistance sanitaire. Ainsi que l'a rappelé la Commission globale à plusieurs reprises, 11 % seulement des personnes qui consomment des drogues montrent une consommation problématique et nécessitent une aide sociale ou médicale.

Dans le cas des personnes dont le mode de consommation est problématique, « le motif de l'automédication est l'une des plus puissantes causes d'usage excessif et de dépendance aux drogues ». « Ces personnes ne recherchent pas l'évasion, l'euphorie ni l'autodestruction, explique Edward Khantzian, mais souvent plutôt à traiter seules toute une gamme de problèmes psychiatriques et d'états émotionnels douloureux. Bien que ces tentatives de traitement autoadministré soient pour la plupart vouées à l'échec, compte tenu des dangers et des complications que comporte tout mode de consommation durable et instable, (…) ces gens trouvent dans les effets à court terme des drogues de leur choix une aide pour gérer les états subjectifs pénibles et une réalité extérieure qu'ils vivraient autrement comme ingérable ou écrasant. »[152] Pour élaborer des politiques plus efficaces, il est essentiel de mieux comprendre ces différentes raisons et ces différents types de comportement, ainsi que les choix qu'effectuent les gens quand ils consomment des drogues. Un système de classification sans stigmatisation et fondé sur les données scientifiquement établies serait susceptible d'influencer les personnes et de les orienter vers des choix plus responsables et moins nocifs.

QUELQUES PRINCIPES POUR DE MEILLEURS SYSTÈMES DE CLASSIFICATION

Aux yeux de la Commission globale, la seule réponse responsable à cette question complexe consiste à réguler le marché des drogues illégales, en commençant par établir des règlementations et un nouveau système de classification adaptés à la dangerosité de chaque drogue et fondés sur des évaluations scientifiques solides, puis à en assurer l'application et le suivi. C'est déjà le cas pour les aliments, les substances psychoactives légales, les isotopes et beaucoup d'autres produits ou comportements supposant le risque de dommages.

Alors que la communauté internationale peine à trouver un nouveau consensus, les pays devraient s'engager dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique plus rationnelle de classification, de contrôle et de régulation des substances psychoactives.

On citera parmi les principes généraux d'une classification plus rationnelle :

- assurer la disponibilité suffisante de chaque substance à des fins médicales et de recherche ;
- abandonner la tolérance zéro, faire plus de place dans les politiques aux « autres fins légitimes » ;
- montrer davantage d'indulgence envers les substances plus légères ;
- prendre en considération des circonstances sociales et culturelles locales ;
- mener une analyse coûts-avantages des risques potentiels et des avantages perçus ;
- accepter certains seuils de risque comparables à ceux d'autres risques sociétaux au lieu de s'en tenir de façon absolue au principe de précaution ;
- soigneusement évaluer les possibles conséquences des décisions de classification, en tenant compte de la réaction prévisible des consommateurs et des marchés et
- faire un meilleur usage des instruments juridiques existants en matière médicale et de sécurité des consommateurs plutôt que de recourir au droit pénal des drogues.

Un système de classification élaboré selon ces principes peut devenir un instrument essentiel pour faire sortir la politique d'un cadre exclusivement prohibitionniste vers un modèle de régulation flexible, ainsi que pour donner progressivement aux marchés une orientation moins nocive.

TÉMOIGNAGES



CAROL KATZ BEYER | **Le récit d'une mère privée de ses fils par la prohibition**

USA

En tant que mère et que professionnelle de la santé qui a subi la perte de deux enfants par overdose associée au fentanyl, je ne connais que trop les effets d'une politique des drogues nocive. Je me suis entretenue avec d'innombrables familles dont l'histoire réclame un changement de paradigme, l'adoption de soins complets et de solutions fondées sur la science, la compassion et la santé publique. J'ai pris part à la fondation de Families for Sensible Drug Policy (Familles pour une politique raisonnée en matière de drogues) pour défendre une réforme de la politique des drogues tout en formant les assistants sociaux aux stratégies et aux solutions de réduction des méfaits.

De plus en plus de familles comme la mienne sont victimes de la classification des drogues en tant que substances contrôlées. Les politiques draconiennes promeuvent un modèle punitif irréaliste qui exige l'abstinence et ne fait aucune place aux expérimentations qu'on fait parfois dans la jeunesse pour une foule de raisons. Mais cette focalisation sur la consommation en tant que principal problème ne dévalorise pas seulement le parcours unique, les forces et les ressources de chaque famille, elle déplace aussi à leur insu les êtres qui nous sont chers de l'expérimentation vers la consommation problématique.

Mes propres fils, Bryan et Alex, ressemblaient à tant d'innombrables jeunes adultes du monde. Ils faisaient du sport, adoraient la musique, allaient entre amis à des fêtes et à des concerts et goûtaient à des drogues. Leur lycée appliquant une politique de « tolérance zéro », ils ont passé un dépistage qui s'est révélé positif au cannabis et à la cocaïne et ont été contraints de suivre un programme intensif en hôpital de jour avec des personnes consommant des drogues qui étaient plus âgées. On les a amenés à se considérer comme des addicts impuissants, puis on les a mis à l'écart des activités sportives, périscolaires et de leurs camarades. Leur état s'est aggravé, mais on estimait que « toucher le fond » faisait partie du programme de rétablissement. On leur a expliqué que j'étais « co-dépendante », que je tenais lieu de « vecteur », parce que je leur montrais de l'amour et que je défendais leur bien-être.

Lorsque leur consommation est devenue plus nocive, on nous a dit de les envoyer dans un programme de réhabilitation de 28 jours, dans une clinique en Floride. Après cela, Bryan et Alex n'ont plus cessé d'aller et venir entre les cures, la prison, la réhabilitation et les établissements de vie sobre. Ils avaient des périodes de sobriété et semblaient s'en sortir en mûrissant. Bryan est entré à l'université Johnson and Wales, il a créé une entreprise et s'est marié ! Alex a obtenu son diplôme à l'université Full Sail, puis il est rentré dans le New Jersey pour se rapprocher de la famille, et il a entamé sa vie professionnelle ! Malheureusement, on trouve du fentanyl à tous les coins de rue et il n'existe aucun lieu de consommation sûr où gérer les rechutes, alors mes beaux garçons ont perdu la vie lors de surdoses qui étaient évitables. C'est une perte inimaginable pour la famille et les amis. Il n'était pas prévu au départ que mon plus jeune fils, Devin, se rende sur la tombe de ses frères le jour de sa remise de diplôme.

Les politiques actuelles en matière de drogues fondées sur la prohibition portent atteinte aux droits de la personne ainsi qu'à la sécurité individuelle et des familles. En tant que mère, j'estime que la position des pouvoirs publics états-uniens envers les drogues a contribué à la mort de mes fils. La guerre aux drogues les a marginalisés en leur disant que leur vie ne valait rien.

Le soutien de la famille est un élément à part entière du rétablissement et d'une relation saine avec les substances. On sait que la consommation problématique découle de l'interaction de variables psychologiques, biologiques et socio-culturelles. On qualifie l'addiction de « maladie », mais c'est un malentendu. Avec des programmes comme celui de Family Drug Support, les familles se dotent ensemble des moyens de travailler sur les questions qui contribuent à la consommation problématique. Les personnes qui consomment des drogues et leurs familles méritent une aide qui les traite avec dignité, de façon individuelle et dans le respect.

CONNIE VAN STADEN | **De dealer à leader**

Spécialiste des droits de l'homme et du plaidoyer, SANPUD, Afrique du Sud

Je suis née en 1975 dans une famille de la classe moyenne de l'ouest de Pretoria, en Afrique du Sud, à une époque d'agitation politique. L'une des choses que j'aimerais pouvoir changer dans mon enfance, c'est le fait que mes deux parents étaient alcooliques. Mon père était inspecteur du gaz dans une grande raffinerie et ma mère travaillait dans le secteur funéraire. Ils étaient tous deux travailleurs, parfaitement fonctionnels et nous n'avons jamais subi de violences ni eu droit à aucun des stéréotypes des « enfants d'alcooliques ». Contrairement à l'histoire habituelle, notre maison respirait l'amour, il y avait toujours de quoi manger et beaucoup de rires ! Dans l'ensemble, nous étions une famille très heureuse. Mais l'un et l'autre ont hélas été emportés relativement jeunes par la boisson. Ma mère nous a quittés en 2008 (à 49 ans) et mon père en 2007 (à 53 ans).

À 15 ans, j'ai commencé à fréquenter les boîtes de nuit de Pretoria et connu mes premières expériences avec des substances chimiques psychoactives, en l'occurrence l'ecstasy et le LSD.
Le lendemain même de ma première prise de LSD, j'ai goûté à l'héroïne et j'en suis totalement tombée amoureuse ! J'adorais ce que ça me faisait. Ça supprimait toute la douleur, toutes la peine et je me fichais pas mal qu'on me dise partout « Tu es une sale junkie, sans aucune volonté, tu es une délinquante, tu es immorale. » Rien ne pouvait me perturber.

Je suis devenue le type de personne dont les parents disent aux enfants de se méfier ! J'étais la fille populaire, celle que tout le monde veut connaître, la star des soirées. Évidemment, la plupart des « poids lourds » dans les boîtes s'en sont aperçus et m'ont proposé de vendre des drogues aux clubbers. C'est devenu pour moi un excellent moyen de subvenir à ma propre accoutumance (qui se construisait à présent très vite).

Je suis restée une consommatrice fonctionnelle pendant beaucoup d'années. Je travaillais, j'entretenais des relations avec ma famille et mes amis, je menais une vie sociale régulière... J'ai même réussi à finir mes études secondaires en 1994, mais je ne suis pas entrée en troisième cycle.

Vers 21 ans, j'ai essayé d'arrêter l'héroïne mais sans y parvenir. Ce n'est pas seulement qu'elle plaçait un tampon entre la dureté du monde et moi, j'étais à présent en état de dépendance physique, et quand il n'y avait plus rien à consommer, le manque était terrible.

À la mort de mon père, en 2007, j'ai augmenté ma consommation, j'ai perdu mon emploi, je suis partie de chez moi et j'ai fini à la rue. La peur, le manque de moyens et de lieux, tout m'incitait à ne pas faire le choix du changement. À l'époque, beaucoup de médecins ne savaient pas vraiment comment administrer correctement des médicaments comme la suboxone ou la méthadone. La stigmatisation de la consommation de drogues et l'exclusion sociale n'ont fait que m'éloigner de toute aide adaptée. Je crois que cela se doit en grande mesure au manque d'éducation, pas seulement parmi les médecins et les infirmiers, mais aussi dans la collectivité.

En 2015, à Pretoria, une nouvelle association nommée Step Up s'est mise à dispenser des soins de santé aux consommateurs d'héroïne et aux professionnels du sexe qui vivaient dans la rue. Sentant que la vie m'avait appris des choses précieuses susceptibles de servir à d'autres, je m'y suis impliquée. À la même époque, j'ai lancé un réseau de consommateurs de drogues nommé DUG (Drug Users of Gauteng – Consommateurs de drogues du Gauteng), qui, pour la première fois en Afrique du Sud, offrait aux consommateurs locaux une plateforme où s'exprimer et trouver un sentiment d'appartenance. J'ai alors été la toute première personne initiée au projet Step Up et au programme d'échange des seringues. Plus de 3000 personnes accèdent aujourd'hui au programme et notre réseau compte 175 membres inscrits rien qu'en centre-ville.

En 2016 Step Up m'a embauchée en tant que salariée et j'ai eu pour la première fois l'occasion de vraiment changer de vie. On m'a souvent demandé ce qui m'a décidée à faire le pas. C'est simplement qu'un parfait inconnu m'a montré un amour et un respect sans conditions. Cette association ne me jugeait pas, quel que soient les choix que je fasse pour ma vie, et ça m'a amenée à réfléchir : si un parfait inconnu peut me traiter comme ça, peut-être que je mérite mieux. C'est à partir de ce jour que je me suis mise à prendre de meilleures décisions en matière de santé et de soin de ma personne, pour ma vie.

Je gagne aujourd'hui un bon salaire, je suis un programme de méthadone, j'ai un logement propre, un ordinateur et un téléphone portable à moi. Je dirige des séances de prise de contact entre des consommateurs de drogues, des représentants de la police, des professionnels de la santé et des professeurs d'université. Je suis fière des changements accomplis dans ma vie et j'espère rester une ambassadrice de la population des consommateurs de drogues dans notre pays.

DAVID NUTT | **Une méthode pour l'évaluation holistique des substances**

Imperial College London, Royaume-Uni

Je suis psychiatre et psychopharmacologue. Ma spécialité consiste à utiliser les drogues ou les médicaments pour étudier les fonctions cérébrales de volontaires sains et de personnes souffrant de troubles psychiatriques. Le cerveau étant un organe dirigé par des neurotransmetteurs et les drogues agissant en modifiant le fonctionnement des neurotransmetteurs, il me semble que c'est la meilleure approche pour analyser les fonctions cérébrales, notamment lorsqu'on emploie des techniques de neuro-imagerie telles que la tomographie par émission de positons ou l'IRM fonctionnelle.

En près de 40 ans de carrière, j'ai étudié presque tous les types de drogues chez les humains. Cela comprend certaines drogues puissantes, dangereuses, qui font souvent l'objet d'abus, comme les opioïdes (héroïne, hydromorphone, méthadone ou buprénorphine), mais aussi les benzodiazépines, la kétamine ou l'alcool. Je peux utiliser ces dernières parce que ce sont des médicaments ou des drogues légales. Mais quand j'ai voulu étudier les psychédéliques ou le cannabis, je me suis trouvé dans l'impasse à cause de leur classement au Tableau I. Les pouvoirs publics du Royaume-Uni traitent ces dernières comme étant beaucoup plus dangereuses et désirables (du point de vue du consommateur) que les autres précédemment mentionnées, malgré les preuves écrasantes que les psychédéliques sont très sûrs (quasiment aucun décès) et ne font que rarement l'objet d'abus. Relativement sûr aussi, le cannabis a été un médicament au Royaume-Uni jusqu'en 1971.

Tout cela a eu un immense effet sur mes travaux. Si je veux conserver ou étudier des psychédéliques ou du cannabis, il me faut l'autorisation d'un niveau plus élevé de la police que s'il s'agit de prescrire des opioïdes. Il me faut aussi un permis spécial du ministère de l'Intérieur, qui demande beaucoup de temps (il faut parfois jusqu'à un an pour l'obtenir) et d'argent (environ 3000 livres plus une caution annuelle). Aucun permis n'est requis pour conserver ou étudier les opioïdes susmentionnés, pas plus que les benzodiazépines ou la kétamine. Cela montre bien que le but de la restriction du Tableau I n'est pas de réduire l'offre de drogues pour de l'argent, puisque l'héroïne et la méthadone ont une valeur nettement supérieure à la revente. Et puis on n'a jamais vu au Royaume-Uni le moindre cas d'un chercheur revendant des drogues du Tableau I ; la crainte du détournement est un prétexte pour justifier la situation actuelle du contrôle des drogues.

Lors de notre première étude de la psilocybine* dans le traitement de la dépression réfractaire, j'ai calculé qu'avec les frais additionnels dus au classement de la psilocybine au Tableau I, chaque dose coûtait environ 1500 livres – plus de dix fois son prix s'il n'y avait pas ces restrictions. C'est de l'argent retiré aux subventions de recherche, ce qui en compromet la viabilité financière et en réduit la portée. Et puis il nous a fallu près de deux ans pour obtenir les autorisations nécessaires à la conduite de nos travaux, ce qui constitue une perte considérable de coût d'opportunité.

Si la classification actuelle réduisait effectivement la consommation récréative des drogues ou leurs méfaits, on serait peut-être prêt à accepter l'effet délétère qu'elle a sur la recherche et le traitement clinique. Mais il n'y a absolument aucune donnée qui étaye cela. Il est donc grand temps que ça change, tout le monde en profitera.

*Composé psychédélique naturel produit par certaines espèces de champignons.

GILLES FORTE | **Le mandat de l'OMS dans les Conventions sur le contrôle des drogues**

Secrétaire du Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) joue un rôle important dans la définition des normes mondiales en apportant des orientations et des recommandations de santé publique scientifiquement étayées, transparentes et indépendantes.

L'OMS est spécialement mandatée par les conventions internationales sur les drogues pour recommander le niveau de contrôle international des substances ayant des effets psychoactifs. Il accomplit cela par le biais du Comité d'experts de la pharmacodépendance (Expert Committee on Drug Dependence – ECDD), un organe consultatif scientifique indépendant de l'OMS. Les travaux de l'OMS pour faire reculer l'offre de substances psychoactives nocives en sont venus à occuper une place centrale au sein du système international de contrôle des drogues et ont amplement montré toute leur importance dans la protection de la santé des plus vulnérables.

L'ECDD est une pièce maîtresse de la réponse à la crise des opioïdes, et il a recommandé le placement sous contrôle international de nombreuses nouvelles substances psychoactives apparues sur le marché illicite depuis 2014. Dans certaines régions du monde, notamment les pays à revenu élevé, la surprescription de médicaments opioïdes a entraîné la hausse des taux de dépendance et du basculement vers la prise de substances de synthèse plus puissantes comme les analogues du fentanyl, qui ont accru le nombre de décès par surdose dans le monde.

L'un de ces puissants opioïdes de synthèse est le carfentanil, qui sert d'adultérant de l'héroïne et peut produire des effets mortels à des doses extrêmement faibles. L'ECDD a recommandé le placement du carfentanil sous le contrôle international du niveau le plus strict pour en limiter l'offre et peut-être sauver des vies.

Bien que de nombreuses substances psychoactives qui nuisent à la santé publique n'ont aucune utilité médicale légitime, d'autres, très nombreuses, dont les effets thérapeutiques sont établis, comme les analgésiques opioïdes et les benzodiazépines, peuvent s'avérer nocives lorsqu'elles sont mal utilisées. Le contrôle des substances aux effets thérapeutiques reconnus peut avoir pour conséquence imprévue d'en restreindre l'accès légitime à des personnes qui en ont besoin, parce qu'elles pourraient leur sauver la vie ou soulager leur douleur et leur souffrance. L'OMS estime que 83 % de la population mondiale vit dans un pays où l'accès aux médicaments contre la douleur d'intensité moyenne à forte est mauvais ou inexistant.

L'ECDD a joué un rôle essentiel en émettant des recommandations équilibrées pour le contrôle international de médicaments psychoactifs. C'est notamment le cas d'anesthétiques tels que la kétamine, dont l'excellent profil d'innocuité signifie qu'on peut l'administrer sans le niveau habituel de surveillance de l'anesthésie et rend son utilisation très répandue dans les pays à revenu faible et dans les situations d'urgence. C'est aussi le cas de médicaments comme le tramadol, l'un des rares médicaments analgésiques opioïdes disponibles sous forme générique. Il est très communément employé dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et dans des situations de crise où l'accès aux autres opioïdes pour la gestion de la douleur est limité ou inexistant.

Tout en augmentant le nombre de cannabinoïdes de synthèse, de stimulants de type amphétamine et d'analogues du fentanyl nocifs placés sous contrôle international, l'ECDD veille aussi à ce que les mesures de ce contrôle international ne restreignent pas l'accès à des médicaments essentiels et vitaux.

NEIL WOODS | « La fermeté envers les drogues » ne fait qu'engendrer plus de violence : le point de vue d'un policier

Law Enforcement Action Partnership, Royaume-Uni

La police de Northampton a obtenu quelques succès dans la lutte contre les dealeurs locaux d'héroïne. Cela a ouvert la voie à la prise de contrôle d'un célèbre gang de Birmingham, les Burger Bar Boys. Les Burgers connaissaient bien cette grande vérité de la guerre aux drogues : « les gangs les plus brutaux sont les plus difficiles à attraper » – et ils ont fait passer le message aux gens que toute collaboration avec la police se ferait au péril de leur propre vie, mais aussi de celle de leurs épouses et de leurs sœurs.

C'est la raison pour laquelle on m'a envoyé en infiltration. Pendant des mois, j'ai acheté de l'héroïne à ces jeunes hommes. Le commerce de l'héroïne est le plus brutal, parce que c'est celui qui entraîne les plus lourdes peines au tribunal. Comme il s'agit d'une drogue de classe A, le juge est censé faire preuve de la sévérité maximale. Plus le risque est important, plus la poussée est forte dans l'interminable course aux armements de la guerre aux drogues.

Un jour, D. ne s'est pas présenté dans son habituelle voiture de sport mais dans une fourgonnette. Quatre hommes l'accompagnaient. D. a dit « Qu'en penses-tu ? » Un des autres a répondu « Ouais, c'est un putain de flic… bute-le mec, tue-le, là, tout de suite. » Ils m'ont montré un pistolet Glock et fait enlever ma chemise, puis mon pantalon. Alors qu'ils se tenaient autour de moi à rigoler, je me suis demandé s'ils avaient vraiment des soupçons ou si c'était leur façon habituelle de terrifier leurs clients et les contrôler.

Au bout de sept mois, j'avais accumulé assez de preuves contre le gang et l'ensemble du réseau. Il y a eu 96 arrestations, souvent lors d'immenses coups de filet menés par plusieurs corps de police. Un agent du renseignement m'a dit plus tard que tous ces efforts n'ont probablement pas fait plus que perturber l'offre d'héroïne et de crack pendant à peine deux heures.

Les Burger Bar Boys ont tous été condamnés à 10 ans de prison, parmi les célébrations publiques de la « fermeté contre le trafic ». Mais tout cela n'a fait qu'apprendre au gang qui lui a succédé à redoubler de vice pour éviter de se faire prendre.

Les « réussites » comme la mienne ne sont pas des cas isolés. Dans le monde entier, la police est très forte pour attraper les revendeurs de drogue. Mais cela ne fait que contribuer au problème. Lorsque le risque d'emprisonnement est élevé, l'action policière rend les gangs de rue plus brutaux, c'est un simple processus darwinien.

La situation se dégrade rapidement au Royaume-Uni, précisément à cause de la réussite de la police. Des enfants sont à présent placés en tampon entre les délinquants et les flics. Des gamins de pas plus de 12 ans sont exploités en tant que petits revendeurs. Ils sont souvent filmés dans une situation sexualisée à des fins de chantage pour leur faire transporter des sachets d'héroïne dans le rectum et vendre le produit à d'autres personnes vulnérables criminalisées par l'État.

C'est l'interminable course aux armements de la guerre aux drogues, éternellement alimentée par le « durcissement des peines ». Cela ne finira que lorsque la société ne supportera plus la corruption que cela suppose. Jusqu'où faut-il que ça se dégrade ?

PEDRO ARENAS | **Les méfaits de l'éradication forcée des cultures, Colombie**

Observatoire des cultivateurs et des cultures jugées illicites (Observatorio de Cultivos y Cultivadores Declarados Ilícitos, OCCDI Global), Colombie

Je m'appelle Pedro Arenas. Je suis né près d'un fleuve dans le Sud-Est de la Colombie. Au début des années 1980, quand j'ai fini l'école primaire, mon père n'a pas trouvé où m'inscrire parce que dans cette région rurale, il n'y avait pas d'école secondaire. Alors, comme beaucoup d'adolescents, je suis allé travailler aux champs, à la récolte de feuilles de coca dans les plantations de la région. J'avais à peine 13 ans et j'ai commencé à avoir des revenus propres.

Je me souviens que les adultes disaient que ce que nous cultivions était illégal, qu'on risquait à tout moment de se faire arrêter par les autorités. Effrayés par cette perspective, les paysans sont allés de plus en plus profond dans la forêt, dans des zones importantes pour l'environnement. Alors j'ai continué à travailler comme ramasseur de feuilles de coca au sud de Guaviare, la région qui connaît aujourd'hui le plus fort taux de déforestation de l'Amazonie colombienne.

Dans les années 1990, les fumigations aériennes des cultures de coca au glyphosate ont détruit des cultures légales, brisé des économies familiales qui subsistaient grâce à elles et conduit à des violations des droits humains. Ma mère a perdu sa culture elle aussi, elle a dû quitter la campagne et tout ce qu'elle avait pour s'installer en ville et refaire sa vie.

En tant qu'organisations paysannes, nous avons organisé des manifestations. J'ai signalé à plusieurs autorités les torts causés par les fumigations aux familles, à leur sécurité alimentaire et à l'environnement. L'État a malgré tout continué à fumiger pendant 21 ans, ignorant les plaintes, et sans enquêter sur les atteintes aux droits humains. Il y a eu des menaces, des agressions, l'assassinat de meneurs des manifestations. J'ai moi-même subi des menaces, de la persécution et deux agressions qui ont failli me coûter la vie.

Depuis, je travaille à la défense des droits des populations, des paysans et des afro-descendants indigènes qui cultivent la coca à des fins traditionnelles et culturelles, ainsi qu'à celle des familles qui le font pour obtenir de la pâte base. J'ai assisté aux campagnes de stigmatisation de la plante et de persécution des paysans qui en vivent.

Je peux dire qu'on a déplacé de force et même envoyé des paysans en prison pour s'être livrés à une activité que nous considérons normale. L'éradication forcée n'a eu que des conséquences négatives pour les familles, sans obtenir par ailleurs de résultats durables. Pour tout cela, je pense que nous ne devons pas avoir de politiques en matière de drogues qui se mesurent seulement en termes de surface cultivée et de surface éliminée chaque année, sans se soucier de lutter contre la pauvreté ou de favoriser le développement.

RÉFÉRENCES

1. OMS (2011) *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle*, p. 1.[pdf] Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44555/9789242564174_fre.pdf;jsessionid=50838F699F20CFD89B3EA65F1E78B00A?sequence=1 (consulté le 7 janvier 2019)
2. Davis, C. S. et Anderson, E. D. (2010) *Breaking the Cycle of Preventable Suffering : Fulfilling the Principle of Balance.* Temple International & Comparative Law Journal, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Disponible en anglais à l'adresse : https://ssrn.com/abstract=2011197
3. OICS (2018) *Liste jaune – Liste des stupéfiants placés sous contrôle international*, 56ème édition [pdf]. Vienne : Organe international de contrôle des stupéfiants. Disponible à l'adresse : https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/56th_Edition/YL56_edition_FR.pdf (consulté le 7 janvier 2019)
4. OICS (2018) *Liste verte – Liste des substances psychotropes placées sous contrôle international*, 29ème édition [pdf]. Vienne : Organe international de contrôle des stupéfiants. Disponible à l'adresse : http://www.incb.org/documents/Psychotropics/greenlist/Green_list_FRE_V18-02417.pdf (consulté le 7 janvier 2019)
5. OICS (2017) *Tableaux de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988* [pdf]. Vienne : Organe international de contrôle des stupéfiants. Disponible à l'adresse : https://undocs.org/fr/ST/CND/1/Add.3/Rev.2 (consulté le 7 janvier 2019)
6. Pour un aperçu schématique des exigences de contrôle propres à chaque tableau, voir ONUDC (2018), *Schedules and control regimes of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961, as amended by the 1972 Protocol, and the Convention on Psychotropic Substances of 1971 - Background material for the Commission on Narcotic Drugs at its 61st session* [pdf]. Vienne: Office des Nations unies contre la drogue et le crime. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/Scheduling_paper_short_8_March_final_FINAL.pdf (consulté le 7 janvier 2019)
7. Ces obligations générales sont énoncées à l'Article 4 de la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants et à l'Article 5 de celle de 1971 sur les substances psychotropes.
8. ONUDC (2006) *Dictionnaire multilingue des stupéfiants et des substances psychotropes placés sous contrôle international*. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime. UN doc. ST/NAR/1 Rev.2
9. ONU (1961) *Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le Protocole de 1972*, Article 2 §5(b). New York : Organisation des Nations unies.
10. ONU (1971) *Convention sur les substances psychotropes*, Article 7 §(a). New York : Organisation des Nations unies.
11. Gouvernement de l'Inde, ministère des Finances et du Commerce (1895) *Report of the Indian Hemp Drugs Commission* [en ligne]. Calcutta : Gouvernement de l'Inde. Disponible à l'adresse : https://digital.nls.uk/indiapapers/browse/archive/74574096 (consulté le 8janvier 2019)
12. The New York Times, *Stimulants and Narcotics*, critique de livre, 4 janvier 1982.
13. La Convention unique permet l'utilisation de la feuille de coca en tant qu'agent aromatique (Article 27.1) et la culture du cannabis à des fins industrielles (fibres et graines de la plante de cannabis, Article 28.2) ; les graines de ces trois plantes ne sont pas placées sous contrôle international, la culture du pavot à opium étant autorisée pour la production de graines et d'huile de pavot à des fins culinaires. La Convention de 1971 autorise les États à accorder des exemptions pour « les plantes utilisées traditionnellement par certains groupes restreints bien déterminés à l'occasion de cérémonies magiques ou religieuses » (Article 32.4).
14. Kleiman, M. a. R. (2012) *Commentary on Coulson & Caulkins (2012) : Optimizing drug scheduling.* Addiction, 107(4), p. 774–775. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03814.x. Mark Kleiman est professeur de politique publique et directeur du Crime and Justice program à la New York University.
15. Ibid.
16. Commission des sciences et techniques de la Chambre des Communes (2006) *Drug classification : making a hash of it?* [pdf] Londres : United Kingdom House of Commons, Présentation devant le Parlement du ministre de l'Intérieur sur ordre de Sa Majesté, p. 24. Disponible en anglais à l'adresse : https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf, (consulté le 9 janvier 2019).
17. Direction de la stratégie en matière de crime et de drogues du Home Office (2006) *Review of the UK's Drugs Classification System – A Public Consultation* [pdf]. Londres : Royaume-Uni, p. 17. Remarque : Il s'agit d'une ébauche de document consultatif qui n'a finalement pas été approuvé pour publication en 2006. Cette ébauche a été rendue publique en vertu des lois sur le droit d'accès à l'information.
18. Birdwell, J. et al. (2011) *Taking drugs seriously : a Demos and UK Drug Policy Commission report on legal highs* [pdf]. Londres : DEMOS. Disponible en anglais à l'adresse : https://core.ac.uk/download/pdf/34716665.pdf (consulté le 9 janvier 2019)
19. Commission des sciences et techniques de la Chambre des Communes (2006) *Drug classification : making a hash of it?* [pdf] Londres : Chambre des Communes du Royaume-Uni, Présentation devant le Parlement par le ministre de l'Intérieur sur ordre de Sa Majesté. Disponible en anglais à l'adresse : https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf, p. 24. (consulté le 9 janvier 2019).
20. Nutt, D. (2009) *Equasy — An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms, Journal of Psychopharmacology*, 23(1), p. 3–5. doi : 10.1177/0269881108099672.
21. Ibid.
22. Commission globale de politique en matière de drogues (2018) *Régulation : Pour un contrôle responsible des drogues* [pdf] Genève : Global Commission on Drug Policy, p. 39. Disponible à l'adresse : http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/regulation-the-responsible-control-of-drugs (consulté le 8 janvier 2019).
23. Transnational Institute (2003) *The WHO Cocaine Project : TNI publishes banned study.* TNI: Amsterdam, https://www.tni.org/en/issues/unscheduling-the-coca-leaf/item/266-the-who-cocaine-project.
24. McAllister, W.B. (2020) *Foundations of the International Drug Control Regime, 18th Century through the Second World War*, dans Bewley-Taylor, D.R. et Tinasti, K. (dir. éd.) Research Handbook on International Drug Policy. Londres : Edward Elgar Publishing. À paraître.
25. McAllister, W. B. (2004) *The global political economy of scheduling: the international–historical context of the Controlled Substances Act.* Drug and Alcohol Dependence, 76(1), p. 4. doi : 10.1016/j.drugalcdep.2004.02.012.
26. Lande, A. (1973) *The International Drug Control System.* Annexe, "Drug Use in America : Problem in Perspective," Volume 3, p. 18.
27. Boister, N. et Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions : An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets.* International Community Law Review, 20(5), p. 481. doi : 10.1163/18719732-12341385.
28. Ibid., p. 36.

29. Ibid., p. 114.
30. Ibid., p. 25.
31. May, H. (1955) *The Single Convention on Narcotic Drugs ; Comments and possibilities.* Bulletin on Narcotics, no 1, p. 4.
32. Bewley-Taylor, D. et Jelsma, M. (2012) *Regime change : Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs.* International Journal of Drug Policy, 23(1), p. 72–81. doi : 10.1016/j.drugpo.2011.08.003, p. 473.
33. Jelsma, M. (2018) *Connecting the Dots . . . Human Rights, Illicit Cultivation and Alternative Development* [en ligne]. Amsterdam : Transnational Institute , p. 10-11. Disponible à l'adresse : https://www.tni.org/en/publication/connecting-the-dots (consulté le 10 janvier 2019).
34. Boister, N. (2001) *Penal aspects of the UN drug conventions.* The Hague-London-Boston: Kluwer Law International, p. 45. ISBN : 978-90-411-1546-1.
35. Bewley-Taylor, D., Blickman, T., Jelsma, M. (2014) *The Rise and Decline of Cannabis Prohibition : The History of Cannabis in the UN Drug Control System and Options for Reform.* Amsterdam/Swansea : Transnational Institute/Global Drug Policy Observatory. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf (consulté le 11 janvier 2019)
36. Lande, A. (1973) op. cit. pp. 114.
37. PNUCID (2000) *Model Drug Abuse Bill 2000, Commentary* [pdf]. Vienne : Programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues, p. 8, par. 27. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.unodc.org/pdf/lap_drug-abuse-bill_commentary.pdf (consulté le 10 janvier 2019). Les lois type sur les drogues sont actuellement examinées par l'ONUDC, l'organe successeur du PNUCID.
38. McAllister (2004) op. cit., p. 6.
39. Lande (1973) op. cit., p. 92.
40. McAllister (2004) op. cit., p. 6-7.
41. Ibid., p. 7.
42. E/4606/Rev.1, Rapport CND 23, par. 381.
43. ECOSOC, résolutions 1985/15 du 28 mai 1985, 1987/30 du 26 mai 1987, 1991/44 du 21 juin 1991 et 1993/38 du 27 juillet 1993). Ces résolutions réclament des parties qu'elles étendent le système d'autorisations d'importation et d'exportation requis par la Convention de 1971 pour les substances des Tableaux I et II à celles des Tableaux III et IV et qu'elles fournissent des statistiques sur leur commerce international à l'OICS.
44. OMS (2003) *Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance – Trente-troisième rapport*, OMS, série de rapports techniques 915 [online]. Genève : Organisation mondiale de la santé, p.1-2. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4897f/s4897f.pdf / (consulté le 10 janvier 2019)
45. Extrait de : Ibid.
46. *Protocole plaçant sous contrôle international certaines drogues non visées par la Convention du 13 juillet 1931 pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, amendée par le Protocole signé à Lake Success*, New York, le 11 décembre 1946, Paris, 19 novembre 1948, Article 1. Cependant, l'autorité de l'OMS ne s'appliquait pas à l'opium brut, à l'opium médical, à la feuille de coca ni au cannabis (voir l'Article 4).
47. ONU (1973) *Commentaires sur la Convention unique sur les stupéfiants de 1961*, [pdf]. New York : Organisation des Nations unies, p. 90. Disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentaires_sur_la_convention_unique_1961.pdf (consulté le 10 janvier 2019).
48. Ibid.
49. ONU (1971) *Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, Article 2 §5. New York : Organisation des Nations unies.
50. ONU (1976) Commentaires sur la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, Faite à Vienne le 21 février 1971 [pdf]. New York : Organisation des Nations unies, p. 78. Disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentaires_sur_la_convention_1971.pdf (consulté le 10 janvier 2019).
51. ONU, *Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, Article 2 §5. New York : United Nations.
52. OMS, (2011), *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle*, p. 1. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44555/9789242564174_fre.pdf?sequence=1 (consulté le 16 mai 2019).
53. OICS (2011) Rapport 2010. *Vienne : Organe international de contrôle des stupéfiants*, p. 38, par. 217. Disponible à l'adresse : http://fileserver.idpc.net/library/oics-report-fr.pdf (consulté le 20 janvier 2019)
54. USGAO (2003) *Prescription Drugs, OxyContin Abuse and Diversion and Efforts to Address the Problem.* Washington D.C. : United States General Accounting Office, GAO-04-110.
55. Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL, Kurtz SP (2014) *The Changing Face of Heroin Use in the United States : A Retrospective Analysis of the Past 50 Years.* Chicago : JAMA Psychiatry, 71(7):821–826. doi :10.1001/jamapsychiatry.2014.366
56. Commission globale de politique en matière de drogues (2017) *La Crise des opioïdes en Amérique du Nord, Prise de position* [pdf]. Genève : Global Commission on Drug Policy. Disponible à l'adresse : http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/10/GCDP-OpioidPaper2017_FR-web.pdf (consulté le 20 janvier 2019).
57. Commission globale de politique en matière de drogues (2017) *La Crise des opioïdes en Amérique du Nord, Prise de position* [pdf]. Genève : Global Commission on Drug Policy. Disponible à l'adresse : http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/10/GCDP-OpioidPaper2017_FR-web.pdf (consulté le 20 janvier 2019).
58. Lande (1973) op. cit., p. 18.
59. Lande (1973) op. cit., p. 123.
60. OMS, (2011), *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle*, p. 1. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44555/9789242564174_fre.pdf?sequence=1 (consulté le 16 mai 2019).
61. OMS (2007) *Accès aux médicaments contrôlés : Cadre du programme.* Genève : Organisation mondiale de la santé. WHO/PSM/QSM/2007.2, disponible à l'adresse : http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14860f/s14860f.pdf (consulté le 17 mai 2019)
62. OMS, (2011), *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle*, p. 1. Genève: Organisation mondiale de la santé, op. cit., p. 16. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44555/9789242564174_fre.pdf?sequence=1 (consulté le 16 mai 2019).
63. OICS (2016) *Availability of internationally controlled drugs : ensuring adequate access for medical and scientific purposes : indispensable, adequately available and not unduly restricted*, Supplément au Rapport 2015 de l'OICS [pdf]. Vienne : Organe international de contrôle des stupéfiants. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB_Access_Supplement-AR15_availability_English.pdf (consulté le 22 janvier 2019).

64. Assemblée Générale des Nations unies (2016) *Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue, Trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale*. New York : Organisation des Nations unies. UN doc A/RES/S-30/1.
65. OICS (2019) *Progress in ensuring adequate access to internationally controlled substances for medical and scientific purposes*, Supplément au Rapport de l'OICS pour 2018 [pdf]. Vienne : Organe international de contrôle des stupéfiants. UN doc. E/INCB/2018/1/Supp.1, préface. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Supplement/Supplement_E_ebook.pdf (consulté le 6 mars 2019)
66. Commission globale de politique en matière de drogues (2015) *Les effets négatifs du contrôle des drogues sur la santé publique: la crise mondiale des souffrances inutiles* [pdf]. Genève : Global Commission on Drug Policy. Disponible à l'adresse : http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/05/GCODP_EMReport_F2_DEF_ONLINEfile.pdf (consulté le 20 janvier 2019).
67. Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) *Scheduling in the international drug control system*. Amsterdam: Transnational Institute, Series on Legislative Reform of Drug Policies no. 25, TNI/IDPC. Disponible à l'adresse : https://www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf (consulté le 22 janvier 2019)
68. OMS (2012) *Comité d'experts de la pharmacodépendance, Trente-cinquième rapport*, OMS, Série de rapports techniques 973, Genève : Organisation mondiale de la santé, p. 9. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20003fr/s20003fr.pdf (consulté le 22 janvier 2019)
69. OICS (2011) Rapport 2010. *Vienne : Organe international de contrôle des stupéfiants*, par. 284-287. Disponible à l'adresse : http://fileserver.idpc.net/library/oics-report-fr.pdf (consulté le 30 janvier 2019).
70. Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) *Scheduling in the international drug control system* [pdf]. Amsterdam : Transnational Institute, Series on Legislative Reform of Drug Policies no. 25, TNI/IDPC, p. 13-14. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf (consulté le 22 janvier 2019).
71. Concernant l'ayahuasca, voir : Constanza Sánchez et Carlos Bouso, *Ayahuasca : From the Amazon to the Global Village - An analysis of the challenges associated with the globalisation of ayahuasca*, TNI Policy briefing 43, 18 décembre 2015. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_43_eng_web_19122015.pdf
72. Metaal, P. & Henman, A. (2014) *Time for a Wake-up Call: An historical and ethnographic approach to the Regulation of Plant-based Stimulants*, TNI Policy briefing [pdf]. Amsterdam : Transnational Institute. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.tni.org/files/download/dlr_27_eng-web.pdf (consulté le 22 janvier 2019).
73. Carrier, N., & Gezon, L. (2009) *Khat in the Western Indian Ocean : Regional Linkages and Disjunctures*. Études océan Indien, 42-43(Plantes et Sociétés), 271-297. [11]. Disponible en anglais à l'adresse : https://doi.org/10.4000/oceanindien.851 (consulté le 17 mai 2019)
74. OMS (2006) *Assessment of khat* (Catha edulis Forsk), Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance, 34th ECDD 2006/4.4 [pdf]. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible en anglais à l'adresse : http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf (consulté le 31 janvier 2019).
75. OICS (2007) Rapport 2006 [pdf]. *Vienne : Organe international de contrôle des stupéfiants,* Paragraphe 556. Disponible à l'adresse : https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2006/AR_2006_French.pdf (consulté le 17 mai 2019)
76. Nabben, T. et Korf, D. J. (2017) *Consequences of criminalisation: the Dutch khat market before and after the ban*. Drugs : Education, Prevention and Policy, 24(4), p. 332–339. doi : 10.1080/09687637.2017.1338669.
77. Central Statistical Agency (2018) *Agricultural Sample Survey 2017/18* (2010 E.C.), Volume I, Report on Area and Production of Major Crops (Private Peasant Holdings, Meher Season), Statistical Bulletin 586. Addis Abeba : République fédérale démocratique d'Éthiopie, p. 14.
78. ONUDC (2018) *Rapport mondial sur les drogues 2018, Résumé analytique* [pdf]. Vienne: Office des Nations unies contre la drogue et le crime, p. 3. Disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_French.pdf (consulté le 24 janvier 2019).
79. Cochrane, L., & O'Regan, D. (2016) *Legal Harvest and Illegal Trade: Trends, Challenges and Options in Khat Production in Ethiopia*. International Journal of Drug Policy, p. 28. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.009
80. Ibid., p. 33.
81. Tanguay, P. (2011) *Kratom in Thailand*. SSRN Scholarly Paper ID 1908849. Londres : International Drug Policy Consortium. Disponible en anglais à l'adresse : https://papers.ssrn.com/abstract=1908849 (consulté le 24 janvier 2019).
82. Henningfield, J. E., Fant, R. V. and Wang, D. W. (2018) *The abuse potential of kratom according the 8 factors of the controlled substances act: implications for regulation and research*. Psychopharmacology, 235(2), pp. 574. doi: 10.1007/s00213-017-4813-4.
83. USDEA (2016) *Schedules of Controlled Substances: Temporary Placement of Mitragynine and 7-Hydroxymitragynine Into Schedule I*. Federal Register. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.federalregister.gov/documents/2016/08/31/2016-20803/schedules-of-controlled-substances-temporary-placement-of-mitragynine-and-7-hydroxymitragynine-into (consulté le 24 janvier 2019).
84. Gianutsos, G. (2017) *The DEA Changes Its Mind on Kratom*. US Pharm. 2017;41(3):7-9
85. Henningfield (2018) op. cit., p. 575.
86. Ibid. p. 585.
87. Georgia House of Representatives (2019) *House Bill 551: Controlled substances; kratom; provisions* [pdf]. Atlanta: Georgia General Assembly. Disponible en anglais à l'adresse : http://www.legis.ga.gov/Legislation/20192020/183343.pdf (consulté le 22 avril 2019) Utah Senate (2019) *Kratom Consumer Protection Act* [pdf]. Salt Lake City: State of Utah. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.billtrack50.com/BillDetail/1005796 (consulté le 22 avril 2019).
88. Sattaburuth, A. (2018) *Medical cannabis, kratom bill passed by NLA*. Bangkok : Bangkok Post. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.bangkokpost.com/news/general/1600566/medical-cannabis-kratom-bill-passed-by-nla (consulté le 11 février 2019).
89. Aguilar, S., et al. (2018) *Medicinal cannabis policies and practices around the world* [pdf]. Londres : International Drug Policy Consortium. Disponible en anglais à l'adresse : https://idpc.net/publications/2018/04/medicinal-cannabis-policies-and-practices-around-the-world (consulté le 11 février 2019).
90. CARICOM Regional Commission on Marijuana (2018) *Report to the Caribbean Community Heads of Government: Waiting to Exhale - Safeguarding our Future through Responsible Socio-Legal Policy on Marijuana* [pdf]. Georgetown : Secrétariat de la Communauté des Caraïbes, p 62. Disponible en anglais à l'adresse : https://caricom.org/media-center/communications/news-from-the-community/final-report-report-of-the-caricom-regional-commission-on-marijuana (consulté le 11 février 2019)
91. Ibid., Terms of Reference, p. x.
92. Ibid., Executive Summary, p. 3.
93. Ibid., p. 30 et p. 64.

94. Ibid., p. 25.
95. CPSTF (2014) *Reducing Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure : Comprehensive Tobacco Control Programs* [pdf]. Atlanta: Community Preventive Services Task Force. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/TFFRS-Tobacco-Comprehensive-Control-Programs.pdf (consulté le 11 février 2019).
96. Ghosh, T. et al. (2016) *The Public Health Framework of Legalized Marijuana in Colorado*. American Journal of Public Health, 106(1), p. 21–27. doi : 10.2105/AJPH.2015.302875.
Voir aussi : Pacula, R. L. et al. (2014) *Developing Public Health Regulations for Marijuana: Lessons From Alcohol and Tobacco*. American Journal of Public Health, 104(6), pp. 1021–1028. doi : 10.2105/AJPH.2013.301766.
97. Hughes, B. et Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, p. 1894–1899, p.1. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x
98. Reuter 2011, op. cit., p. 24.
99. Ibid., p. 4.
100. Royaume-Uni (2016) *2016 Psychoactive Substances Act. Londres : Crown, paragraphe 2*. Disponible en anglais à l'adresse : http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2016/2/section/2/enacted (consulté le 12 février 2019)
101. Stevens, A. et al. (2015) *Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful : The UK Psychoactive Substance Bill*. International Journal of Drug Policy, 26(12), p. 1167–1170. doi : 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
102. Ibid.
103. NPSREP (2014) *New Psychoactive Substances Review - Report of the Expert Panel* [pdf]. Royaume-Uni : The New Psychoactive Substances Review Expert Panel, p. 38. Disponible à l'adresse : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368583/NPSexpertReviewPanelReport.pdf (consulté le 13 février 2019)
104. Stevens, A. et al. (2015) *Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful : The UK Psychoactive Substance Bill*. International Journal of Drug Policy, 26(12), p. 1168. doi : 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
105. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, p. 1894–1899, p.1. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x
106. Ibid.
107. Reuter, P. et Pardo, B. (2017) *New psychoactive substances : Are there any good options for regulating new psychoactive substances ? International Journal of Drug Policy*. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, p. 117–122. doi : 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
108. Hughes, B. et Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, p. 1894–1899, p.1. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x
109. Reuter, P. et Pardo, B. (2017) New psychoactive substances : Are there any good options for regulating new psychoactive substances ? International Journal of Drug Policy. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, p. 117–122. doi : 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
110. Wilkins, C. et al. (2013) *The new psychoactive substances regime in New Zealand : a different approach to regulation*. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 27(7), p. 584–589. doi : 10.1177/0269881113491441.
111. Ibid., p. 587.
112. Ibid.
113. Rychert, M. et Wilkins, C. (2016) *Legal high industry business and lobbying strategies under a legal market for new psychoactive substance*s (NPS, "legal highs") in New Zealand. International Journal of Drug Policy, 37, p. 90–97. doi : 10.1016/j.drugpo.2016.08.011.
114. Ibid., p. 90.
115. Davis, C. S. et Anderson, E. D. (2010) *Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance*. Temple International & Comparative Law Journal, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Disponible au SSRN à l'adresse : https://ssrn.com/abstract=2011197
116. Danenberg, E. et al. (2013) *Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions*. Drug and Alcohol Dependence, 131(3), p. 175–181. doi : 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032.
117. OICS (1995) Rapport 1994 [pdf] *Vienne : Organe international de contrôle des stupéfiants*, p. 6. Disponible à l'adresse : https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/AR_1994_F.pdf (consulté le 25 février 2019).
118. Jelsma, M. (2017) UNGASS 2016 : *Prospects for Treaty Reform and UN System-Wide Coherence on Drug Policy*. Journal of Drug Policy Analysis, 10(1). doi : 10.1515/jdpa-2015-0021.
119. OMS (2010) *Guidance on the WHO Review of Psychoactive Substances for International Control* [pdf]. Genève : Organisation mondiale de la santé, p. 30. Disponible en anglais à l'adresse : http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17538en/s17538en.pdf (consulté le 25 février 2019).
120. Walsh, J. et al (2019) *The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis : A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny* [pdf] Amsterdam : Transnational Institute. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.tni.org/files/publication-downloads/who-cannabis-wola_tni_gdpo-march_2019.pdf (consulté le 19 mars 2019).
121. Note du Secrétariat de la 62ème CND (2019) *Modification du champ d'application du contrôle des substances : recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant le placement sous contrôle du cannabis et de substances apparentées*. Vienne : Commission des stupéfiants. UN doc. E/CN.7/2019/12
122. Ibid., p. 7.
123. Ibid., p. 12.
124. Ibid.
125. ONU (1973) *Commentaires sur la Convention unique sur les stupéfiants de 1961*, [pdf]. New York : Organisation des Nations unies, p. 90. Disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentaires_sur_la_convention_unique_1961.pdf (consulté le 10 janvier 2019)

126. OEDT (2010) *État du phénomène de la drogue en Europe : Rapport annuel 2010* [pdf] Lisbonne : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, p. 16. Disponible à l'adresse : http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/926/EMCDDA_AR2010_FR_242721.pdf (consulté le 21 mars 2019).
127. Nutt, D. J., King, L. A. et Phillips, L. D. (2010) *Drug harms in the UK : a multicriteria decision analysis.* The Lancet, 376(9752), p. 1558–1565. doi : 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
128. Danenberg, E. et al. (2013) *Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions.* Drug and Alcohol Dependence, 131(3), p. 179. doi : 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032.
129. Reuter (2011) Op. Cit. p. 25.
130. Ibid.
131. Birdwell J., Chapman J., Singleton N. (2011)*Taking Drugs Seriously : A Demos and UK Drug Policy Commission Report on Legal Highs* [pdf]. Londres : Demos, p. 105. Disponible en anglais à l'adresse : https://demos.co.uk/project/taking-drugs-seriously/ (consulté le 21 mars 2019)
132. Ibid., p. 112.
133. OMS (1999) *Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance, Trente et unième rapport* [pdf]. Genève : Organisation mondiale de la santé, Série de rapports techniques 887, p. 15. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16238fr/s16238fr.pdf (consulté le 22 mars 2019).
134. Ibid., p. 14.
135. OMS (2003) *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* [pdf]. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf?sequence=1 (consulté le 22 mars 2019).
136. OMS (2012) *Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance, Trente-cinquième rapport* [pdf]. Genève : Organisation mondiale de la santé, Série de rapports techniques 973, p. 18. Disponible à l'adresse : http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20003fr/s20003fr.pdf (consulté le 22 mars 2019).
137. Ghebreyesus, T. A. (2019) Letter to António Guterres, UN Secretary General, Annex 1- *Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence : Cannabis and cannabis-related substances* [pdf]. Genève : Organisation mondiale de la santé. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_letter_ECDD41_recommendations_cannabis_24Jan19.pdf?ua=1 (consulté le 25 mars 2019).
138. Jelsma, M. et al (2018) *Balancing Treaty Stability and Change : Inter se modification of the UN drug control conventions to facilitate cannabis regulation.* Swansea : The Global Drug Policy Observatory, p. 9-11. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.tni.org/en/publication/balancing-treaty-stability-and-change (consulté le 25 mars 2019).
139. ONU (2012) *Bolivia (Plurinational State of): Communication.* New York : Organisation des Nations unies. UN doc. C.N.829.2011. TREATIES-28 (Depositary Notification).
140. OICS (2011) *International Narcotics Control Board Regrets Bolivia's Denunciation of the Single Convention on Narcotic Drugs.* Vienne : Service d'information des Nations unies, communiqué de presse UNIS/NAR/1114
141. TNI/WOLA (2013) *Bolivia wins a rightful victory on the coca leaf - Creates a positive example for modernizing the UN drug conventions,* communiqué de presse. Les pays du G-8 (États-Unis, France, Allemagne, Italie, Japon, Royaume-Uni, Canada et Fédération de Russie) plus la Suède, les Pays-Bas, le Portugal, la Finlande, Israël et l'Irlande ; Le Mexique a retiré son objection initiale en novembre 2018.
142. Voir par exemple C.N.361.2012.TREATIES-VI.18 (Depositary Notification), *United States of America : Objection to the Reservation Contained in the Communication by the Plurinational State of Bolivia*, 3 juillet 2012.
143. Convention de Vienne sur le droit des traités, Divisibilité des dispositions d'un traité, Article 44.
144. Boister, N. and Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets.* International Community Law Review, 20(5), pp. 487. doi: 10.1163/18719732-12341385.
145. OICS (2019) *Stupéfiants 2018 – Évaluation des besoins du monde pour 2019 – Statistiques pour 2017* [pdf]. Vienne : International Narcotics Control Board, p. 77. Disponible à l'adresse : https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2018/INCB-Narcotics_Drugs_Technical_Publication_2018.pdf (consulté le 22 mars 2019).
146. Boister, N. et Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions : An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets.* International Community Law Review, 20(5), p. 488. doi : 10.1163/18719732-12341385.
147. Griffiths, P., Evans- Brown, M. et Sedefov, R. (2013) *Getting up to speed with the public health and regulatory challenges posed by new psychoactive substances in the information age.* Addiction, 108(10), p. 1701. doi : 10.1111/add.12287.
148. Reuter (2011) op. cit., p. 1.
149. Lande (1973) op. cit., p. 123.
150. CND (2019) *UN system coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters, What we have learned over the last ten years : A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters,* Document de séance soumis par le Secrétaire général, Mars 2019, Annexe I : United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration, pp. 44-47. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_62/ECN72019_CRP10_V1901490.pdf (consulté le 22 mars 2019).
151. Conseil des chefs de secrétariat des Nations unies pour la coordination (2019) *Résumé des délibérations* [pdf]. New York: Nations unies , p. 3. Disponible à l'adresse : https://undocs.org/fr/CEB/2018/2 (consulté le 22 mars 2019).
152. Khantzian EJ. (1985) *The self-medication hypothesis of addictive disorders : focus on heroin and cocaine dependence.* American Journal of Psychiatry, 142(11), p. 1259–1264. doi : 10.1176/ajp.142.11.1259.

AUTRES RESSOURCES

www.anyoneschild.org

www.beckleyfoundation.org

www.druglawreform.info

www.drugpolicy.org

www.genevaplatform.ch

www.hri.global

www.hrw.org

www.intercambios.org.ar

www.icsdp.org

www.idhdp.com

www.idpc.net

www.inpud.net

www.incb.org

www.menahra.org

www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx

www.politicadedrogas.org/PPD

www.sdglab.ch

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/

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)

Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière 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)

La perception du problème mondial des drogues : vaincre les préjugés vis-à-vis des personnes qui consomment des drogues (2017)

Régulation : pour un contrôle responsable des drogues (2018)

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 (octobre 2017)

La politique en matière de drogues et le développement durable (septembre 2018)

Politique des drogues et privation de liberté (juin 2019)

REMERCIEMENTS

Coordination technique
Martin Jelsma
Khalid Tinasti

Experts associés
Ebtesam Ahmed
Leandre Banon
Wim Best
Nuria Calzada
Sandeep Chawla
Adeeba Kamarulzaman
Diederik Lohman
Connie Van Staden

SECRÉTARIAT DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko
Conrad Chahary

SOUTIEN

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

CONTACT

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org

COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

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 oeuvre au niveau national
- Formuler des recommandations factuelles et pratiques pour réformer de façon constructive les lois et pratiques en matière de drogues

