



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Manuel de formation: Plaidoyer sur les politiques des drogues en Afrique de l'Ouest

Guide d'animation

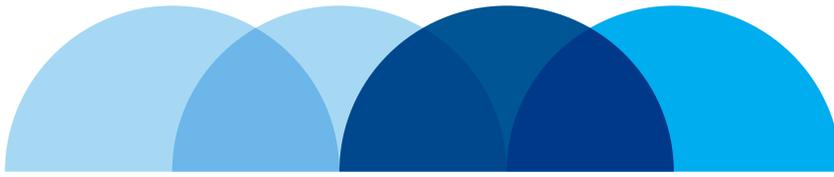
09 février 2015

Cette publication a été produite afin d'être révisée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). Elle a été préparée par le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC) et la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (WACD).

La rédaction de ce manuel de formation a été possible grâce au précieux soutien du peuple américain à travers l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). Le contenu de ce rapport est de la responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions d'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Manuel de formation: Plaidoyer sur les politiques des drogues en Afrique de l'Ouest



Guide d'animation

Contenus:

Remerciements	page 2
Abréviations	page 3
Introduction au manuel de formation	page 4
Module 1: Le système actuel de contrôle des drogues	page 13
Module 2: Politiques des drogues équilibrées et efficaces: Que doit-on changer?	page 35
Module 3: Prévention et traitement efficace en matière de drogue	page 59
Module 4: Plaidoyer en matière de réduction des risques	page 97
Module 5: Les meilleures pratiques pour s'attaquer aux drogues, à l'insécurité et au crime organisé	page 127
Module 6: Participation de la société civile dans les activités de plaidoyer en matière de politiques des drogues	page 151
Appendices	page 191

Remerciements

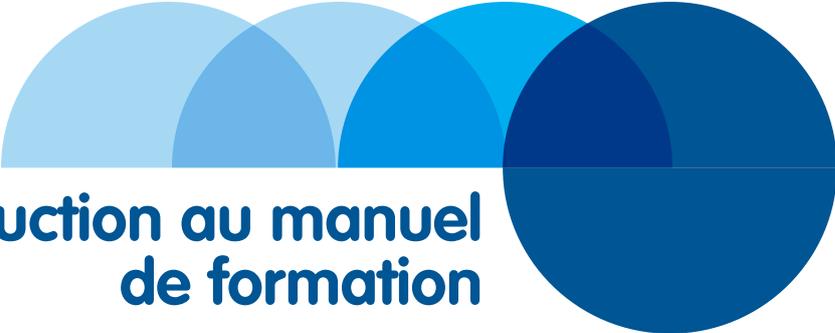
Ce manuel de formation a été rédigé par Marie Nougier et Jamie Bridge du Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC). Nous souhaitons remercier Mike Trace, Juana Tomas (Module 3) et Benoît Gomis (Module 5) pour leur contribution en termes d'informations contextuelles et de recherche. Nous remercions également Barbara Goedde (Fondation Kofi Annan), Ann Fordham (IDPC) et Brooke Stearns Lawson (USAID) pour leurs commentaires, leurs révisions et leur soutien tout au long de la rédaction de ce document.

Par ailleurs, l'IDPC souhaiterait remercier les personnes suivantes qui ont joué un rôle important dans la création du [Manuel de formation sur la politique des drogues](#), le document source sur lequel est basé ce Manuel, qui avait été développé par l'IDPC et le Réseau Eurasien sur la Réduction des Risques (EHRN) : Andrius Losakevicius, Ann Fordham, Caitlin Padgett, Catherine Cook, Christopher Hallam, Connie Carter, Damon Barrett, Donald Macpherson, Eliot Albers, Ernestien Jensema, Gloria Lai, Hugo Luck, Jude Byrne, Karyn Kaplan, Marija Subataite, Mat Southwell, Mike Trace, Pam Decho, et Simona Merkinaite.

Nous souhaitons enfin remercier Karyn Kaplan et Fiona Lloyd pour avoir imaginé l'exercice de « l'arbre des politiques des drogues » utilisé dans les Séances 1.5, 2.2 et 3.9, ainsi que Geneviève Harris pour avoir créé « l'analogie du feu rouge » utilisée dans la Séance 2.5 de ce matériel de formation.

Abbreviations

AIVL	Ligue des IV Australiens et des usagers de drogues
AQIM	Al-Qaïda au Maghreb Islamique (<i>Al Qaeda in the Islamic Maghreb</i>)
CEDEAO	Communauté Economique des Etats d'Afrique Occidentale
CND	Commission des stupéfiants (<i>Commission on Narcotic Drugs</i>)
CVE	Lutte contre l'Extrémisme Violent (<i>Countering Violent Extremism</i>)
DEA	Administration d'Application des Lois sur la Drogue (<i>Drug Enforcement Administration, Etats-Unis</i>)
ECOSOC	Conseil économique et social
GCTF	Forum Mondial Anti-Terrorisme (<i>Global Counterterrorism Forum</i>)
G-Youth	Programme Garissa sur les Jeunes (<i>Garissa Youth Program</i>)
IDPC	Consortium International sur les politiques des drogues (<i>International Drug Policy Consortim</i>)
IEC	Information, éducation, communication
INPUD	Réseau International des Usagers de Drogues (<i>International Network of People Who Use Drugs</i>)
KENPUD	Réseau Kenyan d'Usagers de Drogues (<i>Kenyan Network of People Who Use Drugs</i>)
KTI-E	Initiative de Transition au Kenya (<i>Kenya Transition Initiative – Eastleign</i>)
LAS	Service des Affaires Juridiques (<i>Legal Affairs Section</i>)
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MUJAO	Mouvement pour l'Unicité et le Jihadisme en Afrique de l'Ouest (<i>Movement for Oneness and Jihad in West Africa</i>)
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OICS	Organe International de Contrôle des Stupéfiants
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la société civile
PES	Programme d'échanges de seringues et d'aiguilles
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMART	Spécifique, mesurable, réalisable, pertinent, assorti d'un repère temporel
STA	Stimulants de type amphétamine
TANPUD	Réseau Tanzanien d'Usagers de Drogues (<i>Tanzanian Network of People Who Use Drugs</i>)
TSO	Thérapie de substitution aux opiacés
UA	Union africaine
UE	Union Européenne
UNGASS	Session Extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (<i>United Nations General Assembly Special Session</i>)
UPP	Unités de police pacificatrices (Rio de Janeiro)
USAID	Agence Américaine pour le Développement International (<i>United States Agency for International Development</i>)
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WENDU	Réseau Epidémiologique Ouest-Africain sur l'Usage de Drogues (<i>West African Epidemiological Network on Drug Use</i>)



Introduction au manuel de formation

Notes pour l'animateur

Organiser une formation comprenant chaque activité présentée dans ce manuel de formation prendrait plus d'une semaine et il est peu probable que vous ayez autant de temps pour votre formation ou votre atelier de travail. A cet effet, des « notes pour l'animateur », telles que celle-ci ont été insérées tout au long du manuel pour vous guider et expliquer quelles activités peuvent compléter ou être intégrées à d'autres sessions. N'hésitez pas à nous envoyer tout commentaire nous permettant d'améliorer le matériel de formation en nous contactant à : contact@idpc.net.

Ce manuel de formation sur les politiques des drogues en Afrique de l'Ouest a été développé par le [Consortium International sur les politiques des drogues](#) (IDPC) afin d'accroître la capacité des organisations de société civile de la région à s'engager dans les processus décisionnels en matière de politiques des drogues et à les influencer.

Ce manuel de formation vise à permettre à l'IDPC et à un grand nombre d'ONG d'organiser des sessions de formation et des séminaires en matière de plaidoyer relatif aux politiques des drogues, pour leurs partenaires et autres membres de la société civile. Ce manuel couvre les politiques des drogues, le plaidoyer de la société civile, la réduction des risques, la criminalité et la sécurité, et la prévention et le traitement. Le manuel est composé d'un ensemble d'activités et de présentations parmi lesquelles l'animateur pourra choisir les Sessions qui conviendront le mieux selon le contexte local, les participants et le cadre temporel de la formation.

Le « Manuel de formation : Plaidoyer sur les politiques des drogues en Afrique de l'Ouest » est basé sur un manuel général de formation sur les politiques des drogues,¹ publié par l'IDPC et l'EHRN en 2013. Ce manuel a été financé par Open Society Foundations et USAID,² via la Fondation Kofi Annan,³ dans le cadre d'un projet visant à maximiser l'impact et la diffusion du rapport et des recommandations de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues.⁴

A propos de l'IDPC

L'IDPC est un réseau mondial d'organisations de la société civile qui promeut un débat ouvert et objectif sur les problèmes liés à la politique des drogues. Notre vision est que les politiques nationales et internationales en matière de drogues soient fondées sur les principes des droits humains, de sécurité humaine, d'inclusion sociale, de santé publique, de développement et de participation de la société civile.

Pour en savoir plus, veuillez visiter : <http://idpc.net/fr> <http://idpc.net/>

Pourquoi ce manuel de formation a-t-il été développé?

Pendant plusieurs années, l'IDPC a reçu de nombreuses requêtes pour organiser des formations à travers le monde – souvent de la part de partenaires de la société civile ayant grand besoin de compétences en matière de plaidoyer et de réformes politiques. Ce manuel de formation a donc été développé afin de renforcer les capacités des organisations de la société civile à influencer et à s'engager dans le processus d'élaboration des politiques gouvernementales, régionales et internationales.

En même temps, l'Afrique de l'Ouest est devenue une région majeure pour le trafic de drogues – en particulier pour le transbordement de narcotiques en provenance d'Amérique latine vers l'Europe et l'Amérique du Nord, en passant par l'Afrique de l'Ouest. La production et la consommation locale restent elles aussi une inquiétude majeure. Ces développements posent une menace sérieuse à la bonne gouvernance, à la paix et la stabilité, au développement économique et à la santé publique en Afrique de l'Ouest, une région qui n'a émergé que récemment de décennies de conflits violents. Alors que

1. <http://idpc.net/publications/2013/06/training-toolkit-on-drug-policy-advocacy>

2. <http://www.usaid.gov/>

3. <http://kofiannanfoundation.org/>

4. <http://idpc.net/fr/incidence-politique/diffuser-les-recommandations-de-la-commission-ouest-africaine-sur-les-drogues>

l'attention se tourne aujourd'hui vers les politiques de contrôle des drogues dans la région (et comment celles-ci pourraient être améliorées), la société civile peut jouer un rôle important en promouvant une réponse équilibrée, efficace et humaine à la drogue dans la région.

Ce manuel est le résultat de plusieurs années de travail – élaboré sur la base de formations de plaidoyer organisées à travers le monde. Ce document permet de combler une lacune : la possibilité d'accéder à un outil mondial de formation se penchant sur le plaidoyer en matière de réformes des politiques des drogues.

Le but est de créer un manuel de libre accès qui peut être utilisé par les animateurs et les partenaires partout dans le monde, c'est-à-dire indépendamment de l'IDPC, bien que nous utiliserons ce manuel dans le cadre de nos propres activités au cours des prochaines années.

Comment ce manuel est-il structuré?

Ce manuel est composé de six modules indépendants:

- Module 1 : Le système actuel de contrôle des drogues**
- Module 2 : Politiques des drogues équilibrées et efficaces: Que doit-on changer?**
- Module 3 : Prévention et traitement efficace en matière de drogue**
- Module 4 : Plaidoyer en matière de réduction des risques**
- Module 5 : Les meilleures pratiques pour s'attaquer aux drogues, à l'insécurité et au crime organisé**
- Module 6 : Participation de la société civile dans les activités de plaidoyer en matière de politiques des drogues**

Chacun de ces modules comprend:

Les séances numérotées de chaque module, décrites comme étant des « Présentations » ou des « Activités » afin que l'animateur sache de quel type de séance il s'agit.

Nous avons suggéré le temps que l'animateur pourra consacrer à chaque séance, bien que cette durée soit flexible et dépendra du temps disponible pour l'ensemble de la formation.

Chaque séance commence par une description de ses buts et objectifs, suivie par des instructions détaillées sur le déroulement de la présentation/activité.

Tout au long du manuel de formation, l'animateur trouvera des « notes pour l'animateur » qui ont pour but d'aider l'animateur à organiser l'enchaînement de la formation et à choisir les séances les plus pertinentes en cas de contraintes

Le but et les objectifs d'apprentissage du module

Une brève introduction

Notes pour l'animateur

Tableau d'information sur les cibles

4.8 OPTION PLUS COURTE SI VOUS AVEZ PEU DE TEMPS

Le Module 6 comprend également des encadrés intitulés « Option plus courte si vous avez moins de temps », qui offrent une alternative pour des exercices déjà existants en cas de contraintes temporelles.

Pour les « présentations »: les instructions relatives à la séance sont suivies d'un encadré intitulé « Informations à fournir dans cette présentation ». La quantité d'informations devant être présentées par l'animateur dépendra du temps disponible et du niveau de connaissances des participants.

A la fin de chaque module, vous trouverez une série de « photocopiés » prêts à être distribués aux participants. Ces photocopiés ont pour but d'illustrer un sujet avec des exemples spécifiques ou d'offrir des informations complémentaires sur un problème. Les animateurs pourront choisir quel(s) photocopié(s) ils souhaitent distribuer pour enrichir les discussions. Ils peuvent également choisir à quel moment les distribuer : au début, pendant ou à la fin de la formation.

Comment ce manuel de formation peut-il être utilisé?

La plupart des formations sont organisées sur une durée d'un ou deux jours (et parfois seulement quelques heures). Ce manuel de formation a donc été développé pour permettre aux animateurs de choisir les modules, les présentations, les activités et les photocopiés les plus pertinents pour les participants – en particulier pour le Module 6, qui offre un large choix d'exercices. Les exemples de programmes pour la formation ci-dessous pourront vous donner une idée d'agencement des différents exercices offerts dans ce manuel :

Exemple 1: Si vous n'avez qu'une journée

9.00 – 9:15	Inscriptions, café/thé, accueil, présentations et objectifs de la journée
9.15 – 10.15	MODULE 1: LE SYSTÈME INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES DROGUES Activité 1.2: Vue d'ensemble des approches dominantes en matière de politique de contrôle des drogues Présentation 1.6: L'Afrique de l'Ouest a un problème de drogue
10.15 – 11.00	MODULE 2: DES POLITIQUES DES DROGUES ÉQUILIBRÉES ET EFFICACES – QUE DOIT-ON RÉFORMER? Activité 2.2: « L'arbre d'une politique des drogues équilibrée »
11.00 – 12.00	MODULE 3: PRÉVENTION ET TRAITEMENT EFFICACE EN MATIÈRE DE DROGUE Présentation 3.2 : Les objectifs de la prévention en matière de drogue Activité 3.5 : L'efficacité et la pertinence des interventions de prévention Activité 3.6 : La disponibilité des traitements de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest Présentation 3.8 : Les normes minimales de qualité du traitement de la dépendance à la drogue
12.00 - 13.00	MODULE 4: PLAIDOYER EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES RISQUES Activité 4.1 : Définir la réduction des risques Activité 4.3 : Les interventions de réduction des risques Activité 4.5 : Les obstacles à la réduction des risques
13.00 – 14.00	Déjeuner
14.00 – 15.00	MODULE 5: LES MEILLEURES PRATIQUES POUR S'ATTAQUER AUX DROGUES, À L'INSÉCURITÉ ET AU CRIME ORGANISÉ Présentation 5.1 : Mise en contexte Activité 5.3 : Études de cas de corruption
15.00 – 15.30	Pause
15.30 – 16.45	MODULE 6: PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LES ACTIVITÉS DE PLAIDOYER EN MATIÈRE DE POLITIQUES DES DROGUES Activité 6.1: Qu'est-ce que le plaidoyer en matière de politiques des drogues? Activité 6.11: Créer un plan d'action
16.45 – 17.00	Discussions, questions et réflexions sur la formation

Exemple 2 :
Si vous avez deux
jours
Journée 1

9.00 – 9.15	Inscriptions, café/thé, accueil, présentations et objectifs de la journée
9.15 – 11.15	MODULE 1: LE SYSTÈME INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES DROGUES Fusion des présentations 1.3 et 1.4: Vue d'ensemble des politiques internationales en matière de contrôle des drogues et structures des Nations Unies en matière de contrôle des drogues Activité 1.5: Impacts et conséquences des approches dominantes de contrôle des drogues Activité 1.6: Extrait de film: l'Afrique de l'Ouest a un problème de drogue
11.15 – 12.00	MODULE 2: DES POLITIQUES DES DROGUES ÉQUILIBRÉES ET EFFICACES – QUE DOIT-ON RÉFORMER? Activité 2.2: « L'arbre d'une politique des drogues équilibrée » Présentation 2.3: Principes directeurs d'une politique des drogues efficace
12.00 – 13.00	Lunch
13.00 – 15.00	MODULE 3: PRÉVENTION ET TRAITEMENT EFFICACE EN MATIÈRE DE DROGUE Présentation 3.2 : Les objectifs de la prévention en matière de drogue Activité 3.5 : L'efficacité et la pertinence des interventions de prévention Activité 3.6 : La disponibilité des traitements de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest Présentation 3.8 : Les normes minimales de qualité du traitement de la dépendance à la drogue
15.00 – 15.30	Pause
15.30 – 17.30	MODULE 4: PLAIDOYER EN MATIÈRE DE RÉDUCTION DES RISQUES Activité 4.1 : Définir la réduction des risques Activité 4.4 : La réduction des risques en Afrique de l'Ouest Activité 4.5 : Les obstacles à la réduction des risques
	FIN DE LA PREMIÈRE JOURNÉE

Journée 2

9.00 – 9.15	Récapitulatif de la journée précédente et discussion
9.15 – 11.15	MODULE 5: LES MEILLEURES PRATIQUES POUR S'ATTAQUER AUX DROGUES, À L'INSÉCURITÉ ET AU CRIME ORGANISÉ Présentation 5.1 : Mise en contexte Activité 5.3 : Études de cas de corruption Présentation 5.4 : Améliorer la gouvernance et les processus politiques Présentation 5.7 : Moderniser les interventions de maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue
11:15-13:0	MODULE 6: PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LES ACTIVITÉS DE PLAIDOYER EN MATIÈRE DE POLITIQUES DES DROGUES Fusion des activités 6.1 et 6.2 : Définir le plaidoyer et ses objectifs Activité 6.3 : L'importance de planifier les activités de plaidoyer en matière de politiques des drogues Activité 6.5 : Le cadre du plaidoyer Etape 1 – Sélectionnez le problème que vous souhaitez résoudre Présentation interactive 6.10 : Le cadre du plaidoyer Etape 6 – Identifiez les ressources nécessaires pour résoudre le problème politique sélectionné
13.00 – 14.00	Déjeuner
14.00 – 15.30	MODULE 6 (suite) Présentation interactive 6.11: Créer un plan d'action
15.30 – 16.00	Break
16.00 – 17.00	Activité 6.13: Exercice de plaidoyer
17.00 – 17.30	Discussions, questions et réflexions sur la formation
	FIN DE LA DEUXIÈME JOURNÉE

Avant la formation...

Les animateurs devront:

1. Développer les buts et les objectifs de la formation et les communiquer aux participants avant le séminaire.
2. Déterminer le niveau de compréhension des participants en matière de politiques des drogues afin d'adapter la formation en fonction de leurs connaissances. Cela peut être effectué grâce à un court questionnaire envoyé aux participants avant la formation. Lorsqu'ils travailleront en groupes (ce qui sera le cas pour la plupart des activités présentées dans le manuel de formation), il sera sans doute utile de départager les participants en groupes qui comprennent à la fois des personnes débutantes et des experts dans le domaine de la politique des drogues. Un exemple de questionnaire est disponible dans l'Annexe 5 de ce Manuel.
3. S'assurer que l'animateur/trice est au courant des pratiques locales ou des coutumes relatives aux formations (comme par exemple le besoin de commencer ou de finir la journée avec une prière dans certains contextes, la durée des pauses déjeuner, les horaires de début et de fin de journée) et d'autres besoins spécifiques que les participants peuvent avoir.
4. Rassembler le plus de données et d'informations possibles sur le pays ou la région où la formation va être organisée, comme par exemple:
 - Les données actuelles ou tendances passées sur la consommation de drogues, en particulier une potentielle augmentation récente d'offre et de demande de certaines substances ou un changement du mode de consommation
 - Les conventions onusiennes pertinentes ayant été ratifiées, par exemple sur le contrôle des drogues et les droits humains
 - Les stratégies nationales et régionales pertinentes en matière de drogue
 - Les réponses politiques à la drogue : les mesures adoptées et les financements dédiés à la justice pénale, au traitement et à la prévention
 - Les principes directeurs et les impacts des politiques actuelles au regard de l'offre et de la demande en drogues, les indicateurs relatifs à la santé, etc. au niveau local/national
 - Les nouvelles options politiques possibles (s'il y en a) actuellement discutées, par exemple des propositions de réforme gouvernementales et/ou tout désir de réforme exprimé par les responsables politiques
 - Les opportunités à venir en termes d'engagement avec les responsables politiques, par exemple dans le cadre de réunions internationales auxquelles les gouvernements et/ou les ONG seront représentés.

Ces informations peuvent être rassemblées grâce à un questionnaire envoyé aux participants avant la formation, et/ou à partir des ressources disponibles sur internet:

- <http://idpc.net/>
- <http://www.wacommissionondrugs.org/>
- <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction>
- <http://data.worldbank.org/>
- <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>
- <http://idpc.net/policy-advocacy/regional-work/sub-saharan-africa>
- <http://kofiannanfoundation.org/>

5. S'assurer que tous les matériaux et informations soient prêts avant la formation en terme :
 - De la fluidité des séances, de la bonne compréhension des présentations et des activités prévues et de la coordination des rôles de chacun lors de la formation (en particulier lorsque la formation est gérée par plusieurs animateurs)
 - Des recherches préliminaires effectuées par animateurs, une préparation sont nécessaire pour certaines activités (ceci est indiqué dans les notes pour l'animateur)
 - Des présentations PowerPoint et autres supports visuels
 - Des photocopies des polycopiés à distribuer aux participants.
6. Evaluer les compétences linguistiques des participants. Ce Manuel de formation est disponible en Anglais et en Français. Cependant, si le niveau d'Anglais ou de Français des participants n'est pas assez bon, l'animateur peut choisir d'organiser un service d'interprétariat dans une autre langue (si cela est le cas, prévoyez plus de temps si vous choisissez une interprétation consécutive, et faites en sorte que les animateurs parlent lentement si vous choisissez une interprétation simultanée). Par ailleurs, un questionnaire post-formation devrait être envoyé aux participants afin de comparer le niveau de connaissances des participants avant et après la formation.

Si vous présentez la formation dans une autre langue, vous aurez aussi besoin de consacrer un certain temps (et souvent de l'argent) pour traduire le contenu de la formation, les diapositives et les polycopiés.

Une préparation complète est vitale pour ce type de formation – ne sous-estimez donc pas le temps que cela vous prendra!

Après la formation...

A la fin de la formation, il est utile pour l'animateur de demander aux participants d'évaluer la qualité et l'utilité du séminaire. Un [modèle de formulaire d'évaluation](#) est disponible dans l'[Annexe 6](#) de ce Manuel. Ce formulaire peut être distribué aux participants à la fin de la formation afin que les participants aient le temps de le remplir et de le remettre à l'animateur à la fin de la formation.

Nos expériences ont également montré que les participants appréciaient recevoir une [attestation de présence](#) pour avoir participé à la formation. Un modèle d'attestation est aussi disponible dans l'[Annexe 7](#) de ce Manuel de formation. Les attestations peuvent être préparées et signées en avance et distribuées à la fin du séminaire, ou peuvent être envoyées par email aux participants après la formation.

Qui devrait animer la formation?

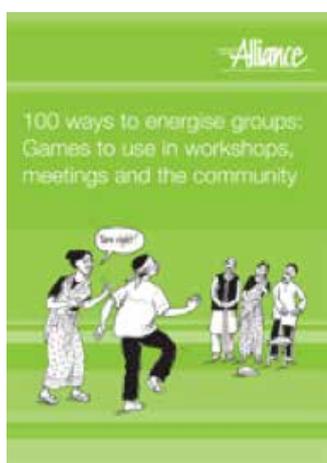
Idéalement, un minimum de deux animateurs devraient animer les diverses activités de la formation. Ils devraient être tous deux présents tout au long de la formation, puisque les modules sont liés les uns aux autres. Il est recommandé que l'un des formateurs soit expérimenté dans l'utilisation de méthodes participatives. Au moins l'un des formateurs devrait être familier avec les questions relatives aux politiques des drogues.

Il est toujours utile de conserver une trace des discussions et des réalisations découlant de la formation en prenant des photos. Cela peut être facilement effectué si deux animateurs sont présents lors de la formation. Cependant, si les animateurs souhaitent prendre des photos, ils devront tout d'abord obtenir l'autorisation des participants. En vue du travail de l'IDPC, nous serions reconnaissants si les animateurs pouvaient nous envoyer les photos des formations qu'ils ont menées sur la base de ce manuel à l'adresse suivante : contact@idpc.net.

Liste des outils de formation

Vous aurez besoin de parcourir chaque activité afin de vérifier de quels outils vous aurez besoin (par exemple, un tableau de conférence, des photocopies, des diapositifs, etc.). Il est probable que les matériaux suivant soient utilisés :

- Un ordinateur avec présentations PowerPoint
- Un écran (ou un mur blanc) et un rétroprojecteur
- Des feuilles de tableau de conférence (il est utile, si possible, d'avoir un tableau de conférence par groupe)
- Des marqueurs de couleur
- De la pâte à fixe ou du scotch (pour fixer les réalisations sur le mur de la salle)
- De larges post-it rectangulaires de différentes couleurs
- Des photocopies des photocopies pertinents
- Des microphones (cela dépendra du nombre de participants, mais un minimum de deux microphones sera nécessaire)



Activité énergisante /activité de premier contact

Certains animateurs aiment ouvrir la formation avec des « activités énergisantes », également appelées « activités de premier contact ». Ces activités peuvent aider les participants à se relaxer, et permettre à chacun d'apprendre à se connaître. Elles peuvent aussi augmenter le niveau d'enthousiasme des participants vis-à-vis de la formation.

Pour obtenir un large choix d'activités de premier contact, lisez la publication de l'Alliance Internationale sur le VIH/Sida: « 100 façons de dynamiser des groupes », disponible en Anglais à : <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=146>.

Les animateurs devront faire un tour de table au début de la présentation afin que les participants puissent se présenter.

Modèle d'« activité de premier contact »

Le but

- Que les participants se présentent aux autres.
- Comparer les attentes et les préoccupations concernant le séminaire par rapport aux objectifs de la formation.
- Clarifier le programme du séminaire et les méthodologies utilisées.
- Se mettre d'accord sur les règles de base de la formation.

Méthodologie

- Présentation
- Prise de contact
- Travail en binôme
- Travail de groupe

Temps requis

- Maximum 1 heure

Matériel nécessaire

- Fiche explicative ou présentation PowerPoint comprenant les buts et objectifs du séminaire
- Fiche explicative ou PowerPoint qui offre une vue d'ensemble du programme du séminaire
- Post-its de 2 couleurs différentes
- Tableaux de conférence

- Marqueurs
- Photocopies:
 - du programme
 - de la fiche d'inscription
 - des buts et objectifs du séminaire

Préparation

- Préparez soit un tableau soit une diapo PowerPoint avec le programme du séminaire
- Préparez soit un tableau soit une diapo PowerPoint sur les buts et objectifs du séminaire
- Préparez 2 tableaux – un intitulé « attentes » et un intitulé « préoccupations »

Activité: Trouver votre binôme

 40 min

1. Accueillez les participants et introduisez le séminaire.
2. Abordez les questions d'ordre pratique ou logistique.
3. Fournissez à chacun des participants une carte de prise de contact avec « Trouver son binôme » écrit dessus (voir [Annexe 1](#)), et demandez-leur ensuite de marcher dans la pièce et de trouver la personne qui détient leur carte « partenaire » (par exemple, la personne en possession du mot « jour » devra trouver la personne ayant le mot « nuit »)
4. Demandez à chaque personne de se présenter à son partenaire en commençant par:
 - Leur nom
 - L'organisation au sein de laquelle ils/elles travaillent
 - Donner un exemple de ce qu'ils/elles aiment faire en dehors du travail.

En réunion plénière, demandez à chaque paire de présenter leur partenaire au reste ` du groupe.

5. Donnez un post-it de couleur à chaque participant(e) et demandez-leur d'écrire l'une de leurs attentes vis-à-vis du séminaire. Demandez-leur de coller ces notes sur une large feuille de tableau de conférence préparée à l'avance et placée sur l'un des murs de la pièce. L'un des animateurs devra les classer rapidement par catégorie.
6. Présentez les buts et les objectifs de la formation, soit sur une large feuille de tableau de conférence, soit sur une diapo PowerPoint. Comparez-les aux attentes et aux préoccupations des participants et indiquez comment ces dernières seront résolues dans le cadre du séminaire.
7. Présentez le programme du séminaire, expliquez la méthodologie qui sera utilisée et considérez toute question posée par les participants.
8. Prenez cinq minutes pour faire réfléchir et vous mettre d'accord sur les règles de base ou les façons de travailler ensemble pendant la formation (ex. écouter les autres sans les interrompre, etc.). Notez ces règles sur une feuille de tableau de conférence qui sera elle aussi collée au mur pendant toute la durée du séminaire.

Notes:



MODULE 1



Le système international de contrôle des drogues



But du Module 1

Décrire et comprendre les politiques internationales relatives à la drogue et discuter de la prise en compte de celles-ci dans les politiques en matière de drogue en Afrique de l'Ouest.



Objectifs d'apprentissage

Les participants approfondiront leurs connaissances sur:

- Le système international constituant la base des politiques de contrôle des drogues, l'idéologie sous-jacente à ces politiques et l'histoire du développement du contrôle international des drogues
- Le système de contrôle mis en place par les Nations Unies : les traités et les organes de contrôle en matière de drogues
- Les tensions entre le système de contrôle des drogues et les droits humains (problèmes liés à la santé, la justice et au développement).



Introduction

Les fondations du système de contrôle international des drogues ont été posées il y a plus de 100 ans et reposent sur la conviction qu'une approche punitive dissuadera les individus de s'impliquer dans le

marché de la drogue. Ce Module offrira une description et une analyse du système international de contrôle des drogues, ainsi qu'une description de ses répercussions.

SÉANCE 1.1:

Activité: Le cadre général : Qu'entend-on par politique en matière de drogues ?

SÉANCE 1.2:

Activité: Vue d'ensemble des approches dominantes en matière de politique de contrôle des drogues

SÉANCE 1.3:

Présentation: Le contexte historique de la politique internationale en matière de drogue

SÉANCE 1.4:

Présentation: Les structures des Nations Unies en matière de contrôle des drogues

SÉANCE 1.5:

Activité: Impact et conséquences des approches dominantes de contrôle des drogues

SÉANCE 1.6:

Extrait de film: L'Afrique de l'Ouest a un problème de drogue

MODULE 1

Séance 1.1

Activité: Le cadre général : Qu'entend-on par politique des drogues ?

 20 min

Notes pour l'animateur

S'il n'y a pas assez de temps, l'animateur peut décider de présenter toutes les définitions utilisées dans le manuel de formation lors de cette séance (« plaidoyer », « réduction des risques », etc.). Cela entraînera une légère reconfiguration de la séquence des séances en se référant aux définitions déjà établies, plutôt que de demander aux participants de formuler leurs propres définitions.

Objectif – Comprendre le sens du terme « politique en matière de drogues » et se mettre d'accord sur la définition à utiliser lors de cette formation

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de réfléchir aux points clés définissant les termes « politique » et « politique en matière de drogues ».
3. Présentez les définitions ci-dessous et demandez aux participants s'ils connaissent d'autres bonnes définitions.

En fonction des connaissances générales des participants, de leur compréhension du sujet et du temps disponible, vous pouvez également discuter de la notion de « contrôle » - c.-à.-d. dans quelle mesure la prohibition permet-elle de contrôler certaines drogues ?

Exemples de définitions

Politique

Les politiques peuvent être définies comme la manière dont les sociétés et leurs institutions traitent des problèmes précis. Les politiques peuvent être formelles et écrites (comme par exemple les « lois »), ou informelles et/ou verbales (par exemple une étiquette sociale ou une pratique).

Drogues

Substances psychoactives qui sont contrôlées par les trois conventions des Nations Unies sur les drogues et/ou par les lois et réglementations nationales. Elles peuvent également être appelées « substances illégales ».

Politique en matière de drogues

Politiques formelles ou informelles qui ont pour but d'affecter l'offre, la demande et/ou les risques causés par l'usage de drogues et/ou les marchés de la drogue. En pratique, le terme « politique des drogues » est le plus souvent utilisé pour décrire les lois et les pratiques qui visent les substances contrôlées (plutôt que les substances non contrôlées ou pharmaceutiques).

Contrôle des drogues

Ce terme se réfère à l'ensemble du système de lois, de réglementations, de pratiques et d'institutions relatives à la drogue à l'échelle locale, nationale, régionale et internationale.

Guerre contre la drogue

Le terme de « guerre contre la drogue » a été rendu célèbre dans années 1970 par le président américain de l'époque, Richard Nixon, et fait référence à la politique la plus punitive et répressive et à une approche de « tolérance zéro » à l'encontre de l'usage et des consommateurs de drogues.

Activité: Vue d'ensemble des approches actuelles en matière de politique de contrôle des drogues

 20 min

Objectif – Analyser les approches dominantes adoptées par la plupart des gouvernements en matière de contrôle des drogues

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de réfléchir aux politiques gouvernementales ayant été mises en place pour contrôler l'offre, la demande et les risques associés aux drogues (pour le moment sans leur demander de les évaluer). S'ils évoquent des termes plus généraux tels que la « guerre contre la drogue », demandez-leur de faire la liste des interventions spécifiques qui font partie de ces approches.
3. Notez les réponses sur une feuille de tableau de conférence en les classant en trois colonnes : « **réduction de la demande** », « **réduction des risques** » et « **réduction de l'offre** ». Les interventions de « réduction des risques » seront analysées plus en détail dans le [Module 4](#).



Exemples pouvant être donnés par les participants

Réduction de la demande

- Programmes éducatifs dans les écoles
- Tests de dépistage de drogues dans les écoles
- Sensibilisation pragmatique des usagers de drogues
- Traitements basés sur l'abstinence
- Programmes de prévention
- Emprisonnement des usagers de drogues
- Mesures répressives contre les usagers de drogues ayant commis des infractions
- Détention des individus dans des centres de détention ou de traitement obligatoire
- Etc.

Réduction de l'offre

- Eradication des cultures
- Substitution des cultures/ mise en place de programmes de développement alternatif
- Arrestations et sanctions contre les trafiquants de drogues
- Agir contre le blanchiment d'argent
- Agir contre le détournement des précurseurs chimiques
- Emprisonnement et amendes contre les producteurs de drogues
- Saisie des drogues et des ingrédients précurseurs
- Lutte contre la corruption des fonctionnaires
- Arrestations et sanctions contre les producteurs de drogues et les agriculteurs
- Etc.

Réduction des risques

- Centres d'accueil pour usagers de drogues
- Appui social et juridique
- Programmes d'échange de seringues et d'aiguilles
- Interventions de proximité par les pairs
- Traitement de substitution aux opiacés (tel que la méthadone)
- Salles de consommation sécurisée (également connus sous le nom de salles de consommation à moindre risque)
- Informations et conseils sur l'injection et l'usage sécurisés
- Encadrement et prévention des overdoses
- Etc.

4. Demandez aux participants, en fonction de leurs expériences, s'ils pensent que ces politiques ont fonctionné et pourquoi/pourquoi pas.
5. Accrochez la feuille de tableau de conférence au mur et expliquez que l'on y fera référence tout au cours de la formation.
6. Résumez en notant que la stratégie dominante visant à réduire l'ampleur des marchés des drogues et les taux de consommation est fondée sur le principe de dissuasion et a principalement consisté en la mise en place de lois sévères interdisant la production, la distribution et la consommation de drogues – des approches dites « **prohibitionnistes** » et « **punitives** ». Cette stratégie, qui visait à prévenir toute implication dans le marché illégal de la drogue par la menace d'une punition était supposée réduire, et finalement éliminer, le marché mondial de la drogue ainsi que les risques sociaux et sanitaires y étant associés. Cela conduirait enfin à « un monde sans drogue » (ce qui était l'objectif des Nations Unies pour 2008!). Ces politiques sont soutenues par le système international de contrôle des drogues, lequel sera décrit lors de la prochaine séance.



Source: <http://www.humanrightsanddrugs.org/category/images/>

Séance 1.3

Présentation: Le contexte historique de la politique internationale en matière de drogues



20 min



Objectif – Offrir aux participants une vue d’ensemble du système international de contrôle des drogues (auquel leurs gouvernements ont adhéré et qui forme la base des politiques en matière de drogues à l’échelle nationale)

1. Présentez l’objectif de la séance.
2. Avant de commencer votre présentation, demandez aux participants s’ils connaissent la date et les motivations pour lesquelles la communauté internationale s’est réunie afin de discuter de l’élaboration d’un système mondial de contrôle des drogues.
3. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes). L’animateur peut aussi se référer au polycopié « [Les conventions des Nations Unies sur le contrôle des drogues](#) » pour plus d’informations.



Notes pour l’animateur

En fonction du temps disponible, l’animateur peut choisir de combiner les présentations des séances 1.3 et 1.4 en une seule présentation ou de traiter les deux séances séparément.



Informations à fournir dans cette présentation:

Les fondations du système international de contrôle des drogues ont été posées il y a plus de 100 ans, avant la création du système des Nations Unies. Il est né suite à la réalisation qu’aucun Etat ne pourrait contrôler la consommation de drogues de façon isolée, vu la facilité avec laquelle les drogues pouvaient s’acheter et se vendre au-delà des frontières et des juridictions. Le contrôle passerait donc par la collaboration entre les Etats.

Les prémisses du système international de contrôle des drogues

A l’instigation des Etats-Unis, les pays les plus concernés par rapport aux problèmes de drogues se sont réunis à Shanghai en 1909 afin de concevoir un système international de contrôle des drogues. A cette époque, ils étaient principalement préoccupés par la consommation répandue d’opium en Chine. Bien que le système de contrôle des drogues soit souvent présenté comme ayant un intérêt humanitaire ou de santé publique, les pays participants étaient également poussés par de forts intérêts politiques et économiques. La Commission de Shanghai a créé un système assez similaire à notre régime international de contrôle des drogues actuel. Cependant, cette Commission n’avait à l’époque aucune force juridique.

Les Etats présents à Shanghai se sont par la suite retrouvés à La Haye aux Pays Bas, où la Convention internationale sur l’opium de 1912 a été rédigée. Il s’agit d’un traité juridiquement contraignant, qui constitue la base du processus de restriction de la production, de la distribution et de la consommation de drogues pour des raisons médicales et scientifiques. Il n’a cependant pas été aisé de convaincre les grands pays producteurs de signer la Convention. La Turquie et l’Allemagne, par exemple, les producteurs principaux d’opium et de cocaïne respectivement, se sont montrés réticents à signer cet accord. Ils ont finalement été contraints de l’accepter lorsque la Convention sur l’opium a été incorporée au Traité de Versailles qui a mis

Notes pour l'animateur

Substances « illicites »?

Aucune des substances contrôlées dans le cadre des conventions internationales n'a été cataloguée comme « illicite » en soi – la production et le commerce de ces substances furent soumis à des contrôles strictes afin d'en limiter l'usage à des fins médicales et scientifiques. C'est par conséquent un comportement (c.-à.-d. la production, le commerce et la consommation à des fins non médicales) qui est illicite, plutôt que la substance elle-même. Nous utilisons alors le terme « substances contrôlées » ou « drogues contrôlées » pendant cette formation.

fin à la Première Guerre Mondiale en 1919 : le Traité a été signé par tous les pays belligérants afin de mettre fin aux hostilités. Le système de contrôle international des drogues s'est par la suite largement développé au cours du XX^{ème} siècle et est devenu de plus en plus restrictif.

De nos jours, les **instruments internationaux de contrôle des drogues** consistent en trois conventions qui ont été ratifiées par presque tous les pays du monde. Ces conventions constituent la base des lois et politiques nationales contemporaines en matière de drogues:

La Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (amendée par le Protocole de 1972) a établi le système international de contrôle actuel en rassemblant et en remplaçant tous les anciens accords signés depuis la Convention de La Haye de 1912. La Convention a établi un système universel pour limiter la culture, la production, la distribution, le commerce, la consommation et la possession de stupéfiants pour un usage uniquement médical et scientifique. Cette convention est principalement centrée sur les substances à base de plantes comme l'opium/l'héroïne, la coca/la cocaïne et le cannabis.

La Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes de 1971 a étendu le système international de contrôle à plus de cent substances psychotropes. Cependant, en raison des pressions exercées par les compagnies pharmaceutiques européennes et nord-américaines, les contrôles imposés sur les substances contrôlées sont beaucoup moins strictes que ceux imposés par la Convention unique de 1961.

NB : Les préambules des Conventions de 1961 et de 1971 stipulent que l'objectif fondamental de ces conventions est de protéger « **la santé et le bien-être de l'humanité** ».

La Convention de 1988 contre le Trafic Illicite de Stupéfiants et de Substances Psychotropes a été négociée pour répondre à l'augmentation massive de l'offre et de la demande illicite pour le cannabis, la cocaïne et l'héroïne. La rapide croissance du trafic illégal a alimenté un marché noir valant des milliards de dollars. La Convention de 1988 prévoit la mise en œuvre de mesures spéciales visant à réduire la culture, la production et le trafic de drogues, ainsi que le détournement des précurseurs chimiques. La Convention a par ailleurs fortement renforcé l'obligation des Etats d'appliquer des sanctions pénales à l'échelle nationale. Cependant, cette convention offre aussi une certaine flexibilité permettant aux gouvernements de mettre en place des politiques nationales alternatives. Ces flexibilités seront étudiées dans le [Module 2](#).

Points récapitulatifs

Les Conventions des Nations Unies sur la drogue imposent des contrôles sur plusieurs substances comme la cocaïne, la méthadone, l'oxycodone, le diazepam (plus connu sous le nom de Valium), la morphine et la codéine. Ces substances sont classées dans divers Tableaux, chacun ayant différents systèmes de contrôle. Chaque traité incite, et dans certains cas requiert, l'imposition de sanctions pénales **au niveau national** pour certains types **d'infractions liées à ces drogues**. Les traités ont **deux objectifs principaux**:

- Interdire l'offre et la demande pour les substances contrôlées par les traités pour un usage non-scientifique ou médical, et
- Assurer l'accès à ces substances pour des raisons scientifiques et médicales.

Traditionnellement, c'est surtout le premier aspect (c'est-à-dire l'aspect restrictif) qui a suscité le plus d'intérêt. Les diverses approches adoptées dans ce contexte seront étudiées ultérieurement dans ce Module.

Par ailleurs, si l'on étudie l'ensemble des 110 articles qui traitent de nombreux domaines pouvant avoir un impact sur les droits humains (comme l'extradition, la destruction des cultures et l'imposition de sanctions pénales), les conventions ne font guère référence aux droits humains, excepté les préambules des Conventions de 1961 et de 1971, lesquels prévoient que les traités sont principalement concernés par « la santé et le bien-être de l'humanité ». Nous étudierons cette négligence de façon plus approfondie au cours de cette formation.

MODULE 1

🕒 30 min

Séance 1.4

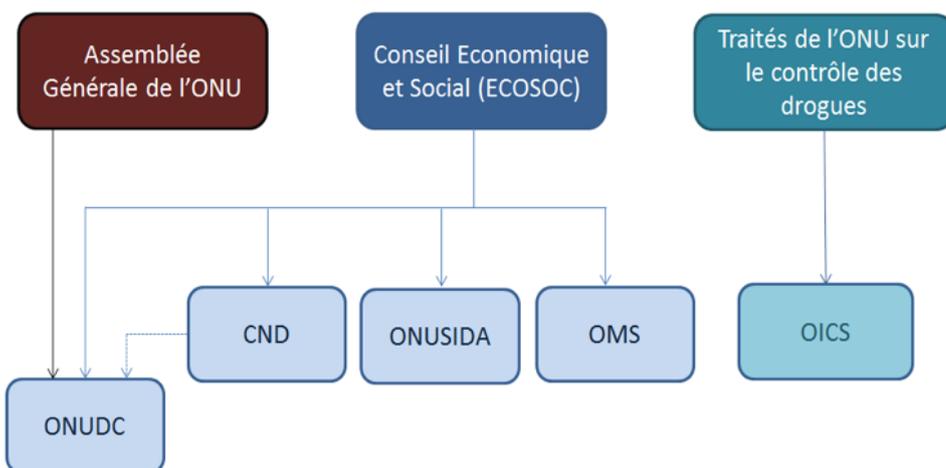
Présentation: Les organes des Nations Unies pour le contrôle des drogues

🎯 **Objectif** – Offrir une vue d'ensemble des organes des Nations Unies responsables du bon fonctionnement du système international de contrôle des drogues

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Avant de commencer votre présentation, demandez aux participants ce qu'ils savent sur les organes des Nations Unies, quels sont leur mandat et quelle peut être l'influence des organisations de la société civile sur ces institutions. L'animateur peut se référer au polycopié « [Les organes de contrôle des drogues des Nations Unies et comment les influencer](#) » pour en savoir plus.
3. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).

✓ Informations à fournir dans cette présentation:

Les organes de contrôle des drogues des Nations Unies¹



Le Conseil Economique et Social (ECOSOC)

L'ECOSOC est l'instance centrale pour les problèmes économiques et sociaux à l'échelle des Nations Unies et peut formuler des recommandations politiques s'adressant aux Etats membres et au système des Nations Unies. La Charte des Nations Unies (le texte fondateur de l'ONU) confie à l'ECOSOC la tâche de traiter les domaines économiques, sociaux, culturels, de santé, etc. à l'échelle internationale. Afin de remplir correctement cette mission, le Conseil a créé plusieurs commissions fonctionnelles, comme la Commission des stupéfiants.

La Commission des Stupéfiants (CND)

La CND est l'organe central d'élaboration des politiques relatives au système de contrôle des drogues des Nations Unies. Elle se réunit chaque année pendant une semaine en mars à Vienne, en Autriche, afin de débattre sur les politiques en matière de drogues et d'adopter des résolutions sur l'évolution du contrôle international des drogues pour l'année à venir. Elle est composée de 53 membres des Nations Unies élus par l'ECOSOC avec une répartition géographique des sièges. La Commission est mandatée par les Conventions de contrôle des drogues pour s'occuper de tous les problèmes et objectifs décrits par ces Conventions. Selon la Résolution 1991/38 de l'ECOSOC, la CND doit guider et surveiller les activités de l'Organe des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC).² Le secrétariat de la CND est situé au sein de la Division des Traités de l'ONUDC. La CND a le dernier mot concernant les propositions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour classer, reclasser ou déclasser une substance psychoactive (bien qu'elle ne puisse qu'accepter ou rejeter une proposition de l'OMS ; pour plus d'information référez-vous à la description de l'OMS ci-dessous).

L'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS)

L'OICS a été créé par l'article 9 de la Convention de 1961 pour surveiller la mise en place des conventions sur le contrôle des drogues. Sa seconde fonction, d'importance équivalente, est d'assurer la disponibilité des drogues pour des recherches à but médical et scientifique. L'OICS est composé de 13 membres élus par l'ECOSOC pour un mandat de cinq ans. Il est basé à Vienne, en Autriche. L'OICS a un secrétariat qui l'assiste dans ses fonctions. Il est le gardien des traités. En tant que tel, il surveille le respect des traités sur la drogue par les Etats membres et peut interroger les gouvernements individuellement s'il juge qu'ils contreviennent aux conventions. Toutefois, il se doit d'approcher les Etats dans un esprit de coopération. Il peut aussi aborder la question auprès de la CND et de l'ECOSOC. En pratique, l'OICS est l'un des organes des Nations Unies le plus conservateur, et il critique régulièrement les Etats qui cherchent à développer des politiques en matière de drogues plus progressives et fondées sur les droits humains et la santé publique.

L'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC)

L'ONUDC est responsable de la coordination des activités internationales de contrôle des drogues et joue le rôle de représentant officiel auprès du public. Il aide les Etats membres à répondre aux défis posés par la consommation illégale de drogues et par les crimes et les délits relatifs à la drogue. Il a été établi à Vienne en 1997, suite à la fusion du Programme de Contrôle des Drogues des Nations Unies et du Centre de Prévention de la Criminalité Internationale. L'ONUDC opère dans toutes les régions du monde à travers un large réseau de bureaux locaux. En plus du contrôle des drogues, l'ONUDC est mandaté pour contrer les menaces à la sécurité telles que le crime organisé ou le terrorisme.

Le programme de l'ONUDC est fondé sur trois piliers :

1. Un travail de recherche et d'analyse sur les problèmes de drogue et de criminalité. Dans ce cadre, l'ONUDC produit des documents tels que le Rapport mondial sur la drogue.
2. Un travail normatif est effectué afin d'aider les Etats membres à ratifier et mettre en œuvre les traités internationaux.
3. Des projets de coopération technique sur le terrain visant à renforcer la capacité des Etats membres à lutter contre la drogue, la criminalité et le terrorisme.

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS est l'agence des Nations Unies spécialisée dans la santé et a été créée en 1948. Son principal objectif est d'assurer que toute personne puisse atteindre le meilleur état de santé possible. La santé est définie comme un état de bien-être complet physique, mental et social et ne se limite donc pas à l'absence de maladie

ou de déficience. L'OMS est le seul organe qui a été créé par les traités et qui a pour mandat aussi bien d'évaluer médicalement et scientifiquement les substances psychoactives que de conseiller les Etats et les Nations Unies sur leur niveau de contrôle. Le Comité d'experts de l'OMS peut recommander de re-classifier une substance entre les quatre Tableaux mis en place par les Conventions de 1961 et de 1971 ou recommander le retrait d'une substance de ces Tableaux. La CND peut adopter ou rejeter les recommandations de l'OMS par vote (la simple majorité suffit pour les substances contrôlées par la Convention de 1961, et la majorité aux 2/3 est requise pour les substances contrôlées par la Convention de 1971) mais elle ne peut pas prendre d'autre décision. Cependant, le Comité d'experts de l'OMS ne peut se réunir régulièrement par manque de financements, entraînant une certaine lenteur dans les évaluations des substances. Par exemple, la cocaïne, la morphine et l'opium n'ont jamais été examinés par l'OMS ou par aucune autre entité depuis 1912, alors que le cannabis et la feuille de coca ont été révisés pour la dernière fois en 1965.

Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

Bien que l'ONUSIDA ne soit pas un organe de contrôle des drogues, il entretient un rapport privilégié avec le problème mondial des drogues. L'ONUDC et l'OMS font partie des commanditaires de l'ONUSIDA. L'ONUDC joue un rôle prépondérant dans le cadre des actions entreprises par l'ONUSIDA pour répondre aux infections de VIH qui affectent les usagers de drogues et les prisonniers. Afin d'obtenir une cohérence dans le système des Nations Unies dans son ensemble, et pour répondre de manière efficace et réaliste à l'épidémie du sida, il est vital que les politiques de contrôle des drogues soient conformes avec les objectifs et le travail de l'ONUSIDA.

1. L'organigramme complet des organes des Nations Unies est disponible ici : http://www.unodc.org/documents/about-unodc/UNODC_Organigramm_16July2013.pdf
2. Pour en savoir plus, veuillez lire: <http://www.unodc.org/unodc/fr/commissions/CND/index.html>

Séance 1.5

Activité: Impact et conséquences des principales approches de contrôle des drogues: « l'arbre des politiques des drogues prohibitionnistes »

 90 min

 **Objectif – Analyser l'efficacité et les conséquences des politiques et des pratiques en matière de drogues qui se fondent sur la prohibition**

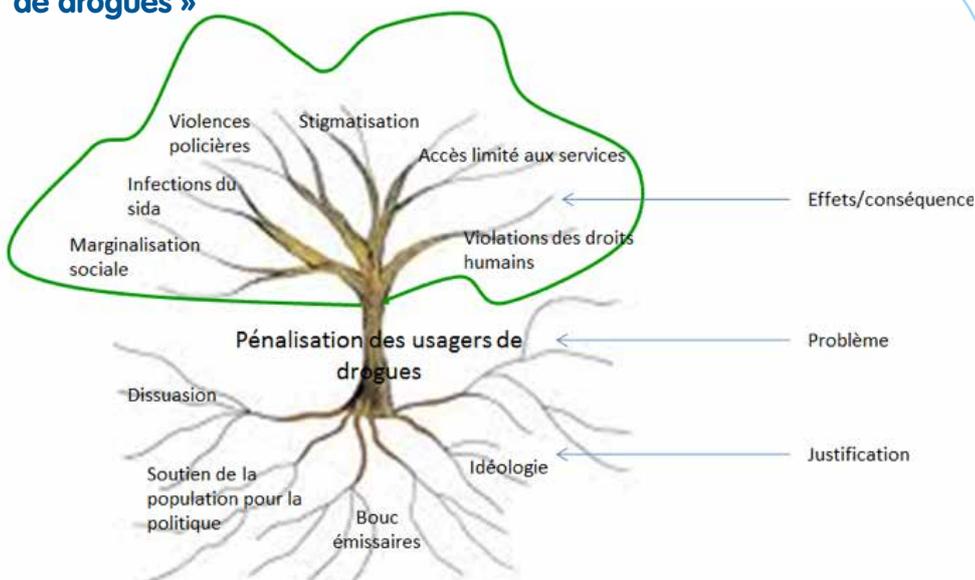
1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de travailler en petits groupes (de 3 à 5 personnes) et de choisir l'une des politiques prohibitives identifiées lors de la séance précédente qui sont les plus pertinentes dans leur contexte local (par exemple l'incarcération/la pénalisation des usagers de drogues, le traitement forcé, une approche de traitement uniquement basée sur l'abstinence, l'imposition de la peine de mort, les peines disproportionnées, des choix d'autres moyens de subsistance mal élaborés, l'éradication des cultures, etc.).
3. Donnez à chaque groupe une feuille mobile et des feutres de couleur.
4. Demandez à chaque groupe de dessiner un tronc d'arbre et d'écrire la **politique** qu'ils ont choisie sur le tronc.
5. Encouragez les participants à identifier les arguments mis en avant pour justifier cette politique. Demandez-leur de dessiner les racines de l'arbre et d'écrire ces justifications le long de celles-ci.
6. Encouragez ensuite les participants à identifier les **principaux effets et conséquences** (souhaités ou non) de ces politiques. Demandez-leur d'écrire chaque conséquence sur les branches de leur arbre puis d'analyser en particulier les conséquences de la politique choisie sur la vie des usagers, des trafiquants ou des producteurs de drogues (c'est-à-dire en termes de stigmatisation, de discrimination, de marginalisation ou de statut social, d'accès aux services sociaux, sanitaires et de moyens de subsistance et d'estime de soi).

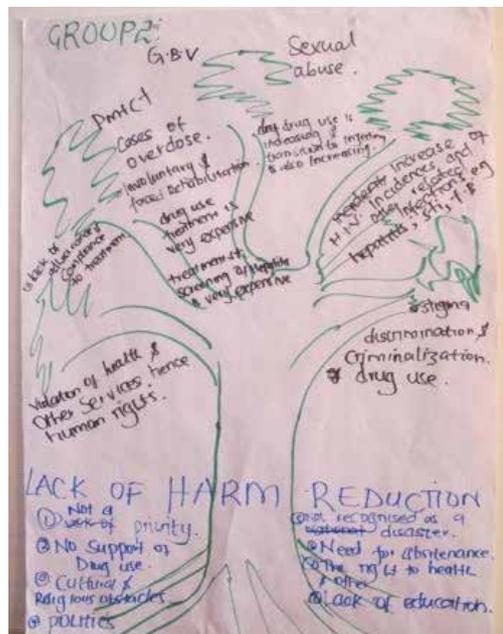
Notes pour l'animateur

Si vous avez peu de temps, il est possible de faire cette activité au même moment que l'[activité 2.2](#) (« L'arbre de politiques équilibrées en matière de drogues ») du Module 2. Dans ce cas, séparez les participants en quatre groupes et demandez à deux groupes de travailler sur l'arbre des politiques prohibitionnistes en matière de drogues et aux deux autres groupes de travailler sur l'arbre des politiques équilibrées en matière de drogues. Lors des discussions, les groupes pourront alors comparer leurs conclusions concernant ce qu'ils considèrent comme étant de bonnes et de mauvaises politiques.

Veillez aussi noter qu'une activité semblable figure aussi dans les Séances 1.5, [2.2](#) et [3.9](#) (« l'exercice de l'arbre »). Afin d'éviter les répétitions, nous recommandons à l'animateur de n'utiliser cet exercice qu'une seule fois pendant la formation.

Exemple « d'arbre des politiques prohibitionnistes en matière de drogues »





Exemple d'un « arbre de politiques prohibitionnistes en matière de drogues » réalisé durant un atelier de plaidoyer pour la société civile organisé à Nairobi, Kenya, en novembre 2012

7. Demandez à chaque groupe de présenter leur arbre aux autres participants en répondant aux questions suivantes : comment les raisons et les effets de la politique choisie sont-ils liés les uns aux autres? La politique a-t-elle eu les effets souhaités? Quels en ont été les bénéfiques ? A-t-elle eu des effets négatifs? Ces effets peuvent-ils être regroupés (ex : risques à la santé publique, violations des droits humains, impact sur le développement) ?
8. En session plénière, demandez aux participants pourquoi, selon eux, ces approches traditionnelles et prohibitives vis-à-vis des drogues sont restées prédominantes au fil des années.
9. Créez un tableau à deux colonnes sur une feuille mobile. Pour chacune des approches choisies, demandez aux participants d'expliquer la logique des gouvernements justifiant leur soutien pour ces approches et quels en sont les avantages. Ajoutez-les dans la première colonne intitulée « avantages ».
10. Demandez ensuite aux participants de considérer les conséquences négatives ou les désavantages de chaque approche. Ajoutez les dans la seconde colonne intitulée « désavantages ».
11. Résumez brièvement la présentation ci-dessous (qui donnera les lignes directrices pour les prochaines séances).



Exemples pouvant être donnés par les participants

Avantages

- Facilement mesurable (ex: nombre d'arrestations effectuées, individus incarcérés, saisie de stupéfiants)
- Présenter des images médiatiques attirantes et dissiper les inquiétudes du public
- Présenter une réponse visible à un problème complexe et souvent caché
- La supposition que si les gouvernements ne suivent pas cette ligne dure, ils seront critiqués par d'autres Etats et organisations des Nations Unies

Désavantages

- Coûts importants de la détention
- Violations des obligations internationales relatives aux droits humains
- Manque de preuves concernant l'efficacité des programmes de prévention de l'usage de drogues
- Corruption
- Difficultés liées au contrôle des frontières
- Impact sur l'environnement
- Augmentation de la transmission des virus par voie sanguine
- Augmentation de la criminalité organisée

Informations à fournir dans cette présentation:

Le système international de contrôle des drogues actuel est confronté à deux problèmes principaux. Premièrement, quand la Convention de 1961 a été adoptée il y a plus de 50 ans, et lorsque le Président Nixon a poussé le gouvernement américain à entamer sa guerre contre la drogue il y a plus de 40 ans, les responsables politiques pensaient que les interventions de maintien de l'ordre contre les individus impliqués dans la production, la distribution et la consommation de drogues conduiraient à une diminution des marchés de drogues comme l'héroïne, la cocaïne, le cannabis. Cela conduirait au final à un « monde sans drogue ».

En pratique, **les marchés des drogues** (largement contrôlés par la criminalité organisée) **ont pris une ampleur spectaculaire** pendant cette période. Bien que des estimations précises de la consommation mondiale au cours de ces 50 dernières années ne soient pas disponibles, une analyse des 10 dernières années a montré que le marché des drogues ne faisait que s'étendre davantage.

Deuxièmement, le régime actuel a produit un certain nombre de **conséquences négatives**. L'échec de la « guerre contre la drogue » est aujourd'hui largement reconnu. Cette conclusion est dorénavant mise en avant par de nombreux commentateurs, en particulier la Commission Mondiale pour les Politique des Drogues¹ et la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues². Le rapport 2014 de la Commission Ouest-Africaine « Pas seulement une zone de transit : drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest », déclare que :

Nous avons conclu que l'usage de drogues doit être considéré en premier lieu comme un problème de santé publique. Les usagers de drogues ont besoin d'aide et non d'une sanction.

Nous pensons que la consommation et la possession de drogues à usage personnel ne devraient pas être criminalisées. L'expérience démontre que la criminalisation de l'usage de drogues ne fait qu'accroître les problèmes sanitaires et sociaux, met le système judiciaire sous pression et incite à la corruption.

Nous exécutons les trafiquants et leurs complices, qui doivent être sévèrement réprimés. Mais la loi ne doit pas s'appliquer de manière disproportionnée aux pauvres, aux personnes sans éducation et aux vulnérables, alors que les tout-puissants et les personnes bien connectées passent inaperçues.

Nous mettons en garde l'Afrique de l'Ouest afin que la région ne devienne pas la nouvelle ligne de front de la « guerre contre la drogue », qui n'a ni réussi à réduire la consommation de drogues ni à mettre fin au commerce des trafiquants.³

Selon les Nations Unies elles-mêmes, les conséquences « inattendues » du système international de contrôle des drogues comprennent :

- Un marché noir criminel énorme et prospère.
- Le détournement des financements et de l'attention vers le maintien de l'ordre au détriment de la santé publique.
- Un « effet ballon » qui signifie que des mesures de contrôle plus sévères dans un endroit font augmenter la production, le trafic ou l'usage de drogues dans un autre.
- Le « déplacement des substances » qui fait que le contrôle des drogues peut encourager les individus à passer d'une drogue à une autre, qui peut être plus dangereuse.
- La perception répandue que les usagers de drogues sont des criminels, ce qui entraîne leur exclusion sociale, la violation de leurs droits humains et leur marginalisation⁴.

- De plus, les politiques en matière de drogues ont politisé le problème, ce qui permet aux réseaux de crime organisé d'exercer une influence excessive sur la sphère politique – entraînant la corruption des fonctionnaires, en particulier au sein du système de justice pénale.

Troisièmement, ce régime est totalement **obsolète**. La Convention de 1961 a désormais plus de 50 ans, datant d'avant l'apparition de l'épidémie du sida, d'Internet et de nombreuses caractéristiques des marchés modernes des drogues. Ces dernières années, le système n'a pas été capable de s'adapter aux nouvelles réalités sociales et sanitaires.

La Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues, la Commission Ouest-Africaine, ainsi qu'un certain nombre d'acteurs politiques internationaux, promeuvent:

- L'ouverture d'un débat reconnaissant les échecs des politiques prohibitionnistes actuelles, et analysant les alternatives disponibles permettant de différencier les risques causés par les différentes drogues et de reconnaître les droits humains des usagers de drogues
- La réduction des risques causés par les stratégies prohibitionnistes
- Le développement d'un nouveau paradigme qui traite la consommation de drogues comme un problème de santé publique, qui cherche à réduire la consommation grâce à de meilleurs programmes d'information, d'éducation et de prévention, et qui se concentre sur la répression de la criminalité organisée plutôt que sur les usagers de drogue et les paysans producteurs les plus pauvres
- L'ouverture d'un débat public plus large, comprenant la participation des organisations de la société civile, qui considérerait les lacunes des politiques actuelles et envisagerait des alternatives viables.

Le système mondial de contrôle des drogues est également remis en question par un certain nombre de fonctionnaires gouvernementaux. En Amérique latine, par exemple, un appel urgent pour réformer les politiques en matière de drogues a été émis par le Mexique, le Guatemala et la Colombie, conduisant à l'organisation d'une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS, en Anglais) en 2016, dédiée intégralement à la question des drogues, afin de revoir les stratégies actuelles.

1. Pour accéder aux rapports de la Commission Mondiale pour la Politique des Drogues, veuillez consulter: <http://www.globalcommissionondrugs.org/>
2. Pour accéder aux rapports de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues, Veuillez consulter: <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/>
3. West Africa Commission on Drugs (2013), *Not just in transit: Drugs, the State and Society in West Africa*, http://www.wacommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2013/04/WACD_report_June_2014_english.pdf
4. Costa, Antonio Maria (7 May 2008), *Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS decade – Report by the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime as a contribution to the review of the twentieth special session of the General Assembly*, E/CN.7/2008/CRP.17, http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_E.pdf

Séance 1.6

Extrait de film: Impact les drogues posent problème en Afrique de l'Ouest



20 min



Objectif – Montrer un film de 2014 de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues qui résume le problème lié aux drogues dans la région et le besoin de revoir et d'évaluer les politiques en matière de drogues

1. Présentez l'objectif de la séance et expliquez que ce film a été réalisé par la Commission Ouest Africaine sur les Drogues en 2014 afin de mettre en avant certaines des conséquences désastreuses de la politique actuelle des drogues et proposer des solutions pour la voie à suivre.
2. Donnez aux participants quelques questions sur lesquelles ils pourront méditer pendant qu'ils regarderont le film, afin d'orienter les discussions. Par exemple, vous pourriez demander aux participants de réfléchir aux arguments principaux présentés dans le film, ou encore quels faits ou arguments ont été les plus frappants et pourquoi.
3. Donnez un moment aux participants pour qu'ils puissent parler du film (et plus particulièrement pour aborder les questions qui ont été soulevées après le visionnage du film et qui n'ont pas encore été abordées au cours de la formation) **mais** orientez les discussions vers les solutions proposées, en expliquant qu'elles seront étudiées dans les séances suivantes.
4. L'extrait du film est disponible ici:

<https://www.youtube.com/watch?v=c5dz9d22NGw> (en Anglais)

<https://www.youtube.com/watch?v=hZXaB0m6a20> (en Français)

Dans les zones où la connexion Internet est lente et intermittente, il est hautement recommandé de télécharger le film avant la séance afin qu'il soit prêt à être visionné sur l'ordinateur.

Sinon, la vidéo peut être téléchargée ici: <http://vimeopro.com/afpser-vices/b-rolls-wacd/video/97953664>, et sauvegardée sur le disque dur sans avoir besoin d'Internet.



Notes pour l'animateur

Ce film dure à peine plus d'une minute et peut être montré plus tôt dans ce module, ou plus tard dans la formation selon les préférences de l'animateur.



Notes pour l'animateur

Si le temps le permet, d'autres films peuvent être montrés aux participants, y compris:

- Commission Ouest-Africaine sur les Drogues – « Les drogues posent problème en Afrique de l'Ouest » (film plus long) (https://www.youtube.com/watch?v=gMPqm3IE_GE)
- Open Society Foundations – « Politiques internationales en matière de drogues » : Rapport animé de 2009" (<http://www.youtube.com/watch?v=Do-RCrOrkpY>)

Polycopié: Les conventions des Nations Unies sur les drogues

La Convention de 1961 sur les stupéfiants (amendée par le Protocole de 1972)

Elle a établi le système international actuel de contrôle des drogues en rassemblant et en remplaçant tous les anciens accords signés depuis la Convention de La Haye de 1912. La Convention a mis en place un système universel pour limiter la culture, la production, la distribution, le commerce, la consommation et la possession de stupéfiants pour un usage uniquement médical et scientifique. Cette convention est principalement centrée sur les substances à base de plantes comme l'opium/l'héroïne, la coca/la cocaïne et le cannabis. Il est important d'indiquer que l'expression « à usage médical et scientifique » n'est pas définie dans la Convention, mais implique que le seul « véritable » système de santé reconnu à l'époque était le système médical occidental moderne.

Au moment de son adoption, cette convention contenait aussi de nouvelles dispositions établissant :

- Un système de prohibition plus rigide
- Des contrôles étendus incluant la culture de plantes desquelles les substances contrôlées sont dérivées (ceci a eu un impact direct sur les Etats qui produisaient traditionnellement des plantes telles que le pavot à opium, le cannabis et la coca)
- Une interdiction des pratiques traditionnelles telles que l'usage médicinal des trois plantes. Cet usage était défini comme étant une pratique « quasi-médicale » devant totalement disparaître après une échéance fixée dans le traité. La consommation traditionnelle d'opium¹ devait être éliminée sur une période de 15 ans, celle de la coca et du cannabis à l'expiration d'une période de 25 ans.
- La classification d'une centaine de substances sous différents niveaux de contrôle en les répartissant dans quatre Tableaux selon leur niveau présumé de dangerosité. Le cannabis apparaît sur la liste des substances les plus dangereuses – un fait de plus en plus controversé.

La Convention de 1971 sur les substances psychotropes

La Convention a étendu le système international de contrôle à plus de cent substances psychotropes. Cependant, en raison des pressions exercées par les compagnies pharmaceutiques européennes et nord-américaines, les contrôles imposés sur les substances contrôlées sont beaucoup moins strictes que ceux imposés par la Convention unique de 1961.

Le traité impose des contrôles beaucoup plus poussés sur les hallucinogènes « consommés dans la rue » que sur les produits pharmaceutiques. Ce déséquilibre reflète la position des Etats ayant des intérêts pharmaceutiques importants (tels que les Etats-Unis, le Royaume-Uni, le Canada, l'Allemagne, la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique, l'Autriche et le Danemark).

Note: Les préambules des Conventions de 1961 et de 1971 prévoient que l'objectif fondamental de ces conventions est de protéger « la santé et le bien-être de l'humanité ».

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

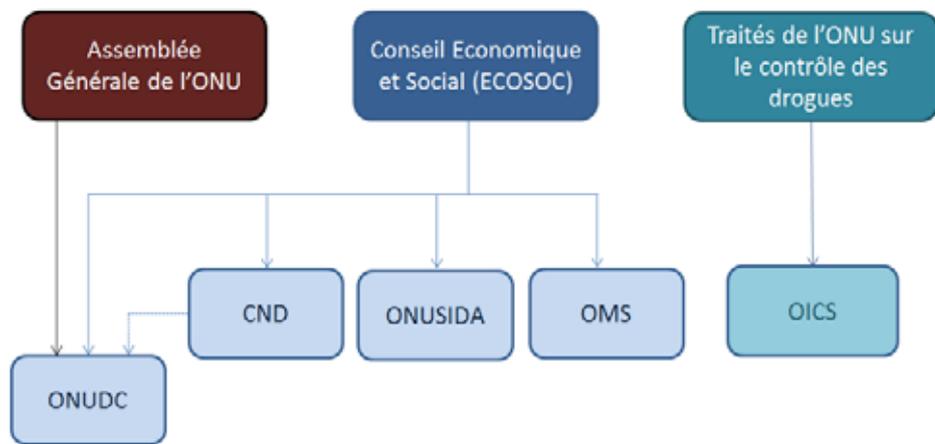
Cette dernière convention a été négociée pour répondre à l'augmentation massive de l'offre et de la demande pour le cannabis, la cocaïne et l'héroïne. La demande illicite pour ces substances a largement augmenté dans les pays occidentaux pendant les années 1970 et 1980, entraînant une production à grande échelle dans les pays producteurs. Avant l'adoption de la Convention de 1961, la demande pour usage non-médical était partiellement satisfaite grâce au détournement des substances provenant de la production licite et partiellement grâce à la production illégale de ces substances. Dans les années 1980, les groupes criminels organisés ont mis sur pied une industrie mondiale pour gérer l'offre illégale.

La rapide croissance du trafic illégal a alimenté un marché noir valant des milliards de dollars. Ce développement a amené la communauté internationale à négocier la Convention de 1988. Celle-ci prévoit une mise en œuvre de mesures spéciales pour réduire les cultures, la production et le trafic de drogues, ainsi que le détournement des précurseurs chimiques. Le traité inclut également des dispositions relatives à une assistance juridique mutuelle, en particulier des mesures d'extradition pour les infractions liées à la drogue et des mécanismes pour combattre le blanchiment d'argent.

La Convention a fortement renforcé l'obligation des Etats d'appliquer des sanctions pénales à l'échelle nationale afin de combattre tous les aspects relatifs à la production, la possession et le trafic de drogues. Il s'agit sans doute du traité le plus contraignant et le plus punitif des trois conventions sur la drogue. Cette convention offre néanmoins une certaine flexibilité permettant aux gouvernements de mettre en place des politiques nationales alternatives telles que la dépénalisation et des alternatives à l'emprisonnement.

1. « Si, à cette époque, les pays producteurs d'opium avaient été aussi préoccupés par l'alcool que les pays occidentaux l'étaient pour l'opium, nous aurions peut-être eu une convention internationale sur l'alcool », a fait remarquer l'ex-Président de l'agence de l'OMS sur la production des médicaments addictifs (traduction non-officielle)

Polycopié: Les organes de contrôle des drogues des Nations Unies et comment les influencer



Le Conseil Economique et Social (ECOSOC)

L'ECOSOC est l'instance centrale chargée des problèmes économiques et sociaux à l'échelle des Nations Unies et peut formuler des recommandations politiques s'adressant aux Etats membres et au système des Nations Unies. La Charte des Nations Unies (le texte fondateur de l'ONU) confie à l'ECOSOC la tâche de traiter des domaines économiques, sociaux, culturels, de santé, etc. à l'échelle internationale. Afin de remplir correctement sa mission, le Conseil a créé plusieurs commissions fonctionnelles, telle que la Commission des stupéfiants.

Les possibilités d'engagement des organisations de la société civile : l'ECOSOC peut offrir un « statut consultatif » aux ONG qui travaillent sur les problèmes de drogue.¹ Ce statut leur octroie le droit d'accéder à certaines institutions et à des événements pertinents au système international de contrôle des drogues. Ceux-ci sont illustrés ci-dessous.

La Commission des Stupéfiants (CND)

La CND est l'organe central d'élaboration des politiques relatives au système de contrôle des drogues des Nations Unies. Elle se réunit chaque année pendant une semaine en Mars à Vienne, en Autriche, afin de discuter des politiques des drogues et d'adopter des résolutions sur l'évolution du contrôle international des drogues pour l'année à venir. Elle est composée de 53 membres des Nations Unies élus par l'ECOSOC en prenant en considération une répartition géographique des sièges. La Commission est mandatée par les Conventions de contrôle des drogues pour s'occuper de tous les problèmes et objectifs décrits par ces Conventions. Selon la Résolution 1991/38 de l'ECOSOC, la CND doit guider et surveiller les activités de l'Organe des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDD).² Le secrétariat de la CND est situé dans la Division des Affaires sur les Traités de l'ONUDD. La CND a le dernier mot concernant les propositions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour classer, reclasser ou déclasser une substance psychoactive des Tableaux (bien qu'elle ne puisse qu'accepter ou rejeter la proposition de l'OMS ; pour plus d'information référez-vous à la description de l'OMS ci-dessous).

Les possibilités d'engagement des organisations de la société civile : Selon la Charte des Nations Unies (article 71), la CND a pour mandat de faciliter la participation des ONG et de la société civile dans son travail. Il existe des dispositions formelles pour les ONG qui ont le statut consultatif de l'ECOSOC leur permettant d'assister à la CND comme observateurs. Lors de l'Assemblée plénière de la CND, un petit nombre de représentants d'ONG a pu faire des déclarations. Cependant, les séances informelles au cours desquelles les Etats membres se retrouvent afin de négocier les textes des résolutions restent inaccessibles pour les organisations de la société civile.

Les ONG peuvent avoir davantage d'influence en parlant directement à leurs propres délégations gouvernementales à la CND à la sortie des salles de réunion. Parfois, les représentants d'ONG peuvent même être invités à faire partie des délégations gouvernementales, mais cela dépend fortement du bon vouloir des gouvernements. Dans tous les cas, vu que les Etats membres sont les mieux placés pour effectuer des changements politiques au sein de la CND, les activités de plaidoyer visant les délégations nationales sont un outil efficace pour promouvoir une réforme politique en matière de drogues.

L'organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS)

L'OICS a été créé par l'article 9 de la Convention de 1961 pour surveiller la mise en place des conventions sur le contrôle des drogues. Sa seconde fonction, d'importance équivalente, est d'assurer la disponibilité des drogues pour des recherches à but médical et scientifique. L'OICS est composé de 13 membres élus par l'ECOSOC pour un mandat de cinq ans. Il est basé à Vienne, en Autriche. L'OICS a un secrétariat qui l'assiste dans ses fonctions. Il est le « gardien des traités ». En tant que tel, il surveille le respect des traités sur le contrôle des drogues par les Etats membres et peut interroger les gouvernements, de façon individuelle, s'il juge qu'ils contreviennent aux conventions. Toutefois, il se doit d'approcher les Etats dans un esprit de coopération. Il peut aussi aborder la question auprès de la CND et l'ECOSOC. En pratique, l'OICS est l'un des organes des Nations Unies sur la drogue le plus conservateur et il critique régulièrement les Etats qui cherchent à développer des politiques des drogues plus progressives et fondées sur les droits humains et la santé publique.

Les possibilités d'engagement des organisations de la société civile : L'OICS ne s'est traditionnellement pas montré réceptif à la participation de la société civile, faisant valoir la « nécessité de protéger les informations sur la drogue. Cependant, face aux nombreuses critiques des ONG travaillant dans le domaine de la drogue et à la suite de négociations entre l'OICS et le Comité des ONG de Vienne sur la Drogue (VNGOC – voir ci-dessous pour plus d'informations), l'OICS a récemment fait quelques compromis ; en particulier, la possibilité pour les ONG de rencontrer les délégations de l'OICS lors de leurs visites dans les pays membres de l'ONU (chaque année, un certain nombre de visites sont organisées par l'OICS dans divers Etats). Au niveau international, chaque année le Président de l'OICS rencontre désormais les ONG lors d'un dialogue informel organisé dans le cadre de la CND.

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)

L'ONUDC est responsable de la coordination des activités internationales de contrôle des drogues et joue le rôle de représentant officiel auprès du public. Il assiste les Etats membres à répondre aux défis posés par la consommation de drogues et par les crimes et délits liés à la drogue. Il a été établi à Vienne en 1997 suite à la fusion du Programme de Contrôle des Drogues des Nations Unies et du Centre de Prévention de la Criminalité Internationale. L'ONUDC opère dans toutes les régions du monde à travers un large réseau de bureaux locaux. En plus du contrôle des drogues, l'ONUDC est mandaté pour contrer les menaces à la sécurité telles que le crime organisé ou le terrorisme.

Le programme de l'ONUDC est fondé sur trois piliers :

- Un travail de recherche et d'analyse sur les problèmes de drogue et de criminalité. Dans ce cadre, l'ONUDC produit des documents tels que le Rapport mondial sur la drogue
- Un travail normatif pour assister les Etats membres à ratifier et mettre en œuvre les traités internationaux

- Des projets de coopération technique sur le terrain visant à renforcer la capacité des Etats membres à lutter contre la drogue, la criminalité et le terrorisme.

Les possibilités d'engagement des organisations de la société civile : Le premier mécanisme de participation de la société civile avec l'ONUDC et les autres organes internationaux de contrôle des drogues est le VNGOC. Constitué en 1983, le VNGOC a un conseil de sept dirigeants, et est constitué d'ONG internationales, nationales et locales. Le VNGOC diffuse des informations sur les activités des ONG, construit des partenariats entre les ONG et les organisations gouvernementales et améliore la participation de la société civile dans la formulation et le développement des politiques internationales en matière de drogues. « Après 2008 » (*Beyond 2008*), une initiative du VNGOC en partenariat avec l'ONUDC, avait été mise en place afin de créer une plateforme pour la société civile, lui permettant de contribuer à la révision de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la drogue de 1998 à 2008. Toute ONG peut envoyer une demande pour devenir membre du VNGOC ; les informations sont disponibles sur le site internet du VNGOC.³ L'ONUDC a par ailleurs mis en place une « Equipe sur la société civile » chargée de coordonner les efforts de collaboration avec les ONG. Enfin, l'ONUDC est directement engagé dans des consultations informelles avec un certain nombre d'ONG, dont l'IDPC.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS est l'agence des Nations Unies spécialisée dans la santé et a été créée en 1948. Son principal objectif est d'assurer que toute personne puisse atteindre le meilleur état de santé possible. La santé est définie comme un état de bien-être complet physique, mental et social et ne se limite donc pas à l'absence de maladie. L'OMS est le seul organe créé par les traités qui a pour mandat aussi bien d'évaluer médicalement et scientifiquement les substances psychoactives que de conseiller les Etats et les Nations Unies sur leur niveau de contrôle. Le Comité d'experts de l'OMS peut recommander de re-classifier une substance entre les quatre Tableaux mis en place par les Conventions de 1961 et de 1971 ou recommander le retrait d'une substance de ces Tableaux. La CND peut adopter ou rejeter les recommandations de l'OMS par vote (la simple majorité suffit pour les substances contrôlées par la Convention de 1961, et la majorité aux 2/3 est requise pour les substances contrôlées par la Convention de 1971) mais elle ne peut pas prendre d'autre décision. Cependant, le Comité d'experts de l'OMS ne peut se réunir régulièrement par manque de financements, entraînant une certaine lenteur dans les évaluations de substances. Par exemple, la cocaïne, la morphine et l'opium n'ont jamais été examinés par l'OMS ou par aucune autre entité depuis 1912, alors que le cannabis et la feuille de coca ont été révisés pour la dernière fois en 1965.

Les possibilités d'engagement des organisations de la société civile : L'importance de la participation de la société civile est ancrée dans la Constitution de l'OMS. Un certain nombre d'ONG travaillant dans le domaine de la santé publique ont une relation formelle avec l'OMS et sont autorisées à intervenir lors de réunions gouvernementales. Aucune ONG travaillant sur les politiques des drogues ne bénéficie actuellement de telles relations, cependant de nombreuses ONG impliquées dans la réduction des risques par exemple sont engagées dans un dialogue informel avec l'OMS. En 2001, l'Initiative de la Société Civile a été créée afin d'examiner le statut de participation de la société civile au sein de cet organe. L'Initiative a conclu qu'une nouvelle politique était nécessaire pour guider les relations de l'OMS avec la société civile. Celle-ci doit être approuvée par le Conseil d'administration de l'OMS.

1. Pour plus d'informations, consultez le site internet de l'ECOSOC: <http://csonet.org/>
2. Pour en savoir plus, veuillez lire: <http://www.unodc.org/unodc/fr/commissions/CND/index.html>
3. Pour plus d'informations, consultez le site du comité de Vienne des ONG sur les drogues: http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=7&id_cnt=26

Polycopié: Lutte contre la drogue et violations des droits humains

Le tableau ci-dessous, issu du [Guide sur les politiques des drogues](#) de l'IDPC, souligne les exemples de violations des droits humains causées par le système actuel de contrôle des drogues. Si vous souhaitez en savoir plus, veuillez lire :

- Harm Reduction International (2011), *Le système des droits humains des Nations Unies et le plaidoyer en matière de réduction des risques: Un guide de formation pour les organisations de la société civile*, http://www.ihra.net/files/2011/03/29/IHRA_Training_Pack_Final.pdf
- Kaplan, K. (2009), *Documentation et plaidoyer en matière de droits humains: Un guide pour les organisations d'usagers de drogues* (New York: Open Society Institute Public Health Program), http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/hr-doc_20090218.pdf

Droit humain	Convention international des droits humains	Violations au nom de la lutte contre la drogue
Le droit à la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Article 4 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 • Article 6 du Pacte international relative aux droits civils et politiques, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> • Application de la peine de mort pour des offenses relatives aux drogues¹ • Exécutions extrajudiciaires par des agences de maintien de l'ordre²
Le droit de ne pas être soumis à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants	<ul style="list-style-type: none"> • Article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 • Article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966 • Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1975 • Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1984 	<ul style="list-style-type: none"> • Application de la peine de mort pour des offenses relatives aux drogues³ • Exécutions extrajudiciaires par des agences de maintien de l'ordre⁴
Le droit de ne pas être soumis à l'esclavage	<ul style="list-style-type: none"> • Article 4 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 • Article 8 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> • Recours au travail forcé au nom du traitement de la dépendance à la drogue⁵
Le droit à la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1944 • Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 • Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès restreint aux médicaments essentiels au soulagement de la douleur⁶ • Accès restreint à la prévention, au traitement et aux soins relatifs au sida et à la dépendance à la drogue
Les droits économiques et sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Article 22 (et suivants) de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 • Articles 6 et 7 (et suivants) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes d'éradication forcée des cultures destinées aux marchés illégaux, laissant les agriculteurs sans moyens de subsistance⁷

Droit human	Convention international des droits humains	Violations au nom de la lutte contre la drogue
Le droit à ne subir aucune forme de discrimination	<ul style="list-style-type: none"> Article 7 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948 Article 26 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966 Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale, 1965 Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979 	<ul style="list-style-type: none"> Application discriminatoire des lois de contrôle des drogues, particulièrement envers les personnes appartenant à des minorités ethniques,⁸ les populations autochtones, les jeunes ou les femmes⁹
Le droit à la vie privée	<ul style="list-style-type: none"> Article 12 de la Déclaration universelle des droits de l'homme 	<ul style="list-style-type: none"> Interpellations et fouilles de personnes, y compris d'enfants, soupçonnées de transporter des drogues Le partage avec la police d'informations médicales confidentielles sur une personne sous traitement contre la dépendance aux drogues
Le droit d'être protégé de l'usage de drogues contrôlées	<ul style="list-style-type: none"> Article 33 de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> Refus de fournir aux jeunes des services de réduction des risques⁸

References

- En 2010, 33 pays appliquaient encore la peine de mort pour les délits relatifs à la drogue: Harm Reduction International (2010), *Complicity or abolition? The death penalty and international support for drug enforcement* (Londres: Harm Reduction International), http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_DeathPenaltyReport_2.pdf
- Haugaard, L. & Nicholls, K. (Décembre 2010), *Breaking the silence: in search of Colombia's disappeared* (Washington DC: Latin America Working Group Education Fund & US Office on Colombia), <http://lawg.org/storage/documents/Colombia/BreakingTheSilence.pdf>
- En 2010, 33 pays appliquaient encore la peine de mort pour les délits relatifs à la drogue: Harm Reduction International (2010), *Complicity or abolition? The death penalty and international support for drug enforcement* (Londres: Harm Reduction International), http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_DeathPenaltyReport_2.pdf
- Open Society Foundations (Juin 2011), *Treatment or torture? Applying international human rights standards to drug detention centers* (New York: International Harm Reduction Program, Open Society Foundations), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Treatment-or-torture.pdf>; Nowak, M. (Février 2010), *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, (A.G. de l'ONU, A/HRC/13/39/Add.5), http://idpc.net/sites/default/files/library/A.HRC_13.39.Add_5_en.pdf; Wolfe, D. & Saucier, R. (Mai 2010), 'In rehabilitation's name? Ending institutionalised cruelty and degrading treatment of people who use drugs', *International Journal of Drug Policy*, **21**(3): 145-148, <http://www.ijdp.org/article/PIIS0955395910000095/abstract?rss=yes>
- Human Rights Watch (Janvier 2010), *'Where darkness knows no limits' – incarceration, ill-treatment, and forced labor as drug rehabilitation in China* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits-0>
- L'OMS estime qu'environ 80% de la population mondiale n'ont pas accès, ou ont un accès limité, aux programmes de traitement pour des douleurs modérés ou sévères. Voir : Organisation Mondiale de la Santé, Programme d'Accès aux Médicaments Contrôlés (2008), *Improving access to medications controlled under international drug conventions* (Genève: Organisation Mondiale de la Santé), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_brnote_english.pdf
- Mansfield, D. (2011), *Assessing supply-side policy and practice: Eradication and alternative development* (Genève: Commission Mondiale sur la Politique des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/crop-eradication-and-alternative-development.pdf>
- Par exemple aux Etats-Unis, les Afro-Américains sont dix fois plus susceptibles d'aller en prison pour des délits relatifs à la drogue que les blancs: Human Rights Watch (2008), *Targeting blacks: drug law enforcement and race in the United States* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/en/node/62236/section/1>
- Harm Reduction International & Youth RISE, *Drugs, Harm Reduction and the UN Convention on the Rights of the Child: Common themes and universal rights*, <http://www.ihra.net/child-rights>

Polycopié: Ressources / Lecture approfondie

Version intégrale des trois traités des Nations Unies en matière de contrôle des drogues

La Convention unique sur les stupéfiants de 1961, modifiée par le protocole de 1972 :

http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf

La Convention sur les substances psychotropes de 1971 : http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf

La Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, 1988 : http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf

Discussions et analyses du système international de contrôle des drogues

Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, Etat et Société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>

Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2014), *Prendre le Contrôle: sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2013), *L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique: l'épidémie cache d'hépatite C*. <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

International Drug Policy Consortium (2012) *Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues (2nd Edition)*, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition>

Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2012), *La guerre aux drogues face au VIH/sida: comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale*, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

Organisation des Etats Américains (2012), *Scenarios for the drug problem in the Americas 2013 – 2025*, www.oas.org/documents/eng/press/Scenarios_Report.PDF

Bewley Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *The UN drug control conventions: The limits of latitude* (Consortium International sur les Politiques des Drogues & Transnational Institute), <http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>

Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2011), *La guerre contre la drogue: Rapport de la Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

Jelsma, M. (2011), *The development of international drug control: Lessons learned and strategic challenges for the future*, <http://www.druglawreform.info/en/publications/legislative-reform-series-/item/1158-the-development-of-international-drug-control>

Notes:



MODULE 2



Des politiques des drogues équilibrées et efficaces – que doit-on réformer?



But du Module 2

Présenter les principes d'une politique des drogues équilibrée et efficace, fondée sur la santé, les droits humains et l'inclusion sociale.



Objectifs d'apprentissage

Les participants pourront comprendre les principes de politiques économiques, fondées sur des preuves scientifiques, les droits humains, le développement et la santé et identifieront et discuteront des obstacles clés pouvant entraver à la mise en œuvre de ces principes.



Introduction

Dans le Module 1, nous avons conclu que sous le système de contrôle des drogues actuellement mis en œuvre à travers le monde, l'envergure des marchés de la drogue et le niveau de consommation n'avaient pas diminué et que les politiques prohibitionnistes entraînaient des violations des droits humains et des conséquences négatives sévères. Sur la base de ces observations, il est donc nécessaire de repenser les objectifs d'une politique des drogues équilibrée et efficace. Ce module explorera les objectifs et les principes d'une politique des drogues équilibrée et efficace, ainsi que les possibilités de réforme.

SÉANCE 2.1:

Activité: Les objectifs d'une politique des drogues équilibrée et efficace

SÉANCE 2.2:

Activité: « L'arbre d'une politique des drogues équilibrée »

SÉANCE 2.3:

Présentation interactive: Principes directeurs d'une politique des drogues efficace

SÉANCE 2.4:

Activité: Éléments clés d'une politique des drogues équilibrée

SÉANCE 2.5:

Présentation: Recommandations de la Commission Ouest Africaine de Drogues

SÉANCE 2.6:

Présentation: Flexibilités au sein des conventions de l'ONU sur la drogue – Ce qui est autorisé dans le cadre du système international de contrôle des drogues

MODULE 2



15 min

Séance 2.1

Activité: Les objectifs d'une politique des drogues équilibrée et efficace



Objectif – Analyser ce que les participants considèrent comme étant les objectifs de haut-niveau d'une politique des drogues plus équilibrée et efficace

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de travailler à deux pendant cinq minutes et d'identifier cinq objectifs qui pourraient être réalisés par des politiques des drogues équilibrées et efficaces.
3. Demandez à chaque groupe de donner l'un des objectifs identifiés pendant leur discussion et écrivez-le sur une fiche mobile. Pour chaque objectif, demandez aux autres groupes s'ils ont identifié un objectif similaire (cela peut être fait à main levée) et faites une note à côté des objectifs mentionnés plusieurs fois par les participants.
4. Répétez ce processus jusqu'à ce que tous les objectifs soient épuisés, ou jusqu'à ce que le temps disponible pour cette activité soit écoulé.



Exemples pouvant être donnés par les participants

- Protéger la santé
- Protéger les droits de l'homme
- Prévenir les discriminations
- Promouvoir le développement socio-économique
- Assurer l'intégration sociale des groupes marginalisés
- Améliorer la sécurité citadine
- Assurer un accès équitable au système de justice
- Etc.

Séance 2.2

Activité: « L'arbre d'une politiques des drogues équilibrée »

 60 min

 **Objectif - Analyser les effets positifs et les obstacles potentiels au développement et à la mise en œuvre de politiques efficaces et équilibrées en matière de drogues**

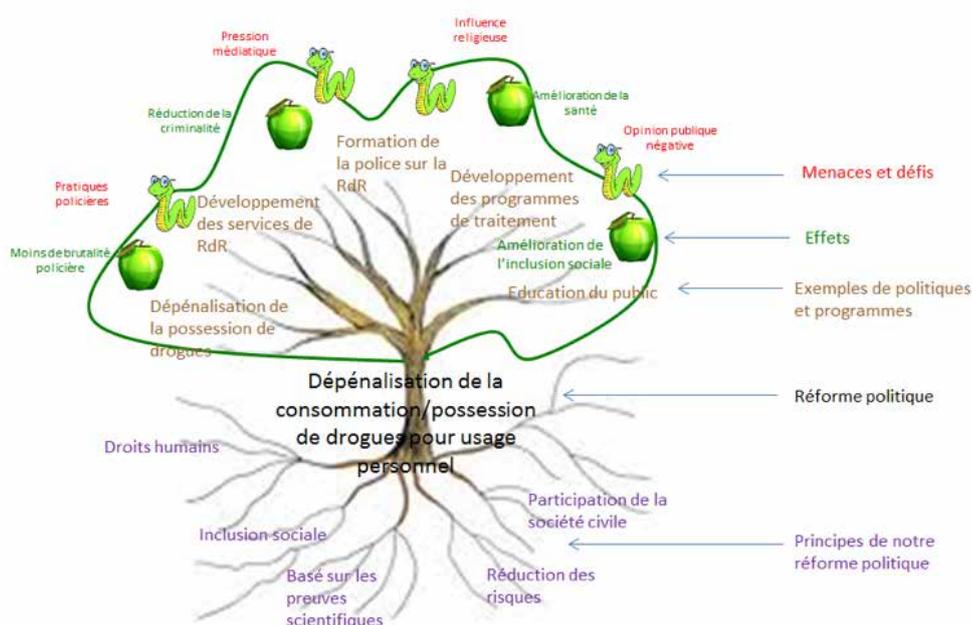
1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de travailler en petits groupes (3 à 5 personnes) et donnez-leur une feuille mobile et des marqueurs de couleur.
3. Demandez à chaque groupe de dessiner un arbre large avec des racines, un tronc et des branches. Expliquez aux participants que cette fois-ci l'arbre représentera « les politiques équilibrées ». Cet arbre offrira des alternatives aux « politiques prohibitionnistes » sur lesquelles les participants ont travaillé lors de la [Séance 1.5](#); si l'arbre représentait la pénalisation, cet exercice pourrait considérer la dépénalisation; si les participants s'étaient attardés sur l'éradication des cultures, ils pourraient se concentrer sur les moyens alternatifs de subsistance; s'ils avaient analysé le traitement forcé, ils pourraient débattre des traitements de la dépendance à la drogue fondés sur des preuves scientifiques, etc. S'ils préfèrent, les groupes peuvent aussi choisir un problème qui n'est pas forcément lié à leur arbre précédent. Demandez aux participants d'inscrire le problème identifié sur le tronc de leur arbre.

Notes pour l'animateur

En cas de manque de temps, il est possible de mener cette activité au même moment que l'[activité 1.5](#) (l'arbre des politiques des drogues prohibitionnistes) en séparant les participants en quatre groupes. Dans ce cas, demandez à deux groupes de travailler sur l'arbre des politiques prohibitionnistes pendant que les deux autres groupes travailleront sur l'arbre des politiques équilibrées. Les discussions en plénière pourront ensuite se centrer sur une comparaison des conclusions de tous les groupes, sur ce qu'ils considèrent comme étant des politiques prohibitionnistes ou équilibrées.

Prière de noter que les Sessions [1.5](#), [2.2](#) et [3.9](#) ont une activité du même type (« l'exercice de l'arbre »). Pour éviter les répétitions, il est recommandé de n'utiliser cet exercice qu'une seule fois.

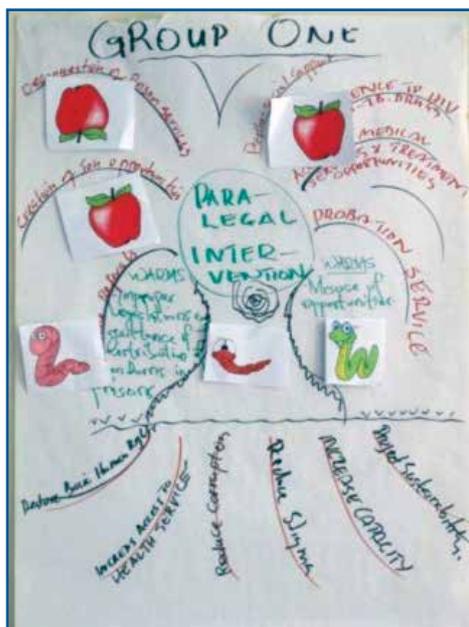
Exemple d'arbre d'une politique des drogues équilibrée



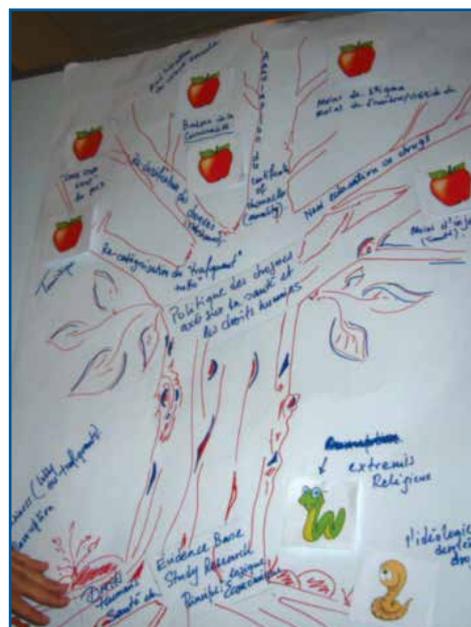
4. Expliquez aux participants que les racines constitueront les principes clés et les idéaux qui nourrissent notre arbre. Dans ce contexte, ils représentent les principes des « politiques équilibrées » (ex : droits humains, santé publique, réduction des risques).
5. Expliquez que chaque branche de l'arbre représente un exemple de politiques et de programmes qui pourraient être développés dans le cadre de « politiques équilibrées », c'est-à-dire des programmes probants de traitement de la dépendance, des programmes de développement alternatif durables, des approches de réduction des risques (tels que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et la thérapie de substitution aux opiacés), l'augmentation de l'accès aux services de santé, l'élimination des peines pénales pour possession de petites quantités de drogues, l'amélioration de la sécurité, la promotion d'une gouvernance réactive et redevable, la réduction de la corruption et de l'impunité, etc. Demandez aux participants d'écrire ces exemples sur les branches de l'arbre.
6. Dites aux participants de dessiner des fruits (ou utiliser les fruits pré-dessinés disponibles dans les Annexes) pour représenter les résultats de leur « politique équilibrée » (ceux-ci peuvent inclure, par exemple : l'amélioration de la santé publique, la réduction de la criminalité, amélioration de la sécurité publique, baisse de la corruption et des taux d'emprisonnement, etc.). Demandez aux participants d'inclure notamment les conséquences des interventions choisies sur la vie de ceux qui consomment, transportent et/ou cultivent de la drogue (c.à.d. stigmatisation, discrimination, marginalisation ou statut social, revenus ou moyens alternatifs de subsistance, accès aux services sociaux et sanitaires, estime de soi, etc.).
7. Expliquez aux participants qu'ils devront ensuite dessiner des verres de terre (ou utiliser les images pré-dessinées distribuées par l'animateur) pour représenter les menaces et les obstacles à leur « politique équilibrée » (ex. l'opinion publique, les médias, le rôle de la police, les croyances religieuses fortes et moralisatrices, etc.).
8. Demandez à chaque groupe de présenter leur « arbre des politiques équilibrées » aux autres participants. Laissez du temps pour les débats après la présentation de chaque groupe.

Notes pour l'animateur

Facilitez les dessins des arbres en distribuant des copies des fruits et des verres de terre, disponibles dans les [Annexes 2 et 3](#)



Exemple d'un « arbre d'une politique des drogues équilibrée et efficace », élaboré lors d'une formation de la société civile à Nairobi, Kenya, en novembre 2012



Exemple d'un « arbre d'une politique des drogues équilibrée et efficace », élaboré lors d'une formation de la société civile à l'île Maurice en novembre 2013

Séance 2.3

Présentation interactive: Principes directeurs d'une politique des drogues efficace



30 min



Objectif - Présenter les principes de base d'une politique des drogues plus efficace et réfléchir à la manière dont ces principes peuvent s'appliquer (ou sont déjà appliqués) dans le cadre des réponses nationales et internationales en matière de drogue

1. Présentez l'objectif de la séance en vous référant au travail déjà effectué par les participants lors de la séance précédente.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes) en vous référant aux principes utilisés par les participants pour leurs arbres lors de la session précédente.
3. Interrogez les participants sur ces principes pour évaluer leurs connaissances et demandez-leur ce qu'ils en pensent.
4. Demandez aux participants comment ces principes pourraient être appliqués à leur contexte local.
5. Expliquez aux participants que cette formation est basée sur ces principes, qui seront un point de référence utile à travers les séances suivantes, pendant lesquelles les participants seront encouragés à établir leurs propres objectifs de plaidoyer.



Notes pour l'animateur

Vous pouvez préparer cette séance en lisant le Chapitre 1 du Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues : <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition>



Informations à fournir dans cette présentation:

Cette séance présente un ensemble de principes pour la révision, la conception et la mise en œuvre des politiques des drogues efficaces. Chaque pays aura besoin de développer des réponses adaptées à ses besoins spécifiques, son contexte culturel et aux ressources disponibles. L'IDPC a néanmoins développé des principes clés, sur la base de l'échec des politiques prohibitionnistes, afin de répondre de manière plus efficace aux problèmes posés par la consommation de drogues et les marchés noirs.

Les principes de haut niveau de l'IDPC¹

1. Les politiques des drogues doivent être développées à travers **une évaluation structurée et objective des priorités et des preuves disponibles** : ces priorités et objectifs devraient découler d'une évaluation des conséquences les plus sérieuses que les marchés de drogues peuvent avoir sur la société. Les organisations de la société civile sont essentielles pour identifier ces problèmes. Les gouvernements devront par la suite définir quelles seront les activités les plus efficaces pour atteindre ces objectifs (sur la base des preuves disponibles), quels ministères devront être impliqués, quelles ressources devront être disponibles et comment la stratégie sera évaluée et révisée au fil du temps.
2. Toutes les activités doivent être entreprises en conformité totale avec le **droit international de protection des droits humains**: de nombreux éléments des

politiques prohibitionnistes contreviennent à l'obligation internationale des gouvernements de protéger les droits humains, en particulier dans le cadre du système de justice pénale (par ex. l'usage de peines disproportionnées) ou autre (manque d'accès aux services de santé, traitement forcé, etc.). Le respect de ces obligations devrait être au cœur de toute révision ou développement de nouvelles politiques en matière de drogues. Toutes les politiques des drogues devraient se centrer sur la promotion de la santé publique, le développement et la sécurité citadine.

3. Les politiques des drogues doivent avoir pour objectif premier de **réduire les conséquences négatives, plutôt que l'ampleur** de la consommation de drogues et des marchés noirs. Cela peut être sous la forme de politiques visant à réduire la corruption, l'insécurité et le crime organisé associé aux chaînes d'approvisionnement de drogues (Cf. le Module 5 pour une analyse plus détaillée de ce sujet). Cela peut aussi inclure: les interventions de réduction des risques sanitaires, sociaux et économiques liés à la consommation de drogues et aux marchés des drogues sur les individus, les communautés et la population dans son ensemble. Ce sont des approches pragmatiques qui reconnaissent que la réduction de l'ampleur des marchés de drogues et la prévalence de la consommation ne sont pas les seuls objectifs (ni les plus importants !) des politiques des drogues. Il est donc nécessaire que les gouvernements commencent à évaluer quels sont les dommages les plus importants de la drogue sur leurs citoyens, afin de pouvoir ensuite envisager des stratégies qui répondent à ces problèmes spécifiques.
4. Les politiques et les activités en matière de drogue doivent chercher à promouvoir **l'intégration sociale des groupes marginalisés et vulnérables** : les facteurs les plus fréquents liés à une consommation problématique de drogue et à la participation à petite échelle au marché des drogues incluent des conditions de vie difficiles ainsi que les traumatismes et les difficultés émotionnelles qui y sont associés. Les preuves disponibles soulignent le manque d'efficacité et d'effet dissuasif qu'ont eu les programmes centrés sur l'imposition de sanctions pénales sévères. En pratique, ces stratégies ont tout simplement augmenté les risques sanitaires et la fréquentation des groupes criminels². Le même phénomène peut être observé lorsque des peines sévères et des campagnes systématiques d'éradication des cultures sont menées contre les petits cultivateurs – ces interventions ne font qu'exacerber leur pauvreté, leur marginalisation sociale et leur accès aux services dont ils ont besoin. L'IDPC promeut une approche qui remet en question la marginalisation sociale et la stigmatisation des groupes les plus à risque, en particulier les femmes et les jeunes.
5. Les gouvernements doivent développer des **relations ouvertes et constructives avec les organisations de la société civile** dans le cadre de discussions et de la mise en œuvre de leurs stratégies en matière de drogue: les ONG, surtout celles qui représentent les usagers de drogues ou les cultivateurs, sont une source inestimable d'expertise en raison de leur compréhension des marchés de drogues et des communautés de consommateurs et de producteurs de drogues. Alors qu'elles disposent d'une expérience et de compétences considérables concernant les problèmes liés aux drogues, elles jouent également un rôle majeur dans l'analyse du phénomène et l'élaboration de programmes d'aide et de services. Par conséquent, les Etats devraient engager davantage de discussions avec ces groupes.

1. Ces principes politiques sont détaillés sur le site internet de l'IDPC: <http://idpc.net/fr/idpc/principes-politiques> et dans le Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues: http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide-2nd-Edition_French.pdf
2. Cf. par exemple: Stevens, A. (Mars 2013), *Applying harm reduction principles to the policing of retail drug markets* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE-report_3_applying-harm-reduction-to-policing-of-retail-markets.pdf ; UK Drug Policy Commission (Octobre 2012), *A fresh approach to drugs – The final report of the UK Drug Policy Commission*, <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/a-fresh-approach-to-drugs-the-final-report-of-the-uk-drug-policy-commission.pdf>

Séance 2.4

Activité: Éléments clés d'une politique des drogues équilibrée

 60 min

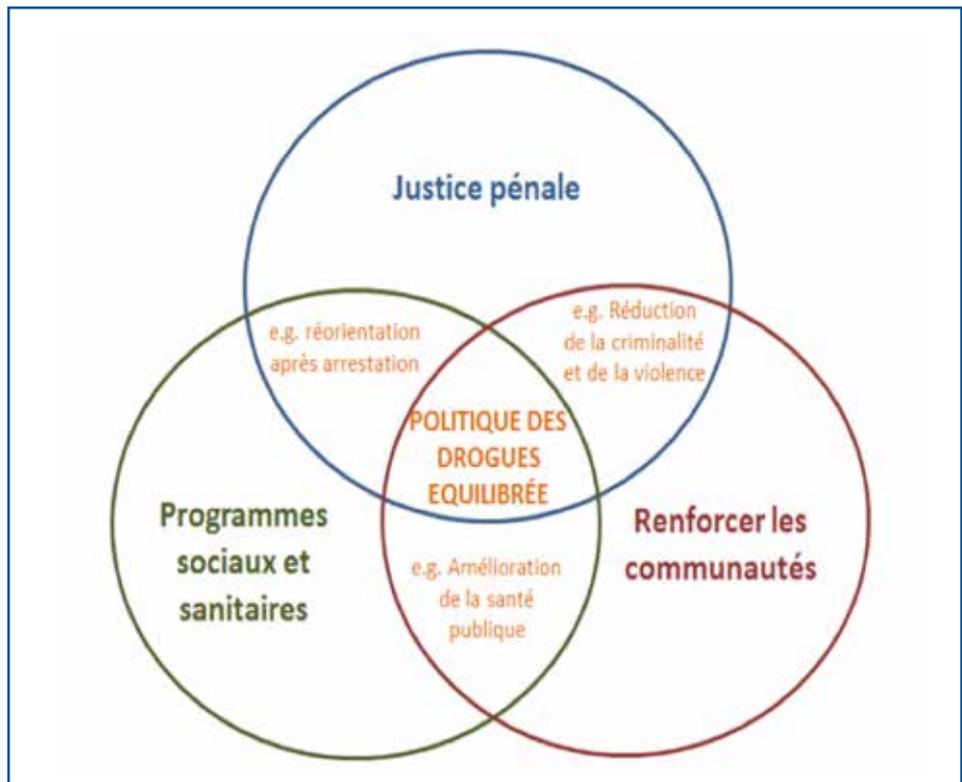

Objectif - Présenter et débattre sur les éléments clés d'une politique des drogues équilibrée. Les activités développées dans le cadre de ces politiques doivent être coordonnées, ne doivent pas entraîner d'effets négatifs et doivent se centrer sur la réduction des risques causés par les marchés des drogues, au lieu de viser uniquement à éliminer les marchés de drogues

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Séparez les participants en trois groupes.
3. Donnez à chaque groupe deux des études de cas du Polycopié intitulé « Etudes de cas pour la séance 2.4 », de préférence en donnant à chaque groupe un exemple de « pratique positive/équilibrée » et un exemple de « pratique prohibitionniste », tous deux centrés sur un problème politique similaire (par exemple : Portugal/Russie sur la prévention du VIH ; le Plan Colombie/les programmes de développement durable en Thaïlande, etc.). Demandez à chaque groupe de lire les études de cas et de répondre aux questions suivantes :
 - Quel est l'objectif de cette politique ?
 - Quels sont les éléments positifs de cette politique ?
 - Quels sont les éléments négatifs de cette politique ?
 - Pensez-vous que cette politique respecte les cinq principes de l'IDPC ?
4. En plénière, chaque groupe présentera ses deux études de cas à l'ensemble du groupe, sur la base des questions posées. Accordez du temps à la discussion.
5. Tirez des conclusions de chaque groupe, présentez les informations ci-dessous et demandez aux participants s'ils souhaitent faire des commentaires sur les conclusions tirées de la séance.



Informations à fournir dans cette présentation:

Alors que les interventions pénales ont eu tendance à dominer la politique des drogues pendant la majeure partie des 100 dernières années, les gouvernements, les ONG et les Nations Unies commencent tout juste à reconnaître qu'une politique efficace requiert un rééquilibrage afin que les politiques des drogues ne soient plus exclusivement basées sur le maintien de l'ordre et l'imposition de sanctions pénales, mais qu'elles comprennent aussi des composantes sanitaires, sociales et de développement. Les expériences mondiales ont montré que trois composantes principales pouvaient être utilisées pour s'assurer que les politiques des drogues puissent efficacement réduire les risques liés aux marchés et à la consommation de drogues. Ces composantes sont les suivantes :



Les programmes de justice pénale sont centrés sur l'interdiction, les poursuites judiciaires et la répression. Traditionnellement, ils ont essentiellement consisté en des arrestations en masse et l'imposition de peines sévères à l'encontre des usagers de drogues, des campagnes de destruction des cultures illicites, l'arrestation des passeurs/passeuses etc. Nous proposons ici que ces activités soient recentrées pour être plus efficaces et moins nocives, mais aussi pour permettre d'intégrer deux autres composantes clés à nos politiques des drogues – les interventions sociales et sanitaires et le renforcement des communautés. La justice pénale peut, par exemple, se concentrer sur la coopération transfrontalière de haut niveau et à fort impact pour cibler les éléments des marchés des drogues et du crime organisé qui sont les plus dangereux, violents et/ou corrosifs pour la gouvernance, plutôt que de cibler les petits dealers, les passeurs ou les usagers de drogues (il est important de rappeler que les conventions des Nations Unies sur la drogue ne forcent pas les gouvernements à imposer des sanctions pénales à l'encontre des usagers de drogues). Ailleurs, les personnes considérées comme étant dépendantes à la drogue et qui sont arrêtées pour d'autres délits peuvent être référées à des services de traitement. A l'inverse, dans d'autres pays, les gouvernements sont réticents à réformer leur approche répressive envers les personnes impliquées dans le commerce de drogues, en particulier les usagers de drogues.

Les programmes sanitaires et sociaux s'adressent essentiellement aux usagers de drogues, en leur offrant des services de réduction des risques, des conseils, des programmes de traitement de la dépendance à la drogue, et tout autre service dont ces derniers peuvent avoir besoin, pour éviter une overdose ou la transmission du sida et de l'hépatite C, par exemple. Ces services sont désormais disponibles à travers le monde et sont de plus en plus fréquents dans des pays tels que la Malaisie, la Chine, l'Île Maurice et la Tanzanie afin de répondre à la forte augmentation d'infections de VIH parmi les usagers de drogues. Certains pays s'éloignent peu à peu du système répressif à l'encontre des usagers de drogues afin d'assurer leur accès aux programmes dont ils ont besoin, sans qu'ils aient peur d'être arrêtés.

Le renforcement des communautés se concentre sur le développement de stratégies sociales et économiques plus larges pour réduire les risques associés aux marchés de drogues et prévenir la participation des individus aux marchés des drogues, en tant que petits dealers, passeurs et/ou consommateurs. Dans certains pays, tels qu'au Brésil, cela a mené les gouvernements à s'éloigner des stratégies répressives militarisées et à se tourner vers des systèmes de police de proximité, des opportunités sociales et économiques, un meilleur accès à l'éducation, à l'emploi, au logement, etc. Dans certains pays zones de production, les campagnes d'éradication des cultures ont été remplacées par des stratégies alternatives de subsistance qui visent à fournir d'autres sources de revenus aux agriculteurs vivant des cultures destinées au marché des drogues. Ces stratégies comprennent notamment des aides pour développer de nouvelles productions agricoles, une réduction séquencée des cultures illicites, l'amélioration de l'accès aux infrastructures et aux marchés, etc.

Il est donc important que les politiques des drogues reflètent un ensemble cohérent pour répondre aux divers problèmes liés à la drogue (c'est-à-dire la production, le grand trafic, le deal, la consommation de drogues, etc.) et cela à travers une approche sociale et sanitaire.

Un exemple intéressant de tentative de mise en œuvre d'une politique moderne équilibrée vient de l'Union Africaine (UA). En 2012, l'Union Africaine a validé son « Plan d'Action 2013-2017 sur la lutte contre la drogue », qui inclut quatre « domaines prioritaires » :

1. Gestion, supervision, évaluation et établissement de rapports aux niveaux continental, régional et national
2. Des services fondés sur des données factuelles pour lutter contre l'impact sanitaire et social de la consommation de drogue
3. Lutter contre le trafic de drogues et les défis liés à la sécurité humaine
4. Renforcement des capacités en matière de recherche et de collecte de données :¹

Le Plan d'Action (et sa Matrice de mise en œuvre²) engage les Etats membres à effectuer des études de référence sur la consommation de drogues, à mener des campagnes de plaidoyer, à mettre en pratique le « paquet complet des Nations Unies sur la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH » pour les usagers de drogues injectables (souvent appelé le « paquet de réduction des risques ») et à fournir des alternatives à l'incarcération. Le Dr. Jean Pierre Onvehoun (le Commissaire de l'UA pour les Ressources Humaines, la Science et la Technologie) déclarait à l'époque que la consommation de drogues était un problème de santé publique et que les mesures de maintien de l'ordre devraient se concentrer sur le crime organisé de haut-niveau, plutôt que les usagers de drogues. En plaidant ainsi la cause d'une approche équilibrée telle que celle du Plan d'Action, le Dr Onvehoun rappelait aux participants que certains pays africains « étaient en train de mettre en place, sans un mot, des programmes fondés sur des données factuelles qui répondent aux problèmes liés à l'usage de drogues...la guerre à la drogue change d'orientation ».³

1. Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre la drogue (2013-2017), p. 4, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/05/AUPA-on-DC-2013-2017-French.pdf>
2. Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre la drogue et la prévention du crime (2013-2017) – Matrice de mise en œuvre, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/05/AUPA-French-AU-Plan-of-Action-2007-2012.pdf>
3. Bridge, J. (21 décembre 2012), *African Union agrees: "Support. Don't Punish"*, IDPC Blog, <http://idpc.net/blog/2012/12/african-union-agrees-support-don-t-punish>

MODULE 2

 30 min

Séance 2.5

Présentation: Recommandations de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues

 **Objectif** – Présenter et discuter des conclusions de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues

1. Introduire l'objectif de la séance.
2. Présenter les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).

Notes pour l'animateur

Voir la [Session 1.6](#) pour une sélection de vidéos de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues, qui pourraient être visualisées lors de cette activité si l'animateur a le temps.

Informations à fournir dans cette présentation:

Profondément préoccupé par les menaces croissantes du trafic et de la consommation de drogues en Afrique de l'Ouest, Kofi Annan, l'ancien Secrétaire Général des Nations Unies, a convoqué la Commission Ouest-Africaine de Drogues (CWAD) en janvier 2013. Les objectifs de la Commission sont les suivants:

- Mobiliser l'opinion publique et l'engagement politique autour des défis posés par le trafic de drogues
- Formuler des recommandations politiques fondées sur des données factuelles
- Promouvoir la capacité et l'appropriation au niveau régional et local afin de relever ces défis.

Présidée par l'ancien Président du Nigeria, Olusegun Obasanjo, la Commission est composée de personnes issues de la sphère politique, de la société civile, des domaines de la santé, de la sécurité et de la justice. La Commission est un organisme indépendant et peut donc parler avec impartialité et en toute franchise. Leur rapport – « Pas seulement une zone de transit »¹ – est l'aboutissement d'un an et demi de travail de la Commission et des acteurs nationaux, régionaux et internationaux, dont l'Union Africaine (UA), la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD). Sur la base de cette recherche, la Commission a formulé les recommandations suivantes pour les politiques en matière de drogues en Afrique de l'Ouest:

1. Traiter l'usage de drogues comme un problème de santé publique avec des causes et des conséquences socio-économiques, plutôt que de le confier à la justice pénale

1.1 Adopter des cadres politiques en matière de traitement de la dépendance aux drogues, en adéquation avec les principes fondamentaux et les normes politiques et juridiques minimales référencées dans le présent rapport, tels que le développement des services de traitement de la dépendance aux drogues et autres services et dispositifs de santé connexes, ainsi que la mise en place de programmes de prévention communautaires et de solutions décentralisées en matière de traitement.

1.2 Adopter des approches de réduction des risques afin de minimiser les plus graves des risques induits par la consommation de drogues, tout en s'assurant de leur intégration au sein des stratégies nationales de développement.

2. Affronter énergiquement les problèmes politiques et les problèmes de gouvernance qui incitent à la corruption au sein des gouvernements, des services de sécurité et de l'appareil judiciaire, et que les trafiquants exploitent

2.1 Soutenir la création de tribunes, entre et au sein des partis, pour discuter de l'impact du trafic de drogues et du financement illicite des partis sur les systèmes politiques en Afrique de l'Ouest dans le but d'établir des mécanismes qui permettraient de protéger ces systèmes du financement illicite.

2.2 Renforcer la fonction de contrôle des parlements quant à l'élaboration et la mise en œuvre des législations en matière de drogues.

2.3 Soutenir la tenue de rencontres nationales, régionales, ou interrégionales (sud-sud) de corps électoraux indépendants ou de tribunaux électoraux pour débattre des méthodes de protection des processus électoraux contre le trafic de drogues, et partager des expériences quant au renforcement des capacités de résilience des systèmes électoraux face au trafic de drogues (et aux autres formes de criminalité organisée). Il convient d'encourager les réseaux existants d'organismes de gestion électorale à s'emparer de ce problème.

2.4 Soutenir les actions destinées au développement des capacités de la société civile, des médias et du milieu universitaire en matière de contrôle et d'évaluation des liens qui existent entre le trafic de drogues et le financement de partis et de campagnes, tout en leur fournissant des mesures de protection adéquates.

2.5 Etudier sérieusement les différentes options en vue de la création d'un panel ou d'un tribunal régional spécial chargé de mener des enquêtes ou des poursuites contre les grands criminels, y compris les responsables étatiques et de la sécurité soupçonnés d'être complices du trafic de drogues ou de le faciliter. De telles dispositions ne sauraient cependant remplacer le besoin de veiller à ce que les systèmes juridiques nationaux disposent de l'indépendance, des compétences spécialisées et des ressources nécessaires à l'exercice de poursuites dans ce genre d'affaires.

3. Elaborer, réformer et/ou harmoniser les législations sur les drogues en se fondant sur les normes minimales existantes ou en cours d'élaboration, et poursuivre la dépénalisation de l'usage de drogues et des infractions mineures et non-violentes.

3.1 Garantir que les efforts déployés en vue de l'élaboration, de la réforme et/ou de l'harmonisation des législations en matière de drogues s'appuient sur les normes minimales existantes et émergentes dont l'objectif central est la protection de la sécurité, de la santé, des droits de l'homme et du bien-être collectif.

3.2 Poursuivre la dépénalisation de l'usage de drogues et des infractions mineures et non-violentes liées aux drogues par le biais d'une réforme de la législation nationale afin de réduire les énormes pressions qui pèsent sur des systèmes pénaux surchargés et de protéger les citoyens de risques supplémentaires.

4. Renforcer les dispositifs d'application de la loi à des fins de dissuasion plus sélective, ciblant en priorité les hauts responsables du trafic.

4.1 Soutenir davantage les efforts en faveur de la mise en place d'unités spéciales au sein des agences spécialisées, tout en s'assurant que des dispositifs de protection soient mis en place afin d'éviter toute infiltration de ces unités par la criminalité organisée ou toute pratique abusive.

4.2 Améliorer les techniques de collecte et d'analyse des renseignements et développer des mécanismes opérationnels plus durables en matière d'échange de renseignements au sein des régions et entre ces dernières.

4.3 Afin de mieux intégrer les mesures de lutte contre les stupéfiants aux dispositifs de lutte contre la corruption et le blanchiment d'argent dans la région, et de parvenir à une répartition plus cohérente des ressources, intensifier l'examen des caractéristiques, des priorités et de l'efficacité de l'aide extérieure tout en s'assurant qu'un travail de réflexion important est mis en place pour comprendre exactement ce qui n'a pas fonctionné en termes d'aide extérieure à ce jour, et pourquoi. À cet effet, des investissements dans le développement des capacités de la CEDEAO en matière de contrôle et d'évaluation des résultats seront nécessaires ; il faudra également veiller à ce que les résultats obtenus par les organisations et pays partenaires dans le cadre de processus d'évaluation des progrès et des reculs soient partagés avec les acteurs de la sécurité, du développement, de la gouvernance et de la société civile, à des fins de discussion. Il convient de centraliser les informations concernant les attributions précises des différents services et organismes en une entité unique à l'échelle régionale et à l'échelle nationale, et de les rendre publiques.

5. Éviter la militarisation des politiques des drogues et des mesures de lutte contre le trafic : certains pays d'Amérique latine ont opté pour cette solution, appliquant à grands frais une politique qui n'a pas permis de réduire l'offre.

6. Faire en sorte que la responsabilité partagée des pays de production, de transit et de consommation débouche sur des stratégies opérationnelles, notamment un échange d'expériences entre les dirigeants des pays touchés en Afrique de l'Ouest et ailleurs.

6.1 Rechercher des solutions humaines de réduction de la demande de ces drogues, en particulier dans les pays affichant une forte consommation de drogues au sein de leur population.

7. Adopter une gestion équilibrée de l'aide extérieure, en allouant des ressources d'un côté aux domaines de la sécurité et de la justice et de l'autre au secteur de la santé publique, en particulier en matière d'offre de traitement et de prestation de services de réduction des risques.

8. Investir dans la collecte de données de référence et dans la recherche relative au trafic de drogues et à la consommation de drogues.

8.1 Assurer l'appui durable aux initiatives telle que l'initiative de la CEDEAO pour la création d'un réseau épidémiologique ouest-africain sur l'usage des drogues (WENDU) et approfondir les recherches (et renforcer les capacités régionales en matière de recherche) ayant trait à l'impact – en termes de sécurité, de gouvernance et de développement – du trafic et de la consommation de drogues dans la région.

1. Commission Ouest Africaine de Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit : Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>

Séance 2.6

Présentation: Flexibilités au sein des conventions de l'ONU en matière de drogue : Ce qui est autorisé dans le cadre du système international

 30 min

 **Objectif** - Comprendre quels types de réformes sont possibles au sein du système actuel de contrôle des drogues des Nations Unies et être capable d'utiliser ces connaissances dans les stratégies nationales de plaidoyer

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).

Informations à fournir dans cette présentation:

Comme nous l'avons expliqué plus tôt dans ce module, un nombre croissant de pays ont commencé à développer des politiques moins prohibitionnistes. Cependant, en développant ces nouvelles stratégies, les gouvernements doivent s'assurer qu'elles ne contreviennent pas aux obligations internationales dictées par le système de contrôle des drogues des Nations Unies qu'ils ont promis de respecter.

Afin de comprendre les flexibilités¹ découlant des traités internationaux de contrôle des drogues, il est nécessaire de catégoriser les infractions liées à la drogue:

Les infractions liées à la culture, le trafic et la possession de drogues à des fins **commerciales**:

- Les infractions liées à la culture, la production, l'achat, la possession, et même l'importation pour **usage personnel** ou pour consommer et distribuer ou partager la drogue entre amis (c'est-à-dire sans but lucratif).
- Selon les conventions, la première catégorie d'infractions devrait être pénalisée et sanctionnée par une peine de prison et la confiscation de la drogue saisie. Pour le deuxième type d'infractions, il existe toutefois une **flexibilité considérable** et une large marge de manœuvre au sein des traités permettant aux gouvernements d'adopter des politiques alternatives. Dans cette séance, nous utiliserons l'analogie des « feux de circulation » afin d'expliquer quelles politiques et quels programmes sont actuellement autorisés dans le cadre du système international de contrôle des drogues.



ROUGE : Arrêtez-vous, politique allant à l'encontre des conventions

ORANGE : Vous pouvez y aller, mais attention

VERT : Allez-y



Les politiques opérant dans le cadre des obligations imposées par le système de contrôle des drogues des Nations Unies

- **Dépénalisation de la consommation et de la possession de drogues pour usage personnel**

Selon les conventions, les gouvernements sont tenus de prendre « les mesures législatives et administratives qui pourront être nécessaires [...] pour limiter exclusivement à des fins médicales et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants » (article 4 de la Convention de 1961). Cependant, cet article n'impose pas spécifiquement aux gouvernements de pénaliser **la consommation de drogues**. Ceci a été confirmé par le Commentaire sur la Convention de 1988 (Commentaire E/CN.7/590).

Avant de consommer, une personne doit **être en possession** d'une drogue. Encore une fois, les traités offrent une certaine marge de manœuvre. La Convention fait une distinction entre la possession pour usage personnel et la possession pour trafic. Si la possession est liée à une activité de trafic, la Convention précise que celle-ci devra être pénalisée ; mais rien n'est indiqué pour la possession pour usage personnel.

De plus, l'article 3, paragraphe 2 de la Convention de 1988 prévoit que: « Sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique, chaque Partie adopte les mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale conformément à son droit interne, lorsque l'acte a été commis intentionnellement, à la détention et à l'achat de stupéfiants et de substances psychotropes et à la culture de stupéfiants destinés à la consommation personnelle en violation des dispositions de la Convention de 1961, de la Convention de 1961 telle que modifiée ou de la Convention de 1971 ».²

Les conventions des Nations Unies sur la drogue autorisent donc les gouvernements à **dépénaliser** (c'est-à-dire ne plus imposer de sanctions pénales pour certaines infractions; ex. au Portugal) ou à **réduire les peines pénales** associées à la consommation de drogues ou à la possession de drogues (ex. au Royaume-Uni) pour un usage personnel.

Enfin, l'article 3, paragraphe 4 de la Convention de 1988 offre la possibilité d'imposer « soit des mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation ou de réinsertion sociale de l'auteur de l'infraction, soit de remplacer la condamnation ou la peine prononcées du chef d'une infraction établie ». Cet article donne une flexibilité considérable aux gouvernements pour établir des **mécanismes pour orienter les contrevenants dépendants à la drogue hors des prisons et les diriger vers un programme de traitement**. Il est donc possible d'offrir des services de santé et de soutien social comme alternatives pour les auteurs d'infractions mineures.

- **Prestation de services de réduction des risques**

Dans ce domaine, il existe aussi une certaine marge de manœuvre au sein des traités à cause du manque de définition précise de ce que signifie « des fins médicales et scientifiques ». Certaines interventions telles que la thérapie de substitution aux opiacés (TSO) sont largement considérées comme correspondant à un usage de drogues à des fins médicales. Dans un rapport de 2002, la Section des Affaires Juridiques du Programme de Contrôle International des Drogues des Nations Unies (UNDCP – le prédécesseur de l'ONUDC) a conclu que la plupart des mesures de réduction des risques, dont la TSO et les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles, étaient conformes aux traités de contrôle des drogues des Nations Unies.³ Les mesures de réduction des risques les plus



communes peuvent donc opérer de manière légale au sein du système de contrôle des Nations Unies – et sont par ailleurs ouvertement soutenues par les Nations Unies elles-mêmes par le biais d'une « paquet complet » d'interventions pour les usagers de drogues injectables.⁴ Nous discuterons des services de réduction des risques dans plus de détails dans le Module 4.

Bien que les salles de consommation à moindre risque aient été avidement critiquées par l'OICS, la plupart des juridictions qui les ont établies ont justifié leur conformité avec leurs obligations internationales. En Allemagne, par exemple, ces établissements ont été jugés comme compatibles avec les conventions, tant qu'ils ne permettaient pas la vente et l'achat de drogues et qu'ils répondaient à l'approche de réduction des risques. Au Canada, La Cour Suprême Fédérale a également statué en faveur de la salle de consommation de Vancouver. Le rapport de 2003 du Bureau des Affaires Juridiques de l'ONU soutient lui aussi ces établissements comme opérant en conformité avec les traités internationaux sur la drogue. Néanmoins, leur utilisation reste controversée dans certains pays qui ont cherché à construire une base juridique contre cette pratique.⁵

Les politiques contestées par le système de contrôle actuel



- **Cannabis pour usage médical**

L'OICS a également été très critique vis-à-vis des politiques et systèmes liés à l'usage de cannabis pour des raisons médicales, comme ceux qui existent partout aux Etats-Unis. Selon les conventions internationales, toutes les substances contrôlées peuvent être utilisées à des fins médicales. La définition de ce que constitue un « usage médical » est laissée à la discrétion des Etats parties aux conventions. Dans le cadre des dispositifs offrant du cannabis thérapeutique, la Convention de 1961 impose aux gouvernements d'établir une agence gouvernementale pour accorder toutes les autorisations et de prendre « physiquement possession » de toutes les cultures de cannabis. La plupart des pays qui autorisent l'usage médical de la marijuana se conforment à ces procédures.



- **La production autochtone de coca**

Des tensions juridiques supplémentaires existent entre les conventions de contrôle des drogues et d'autres obligations juridiques internationales, comme celles qui découlent du droit des peuples autochtones. C'est le cas de la Bolivie, qui est le premier pays à s'être retiré de la Convention de 1961 pour protéger le droit des Boliviens à mâcher la feuille de coca (un médicament qui est largement utilisé en Bolivie par les populations autochtones à des fins spirituelles, médicinales et traditionnelles). La Bolivie a plus tard réintégré la Convention avec une « réserve » supplémentaire qui permet la production et la vente de coca dans le pays. Bien que les conventions elles-mêmes ne semblent pas permettre un tel marché, cette réserve semble avoir été un mécanisme efficace pour surmonter cela (de nombreuses réserves ont été ajoutées par d'autres pays au moment de signer les conventions).



Les alternatives politiques inadmissibles sous le système de contrôle actuel

- **Les marchés réglementés pour une consommation récréative**

Les conventions des Nations Unies sur les drogues énoncent clairement qu'un marché réglementé pour l'usage médical des substances contrôlées n'est pas une option acceptable. Un tel régime juridique requerrait une révision du régime international de contrôle des drogues. Cependant, depuis 2013 nous avons exactement ce genre de marché pour le cannabis en Uruguay et dans certaines régions des Etats-Unis – créant des tensions vis-à-vis des limites offertes par les traités actuels.

L'Uruguay et les USA disent ne pas contrevenir aux traités – citant des clauses concernant la souveraineté nationale et, dans le cas des Etats-Unis, le fait que le cannabis reste illégal en vertu du droit national, même s'il a été légalisé dans certains Etats fédérés. Ce débat est en cours, et l'OICS s'est prononcé à plusieurs reprises⁶ contre les deux pays (bien que de façon nettement plus réservée envers les Etats-Unis!).

La situation quant aux marchés de cannabis réglementés aux Etats-Unis a forcé le gouvernement à redéfinir sa position par rapport au contrôle international des drogues – qui fait désormais partie d'une approche à « quatre piliers » décrite par l'Ambassadeur William Brownfield: (Secrétaire d'Etat adjoint aux affaires internationales de stupéfiants et de maintien de l'ordre):

1. Respecter l'intégrité des conventions de contrôle des stupéfiants de l'ONU
2. Accepter une interprétation souple de ces conventions : «Les choses ont changé depuis 1961 » [lorsque la première des trois conventions sur les drogues a été adoptée].
3. Tolérer différentes politiques nationales, accepter le fait que certains pays ont des approches très strictes, alors que d'autres pays légalisent des catégories entières de drogues.
4. Tous ces pays doivent travailler ensemble au sein de la communauté internationale, en cherchant l'entente et le consensus qui veut que nous soyons tous d'accord pour combattre et résister à des organisations criminelles⁷ quelles que soient notre approche et notre politique.

Cela représente un changement majeur dans le discours des Etats-Unis, qui avaient auparavant été l'un des principaux promoteurs de la « guerre contre la drogue », et une tentative de concilier « une violation du traité qu'ils ne veulent pas admettre dans un système qu'ils souhaitent protéger ».⁸ Cette nouvelle approche à quatre piliers est bien accueillie par certains, mais elle soulève des préoccupations pour d'autres – en effet, elle constitue une réforme en apparence mais n'engendre aucun changement substantiel. Par exemple, cette flexibilité et cette tolérance ne s'étendent pas aux tentatives de la Bolivie de permettre la production de feuilles de coca comme pratique indigène et la vente au niveau national – une pratique qui a été ouvertement critiqué par les Etats-Unis, qui ont également tenté de bloquer leur retrait ainsi que leur retour à la Convention de 1961.⁹

1. Ces informations et l'analogie des feux de circulation sont tirées du document suivant: Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 18 – The UN drug control conventions: The limits of latitude*, http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/limits-of-latitude-tni-idpc_0.pdf
2. Voir : https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_F.pdf
3. Section des Affaires Juridiques, UNDCP (2002), *Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches* (Décision 74/10), <http://www.tnsi.org/sites/www.tni.org/archives/drugsreform-docs/un300902.pdf>
4. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
5. Pour plus d'informations sur les salles de consommation à moindre risque, veuillez-vous référer à: Schatz, E. & Nougier, M. (2012), *Document d'information de l'IDPC – Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/fr/publications/2012/06/document-d-information-de-l-idpc-salles-de-consommation-a-moindre-risque-les-preuves-et-la-pratique>
6. Cf. INCB Watch : <http://idpc.net/incb-watch>
7. Brownfield, W.R. (9 octobre 2014), *Trends in global drug policy* (New York: US Department of State), <http://fpc.state.gov/232813.htm>
8. Barrett, D., Jelsma, M. & Bewley-Taylor, D.R. (18 novembre 2014), 'Fatal attraction: Flexibility doctrine and global drug policy reform', *Huffington Post Blog*, http://www.huffingtonpost.co.uk/damon-barett/drug-policy-reform_b_6158144.html
9. Ibid

Polycopié: Etudes de cas pour l'activité de la Séance 2.4

Introduction

 **Les études de cas ci-dessous offrent des exemples de politiques des drogues qui ont été développées à travers le monde. Certaines d'entre elles continuent d'être basées sur le principe de dissuasion et l'imposition de sanctions sévères à l'encontre des personnes impliquées dans le trafic de drogues. D'autres cherchent au contraire à protéger les droits humains, la santé publique et à améliorer l'inclusion sociale. D'autres politiques, enfin, ont été partiellement réformées pour mieux protéger la santé et le développement, mais restent fondamentalement ancrées dans une stratégie répressive à l'encontre des groupes vulnérables impliqués dans le marché illégal de la drogue.**

Ces études de cas constituent une base de discussion pour les participants dans le cadre de la Séance 2.4. L'objectif de la séance est de souligner la nécessité d'atteindre un équilibre entre les demandes complémentaires de la justice pénale, des nécessités sanitaires et sociales, et du renforcement communautaire.

L'animateur peut choisir parmi ces études de cas (ou utiliser ses propres exemples) afin d'adapter l'exercice au contexte local des participants. Chaque étude de cas est accompagnée d'une référence clé au cas où l'animateur et/ou les participants souhaiteraient accéder à davantage d'informations.



Le Portugal

En 2001, le Portugal a adopté une nouvelle loi nationale qui dépénalisait la possession illégale de toutes les drogues pour usage personnel. Au lieu d'être passible d'une sanction pénale, la possession de drogues pour usage personnel constitue désormais une « infraction administrative ». L'offre de drogues reste par contre une infraction pénale. Lorsqu'un individu est arrêté en possession de petites quantités de drogues (c'est-à-dire un maximum de 10 doses), il est envoyé devant une « Commission de dissuasion ». Chaque région du Portugal a sa propre Commission composée d'un médecin, d'un conseiller juridique et d'un assistant social, aidés par une équipe d'experts techniques.

Les Commissions offrent une réponse adaptée à chaque personne. L'objectif principal est de dissuader les personnes de consommer de la drogue, mais aussi de promouvoir leur réintégration sociale et d'encourager leur accès à des programmes de santé, de réduction des risques et de traitement, s'ils en ont besoin. Bien que des sanctions administratives telles que des amendes et des injonctions communautaires puissent être imposées, une admission devant les Commissions n'entraîne pas de casier judiciaire.

Cette politique a entraîné une importante réduction des problèmes de santé liés à la consommation de drogues, en particulier une diminution du taux de transmission du VIH et des hépatites B et C parmi les usagers de drogues injectables, une diminution des décès par overdose et une réduction importante de la surpopulation carcérale. Cette approche a par ailleurs permis à la police de concentrer ses efforts de maintien de l'ordre contre les grands trafiquants de drogues du pays.

Référence clé: Hughes, C. et Stevens, A. (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?* <http://kar.kent.ac.uk/29910/1/Hughes%20%20Stevens%202010.pdf>

L'Écosse

Le plan national écossais de « réorientation » lors de poursuites judiciaires a été établi dans les années 2000-2001, afin d'éviter que les personnes ayant commis des délits mineurs et non-violents ne surchargent le système de justice pénale. Une fois que la personne a été signalée par la police, le procureur peut décider de la poursuivre en justice ou de la référer aux services sociaux. Ce plan cible principalement les consommateurs de drogues, les jeunes et les femmes.

Les personnes bénéficiant de ce mécanisme de réorientation peuvent accéder à des séances individuelles ou en groupes pour gérer leur consommation de drogues, développer leurs compétences sociales, accéder à des opportunités d'éducation, de formation et d'emploi et résoudre tout autre problème personnel. Cette approche a eu un succès considérable, en particulier pour réduire les taux de récidive chez les jeunes.

Référence clé: le site officiel du gouvernement écossais, <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Justice/public-safety/offender-management/offender/community/examples/6827>



La Bolivie

Il existe une longue tradition de mastication de la feuille de coca en Bolivie, tant pour des raisons sociales et médicales que spirituelles, bien que cette pratique ait été interdite au niveau international par la Convention Unique sur les Stupéfiants de 1961. En 2009, le gouvernement du Président Evo Morales a décidé d'entériner la pratique de la mastication de la feuille de coca au sein de la nouvelle Constitution bolivienne, contenant l'obligation de « protéger la feuille de coca [...] comme patrimoine culturel ». Historiquement, la feuille de coca a été prohibée au sein de la Convention de 1961 pour des raisons principalement géopolitiques et idéologiques imposées par l'Occident, conduisant à une marginalisation des pratiques culturelles des peuples autochtones amérindiens. Suite à une tentative infructueuse visant à lever l'interdiction de la mastication de la feuille de coca dans la Convention de 1961, le gouvernement bolivien s'est **officiellement retiré de la Convention de 1961** en 2013, avant d'y ré-accéder avec une réserve permettant l'usage traditionnel de la feuille de coca sur le territoire bolivien (malgré les tentatives de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants et des États-Unis de contrer cette mesure).

Référence clé: Programme sur les Drogues et la Démocratie du Transnational Institute, <http://www.undrugcontrol.info/en/home/tag/2-bolivia>



La Suisse

En 1994 le gouvernement suisse a adopté une nouvelle stratégie en matière de drogues visant à intégrer la sécurité publique avec les objectifs de cohésion sociale et sanitaire. Cette stratégie comprend quatre piliers : la prévention, le traitement, la réduction des risques et le maintien de l'ordre. Elle a été développée suite à des consultations avec différents secteurs professionnels tels que la police, les professionnels de santé et la communauté. Aujourd'hui encore, cette politique bénéficie d'un soutien important parmi la population.

La politique suisse des quatre piliers est l'un des meilleurs exemples de politique des drogues équilibrée et intégrée qui puisse répondre en même temps aux problèmes de maintien de l'ordre (ces efforts sont centrés sur la grande criminalité impliquée dans des actes de violence et/ou le trafic) et aux problèmes sanitaires et sociaux. De fait, la Suisse a développé une approche complète de réduction des risques comprenant même des salles de consommation à moindre risque et des programmes de prescription d'héroïne pharmaceutique pour traiter la dépendance à la drogue.

Cette politique a progressivement conduit à une réduction importante des risques liés à la consommation de drogues. Par exemple, le taux de mortalité lié à la drogue a chuté de 50% entre 1991 et 2005.

Référence clé: Csete, J. (2010), From the mountaintops: What the world can learn from drug policy change in Switzerland (Open Society Foundations Global Drug Policy Program), <http://idpc.net/publications/2010/11/from-the-mountaintops-switzerland>

La Malaisie

La Malaisie a depuis longtemps mis en avant l'usage de la prison et de la peine capitale pour les infractions en matière de drogues. Le pays fait aussi usage de centres de détention forcée pour les usagers de drogues (au sein desquelles les usagers de drogues sont victimes de maltraitements physiques et psychologiques). En 2010, la Malaisie a reconfiguré ses politiques des drogues, en laissant de côté le traitement forcé pour se tourner vers des services de « traitement et de soins » volontaires offerts au sein de la communauté. Cette réforme reconnaît la nécessité d'offrir une variété de traitements afin de pouvoir répondre efficacement aux différents besoins des patients. Les usagers dépendants ont désormais l'option d'intégrer un programme de traitement de substitution aux opiacés. Les clients peuvent accéder à ces services sans conditions particulières et peuvent choisir leurs propres objectifs à atteindre afin d'évaluer leur progression dans le cadre du traitement.

La Malaisie a par ailleurs développé des programmes d'échange de seringues. Cependant, la peur d'être arrêté constitue un obstacle important vis-à-vis de l'accès à ces services : cela peut être expliqué par le fait que la consommation de drogues et la possession d'aiguilles et de seringues continuent d'être fortement pénalisées dans le pays.

Référence clé: Tanguay, P. (2011), *Policy responses to drug issues in Malaysia* (International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/publications/2011/06/policy-responses-to-drug-issues-in-malaysia>



Le Brésil: Rio de Janeiro

Rio de Janeiro a longtemps été confronté à un haut niveau de violence liée aux marchés des drogues, à la criminalité organisée et à la répression policière. Le trafic de drogues est concentré dans les *favelas* de la ville (les bidonvilles), où les désavantages sociaux et économiques ainsi que la pauvreté sont endémiques. En 2008, la ville de Rio de Janeiro a introduit une nouvelle réponse, en commençant par la favela de Santa Marta: les *Unidades de Polícia Pacificadora* (UPP), ou « unités de police de pacification ». Le déploiement de ces unités prend place au sein d'une politique de sécurité publique qui combine l'application de la loi avec des interventions sociales, économiques et culturelles pour gérer les marchés de drogues. Elles se concentrent dans les zones où le marché est le plus nocif, et tolère certains trafics non-violents dans d'autres zones. Le processus de « pacification » comprend quatre étapes: *l'invasion*, qui déploie une force militaire pour « reprendre » le contrôle du territoire; la *stabilisation*, au cours de laquelle les forces militaires restent déployées jusqu'à ce que les services de police communautaire (c.-à-d. les UPP) soient établis sur le territoire; *l'occupation*, étape où les UPP cherchent à restaurer l'Etat de droit en mettant en place des services de police communautaire, la *post-occupation*, étape pendant laquelle les relations de confiance se forgent entre la communauté et les UPP, sur la base de programmes offrant des opportunités sociales et d'emploi. Cependant, des critiques sont apparues car cette stratégie reste très localisée (il existe plus de 900 favelas à Rio, et moins de 20 d'entre elles ont été pacifiées). D'autres inquiétudes ont été exprimées concernant la corruption parmi les forces de police impliquées dans le processus des UPP.

Référence clé: Consortium International sur les Politiques des Drogues (2012), *Guide sur les Politiques des Drogues*, 2ème édition, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition>; Washington Office on Latin America (June 2011), *Tackling urban violence in Latin America: reversing exclusion through smart policing and social investment* (Washington, DC: Washington Office on Latin America), http://idpc.net/sites/default/files/library/WOLA_Tackling_Urban_Violence_in_Latin_America.pdf



La régulation du cannabis à Washington et au Colorado

En novembre 2012, Les Etats américains de Washington et du Colorado ont voté en faveur d'une **réglementation juridique de la production, de la vente et de la consommation du cannabis**, bien que le cannabis ait été interdit par la Convention Unique sur les Stupéfiants de 1961 et par la loi fédérale américaine. Les deux Etats sont désormais en train de développer un ensemble complexe de réglementations qui définiront la manière dont le cannabis doit être cultivé, transporté, promu, vendu et consommé. La réforme avait pour but non seulement de protéger les consommateurs de peines pénales (en particulier des peines de prison) ayant un impact dévastateur sur la vie des personnes touchées, mais aussi de réduire la violence associée aux marchés non réglementés. Les profits provenant de la consommation de cannabis bénéficieront aussi à l'économie légitime, plutôt que d'alimenter la violence dans les pays producteurs ou de transit. Enfin, cette mesure tend à promouvoir le traitement de la dépendance à la drogue pour ceux qui en ont besoin sans craindre d'être arrêté, stigmatisé ou discriminé. D'autres Etats américains se tournent désormais vers une politique similaire.

Référence clé: Open Society Foundations (2012), *The implications of marijuana legalization in Colorado and Washington*, <http://idpc.net/alerts/2012/11/the-implications-of-marijuana-legalization-in-colorado-and-washington>



La Thaïlande

En 1969, le gouvernement thaïlandais a adopté des politiques visant à combattre la culture d'opium à grande échelle en intégrant pleinement les communautés montagnardes, plutôt que de mener des campagnes traditionnelles d'éradication des cultures. La culture d'opium et son usage constituaient une tradition de longue date parmi certaines de ces communautés ; tout plan de développement nécessitait donc la mise en place de moyens alternatifs de subsistance. Le succès de cette approche repose sur l'intégration de la substitution des cultures au sein de projets locaux et nationaux plus larges, qui incluaient notamment des programmes sociaux (par ex. accès à l'éducation et aux soins) et le développement d'infrastructure économique solide (par ex. le transport et l'accès à l'eau). Les communautés locales ont également été impliquées dans la création et dans le lancement de ces politiques.

L'un des facteurs clés du schéma thaïlandais de création de moyens alternatifs de subsistance a été le séquençage approprié de ces mesures: la réduction des cultures d'opium a seulement commencé en 1984, c'est-à-dire 15 ans après le lancement du programme. La culture d'opium a donc été réduite uniquement à partir du moment où de nouvelles sources de revenus avaient été établies, évitant ainsi le problème de replantation. Ce processus de développement a pris plus de 30 ans, mais les résultats semblent aujourd'hui persister.

Référence clé: Youngers, C. & Walsh, J. (2010), *Development first: A more human and promising approach to reducing cultivation of crops for illicit markets* (Washington Office on Latin America), http://justf.org/files/pubs/1003wola_df.pdf



Les Etats-Unis: Le Plan Colombie

Début 2000, le « Plan Colombie » a entraîné le gouvernement américain à dépenser environ 8 milliards de dollars pour soutenir les tentatives du gouvernement colombien à éliminer la production de cocaïne et d'héroïne. Le projet était clairement centré sur la répression, avec une importante participation de la junte militaire colombienne. L'usage de cocaïne parmi les citoyens américains (considéré pourtant comme étant un facteur essentiel du marché colombien), n'était alors pas considéré comme une priorité stratégique, et peu de ressources ont par conséquent été attribuées à la réduction de la demande.

Alors que les Etats-Unis soutiennent que le Plan Colombie a engendré une réduction de la violence et de la production de cocaïne, le projet a provoqué de graves conséquences négatives. L'expansion de la présence du gouvernement à travers le pays s'est traduite, en pratique, par une présence militaire renforcée, à laquelle s'est ajoutée une large augmentation des exécutions extrajudiciaires et des violations des droits humains. Vu que la destruction des cultures n'a été accompagnée d'aucune tentative sérieuse pour offrir des moyens alternatifs de subsistance, les conséquences sociales et environnementales ont touché de façon disproportionnée les minorités Afro-antillaises et indigènes. Les cultivateurs de coca ont répondu à la destruction des cultures en migrant vers des zones plus reculées, ce qui n'a fait qu'accroître leur marginalisation sociale et la destruction de fragiles écosystèmes.

Référence clé: Haugaard, L., Isacson, A., Stanton, K., Walsh, J. & Vogt, J. (2005), *Blueprint for a new Colombia policy* (Washington Office on Latin America, Latin America Working Group Education Fund, Center for International Policy, US Office on Colombia), http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Andes/Colombia/past/blueprint_new_colombia_0305.pdf



L'Indonésie

La rapide expansion de l'épidémie du sida en Indonésie a été principalement causée par le partage de matériel d'injection parmi les usagers de drogues. Le gouvernement indonésien y a répondu par la mise en place de mesures répressives sévères, qui a entraîné une surpopulation en milieu carcéral où les drogues continuent d'être consommées et le matériel d'injection à être partagé. Les activistes locaux et les agences onusiennes ont pressé le gouvernement à considérer l'usage de drogues comme un problème sanitaire plutôt qu'un problème de justice pénale, et leur plaidoyer a finalement poussé au développement de mesures de réduction des risques (telles que le traitement de substitution aux opiacés et les programmes d'échange de seringues) pour les usagers de drogues injectables. Cependant, la consommation de drogues reste fortement pénalisée sous les lois en vigueur et les usagers de drogues continuent de constituer une large proportion de la population carcérale en Indonésie. Selon les lois nationales, les usagers dépendants devraient se rendre d'eux-mêmes aux autorités indonésiennes pour commencer un traitement, sous peine d'être punis par une peine de prison ou une amende. Les proches de la personne dépendante sont également obligés de rapporter cette personne aux autorités sous peine d'être également incarcérés et/ou forcés à payer une amende.

En raison de l'augmentation de l'usage de drogues dans les prisons et des risques importants associés à l'usage de drogues dans les institutions carcérales, l'Indonésie a commencé à développer des interventions de réduction des risques dans les prisons. La prison de Kerobokan à Bali a été pionnière dans le domaine, en devenant la première prison du pays à proposer des traitements à la méthadone en 2005. En 2009, 322 patients ont été traités, en combinant le traitement de substitution aux opiacés avec une large gamme de mesures de réduction des risques, y compris des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, de la javelle pour nettoyer le matériel d'injection et des préservatifs. Cependant, les moyens mis en place et les interventions de réduction des risques doivent être davantage développés, car ces services sont actuellement uniquement accessibles pour une petite minorité de prisonniers. A la prison de Banceuy, à Bandung, par exemple, les services de réduction des risques sont bien moins répandus, et seuls 9 patients avaient accès à un traitement de substitution entre 2007 et 2009.

Référence clé: Lai, G., Asmin, F. & Birgin, R. (2013), *Drug policy in Indonesia* (International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/publications/2013/01/idpc-briefing-paper-drug-policy-in-indonesia>

La Russie

La politique des drogues russe est centrée sur des efforts de maintien de l'ordre et l'imposition de peines pénales sévères par les institutions judiciaires. Bien qu'il existe des services de traitement de la dépendance en Russie, ils ont hérité de l'approche « narcologique » de l'ancienne Union soviétique – visant à désintoxiquer rapidement le patient (souvent dans des conditions qui ressembleraient plutôt à la prison qu'à des services médicaux). Contrairement aux preuves reconnues par la communauté scientifique mondiale, le gouvernement et la plupart des professionnels médicaux russes ont déclaré que la thérapie de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine n'est pas un traitement efficace et ces deux substances sont actuellement interdites par la loi. Le gouvernement reste convaincu que l'imposition de peines sévères contre l'usage de drogues dissuadera les consommateurs. Il convient de noter que la Russie a un niveau très élevé de consommation de drogues: environ 1.8 million de personnes s'injectent des drogues dans le pays et 37% d'entre eux sont séropositifs, alors que 72.5% sont infectés par l'hépatite C.

Référence clé: Human Rights Watch (2004), *Lessons not learned: Human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*, <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/russia0404.pdf>



La Chine

La Chine a pendant longtemps été touchée par la consommation de drogues. Aujourd'hui, environ 2.3 millions de personnes s'injectent des drogues dans le pays, la majorité consommant de l'héroïne. Le gouvernement a répondu à l'usage de drogues et aux trafics par des efforts de répression et l'imposition de sanctions sévères envers toute personne engagée dans le commerce illicite de drogues. Ces pratiques incluent notamment le « traitement forcé » des usagers de drogues dans des centres de détention (où les usagers de drogues sont soumis à du travail forcé et des violences physiques et psychologiques) et l'imposition de la peine de mort pour les personnes condamnées pour trafic de drogues. Chaque année, la Chine célèbre la Journée internationale contre les trafics de drogues et l'abus de drogues, tenue le 26 Juin, en exécutant les trafiquants de drogues les plus importants, afin de dissuader les personnes de s'impliquer dans le commerce illicite.

Pendant des années, l'injection de drogues a été la plus importante voie de transmission du sida en Chine. Ceci a conduit le gouvernement à revoir ses politiques envers les usagers de drogues pour réduire les risques d'infection et de décès. Le gouvernement a donc mis en place des programmes d'échange de seringues et de traitement de substitution aux opiacés, ainsi que des programmes de prévention des overdoses. La Chine a fait des progrès importants pour développer les programmes de réduction des risques – il existe aujourd'hui 753 dispensaires de traitement de substitution par méthadone dans 28 provinces chinoises et 941 programmes d'échange de seringues dans 19 provinces. Plus de 98 millions de seringues ont été distribuées depuis que le programme d'échange de seringues a ouvert en 1999.

Aujourd'hui, les dispensaires de traitement à la méthadone fonctionnent en parallèle avec les centres de traitement forcé que le gouvernement cherche à fermer et à remplacer par les centres de traitement communautaire. Les usagers de drogues continuent également à être répertoriés dans les registres officiels de police et gouvernementaux. Des peines sévères continuent à être imposées aux personnes impliquées dans la production et le trafic de drogues.

Référence clé: Li, J., Ha, T.H., Zhang, C. & Liu, H. (2010), *The Chinese government's response to drug use and HIV/AIDS: A review of policies and programs*, <http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/4>; Données rassemblées lors d'une visite d'étude de l'IDPC en Février 2013



L'île Maurice

L'île Maurice a l'un des plus forts taux de consommation de drogues par habitant, avec une prévalence élevée d'injection d'héroïne. Le gouvernement a répondu à l'usage de drogues en imposant des sanctions pénales sévères contre les usagers et les trafiquants. La Loi de 2000 sur les drogues dangereuses punit les personnes arrêtées pour usage de drogues d'une peine d'emprisonnement maximale de deux années et/ou d'une amende d'un maximum de 50 000 roupies (1 640 dollars). Les données montrent que cette pratique n'a pas conduit à une diminution de la consommation de drogues, alors qu'un certain nombre de conséquences négatives ont émergé, en particulier en termes de santé publique – en 2005, les usagers de drogues injectables représentaient 92% des nouvelles infections de VIH à l'île Maurice.

Pour répondre à cette tendance inquiétante, certaines ONG ont lancé le premier programme d'échange d'aiguilles et de seringues du pays – un service illégal à l'époque, vu que la possession d'une seringue est une infraction pénale en vertu des lois mauriciennes. Les premiers programmes de traitement de substitution à la méthadone ont également vu le jour en 2006. L'année 2006 a également marqué un changement dans la législation du pays, avec l'adoption de la Loi sur le VIH et le sida, qui soutient officiellement les programmes d'échange de seringues et évite la pénalisation d'une personne pour simple possession d'une seringue, à condition que celle-ci ait été obtenue auprès d'un établissement accrédité. Aujourd'hui, un certain nombre d'ONG, ainsi que le Ministère de la Santé, offrent une gamme de services de réduction des risques à travers l'île Maurice.

Ces services de réduction des risques ont été en mesure de répondre aux défis de santé publique liés à l'usage de drogues. En 2013, le taux d'incidence des nouvelles infections au VIH parmi les usagers de drogues injectables était déjà tombé à 44% (par rapport aux niveaux élevés de 92% seulement huit ans plus tôt).

Cependant, de nombreux défis demeurent. Le plus grand défi repose sur la contradiction évidente entre l'approche de réduction des risques promue par la Loi sur le VIH et le sida et l'approche répressive adoptée par la Loi sur les drogues dangereuses. Nombreux sont ceux qui continuent d'être arrêtés et envoyés en prison pour simple possession d'une seringue, malgré la Loi de 2006 sensée les protéger.

Référence clé: Nougier, M. (2013), 'Drug policy and harm reduction in Mauritius: Some progress but challenges remain', *IDPC Blog*, <http://idpc.net/blog/2013/12/drug-policy-and-harm-reduction-in-mauritius-some-progress-but-challenges-remain>



Polycopié: Ressources / Pour en savoir plus

Textes complets des trois Traités des Nations Unies sur le contrôle des drogues

Convention unique sur les stupéfiants, 1961 modifiée par le protocole de 1972 <http://www.unodc.org/unodc/fr/treaties/single-convention.html>

Convention sur les substances psychotropes, 1971 <http://www.unodc.org/unodc/fr/treaties/psychotropics.html>

Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, 1988 <http://www.unodc.org/unodc/fr/treaties/illicit-trafficking.html>

Discussion et analyse du système de contrôle des drogues

Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2014), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>

Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2014), *Prendre le contrôle: sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, <http://www.gcdpsummary2014.com/accueil/#foreword-from-the-chair-fr>

Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2013), *L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C* http://www.globalcommissionondrugs.org/hepatitis/GCDP_HepatitisC_2013_French_REFERENCE.pdf

Consortium International sur les Politiques des drogues (2012), *Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues (2^{de} édition)*, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition>

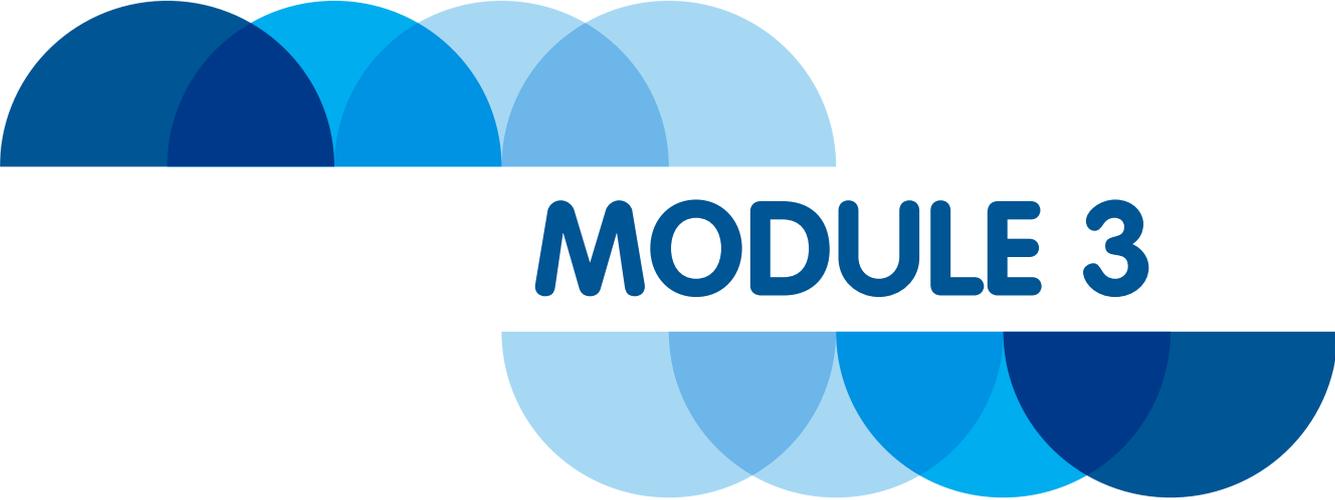
Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2012), *La guerre aux drogues face au VIH/sida : comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale* http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_FR_v3.pdf

Organisation des Etats Américains (2012), *Scenarios for the drug problem in the Americas 2013 – 2025*, www.oas.org/documents/eng/press/Scenarios_Report.PDF

Bewley Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *The UN drug control conventions: The limits of latitude* (Consortium International sur les Politiques des Drogues & Transnational Institute), <http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>

Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2011), *La guerre contre la drogue: Rapport de la Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

Jelsma, M. (2011), *The development of international drug control: Lessons learned and strategic challenges for the future*, <http://www.druglawreform.info/en/publications/legislative-reform-series-/item/1158-the-development-of-international-drug-control>



MODULE 3

Prévention et traitement efficace en matière de drogue

But du Module 3

Définir, comprendre et analyser les objectifs et résultats espérés d'une prévention et d'un traitement prouvés de la dépendance à la drogue, dans le cadre d'une approche complète vis-à-vis de la consommation de drogues basée sur la santé.

Objectifs d'apprentissage

Les participants pourront:

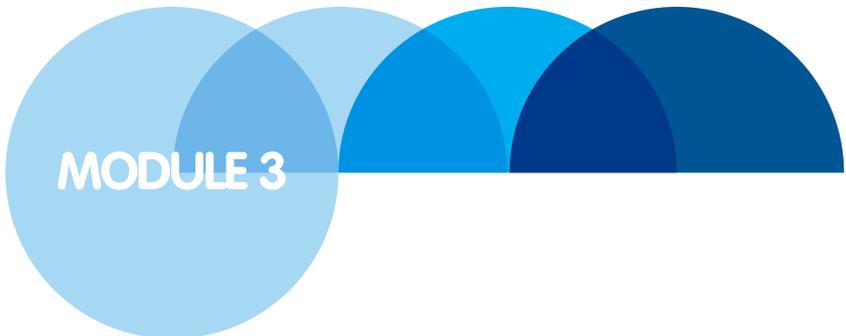
- Comprendre les principes et résultats potentiels de la prévention en matière de drogue, ainsi qu'évaluer son efficacité.
- Comprendre les objectifs des différents traitements de la dépendance à la drogue.
- Évaluer la rentabilité des interventions de prévention et traitement dans les pays à faibles revenus.

Introduction

Face à l'augmentation de la consommation de drogues en Afrique de l'Ouest (voir séance 3.1 ci-dessous), l'établissement de politiques gouvernementales prouvées pour répondre à ce phénomène est devenu urgent. En dépit de préoccupations croissantes, peu de pays ouest-africains disposent d'une politique nationale en matière de drogues qui couvre le traitement et la prévention, ou qui comporte des stratégies et objectifs clairs et mesurables. Dans la région, les politiques des drogues ont eu tendance à se concentrer principalement sur le maintien de l'ordre,

avec dans certains cas l'imposition de mesures punitives sévères envers toute personne impliquée dans le commerce de la drogue, y compris les consommateurs. Comme discuté dans les modules précédents, peines sévères et lois punitives ont été inefficaces à freiner les niveaux de consommation de drogues et ont conduit à un certain nombre de conséquences sanitaires et sociales graves pour les consommateurs.

Un certain nombre de politiciens, d'ONG, d'universitaires et d'agences des Nations Unies appellent maintenant à ce que l'usage de drogues soit considéré comme un problème de santé, plutôt que comme un délit. Les questions de consommation devraient par conséquent être abordées à travers une stratégie complète centrée sur la santé. En effet, la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues, dans son rapport « Pas seulement une zone de transit », a appelé les gouvernements à « traiter l'usage de drogues comme un problème de santé publique avec des causes et des conséquences socio-économiques, plutôt que de le confier à la justice pénale ». ¹ Cette stratégie comprend trois composantes principales – prévention et traitement de la dépendance à la drogue, (qui seront au centre de ce Module), et réduction des risques (dont il sera question dans le Module 4).



MODULE 3

Une myriade d'interventions a été développée au fil des années dans les domaines de la prévention et du traitement de la dépendance. Mais toutes n'ont pas été efficaces, et certaines ont même été contre-productives et incapable de réduire les dommages sociaux et sanitaires liés à la consommation de drogues. Ce Module vise à présenter les principaux objectifs, les caractéristiques et les résultats d'interventions prouvées de prévention et de traitement, et comment celles-ci peuvent être adaptées au contexte ouest-africain. modules, harsh punishments and the implementation of punitive drug laws have been ineffective at curbing the levels of drug use and have led to a number of serious health and social consequences for people who use drugs.

SESSION 3.1:

Présentation: Contexte : la consommation de drogues en Afrique de l'Ouest

SESSION 3.2:

Présentation: Les objectifs de la prévention en matière de drogue

SESSION 3.3:

Présentation: Définir les différents types de prévention en matière de drogue

SESSION 3.4:

Présentation: Les normes minimales de qualité pour la prévention en matière de drogue

SESSION 3.5:

Activité: L'efficacité et la pertinence des interventions de prévention

SESSION 3.6:

Activité: La disponibilité des traitements de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest

SESSION 3.7:

Activité: Définir les objectifs du traitement de la dépendance à la drogue

SESSION 3.8:

Présentation: Les normes minimales de qualité du traitement de la dépendance à la drogue

SESSION 3.9:

Activité: Éléments essentiels d'un programme efficace de traitement de la dépendance à la drogue

SESSION 3.10:

Activity: Orientation vers des programmes de traitement : les limites de la coercition

Séance 3.1

Présentation: Contexte : la consommation de drogues en Afrique de l'Ouest



15 min



Objectif – Transmettre les dernières données autour des tendances de consommation de drogues en Afrique de l'Ouest

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
3. Expliquez aux participants que la première moitié de ce Module se concentrera sur la prévention en matière de drogue et la seconde moitié sur le traitement (la prochaine séance portera sur la définition de ces deux concepts).



Informations à fournir dans cette présentation:

La consommation actuelle de drogues en Afrique de l'Ouest pose de nombreuses inquiétudes; mais le problème n'est pas nouveau. A la fin des années 1950, il existait déjà des preuves claires que le cannabis était cultivé et consommé dans plusieurs pays ouest-africains.¹ Selon les estimations de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), entre 22 et 72 millions d'adultes consommeraient des drogues dans la région, soit un taux de prévalence entre 3,8 et 12,5%.

Les tendances de consommation de drogues dans la région sont caractérisées par une forte domination de la consommation de cannabis, avec des taux faibles mais croissants pour la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines.^{2,3} En 2010, environ 12,4% des adultes en Afrique de l'Ouest (15-64 ans) avaient consommé du cannabis. La cocaïne et l'héroïne sont les nouveaux arrivants sur la scène ouest-africaine des drogues, étant relativement inconnus avant le début des années 1980. Bien qu'il existe un manque de données relatives à la consommation de ces drogues, de nombreuses enquêtes de petite envergure sur la consommation d'héroïne et de cocaïne ont été menées dans plusieurs pays ouest-africains. Ces études montrent une moyenne au niveau du continent africain estimée à 0,4% – et à 0,7% en Afrique de l'Ouest, ce qui est égal à la moyenne mondiale.⁴ En ce qui concerne les stimulants de type amphétamines (STA), la méthamphétamine en particulier est devenue une drogue populaire chez les trafiquants en Afrique de l'Ouest et la production locale a augmenté dans la région. Bien qu'une consommation de STA ait été enregistrée dans la région depuis de nombreuses années, les effets de ces substances commencent seulement à se faire sentir aujourd'hui.⁵

Des études menées dans plusieurs pays ouest-africains montrent que le nombre d'utilisateurs de drogues injectables varie de quelques centaines à plusieurs milliers.⁶ Dès 1998, l'injection de drogues a été signalée dans cinq pays de la région, à savoir le Nigéria, la Côte d'Ivoire, le Gabon, le Ghana et le Sénégal.⁷ Trois cycles d'évaluations rapides financées par l'ONUDC au Nigéria montrent que sur les 1 147 personnes à la rue qui consomment des drogues interrogées par l'enquête,

90 (c'est-à-dire 8%) étaient actuellement des injecteurs, tandis que 145 (13%) s'étaient injectés au moins une fois dans le passé.⁸ Les drogues les plus injectées sont l'héroïne, la cocaïne, la pentazocine⁹ et le speedball.^{10,11}

Taux de prévalence de la consommation de drogues dans différentes régions africaines (adultes entre 15 et 64 ans, 2011, en %)¹²

Région	Cannabis	Opioides (stupéfiants synthétiques)	Opiacés (stupéfiants d'origine naturelle)	Cocaïne	STA
Afrique de l'Est	4.1	0.17	0.2	-	-
Afrique du Nord	4.4	0.25	0.3	0.02	0.6
Afrique du Sud	5	0.41	0.3	0.8	0.7
Afrique de l'Ouest/centrale	12.4	0.44	0.4	0.7	-
Afrique	7.5	0.33	0.3	0.4	0.9
Global	3.9	0.7	0.4	0.4	0.7

Source: UNODC World Drug Report 2013

- Obot, I.S. (2013), *Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest*, Document d'information de la WACD No. 2 (Commission Ouest-Africaine sur les Drogues & Fondation Kofi Annan), <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Prevention-et-Traitement-de-la-Dependance-en-Afrique-de-lOuest.pdf>
- Lim, S.S. (2012), 'A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010', *The Lancet*, **380**: 2224-2260
- Organisation Mondiale de la Santé (2010), Atlas sur la dépendance à la drogue : Ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés aux substances psychoactives (Genève: OMS)
- Obot, I.S. (2013), *Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest*, Document d'information de la WACD No. 2 (Commission Ouest-Africaine sur les Drogues & Fondation Kofi Annan), <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Prevention-et-Traitement-de-la-Dependance-en-Afrique-de-lOuest.pdf>
- Ibid
- Harm Reduction International (2014), 'Sub-Saharan Africa', *The global state of harm reduction*, www.ihra.net/
- Obot, I.S. (2013), *Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest*, Document d'information de la WACD No. 2 (Commission Ouest-Africaine sur les Drogues & Fondation Kofi Annan), <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Prevention-et-Traitement-de-la-Dependance-en-Afrique-de-lOuest.pdf>
- Adelekan, M., & Lawal, R. (2006), 'Drug use and HIV infection in Nigeria: a review of recent findings'. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, **5**(2) : 118-129 ; <http://www.sahealthinfo.org/admodule/afrijour/afrijour-drug2006.pdf>
- La pentazocine est un narcotique agoniste-antagoniste de synthèse (analgésique opioïde) préparé prototypique de la classe des opioïdes benzomorphone utilisé pour le traitement de la douleur modérée à sévère
- Le « speedball » est un cocktail d'héroïne et de cocaïne
- Obot, I.S. (2013), *Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest*, Document d'information de la WACD No. 2 (Commission Ouest-Africaine sur les Drogues & Fondation Kofi Annan), <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Prevention-et-Traitement-de-la-Dependance-en-Afrique-de-lOuest.pdf>
- Tableau extrait de : Asare, J.B. & Obot, I.S. (2013), *Des Politiques pour le Traitement de la Dépendance aux Drogues en Afrique de l'Ouest*, Document d'information de la WACD No. 8 (Commission d'Afrique de l'Ouest sur les Drogues & Fondation Kofi Annan)

Séance 3.2

Activité: Les objectifs de la prévention en matière de drogue

 20 min


Objectif – Comprendre quels sont les objectifs de la prévention en matière de drogue

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de réfléchir à une définition et aux objectifs de la prévention en matière de drogue, et notez les réponses sur une feuille de tableau de conférence.



Exemples pouvant être donnés par les participants

- Réduire la prévalence générale de la toxicomanie
- Réduire la consommation de drogues parmi certains groupes (par exemple les jeunes, les femmes enceintes, etc.)
- Réduire les niveaux de consommation problématique et de dépendance aux drogues
- Réduire la fréquence et/ou quantité de la consommation

3. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes), en complétant ce qui a déjà été dit durant les réflexions de la première partie de cette session.



Informations à fournir dans cette présentation :

La prévention en matière de drogue vise à prévenir, retarder ou réduire la consommation de drogues et/ou ses conséquences négatives sur la population générale ou certains groupes particuliers. Les interventions de prévention peuvent être réalisées dans différents contextes, avec différentes méthodes et contenus. La durée peut varier entre des activités ponctuelles et des projets à long terme, sur plusieurs mois ou davantage.

La plupart des pays ouest-africains ont développé un certain type d'interventions de prévention en matière de drogue.¹ Le défi pour les responsables politiques et les professionnels est de développer, puis mettre en œuvre, des programmes de prévention qui soient fondés sur des méthodes prouvées, et qui répondent aux besoins locaux spécifiques. Cependant, le premier défi, avant même de mesurer l'efficacité des différentes méthodes, est d'en définir les *objectifs* – que voulons-nous atteindre ?

Le principal objectif de la prévention est d'aider à éviter ou à retarder l'initiation des personnes à la consommation de drogues (ou, si elles ont déjà commencé, éviter que leur consommation de drogues ne devienne problématique). Cependant, l'objectif général d'un programme holistique de prévention efficace est bien plus

large : il consiste à contribuer à l'engagement positif des enfants, des jeunes et des adultes avec leur famille, leur école, leur lieu de travail et leur communauté, et chercher à développer des compétences et des capacités personnelles essentielles pour leur vie.

Le plus souvent, il est considéré faussement que la prévention consiste simplement à informer (généralement à *avertir*) les jeunes sur les effets (le plus souvent *les dangers*) de la consommation de drogues. La prévention est alors souvent assimilée à des tactiques alarmistes et de vastes campagnes médiatiques. Cependant, il n'existe actuellement aucune preuve suggérant que cette approche ait un impact sur les comportements de consommation de drogues, ou que les campagnes médiatiques soient rentables. En réalité, le défi de la prévention consiste à aider les gens à **adapter leur comportement, leurs capacités et leur bien-être** face à de multiples influences telles que les normes sociales, les interactions avec leurs pairs, les conditions de vie et leurs propres traits de personnalité.²

Ces 20 dernières années, le domaine de la prévention a fait d'énormes progrès. En conséquence, les praticiens dans le domaine et les responsables politiques comprennent désormais de manière plus approfondie :

- Ce qui rend les individus davantage vulnérables aux problèmes de consommation de drogues – **les facteurs dits « de risque »** – à la fois au niveau individuel et de leur environnement. L'importance des facteurs de risque suivants a été prouvée : les processus biologiques, les traits de personnalité, les problèmes de santé mentale, la négligence ou les abus familiaux, les liens négatifs avec l'école et la communauté, l'environnement et des normes sociales favorables, ou le fait de grandir dans des communautés marginalisées et défavorisées.
- Ce qui rend les individus moins vulnérables aux problèmes de consommation. Les **facteurs dits « de protection »** comprennent le bien-être psychologique et émotionnel, les compétences personnelles et sociales, un fort attachement à la famille, ou une école et une communauté bien dotée en ressources et bien organisée.³

Certains des facteurs qui rendent les personnes vulnérables (ou, au contraire, plus résistantes) à la consommation de drogues diffèrent selon l'âge, les facteurs de risque et de protection évoluant à travers la petite enfance, l'enfance et l'adolescence (par exemple, les liens familiaux, la pression des pairs, etc.). À des âges plus avancés, l'école, le lieu de travail, les lieux de divertissement et les médias sont tous des paramètres qui peuvent contribuer à rendre les individus plus ou moins vulnérables à la consommation de drogues et autres comportements à risque. Si besoin est de le préciser, les jeunes marginalisés, vivant dans les communautés vulnérables, avec peu ou pas de soutien familial et un accès limité à l'éducation sont particulièrement sensibles. De même pour les enfants, individus et communautés déchirés par la guerre ou des catastrophes naturelles.

Par conséquent, les gouvernements investissant dans des activités de prévention en s'attendant à obtenir **une réduction du niveau général de la consommation de drogues** dans leur société sont susceptibles d'être déçus, étant donné que très peu de programmes de prévention évalués jusqu'à présent ont pu avoir un tel impact. Si, cependant, l'objectif est de **retarder la première prise de drogue, le renforcement de la capacité des individus à éviter les problèmes de drogue, ou augmenter leur connaissance des risques encourus**, alors les programmes de prévention peuvent atteindre les résultats escomptés.

1. Organisation Mondiale de la Santé (2010), Atlas sur la dépendance à la drogue : Ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés aux substances psychoactives (Genève: OMS)
2. Observatoire Européen sur la Drogue et la Toxicomanie (2011), *European Drug Prevention Quality Standards [Normes minimales de qualités dans le cadre de la prévention en matière de drogue]*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>
3. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2013), *International standards on drug use prevention [Normes internationales sur la prévention en matière de drogue]*, http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf

Séance 3.3

Présentation: Définir les différents types de prévention en matière de drogue

 30 min

Objectif – Comprendre les différents types de programmes de prévention

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
3. Distribuez les « [Cartes de prévention en matière de drogue](#) » que vous aurez préalablement découpées du polycopié et demandez aux participants de les classer selon les catégories suivantes :
 - a. Prévention universelle
 - b. Prévention sélective
 - c. Prévention indiquée
 - d. Prévention environnementale
4. Distribuez le polycopié « [Les différents types de prévention en matière de drogue](#) » et demandez aux participants s'ils ont des questions.

Informations à fournir dans cette présentation :

Afin de renforcer les facteurs de protection et d'atténuer les facteurs de risque dans les différentes étapes de la vie d'un individu, les activités de prévention doivent être soigneusement conçues et ciblées, tant en termes de public ciblé que de paramètres préférables pour atteindre ce public. Les praticiens de la prévention classent généralement les interventions de prévention en quatre groupes principaux :!

1. **La prévention universelle – c'est-à-dire une intervention sur les populations.** C'est l'approche la plus large de la prévention, en ciblant le grand public sans aucune sélection préalable en fonction du risque de consommation de drogues. Ces interventions supposent que tous les membres de la population sont à risque égal de consommer de la drogue. Les interventions de prévention universelle se concentrent sur le développement des compétences, l'interaction avec les pairs et la vie sociale, et peuvent être mises en œuvre dans les écoles, dans des communautés entières, ou sur le lieu de travail. Les données disponibles montrent que ces interventions n'ont pas été efficaces pour réduire les niveaux de consommation et se sont parfois même révélées être contre-productives. Nous reviendrons sur l'efficacité de ces interventions plus loin dans cette séance.
2. **La prévention sélective – c'est-à-dire une intervention sur des groupes (vulnérables).** Ces interventions ciblent des groupes spécifiques dont le risque de consommer ou de développer un usage problématique de drogues est nettement plus élevé que la moyenne. Souvent, cette plus grande vulnérabilité à la dépendance découle de l'exclusion sociale (par exemple les

jeunes délinquants, ceux qui ont décroché de l'école, les minorités ethniques marginalisées, etc.). Les interventions sélectives mettent donc généralement l'emphase sur les facteurs de risque sociaux tels que les conditions de vie et facteurs sociaux qui rendent ce groupe spécifique plus vulnérable à la consommation de drogues.

3. La prévention indiquée – c'est-à-dire une intervention sur des individus (vulnérables). Ces programmes ciblent les personnes à risque élevé qui sont identifiées comme ayant des signes minimes ou des symptômes qui peuvent les exposer davantage à une consommation problématique de drogues (par exemple maladies mentales, échec social, un comportement antisocial, hyperactivité, etc.). Le but de la prévention indiquée n'est pas nécessairement d'empêcher l'initiation à la consommation de drogues, mais plutôt d'empêcher le développement d'une dépendance rapide ou d'une consommation problématique.

4. La prévention environnementale – c'est-à-dire une intervention sur les sociétés et les systèmes. Ces programmes visent à modifier l'environnement culturel, social, physique et économique immédiat dans lequel les individus choisissent ou non de consommer de la drogue. Cette perspective prend en compte le fait que les individus ne consomment pas des drogues uniquement sur la base de caractéristiques personnelles, mais plutôt qu'ils sont influencés par un ensemble complexe de facteurs dans leur environnement, notamment les attentes ou normes sociales des communautés dans lesquelles ils vivent, les règles, règlements et taxes nationales, les messages publicitaires auxquels ils sont exposés et la disponibilité des drogues.

1. O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (Eds.) (2009), *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*, National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies (Washington, D.C.: The National Academic Press)

Séance 3.4

Présentation: Les normes minimales de qualité pour la prévention en matière de drogue



15 min



Objectif – Présenter et discuter les normes minimales de qualité établies dans la région et au-delà

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes). Demandez aux participants s'ils ont des questions et si leur pays dispose de normes de qualité similaires dans le domaine de la prévention.

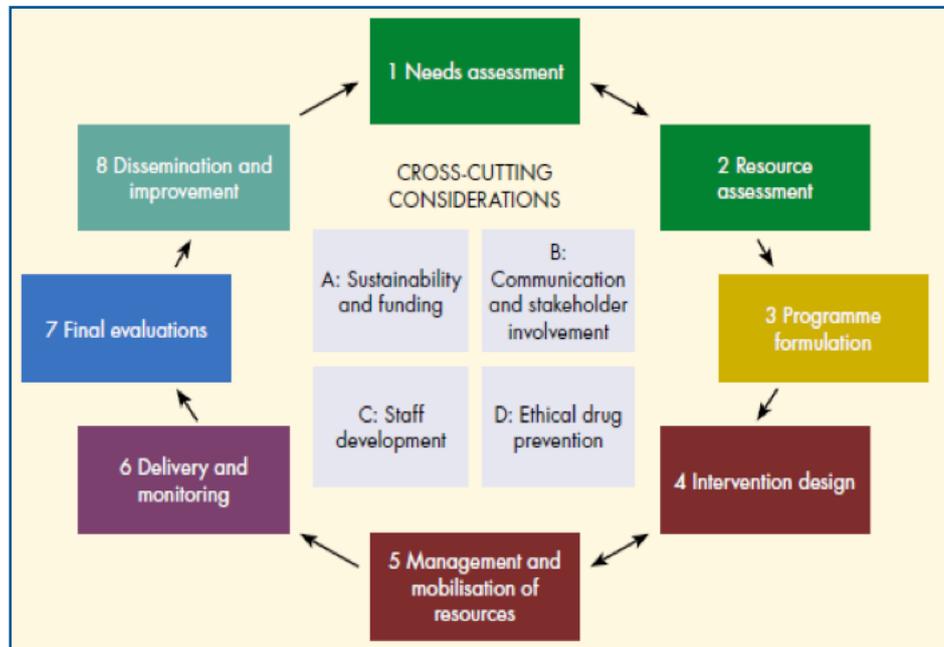


Informations à fournir dans cette présentation :

Plusieurs documents mis à disposition par les Nations Unies (ONU) et d'autres organismes fournissent des normes minimales de qualité dans le domaine de la prévention en matière de drogue. Parmi celles-ci, « Les normes minimales de qualité en matière de prévention en matière de drogue », adoptées par l'ONUDC en 2013, fournissent des informations utiles sur la façon dont les interventions et politiques de prévention devraient être élaborées et mises en œuvre, sur la base des données disponibles.¹ Selon le rapport, « un système national de prévention en matière de drogue efficace offre une gamme intégrée d'interventions et de politiques fondées sur des preuves scientifiques, dans de multiples contextes, ciblant les âges et niveaux de risque pertinents », dont :

- Un cadre politique et juridique favorable
- Un ancrage dans la recherche et les données scientifiques
- Une coordination des différents secteurs et niveaux (national, régional et municipal / local) impliqués
- La formation des responsables politiques et des praticiens
- Un engagement à allouer des ressources adéquates au programme et à maintenir le système à long terme.

Le manuel sur les normes minimales de qualité dans le cadre de la prévention de l'Observatoire Européen sur la Drogue et la Toxicomanie (OEDT) offre également un ensemble d'outils pour les interventions de prévention, basé sur le cycle de prévention suivant :²



La première étape d'une intervention pour répondre aux normes de qualité est une **évaluation des besoins** (1) – à savoir une évaluation de la consommation de drogues et des besoins de la communauté. Ceci inclut une compréhension approfondie de la population ou du groupe ciblé (par exemple à travers une cartographie des facteurs de risque et de protection de ce groupe spécifique). Alors que l'évaluation des besoins indique ce que le programme devrait chercher à atteindre, **l'évaluation des ressources** (2) offre des renseignements importants sur la faisabilité et la manière dont ces objectifs peuvent être atteints. Cette deuxième étape prévoit donc une compréhension réaliste de la portée escomptée et du type de programme souhaité. La **formulation du programme** (3) décrit le contenu et la structure du programme et fournit les bases nécessaires pour permettre une planification détaillée, cohérente et réaliste. Dans l'étape suivante de « **conception de l'intervention** » (4), le contenu de l'intervention est développé, afin de s'assurer que sa qualité, son efficacité ainsi que les activités prévues soient adaptées à la population cible, en tenant compte des exigences d'évaluation. Un programme de prévention en matière de drogue se compose non seulement d'une intervention réelle, mais nécessite également une **bonne gestion et mobilisation des ressources** (5) pour s'assurer de sa réalisation concrète. Au stade de **l'exécution et du suivi** (6), les plans élaborés sont mis en pratique, en équilibrant fidélité envers le plan de projet initial et flexibilité pour répondre à l'émergence de nouveaux développements. Une fois l'intervention complétée, les **évaluations finales** (7) apprécient les résultats et les processus de réalisation de l'intervention. Ces évaluations serviront de base pour **diffuser** (8) les résultats actuels et **améliorer** (8) nos interventions pour les futurs programmes de prévention.

Questions à considérer lors de la conception de stratégies de prévention

Plusieurs questions doivent être prises en considération lors de la conception d'une stratégie de prévention efficace, dont certaines ont déjà été mentionnés ci-dessus :

- Quels sont les **objectifs** de la stratégie de prévention ? Il est important de ne pas être trop ambitieux, car les programmes de prévention seuls ne peuvent pas faire baisser les niveaux de consommation de drogues de manière significative, mais ils pourront changer les comportements de certains jeunes en retardant ou en empêchant la consommation de drogues, en améliorant la prise de décision et la résistance, en prévenant la consommation problématique et en encourageant des choix plus sûrs.
- Quel est le groupe cible des programmes de prévention ? Bien qu'il soit plus facile d'atteindre un plus grand nombre de jeunes avec de vastes campagnes médiatiques ou scolaires, la transmission d'informations et de messages simples sur les risques à un large public ne semble pas avoir un grand impact sur les comportements. Les planificateurs doivent également être clairs sur l'âge du **groupe ciblé** : les interventions ciblant les groupes plus jeunes

que l'âge moyen d'initiation se concentreront sur l'information, les facteurs de protection et les compétences de résistance ; tandis que la prévention parmi groupes plus âgés devra plutôt se concentrer sur la réduction des comportements à risque.

- Quel est le meilleur **cadre** pour délivrer les messages de prévention ? Cela dépendra beaucoup de l'âge et de l'ampleur du groupe ciblé, mais un certain nombre d'options existent. Les interventions de prévention peuvent être organisées à travers les familles, la communauté ou les réseaux religieux, ou des structures de santé et de services sociaux. Deux facteurs clés doivent être pris en compte pour décider du cadre le plus adapté pour mettre en œuvre le programme de prévention : la mesure dans laquelle le groupe ciblé va écouter et faire confiance aux informations fournies et, en particulier dans des environnements pauvres en ressources, le coût relatif de toute initiative (les programmes de prévention, selon leur conception, peuvent être bon marché ou très chers).
- Quelle sera la meilleure intervention de prévention selon sur **les ressources disponibles** ? Dans les environnements pauvres en ressources, il est important d'éviter de se précipiter dans des campagnes accrocheuses qui montrent une action immédiate, mais qui ont peu ou pas d'impact sur le long terme.
- Le **cadre politique et juridique** peut-il influencer les interventions de prévention ? La prévention n'est qu'un des éléments fondamentaux d'un système complet centré sur la santé, en parallèle avec le traitement de la dépendance à la drogue et la réduction des risques. À cet égard, un système national efficace serait : 1- intégré dans un système complet de contrôle des drogues et centré sur la santé, axé sur l'offre de programmes de traitement de la dépendance, de soins et de réhabilitation, et la prévention des conséquences sanitaires et sociales la consommation de drogues (par exemple, pour le VIH/sida, l'hépatite C, les overdoses, etc.) ; 2- fondé sur le fait que la dépendance à la drogue est compris comme étant un problème de santé complexe causé par un mélange de causes biologiques, psychologiques et sociales ; 3- lié à une stratégie nationale de santé publique complète ; 4- mandaté et soutenu au niveau national par une réglementation appropriée, incluant des normes nationales pour les politiques, les interventions et les praticiens, ainsi que des exigences de mise en œuvre de programmes pertinents pour les écoles, les lieux de travail et les organismes sociaux et de santé ; 5- et soutenu par un système de suivi et d'évaluations locales et nationales afin d'identifier les nouveaux modes de consommation et ainsi d'adapter les stratégies de prévention.
- L'intervention de prévention est-elle basée sur **la recherche et les preuves scientifiques** ? Les interventions et les politiques devraient être choisies sur la base d'une compréhension exacte de la situation. A cet effet, un système de collecte de données devrait être mis en place pour obtenir des informations sur la prévalence de la consommation de drogues, les modes d'initiation et les vulnérabilités des individus. Un mécanisme formel devrait régulièrement alimenter les données générées par le système d'information dans un processus systémique de planification. Ces données devraient être utilisées pour hiérarchiser les programmes fondés sur des preuves avérées et soigneusement adapter nos interventions sans nécessairement modifier les composantes de base de ces programmes, mais en les rendant plus pertinents vis-à-vis des nouveaux contextes socio-économiques et culturels.
- Enfin, **l'efficacité et la rentabilité** des interventions et des politiques réalisées devraient être évaluées. Les programmes doivent inclure un suivi scientifique et une mesure d'évaluation afin d'analyser si les interventions conduisent ou non aux résultats souhaités.

1. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2013), *International standards on drug use prevention [Normes internationales sur la prévention en matière de drogue]*, http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf
2. Observatoire Européen sur la Drogue et la Toxicomanie (2011), *European Drug Prevention Quality Standards [Normes minimales de qualité dans le cadre de la prévention en matière de drogue]*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

MODULE 3

Séance 3.5

Activité: L'efficacité et la pertinence des interventions de prévention

 1 h

Notes pour l'animateur

Les photocopiés « [Exemples d'interventions de prévention en matière de drogue](#) » sont en double : une version à distribuer aux groupes de participants, qui comprend seulement une photo/un aperçu de l'intervention, et un deuxième exemplaire à conserver par le facilitateur, qui comprend des informations clés sur chaque intervention, afin d'alimenter les discussions au cours de l'exercice.

Objectif - Evaluer l'efficacité d'un ensemble d'interventions de prévention en matière de drogue

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Expliquez aux participants qu'ils vont travailler par groupes de 4 ou 5 personnes (chaque groupe devra désigner un preneur de notes et un rapporteur). Donnez à chaque groupe un exemple de programme de prévention en matière de drogue – soit sur un photocopié (voir les photocopiés « [Exemples d'interventions de prévention en matière de drogue](#) ») soit sur des diaporamas préparés à l'avance. En se basant sur les discussions précédentes du Module, le groupe devra répondre aux questions suivantes :
 - a. Quel type de programme de prévention est-ce ? Selon vous, quels sont les objectifs principaux de ce programme ?
 - b. Pensez-vous que ce programme de prévention ait été efficace ? Pourquoi ?
 - c. Se programme pourrait-il être efficace dans votre pays ? Serait-il concrètement possible de le mettre en œuvre dans votre pays ?
3. Demandez à chaque groupe de présenter leur étude de cas et leurs conclusions (si possible affichez les programmes d'interventions sur une diapo) au reste des participants. Donnez du temps aux participants pour qu'ils puissent discuter ensemble de chaque exemple de programme.
4. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
5. Demandez aux participants s'ils ont des questions, en expliquant que ce sera la dernière séance sur la prévention et que le reste du Module sera centré sur le traitement de la dépendance.

Informations à fournir dans cette présentation :

Un examen de l'efficacité des programmes de prévention

Des passages en revue approfondis¹ des programmes de prévention ont conduit aux conclusions suivantes :

1. Les campagnes médiatiques ne sont généralement pas efficaces, sauf si elles sont coordonnées avec les interventions prévoyant la participation des communautés.
2. Les programmes de prévention en milieu scolaire qui enseignent des compétences sociales et d'adaptation ont un léger effet positif en retardant l'initiation à la consommation, par rapport aux programmes qui fournissent uniquement des informations sur les drogues et leurs effets.

3. Les interventions qui visent à modifier l'environnement scolaire et la gestion des classes sont plus efficaces que celles qui tentent de changer le comportement individuel, parce que les facteurs qui permettent de prédire la consommation de drogues prédisent aussi l'échec scolaire.
4. La réduction des sanctions pénales pour certaines substances ne semble pas augmenter la consommation de drogues, mais réduit considérablement les coûts sanitaires et sociaux liés à ces sanctions pénales, notamment l'incarcération.²

Par conséquent, les interventions qui sont les plus efficaces ont deux caractéristiques principales :

1. Elles se concentrent sur des interventions précoces avec l'environnement social proche des personnes (famille, école), et
2. Elles traitent de questions autres que les drogues, en mettant l'accent sur le développement social et comportemental.³

Examen de la rentabilité des programmes de prévention

Investir dans des programmes prouvés de prévention en matière de drogues permet non seulement de réduire les risques associés à la consommation illicite pour les individus, leurs familles et leurs communautés, mais peut également réduire considérablement les coûts pour la société. Un nombre croissant de preuves au cours des 20 dernières années démontre que la prévention peut engendrer d'importantes réductions des coûts économiques. Il a été montré que, pour chaque dollar dépensé, de bons programmes de prévention de la consommation de drogues chez les jeunes permettraient d'économiser jusqu'à 10 dollars.⁴

1. Hawks, D., Scott, K., & McBride, M. (2002), Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention (Geneva: OMS)
2. Obot, I.S. (2013), Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest, Document d'information de la WACD No. 2 (Commission Ouest-Africaine sur les Drogues & Fondation Kofi Annan), <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Prevention-et-Traitement-de-la-Dependance-en-Afrique-de-lOuest.pdf>
3. Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G. et al. (2010), Drug policy and the public good (Oxford: Oxford University Press)
4. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (ONUDC), « La prévention de l'usage de drogues auprès des jeunes est efficace » <http://www.unodc.org/unodc/fr/prevention/index.html>; Centre Canadien de lutte contre les toxicomanies, « normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes » (2013) <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2014-CCSA-Canadian-Standards-Youth-Substance-Abuse-Prevention-Overview-fr.pdf>; Miller, T., & Hendrie, D. "Substance abuse prevention dollars and cents: a cost-benefit analysis," Center for Substance Abuse Prevention, SAMHSA (2009) <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA07-4298/SMA07-4298.pdf>; Lee, S., Drake, E., Pennucci, A., Miller, M. & Anderson, L. "Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes". Olympia: Washington State Institute for Public Policy, 2012

MODULE 3

Séance 3.6

Activité: La disponibilité des traitements de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest

 20 min

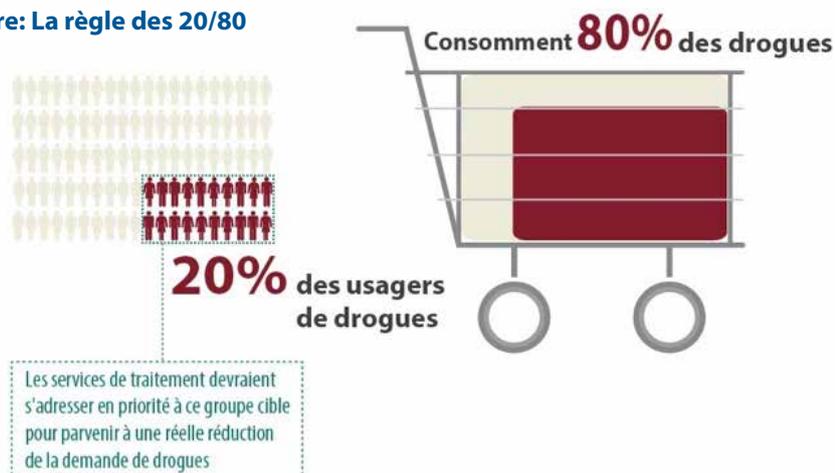
Objectif – Établir la disponibilité des services de traitement dans la région

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Rappelez aux participants que le reste de ce Module se concentrera sur le traitement de la dépendance à la drogue.
3. Demandez aux participants quels types de traitements de la dépendance à la drogue sont disponibles dans leur pays/région, et si ces derniers sont appropriés.
4. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes) et distribuez le polycopié « [Données sur la disponibilité de services de traitement de la dépendance à la drogue dans 14 nations ouest-africaines](#) ».

Informations à fournir dans cette présentation :

Le traitement de la dépendance à la drogue, se réfère à une large gamme de services de soutien (comme la thérapie de substitution aux opiacés [pour plus d'informations sur cette dernière, référez-vous au Module 4 sur la réduction des risques], le soutien psychosocial, les groupes de soutien, le traitement basé sur l'abstinence, etc.) pour les personnes éprouvant de graves problèmes liés à leur consommation de drogues. Il est important de comprendre que les interventions de traitement sont appropriées seulement pour les individus ayant été diagnostiqués comme dépendants, ou dont la consommation de drogues est à l'origine de risques importants pour eux-mêmes ou pour les autres. Trop souvent, les ressources limitées de traitement sont utilisées pour des personnes qui n'ont pas de problèmes importants. Ceci constitue un gaspillage de ressources limitées, et stigmatise inutilement un grand nombre de personnes consommant des drogues comme étant incapables de s'occuper d'elles-mêmes.

Figure: La règle des 20/80



Source: Kleiman, Caulkins and Hawkins, 2011. Extrait de: <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>

Le fossé déjà important existant entre la dépendance à la drogue et la disponibilité des services de traitement est en train de se creuser étant donné que la prévalence et la diversification de la consommation de drogues s'accroît dans différents pays à travers l'Afrique de l'Ouest. Une enquête mondiale récente sur les ressources dédiées au traitement de la dépendance à la drogue (installations, personnel, formations, etc.) a souligné un manque général de ressources à travers le monde, plus particulièrement en Afrique et surtout en Afrique de l'Ouest.¹

En Afrique de l'Ouest, la plupart des services sont fournis dans des hôpitaux psychiatriques et des institutions traditionnelles religieuses, généralement surpeuplés et caractérisés par des abus des droits des patients. Ces installations ont également tendance à être mal financées et manquent de personnel, de compétences et d'expérience dans le domaine du traitement. Cette situation est causée en partie par l'absence de politiques de traitement qui réglementent la prestation des services dans ces installations, mais aussi par le fait que les usagers de drogues sont souvent fortement stigmatisés et sont considérés comme ne méritant pas une dépense des fonds publics disponibles. Le tableau ci-dessous montre un aperçu de la disponibilité des services de traitement de la dépendance à la drogue à travers la région :

Country	SA Policy exists	Govt. Unit for SUD	Budget Line	Financing Method	Usual Treatment Setting	Medical detox for DUD	SMT available	Specialized Tx available	3 Most important professionals	National data collection
Benin	Drugs	Y	Y, drugs	Tax-based	Gen health	Y	N	N	Psych, GPs, Nurses	Y
Burkina Faso	N	Y, alcohol	N	Out-of-pocket	Gen health	N	Y	N	–	N
Chad	N	Y	N	Out-of-pocket	MH service	Y	N	N	Psych, Nurses, GPs	N
Cape Verde	N	MH	N	Insurance	MH service	Y	N	N	GPs, Psych, Psy	N
Cote d'Ivoire	Y/MH	MH	N	Out-of-pocket	MH service	N	N	N	Psych, GPs, Nurses	N
The Gambia	N	Y	N	Tax-based	Gen health	Y	N	N	Nurses, PHC workers	N
Ghana	N	MH	N	Insurance	MH service	Y	N	N	Psych, Counsellors, GPs	N
Guinea	Y/MH	N	N	Out-of-pocket	MH service	Y	N	N	Psych, GPs, Psy	N
Mali	N	MH	N	–	MH service	Y	N	N	Psych, Psy, Nurses	N
Niger	N	MH	N	External grant	MH service	Y	N	N	Addictologists, Psych, Nurses	N
Nigeria	N	Y	Y/MH	Tax-based	MH	Y	N	Y	–	N
Senegal	N	MH	N	–	MH	–	–	N	–	N
Sierra Leone	Y	MH	Y	NGOs	MH	N	N	N	Psych, Nurses, PHC	Y
Togo	N	Y	Y/MH	Out-of-pocket	MH	Y	N	N	GPs, PHC, Psych	N

Notes:

Y = Yes, available N = No, not available

MH = mental health Psy = psychologists Psych = psychiatrists PHC = primary health care workers GPs = general practitioners

SMT = Substitution maintenance therapy

Source: World Health Organisation (2010), *ATLAS on substance use 2010: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders* (Geneva: OMS)

1. Organisation Mondiale de la Santé (2010), Atlas sur la dépendance à la drogue : Ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés aux substances psychoactives (Genève: OMS)

Séance 3.7

Activité: Définir les objectifs du traitement de la dépendance à la drogue

 30 min

 **Objectif** – Comprendre qui est le destinataire du traitement et quels devraient être les résultats escomptés d'un traitement efficace

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de réfléchir à ce que devraient être les objectifs du traitement de la dépendance à la drogue. Notez les réponses sur une feuille de tableau de conférence.



Exemples pouvant être donnés par les participants

- Devenir abstinent
- Réduire la fréquence et/ou la quantité de consommation
- Stabiliser sa vie
- Obtenir un travail ou continuer les études
- Réduire les délits mineurs commis par les usagers dépendants pour financer leurs achats de drogues
- Réduire les menaces à la santé publique

3. Complétez ce que les participants ont dit en présentant les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).



Informations à fournir dans cette présentation :

Il est important de rappeler que les usagers de drogues sont une population hétérogène, dont la plupart n'ont aucun problème lié à leur consommation. Seule une minorité éprouvera des difficultés pouvant être multiples et complexes. Il est donc impératif de cibler les interventions de traitement sur ceux qui éprouvent le plus de problèmes et ont le plus besoin d'aide. Forcer tous les usagers de drogues à suivre un traitement indépendamment de la nature de leur consommation a conduit à une mauvaise utilisation des ressources disponibles, ainsi qu'au développement de modèles de traitement inefficaces violant les droits fondamentaux des patients.

La plupart des jeunes qui essaient une drogue ne deviennent pas des consommateurs fréquents, et la plupart de ceux qui deviennent des consommateurs fréquents ne deviennent pas dépendants. Par exemple, il a été estimé qu'environ 32% des personnes qui consomment du tabac vont développer une dépendance, alors que ce ratio est de 15% pour l'alcool, 23% pour l'héroïne, de 15 à 16% pour la cocaïne, 11% pour les amphétamines et 8% pour le cannabis.¹ Sur la base de ces données, il semble clair qu'il n'y a aucune corrélation entre la

nature addictive d'une substance et son statut juridique (légale ou non). En fait, d'importantes recherches ont montré que la mise sous contrôle international et national n'est guère basée sur les preuves scientifiques disponibles. Le graphique suivant illustre ce point en comparant, pour différentes substances, les risques associés avec leur consommation par rapport au niveau de contrôle.

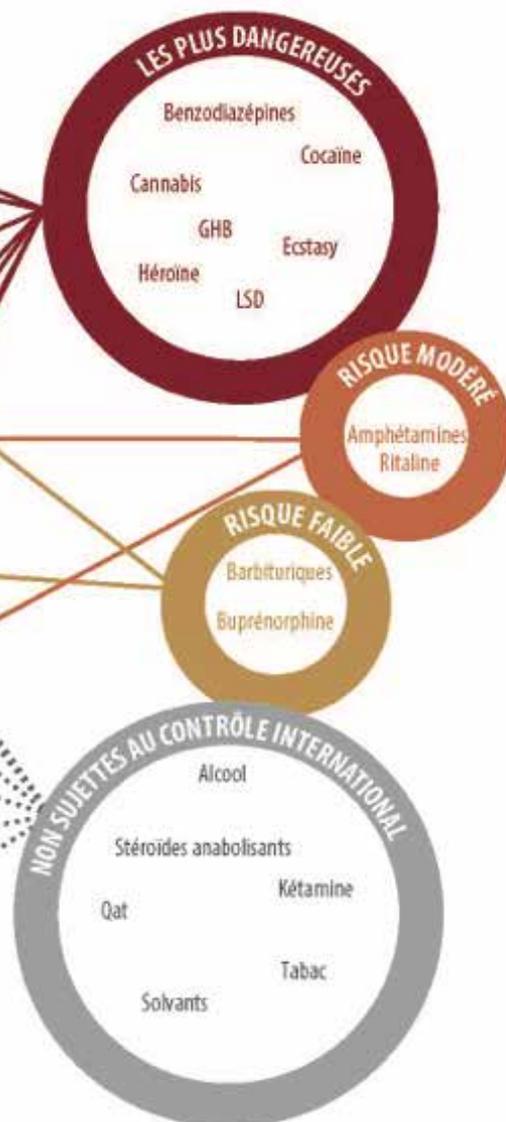
CLASSIFICATION DES DROGUES

NIVEAUX DE CONTRÔLE VS. NIVEAUX DE NUISANCE

ÉVALUATION INDÉPENDANTE DU NIVEAU DE RISQUE



CLASSIFICATION DES DROGUES DE L'ONU NIVEAUX DE CONTRÔLE



Source: <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>

La dépendance est caractérisée par une perte de contrôle sur la consommation et un usage continu en dépit d'une prise de conscience sur les problèmes causés ou exacerbés par la consommation. Le risque élevé de dommages pour les consommateurs et la communauté dû à la consommation problématique fait des consommateurs dépendants le point de mire légitime pour les services de traitement. En raison de sa nature (c'est-à-dire un trouble chronique et récurrent à la santé), la dépendance à la drogue nécessite un traitement et des soins à long terme.

Les objectifs du traitement de la dépendance à la drogue peuvent ainsi être classés en trois catégories :

1. Au niveau individuel, l'objectif est la réalisation et le maintien du bien-être physique, psychologique et social. Cela peut être atteint à travers la réduction de la prise de

risques associés à la consommation en réduisant les niveaux de consommation, ou à travers une abstinence complète, en fonction des individus. En raison de la nature chronique et récurrente de la dépendance à la drogue, ainsi que de la nécessité d'aborder les dimensions sociales et psychologiques, l'abstinence est souvent un objectif long et difficile (voire indésirable) pour certaines personnes. L'identification de « tremplins » ou de « stratégies de stabilisation » sous la forme d'objectifs intermédiaires plus réalisables peut aider à définir et structurer les progrès réalisés ainsi qu'à réduire les risques liés à la drogue.²

2. Au niveau de la famille ou de la communauté, l'objectif le plus important serait que la personne dépendante soit en mesure de s'intégrer et d'interagir positivement avec ceux qui l'entourent.
3. Au niveau de la société en général, le traitement vise à réduire les problèmes sanitaires et sociaux, y compris les taux de décès prématurés et accidentels, les problèmes de santé publique comme le VIH ou l'hépatite, ou encore la criminalité liée à la dépendance à la drogue. Au niveau national, de nombreux pays ont observé et attribué à leurs stratégies de traitement une baisse des taux de criminalité, une réduction des décès par overdose et l'avortement des épidémies de VIH.³ Comme nous le verrons ci-dessous, l'ensemble de ces objectifs peut être atteint avec succès grâce à des interventions bien conçues et correctement exécutées de traitement et de réduction des risques (voir [Module 4](#)).

En développant un programme de traitement de la dépendance à la drogue, les responsables politiques doivent aborder trois questions clés. Ces-dernières seront discutées en détail durant le reste de la formation :

- **Qui est le destinataire du traitement ?** Il est nécessaire de réaliser une évaluation des consommateurs actuels (et potentiels) dans un pays donné, en particulier pour identifier qui sont les consommateurs problématiques nécessitant un traitement. Un traitement ou des mesures de contrôle ne devraient pas être imposées aux personnes qui ne posent aucun problème social, afin d'éviter un gaspillage de ressources limitées. Les mécanismes pour identifier, entrer en contact avec les individus et les motiver à accepter un traitement doivent donc être conçus avec soin, tout en faisant attention d'éviter des mesures inutilement coercitives.
- **Quel est l'objectif du traitement ?** Quel que soit le contexte, un système de traitement aura plusieurs objectifs mêlant guérison de la dépendance et minimisation des problèmes sociaux, sanitaires et sécuritaires associés. En pratique, il existera d'autres priorités qui entraîneront la nécessité de développer ou d'étendre le traitement, mais il a été démontré qu'un système bien conçu et des interventions prouvées pouvaient conduire à des résultats positifs dans tous ces domaines.
- **Quelle combinaison d'interventions et de services devrait être proposée ?** Nous avons décrit ci-dessus que les études disponibles avaient souligné l'efficacité de plusieurs méthodes de traitement. Les personnes en charge d'élaborer les programmes de traitement doivent viser à offrir un « menu » de services et de paramètres, étant donné qu'il n'existe pas un unique modèle approprié : différents patients utilisent différentes drogues de différentes façons, sont confrontés à différents défis émotionnels et psychologiques et leur consommation est ancrée au sein de contextes socio-économiques et culturels variés.

1. Pour plus d'informations, voir : Wagner, F.A. & Anthony, J.C. (2012), 'From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk of dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol', *Neuropsychopharmacology*, **26**(4): 497-88, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11927172>; National Institute on Drug Abuse (October 2014), *Drugfacts: Heroin*, <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/heroin>; Anthony, J.C. & Echeagaray-Wagner, F. (2000), 'Epidemiologic analysis of alcohol and tobacco use', *Alcohol Research and Health*, **24**(4), <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh24-4/201-208.pdf>; Région du Pacifique Ouest de l'Organisation Mondiale de la Santé (2011), *Harm reduction and brief interventions for ATS users*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_brief2.pdf
2. Organisation Mondiale de la Santé (2006), *Evidence for action: Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependence_final.pdf?ua=1
3. International Drug Policy Consortium (2012), « Chapitre 3.3: Traitement de la dépendance à la drogue », *Guide sur les politiques des drogues*, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition>

Séance 3.8

Présentation: Les normes minimales de qualité du traitement de la dépendance à la drogue



30 min



Objectif – Comprendre et comparer les normes minimales de qualité pour le traitement de la dépendance à la drogue, en Afrique et ailleurs

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
3. Demandez aux participants si les programmes de traitement de leur pays répondent aux normes minimales de qualité, et pourquoi.



Informations à fournir dans cette présentation :

Comme pour la prévention, de nombreuses normes de qualité ont été développées dans le domaine du traitement de la dépendance à la drogue, afin d'assurer l'efficacité des programmes disponibles.

Selon le document de l'Union Africaine (UA) « *Normes continentales minimales de qualité proposées pour le traitement de la dépendance à la drogue* »,¹ le traitement de la dépendance à la drogue doit répondre aux normes et aux principes suivants:

- La dépendance est complexe, mais traitable. Elle affecte le fonctionnement du cerveau et le comportement.
- Le traitement doit être facilement accessible. Forcer une personne souhaitant recevoir un traitement à attendre que celui-ci soit disponible peut signifier la perte d'une opportunité de le soigner.
- Adapter le cadre, les interventions et les services de traitement aux problèmes spécifiques d'un individu et à ses besoins est essentiel pour une guérison complète.
- Un traitement efficace traite des besoins de l'individu au-delà de sa seule consommation de drogues. Pour être efficace, le traitement d'une personne doit tenir compte de son sa consommation de drogues, mais aussi de tout problème médical, psychologique, social, professionnel et juridique associé. Le traitement doit également être adapté à l'âge, au sexe et à la culture du patient.
- La guérison de la dépendance à la drogue est un long chemin et nécessite souvent de multiples cycles de traitement. Par conséquent, rester en traitement pendant une période suffisante de temps est crucial, car cela permet aux patients d'accéder à autant de cycles de traitement que nécessaire.
- Les consultations et autres thérapies sociales sont les formes les plus universellement utilisées pour traiter la dépendance à la drogue. La participation à des thérapies de groupe et d'autres programmes de soutien pendant et après le traitement peuvent aider le patient à rester abstinent.

- Les médicaments sont souvent un élément central du traitement, en particulier lorsqu'ils sont associés à des thérapies. Le traitement de la dépendance aux opiacés à l'aide de la méthadone, par exemple, même sur une longue période, est très efficace pour de nombreux patients.
- Les plans de traitement individuel doivent être fréquemment évalués et adaptés en fonction des besoins du patient.
- Pour assurer l'efficacité du traitement de la dépendance à la drogue, il peut être crucial d'offrir en parallèle un traitement accessible et peu onéreux pour les troubles mentaux.
- La désintoxication médicalement assistée n'est que la première étape du traitement de la dépendance à la drogue et ne peut par elle seule modifier la consommation à long terme. Les patients doivent être encouragés à poursuivre le traitement de la dépendance à la drogue après la désintoxication. Un soutien continu, motivationnel et d'encouragement doivent être également inclus.
- Bien que le caractère volontaire du traitement soit un principe fondamental, la famille, les amis et les collègues peuvent souvent aider le patient en l'incitant et en l'encourageant à suivre un traitement.
- La consommation de drogues pendant le traitement doit être surveillée afin d'éviter les rechutes.
- Les programmes de traitement devraient examiner les patients pour détecter les maladies infectieuses et offrir un soutien et des conseils pour aider les patients à modifier les comportements les exposant à des risques supplémentaires.
- Les services de traitement et de réhabilitation devraient jouer un rôle clé pour réduire la stigmatisation sociale et la discrimination contre les usagers de drogues, ainsi que soutenir leur réinsertion dans la société en tant que membres sains et productifs de la communauté.

Ailleurs, l'Union Européenne a développée des normes minimales de qualité dans le cadre de la réduction de la demande.² Celles liées aux traitements comprennent :

- L'accessibilité
- L'environnement physique (espace suffisant, salles séparées pour les thérapies individuelles, sécurité)
- Critères d'éligibilité (par exemple, le diagnostique)
- Composition et formation multidisciplinaire du personnel
- Procédures d'évaluation (historique de l'usage de drogues et du traitement, état somatique et social, statut psychiatrique)
- Planification individualisée du traitement
- Consentement éclairé
- Traces écrites des dossiers des patients (par exemple, les résultats d'évaluation)
- Confidentialité des données des patients
- Coopération de routine avec d'autres organismes.

1. Union Africaine (2012), *Proposed continental minimum quality standards for treatment of drug dependence*
 2. Uchtenhagen, A. & Schaub, M. (2012), Minimum quality standards in drug demand reduction EQUUS, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231087_EN_INT09_EQUS_2012.pdf

Séance 3.9

Activité: Éléments essentiels d'un programme efficace de traitement de la dépendance à la drogue



1:15h



Objectif – Comprendre et discuter des éléments essentiels qui assurent l'efficacité du programme de traitement de la dépendance à la drogue

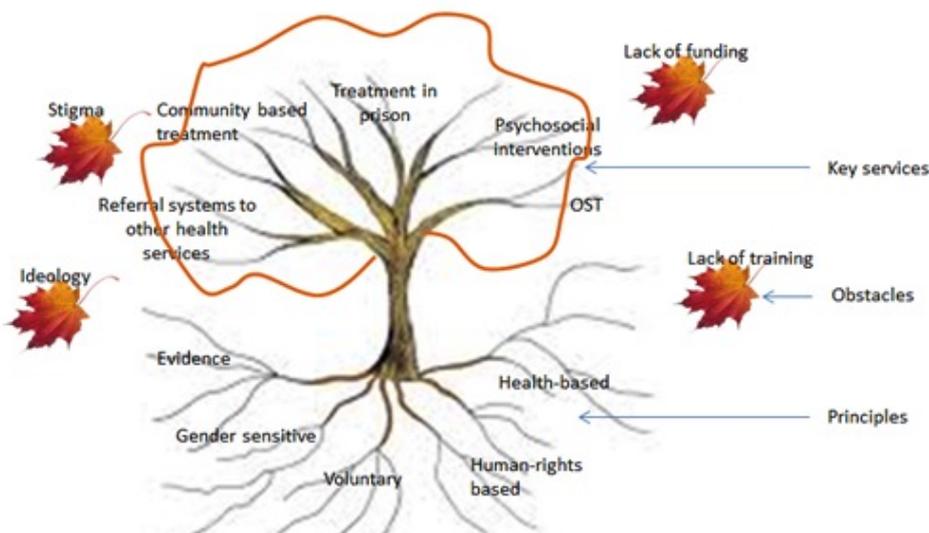
1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de travailler par groupes de 4 ou 5 personnes (chaque groupe devra désigner un preneur de notes et un rapporteur). Donnez-leur des feuilles de tableau de conférence et des marqueurs.
3. Expliquez aux participants qu'ils devront réaliser un « arbre pour le traitement efficace de la dépendance à la drogue ».
4. Demandez aux groupes de dessiner un tronc avec des racines et des branches.
 - a. Demandez aux participants de réfléchir aux principes sous-jacents du traitement de la dépendance à la drogue, et notez-les le long de chaque racine de l'arbre (ces principes peuvent inclure les preuves scientifiques, les droits humains, le respect des différences tenant au sexe, l'accès volontaire au traitement, etc.).
 - b. Demandez aux participants de penser aux services essentiels qui doivent être offerts dans le cadre d'un programme complet de traitement de la dépendance (ces services peuvent inclure un traitement au sein de la communauté, des interventions accessibles en prison, et des formes de traitement telles que les thérapies de substitution aux opiacés, les interventions psychosociales, etc.).
 - c. Demandez à chaque participants d'utiliser les feuilles mortes (voir [Annexe 5](#)) afin d'identifier les obstacles à un traitement prouvé.



Notes pour l'animateur

Cet exercice est similaire à ceux proposés dans les séances [1.5](#) et [2.2](#). Afin d'éviter les répétitions, nous conseillons à l'animateur de n'utiliser cet exercice qu'une seule fois, soit ici soit dans les Modules 1 et/ou 2.

Exemple d'arbre de traitement efficace de la toxicomanie



5. Demandez à chaque groupe de présenter son arbre aux autres participants. Donnez du temps aux participants pour discuter des arbres de chacun.
6. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes) et distribuez le polycopié « [Ressources clés sur la prévention et le traitement de la dépendance à la drogue](#) ».



Informations à fournir dans cette présentation :

Le traitement de la dépendance à la drogue peut prendre différentes formes : services spécialisés, soins psychiatriques, à travers le système général de soins, la justice pénale/les prisons, le système de protection sociale, et le secteur bénévole ou les ONG. Le traitement peut également avoir lieu dans les centres traditionnels et religieux de guérison – ces derniers accueillent la majeure partie des personnes sous traitement en Afrique.¹ Il est donc important de considérer les aspects clés qui définissent l'efficacité d'une stratégie de traitement de la dépendance à la drogue.

Les méthodes de traitement

La complexité de la dépendance à la drogue est telle que la réponse, le cadre et l'intensité du traitement doivent être adaptés à chaque personne. Une variété d'options de services devrait donc être mise à disposition des patients pour répondre aux différents besoins, caractéristiques et circonstances propres à chaque individu. Voici une liste des méthodes les plus couramment utilisées pour le traitement de la dépendance à la drogue – souvent combinées ou offertes en parallèle à d'autres services sociaux et de santé lorsque nécessaire :

- La désintoxication : définie par l'OMS comme « le processus par lequel un individu est sevré des effets d'une substance psychoactive », ajoutant qu'« étant une procédure clinique, le processus de sevrage s'effectue d'une manière sûre et efficace afin que les symptômes de sevrage soient minimisés ». La désintoxication est donc la première étape du traitement de la dépendance à la drogue, et doit souvent être suivie d'un traitement à long terme pour empêcher les rechutes.
- La thérapie de substitution aux opiacés (TSO) correspond à la prescription d'un médicament de substitution pour lequel une dépendance et une tolérance croisées existent. Ce type de traitement est utilisé pour minimiser les symptômes du sevrage ou modifier les méthodes de prise de drogues d'un patient. Il existe de nombreuses preuves à travers le monde qui démontrent l'efficacité de la TSO. Les substituts les plus courants sont la méthadone, la buprénorphine et la naltrexone. En Afrique de l'Ouest, l'utilisation de la TSO n'est pas répandue, principalement parce que la consommation d'opioïdes n'est pas généralisée dans la région. Cependant, des consultations avec des experts de la région suggèrent également une crainte chez les prestataires de services de santé que la TSO ne vienne simplement « remplacer une dépendance par une autre ». Actuellement, la TSO est disponible dans deux pays ouest-africains : le Burkina Faso et le Sénégal.
- Le traitement psychosocial désigne les consultations psychologiques – individuelles ou de groupe – et les autres thérapies comportementales telles que les groupes de soutien. Ces activités se focalisent sur divers aspects tels que motiver un patient à changer son comportement, des incitations à l'abstinence, renforcer les compétences du patient à résister à l'usage de drogues, améliorer la résolution de problèmes, faciliter de meilleures relations interpersonnelles, etc. De nombreuses données montrent que ces approches, surtout la thérapie comportementale cognitive (en particulier l'entrevue motivationnelle, la gestion des risques et la thérapie familiale multidimensionnelle), sont associées à une réduction de la consommation de drogues, ainsi qu'à une diminution des problèmes liés à la drogue, tels que les activités criminelles et les infections.

- La réhabilitation vise à aider les patients à s'adapter à la société et à surmonter les nombreux problèmes sociaux associés à leur consommation de drogues. Il est important de gérer la vie de famille, de transmettre des compétences sociales et de satisfaire les besoins éducatifs, ainsi que d'aider les individus à résoudre leurs problèmes d'emploi et de logement. Les programmes de réhabilitation assurent la participation continue du patient dans les systèmes de traitement et doivent être considérés comme partie intégrante de la prestation de services.²

Le cadre du traitement

En plus d'offrir une gamme d'interventions, un système efficace de traitement devrait également offrir des interventions dans des cadres différents. Ceux-ci peuvent être classés en trois catégories : services *de rue* (par exemple, services de proximité ou des centres d'accueil), services *communautaires* (par exemple, la fréquentation régulière dans une clinique, la thérapie, etc.) ou services *résidentiels*.

Dans les milieux pauvres en ressources, les programmes de *traitement résidentiel* sont souvent coûteux et ont parfois recours à des pratiques inutiles ou inacceptables – par exemple lorsqu'ils appliquent des méthodes de traitement trop rigides à tous les patients indépendamment de leurs besoins individuels, utilisent la force ou des pratiques abusives, poussent les patients à suivre des croyances religieuses ou communautaires, ou encore isolent les patients de leurs familles et de leurs amis. Au contraire, les centres de *traitement communautaire* sont généralement plus rentables, ont une meilleure capacité à traiter plus de patients, peuvent être mieux intégrés aux autres services de santé et de soutien social et peuvent faire un meilleur usage de la famille et du soutien communautaire. La guérison d'un individu est également susceptible d'être plus solide si elle est réalisée au sein de la communauté, plutôt que dans le cadre artificiel d'un centre clinique éloigné.

Vu que de nombreux usagers de drogues se retrouvent en *prison* (soit parce que la consommation de drogues continue à être fortement pénalisée, soit parce que le consommateur a commis un délit pénal), les taux de dépendance à la drogue sont souvent nettement plus élevés parmi la population carcérale qu'au sein de la population générale. Les prisons sont donc un cadre important pour le traitement de la dépendance à la drogue. Bon nombre des principes d'un traitement efficace dans la communauté s'appliquent également en prison : la nécessité d'offrir une gamme de services incorporant une évaluation claire des besoins, un travail de motivation, la disponibilité de services basiques de santé et de services spécifiques de réduction des risques, et l'accès volontaire aux thérapies basées sur la substitution ou l'abstinence. Ces services doivent être conçus pour s'adapter à la réalité des conditions de détention et s'assurer que la sécurité soit respectée, tout en tenant compte de la durée des peines des individus, ainsi que de leur liberté restreinte de mouvements. Malgré ces restrictions, des services de traitement en milieu carcéral bien conçus et exécutés peuvent jouer un rôle important pour protéger la santé des détenus, de même que pour prévenir les rechutes vers la consommation, les délits et les risques de décès par overdose post-libération.

Respecter les droits humains et le principe du libre-arbitre

Peu importe la méthode ou le cadre de traitement utilisés, les programmes de traitement doivent être respectueux des droits humains et du principe du libre-arbitre pour rejoindre et poursuivre ou non un programme de traitement. Cette approche est non seulement en accord avec les obligations en matière de droits humains, mais permet également d'assurer l'efficacité du programme. Les données montrent que le changement de comportement sur le long terme survient uniquement si les individus décident de changer de leur plein gré. Les systèmes de traitement doivent donc s'organiser afin d'encourager les individus à accepter un traitement et doivent fixer les règles en matière d'attentes et de

conformité au programme, sans toutefois franchir la ligne de la coercition. Nous examinerons la question de coercition dans la prochaine séance. Les programmes de traitement qui utilisent la torture, les châtiments cruels et inhumains, l'humiliation, la privation de sommeil et de nourriture, le travail forcé et autres pratiques violent également les droits humains et sont inefficaces.

Assurer la rentabilité du traitement

Le traitement de la dépendance à la drogue est moins cher que les alternatives (comme ne pas traiter les usagers dépendants ou incarcérer toute personne ayant un problème de dépendance à la drogue). Selon plusieurs estimations prudentes, chaque dollar investi dans des programmes prouvés de traitement de la dépendance à la drogue produit un rendement de 4 à 7 dollars en matière de réduction de la criminalité liée à la drogue (juste pour les coûts de la justice pénale et du vol). Lorsque les coûts liés aux services de santé sont inclus, les économies totales peuvent dépasser les coûts selon un ratio de 12 pour 1.³ Selon plusieurs études, le traitement de la dépendance à la drogue réduit la consommation de 40 à 60% et diminue de manière significative l'activité criminelle pendant et après le traitement. Il a été démontré que la TSO réduisait de plus de 50% les comportements criminels parmi les patients. La recherche montre également que la TSO réduit les risques de décès par overdose, ainsi que les risques d'infection par le VIH. Cette forme de traitement est beaucoup moins coûteuse que le traitement de maladies telles que le VIH. Enfin, le traitement peut améliorer les perspectives d'emploi.⁴

1. Obot, I.S. (2013), *Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest*, Document d'information de la WACD No. 2 (Commission Ouest-Africaine sur les Drogues & Fondation Kofi Annan), <http://www.wacommissiondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Prevention-et-Traitement-de-la-Dependance-en-Afrique-de-lOuest.pdf>
2. Ibid
3. Harm Reduction International, Consortium International sur les Politiques des Drogues & Alliance Internationale sur le VIH/SIDA (Juillet 2014), *La crise du financement pour la réduction des risques*, <http://idpc.net/fr/publications/2014/07/la-crise-de-financement-de-la-reduction-des-risques>
4. National Institute on Drug Abuse (2007). *Understanding drug abuse and addiction: What science says. Section IV.6*, <http://www.drugabuse.gov/publications/teaching-packets/understanding-drug-abuse-addiction/section-iv/6-cost-effectiveness-drug-treatment>

Séance 3.10

Activité: Orientation vers des programmes de traitement : les limites de la coercition



45 min



Objectif – Évaluer les niveaux acceptables de coercition dans le traitement de la dépendance à la drogue

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Expliquez aux participants que de nombreux gouvernements à travers le monde, mais aussi dans la région, se sont appuyés sur certaines formes de coercition pour forcer les individus à intégrer un programme de traitement.
3. Divisez les participants en quatre groupes et distribuez-leur des feuilles de tableau de conférence et des marqueurs.
4. Demandez aux participants de diviser leur feuille en deux dans le sens de la longueur, en intitulant la colonne de gauche « Orientation et pressions acceptables » et la colonne de droite « Orientation et pressions inacceptables ». Demandez aux participants d'énumérer toutes les méthodes auxquelles ils peuvent penser qui ont été utilisées pour orienter ou pousser un individu à intégrer un programme de traitement.



Exemples pouvant être donnés par les participants

Orientation et pression acceptables	Orientation et pressions inacceptables
<p>Une personne arrêtée par la police bénéficie d'une orientation éclairée vers un établissement de santé</p> <p>Orientation réalisée par un organe administratif sanitaire ou social qui en a les compétences</p>	<p>Une personne arrêtée par la police bénéficie d'une orientation éclairée vers un établissement de santé</p> <p>Orientation par des membres de la communauté sans le consentement de la personne</p>
Tribunaux de traitement de la dépendance à la drogue	
<p>Orientation informée réalisée par un médecin ou un autre professionnel de la santé</p>	<p>Dépistage obligatoire des drogues</p>
<p>Auto-orientation</p>	<p>Orientation par un membre de la famille sans le consentement de la personne</p>
<p>Accès volontaire au traitement en prison</p>	

5. De retour en groupe, demandez aux participants de présenter leur travail au reste du groupe et d'expliquer pourquoi ils ont placé chaque méthode dans la colonne de droite ou de gauche.
6. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).



Informations à fournir dans cette présentation :

Un autre défi consiste à identifier les usagers de drogues pour les encourager à accéder aux services sociaux et de santé. Étant donné que la consommation est souvent clandestine, il est nécessaire d'établir des voies de communication afin que ces personnes puissent entrer en contact avec ces services. Toutefois ces mécanismes doivent veiller à ne pas tomber dans le piège du « traitement forcé ».

Un certain nombre de voies existent par lesquelles les individus peuvent accéder aux traitements :

- **Auto-orientation par l'individu** – Les usagers de drogues doivent avoir connaissance des types de programmes de traitement disponibles et de la façon de les atteindre sans crainte d'être arrêté. Les programmes de proximité, notamment par les pairs (voir ci-dessous pour plus de détails) peuvent faciliter ce processus.
- **Identification à travers les structures générales de santé et de services sociaux** – Cela nécessite que les professionnels de santé puissent recevoir une formation adéquate sur les questions liées à la dépendance (souvent un défi dans certains pays ouest-africains) et aient connaissance des centres de traitement existants. Cette voie exige également un certain niveau de confiance entre le professionnel de santé et le patient, sans craindre ni stigmatisation ou de discrimination.
- **Identification à travers des centres spécialisés dans le domaine de la drogue et des services de proximité** – Ces derniers peuvent offrir une gamme de services tels que l'offre de nourriture ou de logement temporaire en passant par des services de réduction des risques, etc. L'existence de centres d'accueil avec une approche souple et informelle est un outil utile pour fournir une porte d'entrée à ceux qui sont en proie à la dépendance à la drogue.
- **Identification à travers le système de justice pénale** – Comme mentionné précédemment, les usagers de drogues sont régulièrement en contact avec le système de justice pénale. Ce dernier peut donc jouer un rôle important pour identifier les usagers dépendants et les motiver à suivre un traitement. Le traitement peut alors être proposé comme une alternative à l'arrestation (comme au Royaume-Uni) ou à l'incarcération au cours de la procédure judiciaire. Au Nigéria et au Mali, les lois sur les drogues indiquent qu'une personne peut être soumise par jugement à un traitement au lieu d'une condamnation ou d'une peine de prison (au Nigéria, cette option n'existe que pour les mineurs, et pour les adultes le traitement peut être proposé en plus de la peine pénale). Bien que ces lois ne soient pas utilisées en pratique, elles constituent un premier signe de l'abandon d'une approche basée sur la punition. Mais la question demeure – quel niveau de coercition doit être considéré comme acceptable?
 - › En Asie, la pratique de *détention obligatoire* des usagers de drogues a été condamnée par de nombreux gouvernements, agences onusiennes et ONG. La pratique consiste à arrêter tout usager de drogues et à les contraindre à intégrer et demeurer dans des programmes de traitement qui s'appuient souvent sur la violence physique et psychologique, plutôt que les soins médicaux et le soutien. C'est une pratique inacceptable.
 - › L'utilisation de *tribunaux des drogues* est également fortement débattue dans le monde entier, y compris au Nigéria, au Mali et plus généralement en Afrique de l'Ouest. Même si ces tribunaux peuvent constituer un moyen utile d'orienter des individus vers des traitements, un ensemble de directives doivent être respectées pour s'assurer que le mécanisme

fonctionne correctement. Ces directives incluent notamment les éléments suivants : veiller à ce que ceux qui ont accès au traitement soient *dépendants*, à ce que l'évaluation soit faite par des professionnels médicaux qualifiés, à ce que l'individu ait le choix de suivre ou non le traitement proposé, à ce que ceux qui sont envoyés devant ces tribunaux ne le soient pas pour simple usage de drogues (la consommation de drogues en elle-même ne devrait pas être punie par des sanctions pénales) mais soient des personnes dépendantes ayant commis d'autres délits pénaux, etc.¹ Un tel système est aussi fondamentalement défectueux par le fait que la rechute dans la consommation de drogues constitue une infraction menant à une peine de prison; ceci va à l'encontre de la position scientifique selon laquelle la dépendance à la drogue est une maladie chronique récurrente.

- › Des formes moins extrêmes de coercition ont été appliquées dans de nombreux pays, tels que l'utilisation de *tests obligatoires de dépistage* tout au long du traitement, afin d'assurer que le patient ne consomme pas pendant son traitement. Un tel mécanisme a souvent conduit, en pratique, à un sentiment de méfiance entre le patient et le professionnel de santé, le tout sans avoir aucun effet dissuasif sur les niveaux de rechute. Il doit donc être évité.

Lorsque les systèmes d'évaluation et de traitement sont élaborés, il est impératif d'assurer que toute pression et ou condition externe appliquée au patient soit appliquée en conformité avec les principes de *procédure équitable* et de *proportionnalité* dans le cadre des procédures judiciaires, et que ces pressions ne portent pas atteinte au principe d'*autodétermination*.

1. Pour une discussion complète sur les tribunaux des drogues, voir : Guzman, D. (2012), *Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration* (Londres: International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts>

MODULE 3

Polycopié: Les cartes de prévention en matière de drogue

Prévention Universelle	Prévention Sélective	Prévention Indiquée	Prévention Environnementale
Campagnes médiatiques de sensibilisation	Prévention et éducation des enfants en famille d'accueil	Intervention brève pour un enfant diagnostiqué comme étant l'hyperactif	Taxation de l'alcool
Interventions dans les écoles	Groupes de soutien pour les enfants dont les parents ont un problème avec la drogue	Formations pour les parents dont les enfants ont des problèmes de comportement	Restrictions publicitaires sur le tabac
Formation destinée aux médecins sur la consommation illicite de médicaments sur ordonnance	Formation continue pour les personnes au chômage	Programme de renforcement des compétences pour un adolescent atteint d'une maladie mentale	Interdiction officielle de la pentazocine



Polycopié: Les différents types de prévention en matière de drogue

	Universelle	Sélective	Indiquée	Environnementale
Développementale	Programmes sociaux et de développement de compétences pour préparer les jeunes à gérer les influences sociales, les comportements dans leur classe et socialiser avec les autres personnes de leur âge	Programmes pour familles et parents parmi les communautés vulnérables dans un(e) ville/région/pays	Programmes de consultations individuelles pour les jeunes garçons confrontés à des problèmes de comportement	Législation pour prohiber l'usage de drogues, couper les voies d'approvisionnement en drogues et politiques d'impôts sur certaines substances
Informationnelle	Vastes campagnes médiatiques de sensibilisation sur les risques liés à la consommation de drogues	Interventions d'information visant les jeunes de sexe masculin vivant dans des communautés vulnérables où les gangs sont actifs	Interventions normatives d'information pour les personnes ayant été testées positives à une consommation de drogues	Restrictions publicitaires, informations sur les lieux où une substance peut être consommée ou non (pour le tabac, l'alcool et le cannabis aux Etats-Unis/en Uruguay)

MODULE 3

Polycopié: Exemples d'interventions de prévention en matière de drogue

Campagne de prévention contre la consommation de nouvelles substances psychoactives en Roumanie



« La différence entre un usager de substances illégales et une vache est que la vache sait ce qu'elle consomme. La consommation de drogues tue! »

Campagne de prévention contre l'utilisation de nouvelles substances psychoactives en Roumanie



« La différence entre un usager de substances illégales et une vache est que la vache sait ce qu'elle consomme. La consommation de drogues tue! »

Récemment, une augmentation rapide d'injection de nouvelles substances psychoactives a eu lieu en Roumanie (voir : <http://www.emaramures.ro/stiri/55999/CAMPANIE-ETNOBOTANICE-Ministerul-de-Interne-raspunde-care-este-diferenta-dintre-un-consumator-de-etnobotanice-si-o-vaca-VIDEO->). Cela s'est produit en parallèle avec la crise économique qui a entraîné la fermeture de nombreux services de réduction des risques et a mené à une épidémie à croissance et rapide du VIH parmi les usagers de drogues injectables. Au lieu d'adopter une réponse axée sur la santé publique, le gouvernement a interdit les magasins locaux vendant ces nouvelles substances psychoactives et a lancé de nombreuses campagnes de prévention dans le même esprit que la photo ci-dessus. Dans un pays où l'usage de drogues est particulièrement stigmatisé, ces campagnes peuvent être plus nuisibles que bénéfiques et peuvent dissuader les usagers de drogues d'accéder aux services de santé, de réduction des risques et de traitement dont ils ont besoin.

Campagne de prévention développée par le National Institute on Drug Abuse dans les écoles américaines

The name of the game is

Drug Abuse Prevention
any number can play.

DECISIONS

CHOICES

START HERE

ENLIST
SUPPORT OF OTHER ORGANIZATIONS

ENLIST
SUPPORT OF THE MEDIA

DECISIONS

CHANGE
PUBLIC ATTITUDES ON DRUG AND ALCOHOL ABUSE

KNOWLEDGE
RECOGNIZE THERE IS A PROBLEM

CHOICES

KNOWLEDGE
LEARN MORE ABOUT DRUGS AND DRUG PROBLEMS

CHOICES

KNOWLEDGE
UNDERSTAND PREVENTION

DECISIONS

KNOWLEDGE
ASSESS THE RESOURCES IN YOUR COMMUNITY

KNOWLEDGE
BE A PREVENTOR
YOU'RE READY TO

CHOICES

IMPROVE
DECISION-MAKING SKILLS

CHOICES

IMPROVE
COMMUNICATION AND INTERPERSONAL SKILLS

IMPROVE
HEALTH AND EDUCATION

CONTACT OTHER RESOURCES

ENCOURAGE
SELF-ESTEEM

DECISIONS

ENCOURAGE
IMAGINATION, CURIOSITY, CREATIVITY AND ENTHUSIASM

PROVIDE
ROLE MODEL FOR YOUTH

HELP
DEAL WITH ANGER, DISAPPOINTMENT, AND GRIEF

CHOICES

CHOICES

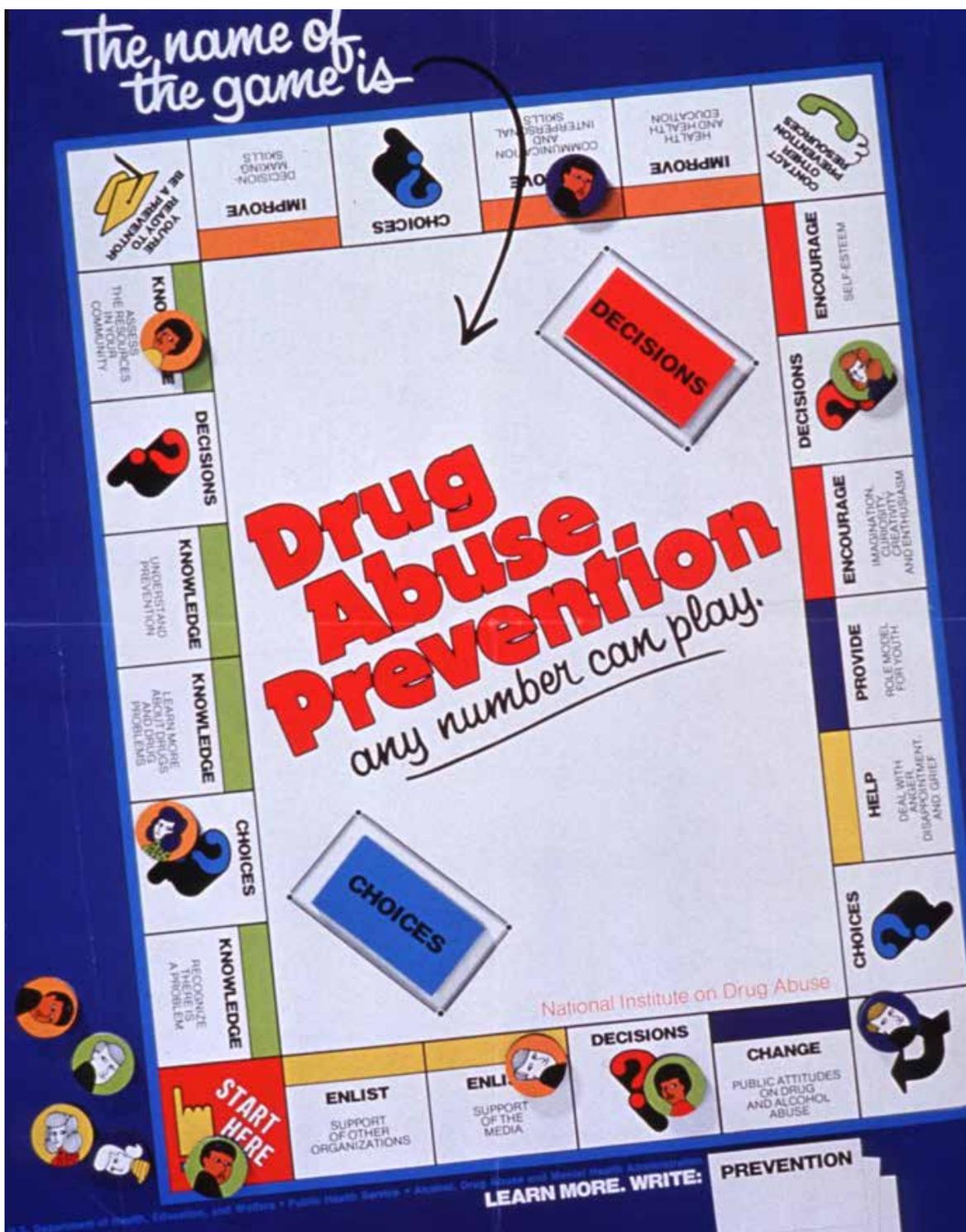
PREVENTION

LEARN MORE. WRITE:

National Institute on Drug Abuse

U.S. Department of Health, Education, and Welfare • Public Health Service • Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration

Campagne de prévention développée par le National Institute on Drug Abuse dans les écoles américaines



Les programmes de prévention sont plus efficaces lorsqu'ils utilisent des techniques interactives, telles que des discussions de groupe et des jeux de rôle qui permettent de participer activement à un apprentissage relatif à la consommation de drogues et au renforcement des compétences (Botvin et al., 1995). Ce jeu a été développé par l'Institut National sur l'Abus de Drogues (National Institute on Drug Abuse) pour être utilisé dans les écoles américaines. Au lieu de se concentrer uniquement sur un message « Dis juste non! », le programme vise à faire participer les enfants à des conversations approfondies sur la consommation de drogues, les risques pouvant y être associés, ainsi que les facteurs de protection et de risque liés à la consommation de drogues.

Vidéo de l'ONUDC lancée lors de la Journée internationale contre l'abus et le trafic de drogues de 2013 (programme international)



Vidéo disponible au lien suivant: https://www.youtube.com/watch?v=jJGw_d5nqi4

Vidéo de l'ONU DC lancée lors de la Journée internationale contre l'abus et le trafic de drogues de 2013 (programme international)

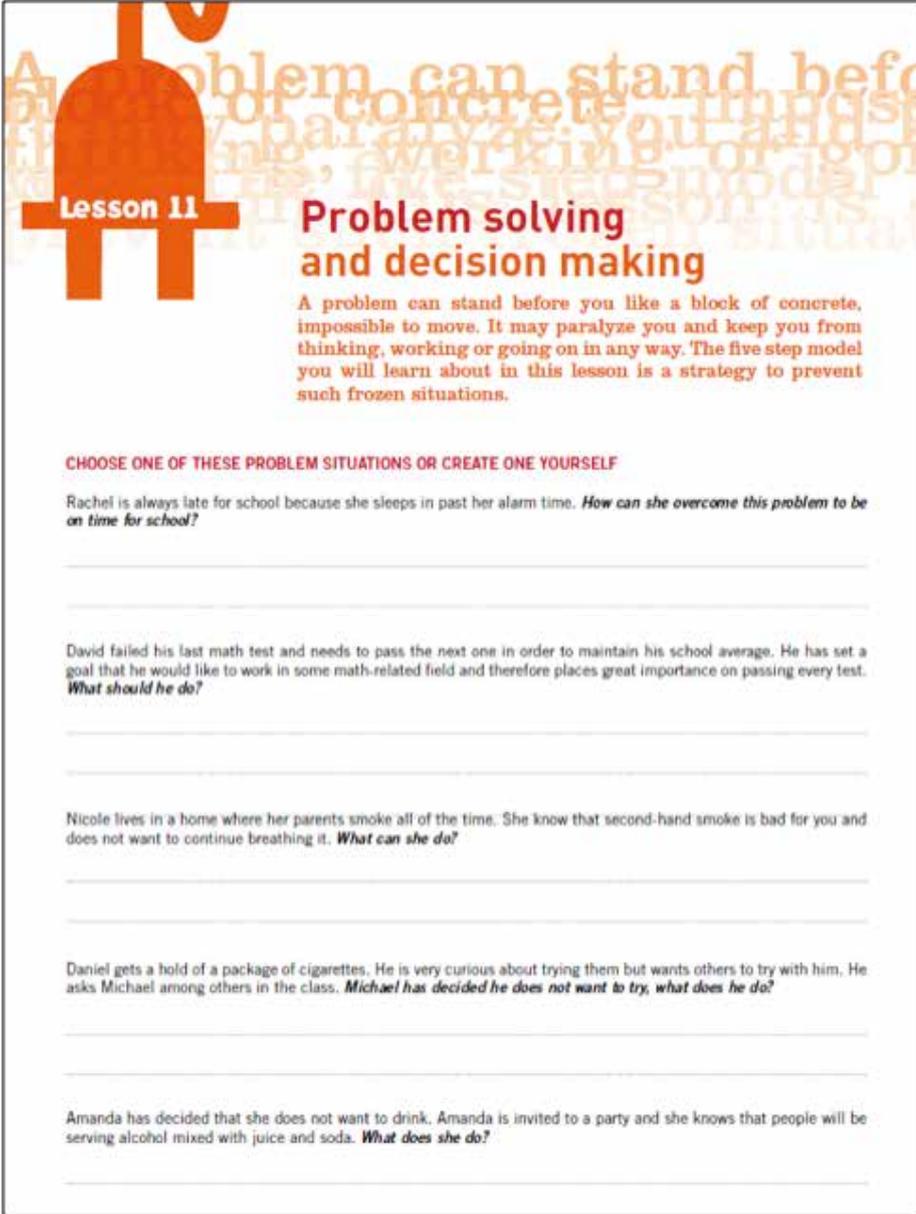


Vidéo disponible au lien suivant: https://www.youtube.com/watch?v=jJGw_d5nqi4

Ces campagnes médiatiques de masse sont très fréquentes à travers le monde. Une récente étude ayant passé en revue toutes les évaluations scientifiques des campagnes anti-drogue développées par les services publics a conclu que ces interventions avaient été largement inefficaces, et pouvaient au contraire encourager la consommation de drogues et exacerber la stigmatisation sociale associée à la celle-ci.

Voir : Werb, D., Mills, E.J., DeBerk, K., Montaner, J.S.G. & Wood, E. (2011), 'The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements: A systematic review and meta-analysis', *Journal of Epidemiology & Community Health*, **65**(10): 834-840

Programme de prévention scolaire « Unplugged » [Débranché] (programme international)



Lesson 11

Problem solving and decision making

A problem can stand before you like a block of concrete, impossible to move. It may paralyze you and keep you from thinking, working or going on in any way. The five step model you will learn about in this lesson is a strategy to prevent such frozen situations.

CHOOSE ONE OF THESE PROBLEM SITUATIONS OR CREATE ONE YOURSELF

Rachel is always late for school because she sleeps in past her alarm time. *How can she overcome this problem to be on time for school?*

David failed his last math test and needs to pass the next one in order to maintain his school average. He has set a goal that he would like to work in some math-related field and therefore places great importance on passing every test. *What should he do?*

Nicole lives in a home where her parents smoke all of the time. She know that second-hand smoke is bad for you and does not want to continue breathing it. *What can she do?*

Daniel gets a hold of a package of cigarettes. He is very curious about trying them but wants others to try with him. He asks Michael among others in the class. *Michael has decided he does not want to try, what does he do?*

Amanda has decided that she does not want to drink. Amanda is invited to a party and she knows that people will be serving alcohol mixed with juice and soda. *What does she do?*

42

Which of the following statements is correct?

- A. The use of cocain now and then doesn't cause dependence
- B. The use of cocain enhances school performance
- C. After the use of cocain you feel strong and calm for a long while
- D. None of the above statements is correct

42

It is possible to get addicted to cocain

You can become addicted to cocain especially because you are feeling that bad after the flush that you want to use the drug directly again to feel strong and assertive again.

CORRECT ANSWER: D



29

Which one of the following statements is true?

- A. It is less dangerous to smoke one joint than one cigarette
- B. Smoking joints and cigarettes are often related
- C. Smoking one cigarette is equally harmful as smoking one joint



29

It is not less harmful for the body to smoke hashish than to smoke cigarettes

Since the smoke of cannabis (which is mixed with tobacco) usually is inhaled more deeply and kept for a longer time in the lung compared to the smoke of cigarettes (we are now only talking about the effect of the smoke!). However, most people smoking cannabis also smokes cigarettes, thus enhancing the harm.

CORRECT ANSWER: C



Programme de prévention scolaire « Unplugged » [Débranché] (programme international)

29

Which one of the following statements is true?

- A. It is less dangerous to smoke one joint than one cigarette
- B. Smoking joints and cigarettes are often related
- C. Smoking one cigarette is equally harmful as smoking one joint

29

It is not less harmful for the body to smoke hashish than to smoke cigarettes

Since the smoke of cannabis (which is mixed with tobacco) usually is inhaled more deeply and kept for a longer time in the lung compared to the smoke of cigarettes (we are now only talking about the effect of the smoke!). However, most people smoking cannabis also smokes cigarettes, thus enhancing the harm.

CORRECT ANSWER: C

42

Which of the following statements is correct?

- A. The use of cocaine now and then doesn't cause dependence
- B. The use of cocaine enhances school performance
- C. After the use of cocaine you feel strong and calm for a long while
- D. None of the above statements is correct

42

It is possible to get addicted to cocaine

You can become addicted to cocaine especially because you are feeling that bad after the flush that you want to use the drug directly again to feel strong and assertive again.

CORRECT ANSWER: D

Lesson 11

Problem solving and decision making

A problem can stand before you like a block of concrete, impossible to move. It may paralyze you and keep you from thinking, working or going on in any way. The five step model you will learn about in this lesson is a strategy to prevent such frozen situations.

CHOOSE ONE OF THESE PROBLEM SITUATIONS OR CREATE ONE YOURSELF

Rachel is always late for school because she sleeps in and her alarm time. How can she overcome this problem to be on time for school?

David failed his last math test and needs to pass the next one in order to maintain his school average. He has set a goal that he would like to work in some math-related field and therefore places great importance on passing every test. What should he do?

Nicole lives in a home where her parents smoke a lot of the time. She knows that second hand smoke is bad for you and does not want to continue breathing it. What can she do?

David gets a hold of a package of cigarettes. He is very curious about trying them but wants others to try with him. He asks Michael among others in the class. Michael has decided he does not want to try. What does he do?

Amelia has decided that she does not want to drink. Amelia is invited to a party and she knows that people will be serving alcohol mixed with juice and soda. What does she do?

Unplugged est le premier programme de prévention en milieu scolaire en Europe ayant été développé à travers une collaboration internationale et testé parmi différents groupes suivant une répartition aléatoire à double insu. Il est basé sur l'approche globale d'influence sociale et comprend la formation des compétences personnelles et sociales avec un accent particulier sur les croyances normatives. Unplugged est un guide standard ayant été développé par un groupe d'experts européens et comprenant les éléments suivants : aptitudes sociales, personnelles, connaissances et éducation normative. Le programme de base se compose de 12 séances d'1 heure que les enseignants (qui ont eux-mêmes suivi une préalable formation de 3 jours) donnent chaque semaine.

C'est un programme très interactif et qui suit une trame complète et standardisée. Le programme a été évalué dans l'étude UE-Dap, une grande étude collaborative européenne menée entre septembre 2004 et mai 2007 dans sept pays européens : en Autriche, en Belgique, en Allemagne, en Grèce, en Italie, en Espagne et en Suède, et impliquant 143 écoles, 345 classes et 7 079 étudiants. L'évaluation a montré qu'Unplugged avait réduit la consommation de tabac, de cannabis et les épisodes d'ivresse chez les élèves bénéficiant de ce programme, par rapport aux élèves du groupe témoin ayant suivi les programmes préventifs habituels.

Lors des vérifications post-tests, d'autres effets importants de l'intervention ont été détectés, en particulier sur l'utilisation quotidienne de cigarettes, les épisodes fréquents et sporadiques d'ivresse et la consommation de cannabis. L'effet sur les épisodes d'ivresse et la consommation de cannabis a été maintenu lors d'un suivi sur 18 mois. Dans une deuxième phase du projet de l'UE-Dap, le manuel pour les enseignants a été révisé sur la base d'informations fournies par les enseignants participants. En outre, pour compléter le nouveau manuel, le classeur pour les élèves a été conçu sous la forme de classeur individuel et personnel, contenant des activités que les élèves doivent réaliser lors des cours d'Unplugged.¹

1. Bases de données des meilleures pratiques, de l'Observatoire Européen sur la Drogue et la Toxicomanie : http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=IT&tab=overview; http://www.eudap.net/Reserved/ReservedArea_EducationMaterial.aspx

MODULE 3

Polycopié: Données sur la disponibilité de services de traitement de la dépendance à la drogue dans 14 nations ouest-africaines*

Country	SA Policy exists	Govt. Unit for SUD	Budget Line	Financing Method	Usual Treatment Setting	Medical detox for DUD	SMT available	Specialized Tx available	3 Most important professionals	National data collection
Benin	Drugs	Y	Y, drugs	Tax-based	Gen health	Y	N	N	Psych, GPs, Nurses	Y
Burkina Faso	N	Y, alcohol	N	Out-of-pocket	Gen health	N	Y	N	–	N
Chad	N	Y	N	Out-of-pocket	MH service	Y	N	N	Psych, Nurses, GPs	N
Cape Verde	N	MH	N	Insurance	MH service	Y	N	N	GPs, Psych, Psy	N
Cote d'Ivoire	Y/MH	MH	N	Out-of-pocket	MH service	N	N	N	Psych, GPs, Nurses	N
The Gambia	N	Y	N	Tax-based	Gen health	Y	N	N	Nurses, PHC workers	N
Ghana	N	MH	N	Insurance	MH service	Y	N	N	Psych, Counsellors, GPs	N
Guinea	Y/MH	N	N	Out-of-pocket	MH service	Y	N	N	Psych, GPs, Psy	N
Mali	N	MH	N	–	MH service	Y	N	N	Psych, Psy, Nurses	N
Niger	N	MH	N	External grant	MH service	Y	N	N	Addictologists, Psych, Nurses	N
Nigeria	N	Y	Y/MH	Tax-based	MH	Y	N	Y	–	N
Senegal	N	MH	N	–	MH	–	–	N	–	N
Sierra Leone	Y	MH	Y	NGOs	MH	N	N	N	Psych, Nurses, PHC	Y
Togo	N	Y	Y/MH	Out-of-pocket	MH	Y	N	N	GPs, PHC, Psych	N

Notes:
 Y = Yes, available N = No, not available
 MH = mental health Psy = psychologists Psych = psychiatrists PHC = primary health care workers GPs = general practitioners
 SMT = Substitution maintenance therapy

* Organisation Mondiale de la Santé (2010), *Atlas sur la dépendance à la drogue : Ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés aux substances psychoactives* (Genève: OMS).

Polycopié: Ressources clés sur la prévention et le traitement de la dépendance à la drogue

Prevention

Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2013), *International standards on drug use prevention* [Normes internationales sur la prévention en matière de drogue] <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

Organisation Mondiale de la Santé, *Publications sur la prévention*, www.who.int/substance_abuse/publications/prevention/en/

Obot, I.S. (2013), *Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest*, Document d'information de la WACD No. 2 (Commission Ouest-Africaine sur les Drogues & Fondation Kofi Annan), <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Prevention-et-Traitement-de-la-Dependance-en-Afrique-de-lOuest.pdf>

Observatoire Européen sur la Drogue et la Toxicomanie, *Prévention de la consommation de drogues*, <http://www.emcdda.europa.eu/topics/prevention>

Observatoire Européen sur la Drogue et la Toxicomanie (2011), *European Drug Prevention Quality Standards* [Normes minimales de qualités dans le cadre de la prévention en matière de drogue], <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

National Institute on Drug Abuse (2003), *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators and community leaders* [Prévenir la consommation de drogues parmi les enfants et les adolescents: Un guide de recherché pour les parents, les éducateurs et les leaders communautaires], www.drugabuse.gov/pdf/prevention/redbook.pdf

Traitement

Observatoire Européen sur la Drogue et la Toxicomanie, *Bonnes pratiques en matière d'interventions sur la drogue*, <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

Asare, J.B. & Obot, I.S. (2013), *Des Politiques pour le Traitement de la Dépendance aux Drogues en Afrique de l'Ouest*, Document d'information de la WACD No. 8 (Commission d'Afrique de l'Ouest sur les Drogues & Fondation Kofi Annan)

Observatoire Européen sur la Drogue et la Toxicomanie (2011), *Guidelines for the treatment of drug dependence: A European perspective* [Lignes directrices sur le traitement de la dépendance à la drogue: une perspective européenne], <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/treatment-guidelines>

Observatoire Européen sur la Drogue et la Toxicomanie (2014), *Treatment for cocaine dependence - Reviewing current evidence* [Traitement pour la dépendance à la cocaïne - réviser les preuves actuelles], <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/treatment-for-cocaine-dependence>

Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2012), *Treatnet. Quality standards for drug dependence treatment and care services* [Treatnet. Standards de qualité pour le traitement et les services de la dépendance à la drogue], http://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf

Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2014), *Community based treatment and care for drug use and dependence - Information brief for Southeast Asia* [Traitement et soins à base communautaire sur la consommation et la dépendance à la drogue - document d'information pour l'Asie du Sud Est], http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx_brief_EN.pdf

Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime & Organisation Mondiale de la Santé (2009), *Principles of drug dependence treatment and care. Discussion paper* [Principes du traitement et des soins de la dépendance à la drogue. Document de discussion], http://www.unodc.org/docs/treatment/Principles_of_Drug_Dependence_Treatment_and_Care.pdf

Notes :



MODULE 4



Plaidoyer en matière de réduction des risques



But du Module 4

Elaborer des stratégies et des arguments promouvant des politiques des drogues qui protègent les usagers de drogues des infections, des discriminations, des overdoses et d'autres risques pouvant être évités.



Objectifs d'apprentissage

Les participants pourront:

- Comprendre et expliquer ce qu'est la réduction des risques et quels sont ses principes de base
- Comprendre comment les principes de la réduction des risques peuvent contribuer à une politique des drogues efficace et équilibrée
- Identifier les opportunités potentielles de développement de politiques de réduction des risques, ainsi que les obstacles pouvant être rencontrés
- S'accorder sur des actions à court, moyen et long terme pour promouvoir la réduction des risques au niveau local.



Notes pour l'animateur

Avant la séance, l'animateur devra réunir des données locales sur les risques liés aux drogues (ex. taux d'overdose, taux de propagation du sida et des hépatites B et C, prévalence au sein de la population en général et parmi les usagers de drogues injectables, taux d'incarcération) et la disponibilité des services de réduction des risques. Les données peuvent être rassemblées en envoyant des questionnaires aux participants avant la formation ou en visitant les ressources suivantes :

- Etat mondial de la réduction des risques de Harm Reduction international: <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction>;
- base de donnée sur le sida d'ONUSIDA: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>;
- Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), Pas seulement une zone de transit : drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest. <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>
- Mathers et al (2008) 'The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review'. Lancet; 372(9651):1733-45
- Mathers et al (2010) 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage'. Lancet; 375(9719): 1014-1028
- The World Bank's database: <http://data.worldbank.org/>; Nelson et al (2011) 'Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews'. Lancet; 378(9791): 571-583

Introduction

Ce module examinera l'ensemble des pratiques et des principes définissant la *réduction des risques*.

Ces 100 dernières années, la plupart des politiques des drogues ont été fondées sur des perspectives idéologiques visant à créer « une société sans drogues », et l'Afrique de l'Ouest n'a pas dérogé à cette règle (Cf. [Module 1](#)). Les diverses expériences à travers le monde ont démontré que cet objectif est loin d'avoir été atteint: en effet les données historiques montrent qu'à l'échelle mondiale la majorité des sociétés ont connu un certain niveau de consommation de drogues. Au cours du [Module 3](#), nous avons vu que l'absence de systèmes de traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest pose un sérieux risque en termes de santé publique car cette carence peut exacerber les défis existants, tels que la propagation du VIH. Ceci est d'autant plus inquiétant lorsqu'on sait que le transit de la cocaïne, de l'héroïne et des stimulants de type amphétamine (STA) a engendré une augmentation de la consommation de drogues dans la région, plus particulièrement chez les jeunes.

Une approche de réduction des risques est de plus en plus considérée comme une nécessité politique en Afrique de l'Ouest pour travailler de façon pragmatique et avec compassion avec les usagers de drogues.

A sa base, la réduction des risques reconnaît que :

- De nombreuses personnes considèrent que leur consommation de drogues a des aspects positifs.
- De nombreuses personnes sont réticentes ou incapables d'arrêter de consommer de la drogue, même s'ils sont conscients des effets négatifs liés à leur consommation.
- De nombreux risques liés à la consommation de drogues peuvent être évités grâce à la mise en place d'interventions simples et peu coûteuses.

La réduction des risques vise à répondre à l'expérience unique de chaque usager de drogues en offrant des informations et un soutien accessibles, en intégrant ces interventions de réduction des risques au sein des services de santé de base, de médecine spécialisée, de traitement de la dépendance à la drogue, d'accès au

logement, du système de justice pénale, etc. La réduction des risques aborde la consommation de drogues comme un problème sanitaire, plutôt qu'un problème de justice pénale. Cette approche permet de réduire certains risques liés aux stratégies punitives centrées sur l'imposition de sanctions pénales contre les usagers de drogues. Ces stratégies punitives exacerbent la stigmatisation et la discrimination de ces derniers et dissuadent les personnes vulnérables d'accéder aux services de réduction des risques qui pourraient leur sauver la vie. La réduction des risques cherche à protéger les droits humains des usagers de drogues, en particulier les groupes vulnérables tels que les femmes, les jeunes, les minorités ethniques, etc.

Ce module étudiera en détails les interventions clés qui caractérisent la réduction des risques en Afrique de l'Ouest. Il considèrera aussi le concept et les valeurs de la réduction des risques, ainsi que les défis et obstacles pouvant entraver leur mise en place. Ces analyses constitueront la base du développement d'interventions efficaces de plaidoyer en matière de réduction des risques.

SÉANCE 4.1:

Activité: Définir la réduction des risques

SÉANCE 4.2:

Présentation: Pourquoi la réduction des risques est-elle importante ?

SÉANCE 4.3:

Activité: Les interventions de réduction des risques

SÉANCE 4.4:

Présentation: La réduction des risques en Afrique de l'Ouest

SÉANCE 4.5:

Activité: Les obstacles à la réduction des risques

SÉANCE 4.6:

Activité: Pairs, patients, prisonniers ou partenaires ?

SÉANCE 4.7:

Activité: Répondre aux préoccupations concernant la réduction des risques

Séance 4.1

Activité: Définir la réduction des risques


30 min


Objectif - Partager les expériences et les perspectives des participants sur la réduction des risques et proposer une définition que nous utiliserons tout au long de cette formation

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Divisez les participants en groupes de trois ou quatre personnes.
3. Coupez et distribuez les cartes du photocopié « [Les cartes de la réduction des risque](#) ».
4. Demandez aux participants de classer les cartes en trois catégories:
 - Ensemble complet d'interventions promues par l'ONU pour « prévenir le sida parmi les usagers de drogues injectables »¹
 - Autres services de réduction des risques
 - Services ne faisant pas partie d'une approche de réduction des risques.
5. Encouragez les participants à parler entre eux de tout désaccord pouvant émerger au cours des discussions. L'animateur devrait jouer un rôle clé pour valider, clarifier et combler toute lacune en passant de groupe en groupe. L'animateur devrait demander aux participants d'énumérer d'autres interventions de réduction des risques qui ne figurant pas sur la liste fournie dans le cadre de cet exercice.
6. En plénière, présentez la définition ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes) et demandez aux participants si cette définition correspond aux résultats de l'activité qu'ils viennent d'achever. Demandez-leur s'ils sont d'accord avec la définition donnée.
7. Pour en savoir plus, l'animateur pourra distribuer aux participants des copies du photocopié intitulé « [Les principes de la réduction des risques](#) ».



Notes pour l'animateur

Le concept de réduction des risques est généralement associé à la protection de la santé publique et des droits humains et est confiné à la consommation de drogues. Les risques associés au système de contrôle des drogues sont divers et variés : transmission de virus par voie sanguine tels que le VIH et l'hépatite, incarcération en masse des usagers de drogues, ou dommages causés aux fermiers et à leurs familles avec les projets d'éradication des cultures. Certains groupes utilisent dorénavant le terme de « réduction des risques » pour définir des activités ne se centrant plus uniquement sur la simple problématique santé. Dans ce module, l'animateur devra décider quelle définition appliquer (interprétation large ou restrictive) pour la réduction des risques, pourvu que cette définition soit en accord avec les principes listés ci-dessous.

✓ Informations à fournir dans cette présentation :

La « réduction des risques » fait référence aux politiques, aux programmes et aux pratiques qui visent essentiellement à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques liées à la consommation légale ou illégale de drogues psychoactives, sans nécessairement réduire les taux de consommation. Elle est bénéfique pour les consommateurs de drogues, leur famille et la communauté dans son ensemble. Enfin, il s'agit d'une approche solidement ancrée dans la santé publique et les droits humains.

La réduction des risques est basée sur certains principes fondamentaux. Elle :

- **Cible les risques et les dommages** : la réduction des risques consiste tout d'abord à identifier les risques et dommages chez les personnes ou groupes de personnes qui consomment de la drogue dans un contexte donné, à définir les causes de ces risques et ces dommages, et à analyser les méthodes et mécanismes disponibles pour réduire ou éliminer ces risques.
- **Est fondée sur des preuves tangibles et le principe de rentabilité** : les services de réduction des risques sont fondés sur les preuves les plus probantes et sur les exemples de bonnes pratiques dans le domaine de la santé publique. Ces interventions sont peu coûteuses, faciles à mettre en œuvre et ont un impact important sur la santé des consommateurs et des communautés.
- **Est progressive** : les interventions de réduction des risques reconnaissent l'importance que tout changement positif peut avoir sur la vie d'une personne. Elles sont progressives, plutôt que contraignantes, s'adaptent aux besoins de chaque personne et se basent enfin sur des mesures concrètes et réalisables afin de réduire les risques immédiats associés à la consommation de drogues.
- **Est basée sur la dignité et la compassion** : la réduction des risques perçoit les usagers de drogues comme des membres à part entière de la communauté, mais aussi comme des amis, des proches et des partenaires. Par conséquent, la réduction des risques rejette la discrimination, les clichés et la stigmatisation.
- **Reconnait l'universalité et l'interdépendance des droits humains** : la réduction des risques respecte les principes internationaux en matière de droits humains.
- **Remet en question les politiques et les pratiques qui augmentent les risques** : de nombreux facteurs contribuent aux risques et aux dommages liés à la consommation de drogues : le comportement et les choix des personnes, l'environnement dans lequel les drogues sont consommées et les lois et politiques destinées à contrôler cette consommation. La réduction des risques cherche à répondre à tous ces facteurs afin de protéger les droits humains et la santé des personnes touchées.
- **Valorise la transparence, la responsabilité et la participation** : les prestataires de services de réduction des risques, les donateurs, les fonctionnaires et toute autre personne pertinente doivent être tenus responsables de toute action entreprise envers les usagers de drogue. La réduction des risques assure cette responsabilité en mettant en avant la participation et le rôle clé des usagers de drogues dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des programmes qui les concernent.
- **Répond aux besoins spécifiques de divers groupes vulnérables**, plutôt que d'offrir une solution universelle.

1. Cf: Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Joint des Nations Unies sur le VIH/Sida (2013), *Guide technique de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA pour aider les pays à fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les usagers de drogues injectables - Version de 2012* (Genève: OMS), <http://idpc.net/fr/publications/2013/01/guide-technique-de-l-oms-l-onudc-et-l-onusida-pour-aider-les-pays-a-fixer-des-objectifs-pour-l-acces-universel-a-la-prevention-au-traitement-et-aux-soins-du-vih-sida-pour-les-usagers-de-drogues-injectables-version-2012>

Séance 4.2

Présentation: Pourquoi la réduction des risques est-elle importante ?



20 min

**Objectif - Analyser les diverses justifications mises en avant pour une approche basée sur la réduction des risques**

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Rappelez aux participants que lors de la Séance [2.3](#), nous avons vu que l'un des principes fondamentaux d'une politique des drogues efficace était le suivant : « les politiques des drogues doivent viser à réduire les conséquences négatives, plutôt que l'ampleur, de la consommation de drogues et des marchés noirs ». Lors de la Séance [1.5](#), nous avons identifié certaines de ces conséquences négatives.
3. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).

**Informations à fournir dans cette présentation :**

Bien que de nombreuses personnes consomment de la drogue sans éprouver le moindre problème, pour certaines personnes l'usage de drogues peut conduire à diverses **conséquences pour leur santé, pouvant cependant être évitées**. Ces conséquences incluent notamment des infections des tissus mous, la transmission de virus et/ou d'infections sexuellement transmissibles tels que le sida et les hépatites B et C par voie sanguine à travers l'usage de matériel d'injection non-stérile, les overdoses, et l'exacerbation de maladies mentales et physiques. Dans de nombreux contextes, ces risques peuvent être exacerbés par des politiques des drogues répressives et punitives qui finissent par dissuader les personnes d'accéder aux services de santé et de soutien dont ils ont besoin. Les interventions de réduction des risques cherchent à minimiser ces risques sanitaires.

La réduction des risques cherche également à minimiser les risques causés par les politiques publiques et la stigmatisation des usagers de drogues. Dans la plupart des pays, le contexte politique a conduit à la pénalisation et à l'incarcération des usagers de drogues. Ces politiques ont eu des conséquences sérieuses sur leurs opportunités d'accéder aux services de santé, d'obtenir un emploi, d'accéder à un logement et à un soutien social et même sur leur droit à la garde légale de leurs enfants. Du fait de leur criminalisation, les usagers de drogues sont souvent discriminés en milieu médical ou peuvent se voir refuser des soins médicaux. Certains groupes de consommateurs de drogues (tels que les femmes, les jeunes et les minorités ethniques) sont confrontés à une stigmatisation sociale et culturelle encore plus importante. La réduction des risques remet en question cette marginalisation. Cette approche est donc souvent perçue comme étant fondée sur la santé publique, mais aussi sur les droits humains.

Les données suivantes expliquent pourquoi la réduction des risques est une approche vitale en Afrique de l'Ouest:

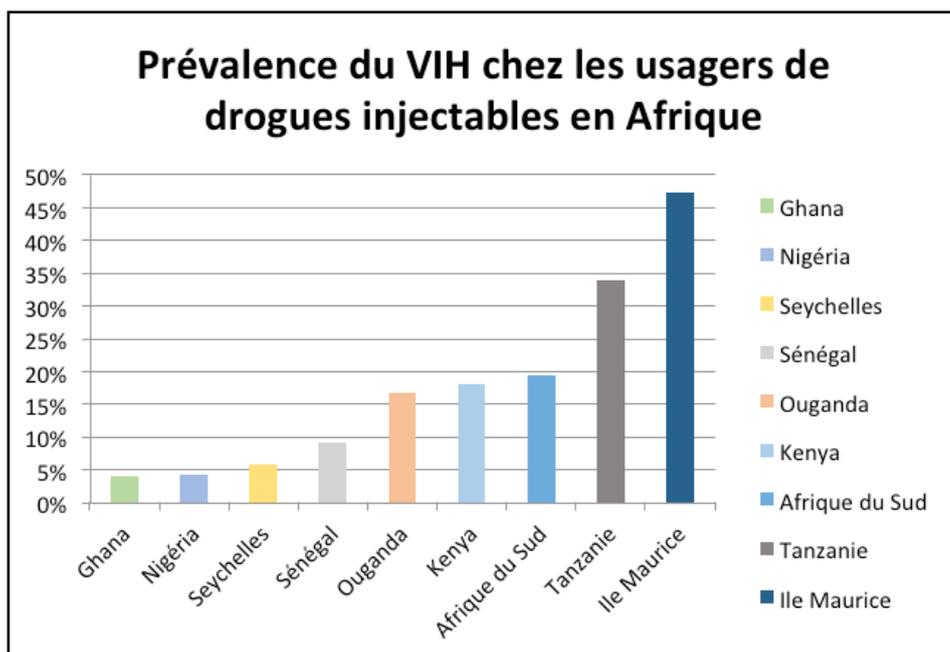
- Environ 12,7 millions de personnes s'injectent des drogues à travers le monde, dont plus de 13% vivent avec le VIH.¹
- En Afrique subsaharienne, on estime à 1 million le nombre de personnes qui s'injectent des drogues. Parmi elles, entre 5 et 10% sont séropositives.² Bien que le Pro-

**Notes pour l'animateur**

Remplacez ces données avec des données locales, ou ajoutez un maximum de données locales aux informations contenues dans cette présentation.

gramme Commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA) ait rapporté une baisse de 34% du nombre annuel de nouvelles infections au VIH chez les adultes en Afrique subsaharienne depuis 2001,³ les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH dans la région pourraient être perdus si le problème du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues n'est pas abordé rapidement. Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues est en augmentation:

- 4% au Ghana
- 4,2% au Nigéria (où 9,1% des nouvelles infections au VIH sont désormais attribués à l'usage de drogues injectables)
- 9,1% au Sénégal (comparé à moins de 1% chez la population générale)
- 16,7% en Ouganda
- 18% au Kenya
- 19,4% en Afrique du Sud
- 33,9% en Tanzanie
- 47,4% à l'île Maurice⁴



Source: Etat mondial de la réduction des risques, 2014

- La prévalence du VIH dans un certain nombre de pays (Sénégal, Tanzanie et autres) tend à être beaucoup plus élevée chez les femmes qui s'injectent des drogues que chez les hommes : la prévalence du VIH chez les consommatrices de drogues injectables est entre 5 et 15% plus élevée que chez les hommes au Nigéria, et entre 55 et 68% plus élevée en Tanzanie. Au Sénégal, le taux de prévalence est de 21,1% chez les femmes et de 7,5% chez les hommes. Cela peut s'expliquer par le fait que certaines femmes participent à des pratiques à haut risque à cause de l'inégalité des sexes, de leur dépendance vis-à-vis de leurs partenaires masculins et leur possible implication dans le travail du sexe.⁵
- Environ 10 millions d'usagers de drogues injectables sont aussi infectés par l'**hépatite C** dans le monde, ce qui représente 60% des usagers de drogues injectables, dont environ 800 000 vivent en Afrique sub-saharienne.⁶ Dans de nombreux pays d'Europe de l'Est, du Moyen-Orient et d'Asie, le sida et l'hépatite C sont principalement transmis par l'injection de drogues. La transmission du sida par injection de drogues est récemment devenue commune en Afrique Sub-saharienne, où la prévalence de consommation de drogues injectables approche désormais la moyenne mondiale. Au Sénégal, la prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues injectables a dépassé les 23%.⁷
- **Les overdoses** constituent aujourd'hui une cause majeure de mortalité dans de nombreuses régions du monde.
- **La consommation de drogues non-injectables** peut aussi être associée à de graves conséquences sanitaires. La consommation de cocaïne, de stimulants de type amphétamine tels que la méthamphétamine et de médicaments prescrits a aussi augmenté dans de nombreuses régions du monde, ainsi qu'en Afrique de l'Ouest :

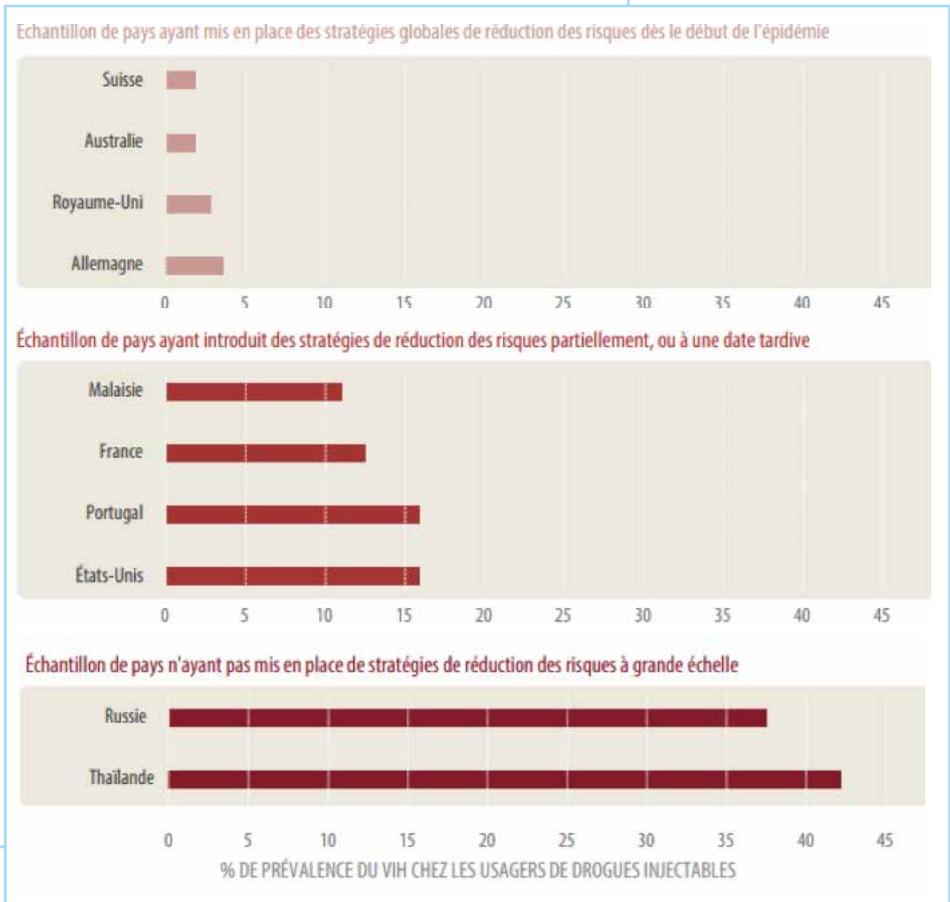
- Dans certains contextes, la consommation de drogues non-injectables peut être associée à une augmentation des risques de transmission du sida par voie sexuelle. Ceci est dû au fait que les usagers de cocaïne, de STA ou d'autres substances sont moins susceptibles d'utiliser un préservatif sous l'influence de la drogue,⁸ mais aussi au fait que certains usagers dépendants peuvent se tourner vers le commerce du sexe pour alimenter leur dépendance, les rendant plus vulnérables à l'infection à VIH et à d'autres MST
- Le partage de matériel pour fumer une drogue peut augmenter les risques de transmission de l'hépatite C
- La consommation de stimulants peut causer de l'hypertension, des troubles psychiatriques aigus, des épisodes de déshydratation et autres dommages
- Les drogues inhalées peuvent causer des infections aux poumons et autres complications médicales (telles que le cancer).

Les preuves à l'appui des interventions de réduction des risques

Il existe une abondance de preuves au niveau mondial démontrant l'efficacité des interventions de réduction des risques. En 2011, la Commission Mondiale pour la Politique des Drogues a produit trois graphiques qui montrent les taux de prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues dans les contextes suivants :

1. dans les pays qui ont constamment mis en œuvre des services complets de réduction des risques dès le début de leur épidémie de VIH;
2. dans d'autres pays ayant adopté des stratégies de réduction des risques de manière partielle, ou plus tardivement; et
3. dans les pays qui résistent à la mise en œuvre de ces stratégies.

Les graphiques montrent que les taux de prévalence du VIH sont significativement plus faibles dans le premier groupe de pays, par rapport au deuxième groupe, et de manière encore plus prononcée par rapport au troisième groupe.⁹



1. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2014), *Rapport Mondial sur les Drogues 2014*, <http://www.unodc.org/wdr2014/>
2. Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*, www.ihra.net
3. Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et le sida (2013), *Rapport Mondial 2013* http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf
4. Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*, www.ihra.net
5. Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*, www.ihra.net
6. Nelson, P.K. et al (2011), 'Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: Results of systematic reviews', *The Lancet*, **378**(9791): 571-83, <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2811%2961097-0.pdf>
7. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>
8. Cf.: Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre la drogue et la prévention du crime (2013-2017), p. 4, <http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20%282013-2017%29%20-%20English.pdf>
9. Commission Mondiale pour la politique des drogues (2011), *La guerre aux drogues : Rapport de la Commission Mondiale pour la politique des drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

MODULE 4

Séance 4.3

Présentation: La réduction des risques en Afrique de l'Ouest

 40 min

Objectif – Examiner la variété et l'accessibilité des services de réduction des risques en Afrique de l'Ouest

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de penser aux services de réduction des risques disponibles dans leur pays/région et de les énumérer sur une feuille de tableau de conférence.
3. Demandez aux participants de discuter de la disponibilité et de la qualité de ces services.
4. Présentez les diapos et distribuez le polycopié intitulé « L'état de la réduction des risques en Afrique subsaharienne ».

Notes pour l'animateur

Etant donné l'évolution constante de la réduction des risques, si les participants partagent des informations qui contredisent ce qui est présenté ci-dessous, merci de nous le faire savoir pour que nous puissions mettre nos données à jour.

Informations à fournir dans cette présentation :

L'état des services de réduction des risques en Afrique de l'Ouest

Au niveau mondial, environ 90 pays et territoires soutiennent une approche de réduction des risques dans leurs politiques ou leurs pratiques (données de 2014). Dans certaines régions, les services de réduction des risques ont été multipliés et améliorés, et des services innovants sont désormais disponibles pour prévenir un grand nombre de risques liés aux drogues.¹

Comme nous avons pu le constater lors de la Séance 4.2, la consommation d'héroïne, de cocaïne et de STA (qui est en train d'augmenter en Afrique de l'Ouest) entraîne des risques sanitaires. Cependant, l'accès aux interventions de réduction des risques dans la région est encore limité. Seulement quelques pays africains ont des programmes de réduction des risques :

La politique nationale fait référence à la réduction des risques	Kenya, Ile Maurice, Tanzanie
Thérapie de Substitution aux Opiacés (TSO)	Burkina Faso, Kenya, Maurice, Sénégal, Seychelles, Afrique du Sud, Tanzanie
Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES)	Kenya, Malawi, Maurice, Sénégal, Afrique du Sud, Tanzanie
Traitement Assisté par l'Héroïne	Aucun
Etablissements d'injection sécurisée	Aucun
Programmes de naxolone à domicile pour prévenir les overdoses	Aucun

Aucun pays ouest-africain n'a actuellement de politique nationale qui se réfère explicitement à la réduction des risques, et seulement deux pays de la région offrent le TSO – le Burkina Faso (services privés seulement) et le Sénégal (depuis 2014). Seul le Sénégal fournit des aiguilles et des seringues stériles aux usagers de drogues injectables (également depuis 2014), même si un projet pilote est actuellement en discussion au Nigeria. D'autres services, tels que le traitement assisté par l'héroïne, les établissements d'injection sécurisée, et les médicaments pour inverser les overdoses d'opiacés ne sont pas disponibles non-plus en Afrique sub-saharienne.

A travers le monde, même lorsque les interventions de réduction des risques existent, la couverture mondiale reste terriblement faible. On estime globalement que seules deux aiguilles et seringues sont distribuées par personne chaque mois. Seulement 8% des personnes qui s'injectent des drogues ont accès au TSO, et 4% des personnes dans le besoin reçoivent un traitement antirétroviral.² L'accès à ces services est souvent limité par le fait que les usagers de drogues sont souvent stigmatisés, criminalisés et se voient refuser l'accès aux services pour des raisons idéologiques.

Documents régionaux qui soutiennent la réduction des risques en Afrique

- **Le Plan d'action de l'Union Africaine (AUPA) sur la lutte contre la drogue (2013-2017)³**

Pour la première fois, l'Union Africaine (UA) a adopté un plan d'action en Octobre 2012 qui souligne la nécessité de « prêter une plus grande attention aux conséquences sanitaires et sociales de la consommation de drogues », en plus des approches de maintien de l'ordre. En tant que tel, l'un des quatre domaines prioritaires du Plan d'action est le développement de « services étendus fondés sur des données factuelles pour lutter contre l'impact sanitaire et social de la consommation de drogues dans les Etats membres ». Bien que le Plan d'action ne mentionne pas explicitement la « réduction des risques », il mentionne, comme résultat prioritaire, « la mise en œuvre de services de prévention de l'usage illicite de drogues et de la dépendance, de traitement et de suivi des consommateurs de drogue qui soient complets, accessibles, fondés sur des données factuelles, axés sur les normes d'éthique et les droits humains ». En outre, la « Matrice de mise en œuvre » appelle les Etats membres à fournir « le paquet complet de mesures de prévention, de traitement et de soins du VIH chez les usagers de drogues injectables et non-injectables, les populations les plus à risque et en milieu carcéral » (cf. Résultat 2.4.3).⁴ Bien que les documents ne soient pas contraignants, ils reconnaissent l'importance des interventions de réduction des risques dans la région.

- **Le Plan d'action régional de la CEDEAO pour la lutte contre trafic illicite de drogues, le crime organisé et l'abus de drogues en Afrique de l'Ouest (2008-2011) – prolongé jusqu'à la fin 2014⁵**

Le Plan d'Action régional de la CEDEAO appelle à une harmonisation des politiques des drogues et des politiques sur le VIH au niveau régional, et à la mise en œuvre de programmes qui intègrent les services de drogue et de prévention du VIH. Le Plan demande également la mise en place de services de santé intégrés qui prennent en compte la santé mentale, le VIH/sida et l'usage de drogues. De même, le Résultat 15 du Plan d'action régional de la CEDEAO est présenté comme suit: « Un réseau de centres de traitement est établi et les meilleures pratiques en matière de traitement de l'abus de drogue, y compris la prévention du VIH pour les groupes vulnérables, sont mises en œuvre dans les pays d'Afrique de l'Ouest sélectionnés ».

- **La Déclaration d'Abuja – Déclaration politique sur la prévention de l'usage de drogues, du trafic illicite de drogues et du crime organisé en Afrique de l'Ouest, 2008⁶**

La Déclaration d'Abuja soulève également des préoccupations en ce qui concerne les risques sanitaires croissants liés à la consommation de drogues, et demande aux gouvernements de la région de « prendre les mesures nécessaires pour que les services de santé et le soutien social soient disponibles, abordables et accessibles aux usagers de drogues et aux personnes dépendantes ».

Etude de cas : La réduction des risques au Sénégal

Le Sénégal est en passe de devenir un pionnier en Afrique de l'Ouest dans la prestation de services de réduction des risques soutenus par le gouvernement. Une enquête menée en 2011 a montré que malgré le faible taux de prévalence du VIH chez la population générale (0,7%), la prévalence chez les usagers de drogues injectables atteignait les 9% et la prévalence de l'hépatite C dépassait les 23%.¹ La prévalence du VIH chez les femmes qui s'injectent des drogues était beaucoup plus élevée que chez les hommes (21,1% contre 7,5%). Le partage d'aiguilles était également fréquent au sein de cette population.² De manière générale, les usagers de drogues au Sénégal ont un risque de mortalité très élevé. Face au danger d'une potentielle épidémie de VIH liée à l'injection de drogues, le gouvernement a accordé une place prioritaire à l'injection de drogues dans le Programme national sur le sida pour 2011-2015. Le projet gouvernemental *Usagers de Drogues au Sénégal* (UDSEN) a mobilisé des équipes de proximité pour sensibiliser les usagers de drogues quant aux pratiques à moindre risque. En 2013, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES) ont commencé à petite échelle et, en 2014, un centre de traitement de la dépendance s'est ouvert et comprend le traitement de maintien à la méthadone. L'expérience du Sénégal est un cas intéressant pour d'autres pays ouest-africains, étant donné la progression de l'injection de drogues dans la sous-région.³

1. Cf.: Harm Reduction International (2012), *The Global State of Harm Reduction 2012*; Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*, www.ihra.net
2. Pour plus d'informations, Cf.: Mathers, M.B. et al (2010), 'HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs : A systematic review of global, regional, and national coverage', *The Lancet*, **375**(9719): 1014-1028, <http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960232-2/abstract>
3. Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre la drogue (2013-2017), <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/05/AUPA-on-DC-2013-2017-French.pdf>
4. Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre la drogue et la prévention du crime (AUPA) (2013-2017) – Implementation matrix, <http://sa.au.int/en/sites/default/files/AUPA%20on%20DC%20%282013-2017%29%20-%20Implementation%20Matrix%20-%20English.pdf>
5. Plan d'action régional pour combattre le problème croissant du trafic illicite de drogues, le crime organisé et l'abus de drogues en Afrique de l'Ouest (2008-2011), http://www.unodc.org/documents/westandcentralafrica/final_e-book_FRENCH.pdf
6. Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest, *Déclaration sur la prévention de l'usage de drogues, du trafic de drogues et du crime organisé en Afrique de l'Ouest*, <https://www.unodc.org/westandcentralafrica/en/ecowaspoliticaldeclaration.html>
7. Maynard, M., Ba, I. & Leprêtre, A. (2012), *Accès aux soins du VIH et des hépatites B et C des usagers de drogues injectables dépistés dans le cadre d'une enquête menée à Dakar* (ANRS 12243 UDES). AFRAVIH 2012, 6^e Conférence Francophone VIH/SIDA, Geneva
8. Raguin, G., Leprêtre, A., Ba, I. et al (2011), 'Drug use and HIV in West Africa: a neglected epidemic'. *Tropical Medicine and International Health*, **16**: 1131-33
9. Tiré de : Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>

Séance 4.4

Activité: Les interventions de réduction des risques



40 min



Objectif - Evaluer les connaissances, expériences et attitudes des participants vis-à-vis des différentes mesures de réduction des risques. Décrire les interventions de réduction des risques les plus importantes sur la base des preuves disponibles à l'échelle mondiale

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de travailler par petits groupes de trois à quatre personnes et donnez à chaque groupe une feuille mobile et des marqueurs de différentes couleurs.
3. Demandez à chaque paire/groupe de noter autant d'interventions de réduction des risques que possible. Demandez-leur ensuite de leur donner une note allant de 1 à 5 (*certaines interventions seront peut-être déjà mises en place dans le pays ou la région des participants*):
 - Avec un marqueur de couleur, les participants devront noter l'efficacité qu'a ou aurait l'intervention dans le contexte local
 - Avec un marqueur de couleur différente, les participants devront noter ces interventions selon la faisabilité de leur mise en oeuvre dans le contexte local.
4. Demandez aux participants de présenter leur travail et d'expliquer les raisons pour lesquelles ils ont noté les interventions de telle ou telle façon.
5. Présentez les informations ci-dessous.
6. Distribuez aux participants des copies du photocopié « [Les interventions de réduction des risques](#) ».
7. Demandez aux participants s'ils ont des commentaires ou des questions.

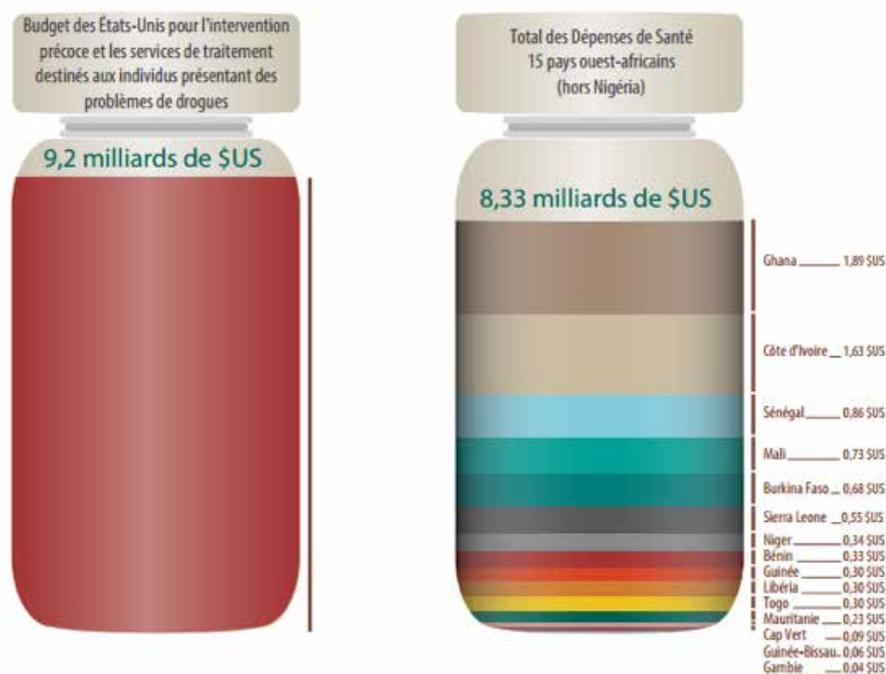


Informations à fournir dans cette présentation :

Bien que les services de réduction des risques doivent être considérés comme un ensemble complet d'interventions se renforçant mutuellement, il se peut que les gouvernements ne puissent pas développer les 9 interventions du « paquet d'interventions » de l'ONU, encore moins les 19 interventions énumérées dans le photocopié, faute de budget. Il est donc essentiel qu'ils développent en priorité les interventions les plus efficaces pour réduire les risques dans leur propre contexte local. Le Guide technique de l'ONU, insiste sur la mise en oeuvre de PES et de traitement de la dépendance (plus particulièrement le TSO).¹

Les interventions de réduction des risques doivent également s'adapter aux différentes caractéristiques et tendances de la consommation de drogues. Dans les pays où les drogues sont principalement reniflées ou fumées, d'autres interventions de réduction des risques devront être adoptées. Si les personnes qui fumaient la cocaïne ou l'héroïne commencent soudainement à s'injecter, de nouvelles interventions de réduction des risques devront être élaborées et mises en avant pour que les risques associés à ces nouveaux modes d'utilisation soient minimisés.²

Les responsables politiques ont souvent tendance à ne pas accorder beaucoup d'importance aux interventions de réduction des risques, en particulier dans les milieux où même les services de santé les plus élémentaires se font rares. Cependant, la recherche a toujours montré que les investissements dans les services de réduction des risques peuvent conduire à des avantages économiques et sociaux importants qui dépassent de loin les ressources investies.³ Par exemple, une étude de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'ONUSIDA et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) portant sur les preuves disponibles a conclu que: « Selon plusieurs estimations prudentes, chaque dollar investi dans des programmes de traitement de la dépendance aux opiacés peut engendrer une économie de 4\$ à 7\$ dans les seuls domaines de la criminalité liée à la drogue, de la justice pénale et du vol. Lorsqu'on y ajoute les économies liées aux soins médicaux, celles-ci peuvent dépasser les dépenses de santé par douze fois ». ⁴ Une partie des dépenses énormes dans le domaine du maintien de l'ordre, de la police et de la prohibition doit donc être redirigée de toute urgence vers des interventions de réduction des risques. ⁵



Source: Office of National Drug Control Policy. <http://www.whitehouse.gov/ondcp/the-national-drug-control-budget-fy-2013-funding-highlights>. Banque Mondiale. Indicateurs de développement dans le monde. PIB (\$US courants), 2011. <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.CD>. Dépenses de santé, total (% du PIB) <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>

Pour en assurer leur efficacité, les interventions de réduction des risques doivent être multipliées autant que possible afin que tous ceux qui ont en besoin puissent y avoir facilement accès, tout en tenant compte des contraintes locales.⁶ S'ils ne sont pas assez disponibles pour les usagers de drogues, ces services ne pourront pas réduire les risques associés à la consommation. Par exemple, les Nations Unies conseillent que plus de 200 aiguilles et seringues doivent être distribuées par an pour chaque usager de drogues injectables et que plus de 40% d'entre eux aient accès à un programme de TSO. Comme nous l'avons expliqué auparavant, les services actuellement mis en œuvre en Afrique de l'Ouest sont loin d'atteindre ces chiffres.

La qualité des services est elle aussi essentielle à leur efficacité et dépend de la portée, de l'intégralité, de l'efficacité, de la sécurité et de l'accessibilité de ces interventions. La participation des usagers de drogues dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces services constitue un moyen efficace d'améliorer la qualité des services disponibles. D'autres mécanismes très simples peuvent aussi être utilisés pour évaluer la qualité des services, comme par exemple des formulaires d'évaluation anonymes et des sondages parmi les clients. Les Nations Unies offrent là aussi des conseils utiles et des options possibles permettant de mesurer la qualité des services, ainsi que le nombre de clients qui ont accès à des services supplémentaires (tels qu'un soutien psychologique, l'information et l'éducation, l'appui à l'adhérence au traitement, etc.).

De nombreux usagers de drogues sont actuellement incarcérés (soit parce que la consommation de drogues reste pénalisée, ou pour d'autres délits qui y sont liés). Les interventions de réduction des risques doivent donc impérativement être offertes au sein des prisons. Le « principe d'équivalence » stipule que les prisonniers ne devraient pas se voir refuser des soins médicaux qui seraient à leur disposition hors de prison. Ceci comprend notamment les interventions de réduction des risques.

Etude de cas : La réduction des risques en Tanzanie

Jusqu'aux années 2000, la politique en matière de drogue de la Tanzanie visait à réduire l'offre et peu d'importance était accordée aux services de traitement ou de réduction des risques pour les usagers de drogues. À la fin des années 1990 et au début des années 2000, les chercheurs ont documenté une augmentation rapide de la consommation d'héroïne accompagnée d'une hausse du VIH parmi les personnes qui s'injectaient de l'héroïne. Lors de la journée mondiale du sida de 2006, des chercheurs dans le domaine de la médecine se sont réunis à Dar-es-Salaam pour discuter des liens entre l'usage de drogues injectables et l'augmentation du taux de VIH dans le pays. Le gouvernement a ensuite commandité une étude estimant la prévalence du VIH dans la population générale à 5,6%, avec un taux inquiétant de 42% parmi les usagers de drogues injectables à Dar-es-Salaam. Une étude analysant le sang résiduel dans les seringues utilisées pour l'injection de drogues a détecté un taux de contamination au VIH de 57,4%. Des études ultérieures ont montré que 45% des hommes et 72% des femmes qui s'injectaient de l'héroïne étaient séropositifs. Soutenu par le *US Center for Disease Control and Prevention*, les autorités tanzaniennes ont commencé à appliquer un programme de traitement à la méthadone à Dar-es-Salaam malgré le manque de loi soutenant ce type d'intervention. Au même moment, des organisations non-gouvernementales ont lancé un programme d'échange d'aiguilles et de seringues. La Commission Nationale de Contrôle des Drogues, rattachée au bureau du Premier Ministre, a soutenu la coordination des services de police, de santé et sociaux dans le cadre de ces activités. Aujourd'hui, le programme de TSO, lancé en Février 2011, est le plus grand programme gouvernemental de méthadone en Afrique sub-saharienne. Au début de 2013, plus de 1 200 patients recevaient de la méthadone; les travailleurs de proximité avaient pris contact avec plus de 20 000 usagers de drogues; quelques 25 000 aiguilles et seringues étaient distribuées chaque mois; et la police dans certaines communautés était impliquée de manière positive dans les programmes de sensibilisation et d'orientaient les usagers de drogues vers des programmes de traitement plutôt que de les arrêter.⁷

1. Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Joint des Nations Unies sur le VIH/Sida (2013), *Guide technique de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA pour aider les pays à fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les usagers de drogues injectables - Version de 2012* (Genève: OMS), <http://idpc.net/fr/publications/2013/01/guide-technique-de-l-oms-l-onudc-et-l-onusida-pour-aider-les-pays-a-fixer-des-objectifs-pour-l-acces-universel-a-la-prevention-au-traitement-et-aux-soins-du-vih-sida-pour-les-usagers-de-drogues-injectables-version-2012>
2. Bridge, J. (2010), 'Route transition interventions: Potential public health gains from reducing or preventing injecting', *International Journal of Drug Policy*, **21**(2): 125-128, <http://www.ijdp.org/article/S0955-3959%2810%2900012-5/abstract>
3. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>
4. Organisation Mondiale de la Santé, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida & Office des Nations Unies sur la Drogue et le Crime (2004), *Position paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV prevention* (Genève: Nations Unies), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Position%20Paper%20sub.%20maint.%20therapy.pdf>
5. Harm Reduction International, Consortium International sur les Politiques des Drogues & International HIV/AIDS Alliance (2014), *The funding crisis for harm reduction*, <http://idpc.net/publications/2014/07/the-funding-crisis-for-harm-reduction>
6. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (2005), *Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper*, http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf
7. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>

MODULE 4

 45 min

Séance 4.5

Présentation: Les obstacles à la réduction des risques

Objectif – Analyser les obstacles locaux à la réduction des risques et identifier les solutions possibles

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Divisez les participants en trois ou quatre groupes et distribuez quatre feuilles de format A4 à chaque groupe.
3. Demandez à chaque groupe d'identifier:
 - Deux obstacles à l'adoption d'interventions de réduction des risques dans leur pays ou leur région (ex. contraintes budgétaires, n'est pas considéré comme une priorité de l'agenda politique, résistance idéologique, scepticismes de la part de leaders religieux influents et lois imposant des peines pénales contre la consommation de drogues et/ou la possession de matériel d'injection)
 - Deux obstacles possibles que les usagers de drogues peuvent rencontrer lorsqu'ils essaient d'accéder aux services déjà disponibles (ex. la distance géographique des services, les horaires d'ouverture, la peur d'être arrêté).
4. Demandez aux participants de plier leurs feuilles A4 en deux et d'écrire un obstacle sur chaque carte.
5. Placez les cartes le long d'une ligne sur le sol en les catégorisant (ex : les « obstacles idéologiques » et les « obstacles religieux » pourront être discutées ensemble).
6. Marchez le long des obstacles et parlez de chacun d'entre eux en expliquant comment ils pourraient être surmontés.
7. Encouragez les participants à identifier les obstacles qu'ils considèrent comme étant les plus importants dans leur contexte local.
8. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
9. Donnez du temps aux participants pour discuter de l'ensemble des problèmes rencontrés et des liens qu'ils ont identifiés avec le contexte local. Demandez aux participants s'ils ont déjà été personnellement confrontés à ces obstacles et comment ceux-ci se sont matérialisés en pratique.



Informations à fournir dans cette présentation :

Problèmes liés aux ressources économiques et techniques

Comme nous avons déjà pu le constater au cours de cette formation, la couverture des services de réduction des risques reste extrêmement faible ou inexistante dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, ce qui entrave leur capacité à répondre efficacement aux risques liés à la drogue. Cela est souvent dû au fait que ce n'est pas un problème politique prioritaire et au manque de ressources nationales et/ou de financement international. Globalement, le financement de la réduction des risques est insuffisant et les ressources mises à disposition

par les gouvernements et les bailleurs de fonds internationaux sont largement en deçà des besoins estimés. L'ONUSIDA estime que 2,3 milliards de dollars par an sont nécessaires pour financer la prévention du VIH parmi les usagers de drogues injectables, alors que seulement 160 millions de dollars sont actuellement investis par les bailleurs internationaux – c'est-à-dire seulement 7% du montant nécessaire. En comparaison, à l'échelle mondiale, au moins 100 milliards de dollars sont investis dans la mise en l'application des lois sur les stupéfiants.¹

Les données disponibles montrent toutefois que ces interventions sont généralement très rentables. En fait, la réduction des risques est une intervention économiquement solide, puisque des dépenses relativement modestes peuvent souvent éviter l'accumulation à long terme de coûts très importants. Par exemple, les coûts liés au traitement continu de conditions telles que le VIH et l'hépatite C, ou les sommes très importantes dépensées dans le domaine de la justice pénale tel que l'emprisonnement, peuvent être évités par l'expansion d'interventions de réduction des risques qui préviennent les infections et aident les individus à éviter les modes de vie criminels, souvent associés au financement de la dépendance.²

En Afrique, bien que les politiques de CEDEAO et de l'UA répondent à certains besoins de prévention, de traitement et de réduction des risques dans la région, les investissements dans ces domaines sont restés faibles par rapport aux investissements dans les domaines de la sécurité et de la répression – soulignant ainsi un besoin urgent d'orienter les dépenses vers des mesures de santé publique. Récemment, certains partenaires extérieurs ont commencé à exprimer un intérêt croissant dans la région. Par exemple, les Etats-Unis et la France soutiennent un programme conjoint de l'ONUSDC et de l'OMS sur le traitement de la dépendance visant à accroître la portée et la qualité des services de traitement pour les personnes dépendantes. Le programme comprend la création d'observatoires nationaux des drogues et un centre de traitement de référence spécialisé au Sénégal, qui accueillera le premier programme de méthadone pour les personnes dépendantes des opiacés en Afrique de l'Ouest. L'UE, le gouvernement nigérian et l'ONUSDC soutiennent également la création d'un observatoire national des drogues au Nigeria. Pendant ce temps, les discussions se poursuivent entre l'UE, la CEDEAO et l'ONUSDC pour soutenir une composante spécifique du Plan Opérationnel de la CEDEAO sur l'épidémiologie de la consommation de drogues (enquêtes et collecte de données), la prévention et le traitement de la dépendance. Ces avancées sont importantes mais ne constituent qu'une petite avancée vers un investissement plus équilibré des ressources dans les services de santé liés à la drogue dans la région.³

Obstacles politiques et législatifs

- **Le contrôle des drogues et la réduction des risques au niveau international**
Certains avaient déclaré dans le passé que les interventions de réduction des risques n'étaient pas en accord avec les trois conventions des Nations Unies sur la drogue, dont la plupart des pays sont signataires. Ce débat a finalement incité la Section des Affaires Juridiques (LAS, en Anglais) du Programme de Contrôle des Drogues des Nations Unies, qui fait désormais partie de l'ONUSDC, à examiner la légalité des interventions de réduction des risques.

En 2002, la LAS a donné une réponse nuancée à l'OICS. Elle a expliqué à l'Organe que les traités ne donnaient pas de définition concrète des objectifs « scientifiques et médicaux » restreignant l'accès aux drogues prohibées. Les traités ne définissent pas non plus la nature des programmes de « traitement » et de « réintégration sociale » que les Etats signataires sont autorisés (et encouragés) à mettre en place. Il existe par conséquent une flexibilité inhérente aux traités de contrôle des drogues que les Etats membres sont à même d'utiliser. La LAS a conclu que la TSO, les salles de consommation à moindre

risque et les PES étaient autorisés par les traités et les résolutions onusiennes. Cependant, la LAS a aussi conclu que les interventions de contrôle de la qualité des drogues (c'est-à-dire tester les drogues et les comprimés consommés dans les clubs ou festivals) allaient à « l'encontre de l'esprit des conventions », tout en notant que ces interventions n'avaient pas pour *intention* de promouvoir ou de faciliter l'usage ou la possession de drogues (cette intention serait nécessaire pour que de tels programmes de contrôle de qualité *ad hoc* puissent constituer une infraction).

A travers le monde, le concept et les interventions de réduction des risques sont désormais bien établis au sein de politiques visant à gérer l'usage de drogues. La réduction des risques est enfin promue dans de nombreux pays et au sein des agences des Nations Unies, telles que l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA.⁴

Cependant, dans certains pays, il s'est révélé difficile de mettre en place de telles interventions bien qu'elles entrent dans le champ d'application des dispositions des traités internationaux de contrôle des drogues. Par exemple, dans certains pays la réglementation excessive de substances telles que la méthadone et la buprénorphine rend impossible le développement et l'expansion des programmes de TSO. En Afrique, la méthadone et la buprénorphine ne sont disponibles que dans un petit nombre de pays. Dans d'autres, tels que l'île Maurice, le traitement de substitution à la méthadone est bien établi alors que la buprénorphine reste illégale et donc inaccessible aux programmes de TSO. Le TSO comme traitement de substitution est parfois critiqué comme « remplaçant tout simplement une drogue par une autre » et ne pourrait donc pas être considéré comme un traitement médical. Cet argument est cependant insuffisant, ne reconnaissant pas l'énorme impact que peut avoir l'administration d'une substance alternative à l'héroïne qui soit sûre, légale et de bonne qualité pour stabiliser et améliorer la qualité de vie des personnes dépendantes aux opiacés. Cet argument ignore par conséquent délibérément les preuves considérables soutenant l'usage de médicaments tels que la méthadone et la buprénorphine pour améliorer l'inclusion sociale et la santé publique.

- **La criminalisation des usagers de drogues**

A travers le monde, la pénalisation des usages de drogues présente un obstacle direct à la prestation de services de réduction des risques. En effet, si la police tend à arrêter, ou semble majoritairement cibler les personnes qui accèdent aux services de réduction des risques ou de traitement disponibles, de nombreuses personnes nécessitant ces services renonceront à les utiliser. Les pays ayant dépenalisé la consommation et la possession de petites quantités de drogues pour usage personnel ont souligné les bénéfices sanitaires d'une telle approche, documentant une réduction des décès par overdose, des nouvelles infections du sida et de l'hépatite C, ainsi qu'une augmentation des personnes accédant à un traitement ou à un emploi.

Les usagers de drogues risquent de transmettre le HIV et/ou l'hépatite en partageant du matériel contaminé. La criminalisation de matériel pour fumer constitue aussi un obstacle important pour l'efficacité des services de réduction des risques tels que les PES et la distribution de pipes à crack. A l'île Maurice, le gouvernement a passé l'Acte sur le VIH et le Sida en 2006 pour mettre fin aux sanctions pénales des personnes inscrites dans un PES et arrêtées en possession d'une seringue. Cependant, les conflits persistent entre l'Acte sur le VIH et le Sida de 2006 et l'Acte sur les Drogues Dangereuses de 2000 (qui, lui, dépenalise la consommation de drogues et la possession de matériel de consommation de drogues). En pratique, les personnes arrêtées en possession d'une seringue utilisée sont régulièrement envoyées auprès du système de justice pénale. Cependant, cet exemple constitue une tentative importante de protéger les services de réduction des risques.

D'autres obstacles peuvent exister lorsque les services sont perçus comme étant trop liés aux agences de maintien de l'ordre : par exemple lorsque les usagers de drogues doivent s'inscrire sur des registres de police afin d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin.

Problèmes institutionnels et socio-culturels

Les justifications culturelles et idéologiques peuvent souvent représenter les obstacles les plus importants contre la mise en place des programmes de réduction des risques. Par exemple, l'idée que les PES « encouragent la consommation de drogues » est dénuée de fondement scientifique, mais est néanmoins un argument souvent utilisé.

Les obstacles sociaux et culturels sont souvent fondés sur une image négative et stéréotypée des usagers de drogues. Les programmes de réduction des risques doivent influencer ces attitudes et ces idées reçues parmi la population et les responsables politiques. Une intervention de plaidoyer s'appuyant sur l'éducation afin de remettre en question ces croyances et ces préjugés au sein de l'opinion publique est, en conséquence, un élément essentiel de la réduction des risques.

1. Harm Reduction International, Consortium International sur les Politiques des Drogues & International HIV/AIDS Alliance (2014), *The funding crisis for harm reduction*, <http://idpc.net/publications/2014/07/the-funding-crisis-for-harm-reduction>
2. Harm Reduction International (2011), *Harm reduction: A low-cost, high-impact set of interventions*, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>
3. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, état et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>
4. Lire, par exemple: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf

MODULE 4



30 min

Séance 4.6

Activité: Pairs, patients, prisonniers ou partenaires



Objectif – Améliorer les perceptions relatives aux usagers de drogues et parler de l'importance de la réduction des risques et de la réforme des politiques des drogues

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Divisez les participants en quatre groupes. Donnez à chaque groupe une feuille mobile et des marqueurs.
3. Demandez aux participants de considérer quatre termes – « criminels », « patients », « prisonniers » et « partenaires ». En utilisant la feuille mobile, demandez aux participants d'associer ces quatre termes avec d'autres mots ou images qui leur viennent à l'esprit.
4. En plénière, encouragez-les à présenter leur travail et à expliquer les mots qu'ils ont utilisés. Encouragez les participants à expliquer l'impact que chaque mot peut avoir sur l'image qu'une personne peut avoir d'elle-même, ainsi que sur la probabilité que cette personne accède à des services de santé ou qu'elle parle à des docteurs ou à des prestataires de services sociaux. Demandez aux participants quels sont les termes les plus communément utilisés dans leur pays afin de caractériser les usagers de drogues et l'impact que cela peut avoir sur la perception de l'opinion publique.
5. Présentez les informations ci-dessous et distribuez des copies du polycopié « [La Déclaration de Vancouver](#) ».

Notes pour l'animateur

S'il a le temps, l'animateur peut aussi montrer une vidéo sur la participation des usagers de drogues au sein des services de réduction des risques (soit dans son intégralité, soit un extrait de 6 minutes):

<http://vimeo.com/aldp/review/61355076/5f8ee8995f>



Informations à fournir dans cette présentation :

Dans les années 1970, deux des premières organisations d'usagers de drogues ont été créées:

- Le « JunkieBond » a été créé par des usagers de drogues hollandais afin d'exercer une pression sur les politiciens et les médias à propos de leur accès au traitement et de leur sous-représentation.
- Le Comité des Amis et des Patients Concernés par la prise de Méthadone (CCMP) a quant à elle été formé par des patients sous méthadone à New York.

Ces groupes ont tous deux participé à des actions militantes organisées par des usagers de drogues et ont joué un rôle clé pour demander l'accès à des programmes de traitement efficaces et de qualité. Ils ont également participé à des activités de résolution de conflits au sein des communautés d'usagers de drogues afin de promouvoir leur rôle positif et d'engendrer un sentiment communautaire. JunkieBond a par ailleurs été à l'origine de l'ouverture du premier PES afin de répondre aux épidémies soudaines de sida et d'hépatites parmi leurs amis et collègues.

L'émergence du sida et des hépatites a conduit à la mise en place d'autres organisations d'usagers de drogues, en particulier parmi les personnes s'injectant des drogues. La Ligue Australienne sur le VIH et les Usagers de Drogues (AVIL en Anglais) a commencé à ouvrir des PES, à entreprendre des campagnes de marketing social et à produire des magazines pour dé-stigmatiser l'usage de drogues. Des groupes similaires ont été développés en Europe et en Amérique du Nord, parfois de façon officielle, parfois de façon clandestine. Plus récemment, d'autres organisations d'usagers de drogues ont été créées à travers l'Asie, l'Europe de l'est et l'Afrique.

Au fil du temps, de nombreuses organisations de consommateurs de drogues ont développé des arguments solides autour des droits humains en plus de leur travail de santé publique. L'adoption d'une approche fondée sur les droits humains a permis aux usagers de drogues d'entreprendre des actions en justice contre leur gouvernement afin d'obtenir l'accès aux services dont ils ont besoin.

Le Réseau International des Usagers de Drogues (INPUD) a été établi en 2006 lors de la Conférence internationale sur la réduction des risques à Vancouver, au Canada. INPUD aspire à représenter les intérêts des usagers de drogues sur la scène internationale en défendant leurs droits, en initiant des discussions avec les gouvernements, en soutenant la création de réseaux nationaux et régionaux d'usagers de drogues, en promouvant la réduction des risques, et en construisant des alliances avec d'autres organisations (ex. les organisations représentant les travailleurs du sexe, les personnes séropositives et les homosexuels). La déclaration fondatrice d'INPUD est la "Déclaration de Vancouver". L'organisation est aujourd'hui reconnue et acceptée comme un partenaire légitime au sein des organisations de l'ONU.

Les réseaux d'usagers de drogues sont désormais en train de proliférer tant au niveau régional et national. En 2014, le Réseau Kenyan d'Usagers de Drogues (KenPUD), REACT (Tanzanie) et le Réseau Tanzanien d'Usagers de Drogues (TanPUD) avaient tous été récemment établis en Afrique – bien qu'aucun réseau de ce genre n'existe pour le moment en Afrique de l'Ouest.

MODULE 4

 30 min

Séance 4.7

Activité: Répondre aux préoccupations concernant la réduction des risques

 **Objectif** – Réfléchir sur la manière de répondre aux préoccupations concernant la réduction des risques au sein des groupes qui sont susceptibles de ne pas comprendre ou approuver cette approche

Notes pour l'animateur

Les groupes cibles de cet exercice seront choisis en fonction des participants et du contexte local/national/régional. Cet exercice peut aussi être adapté au contexte international, en utilisant des groupes cibles tels que le Président de l'OICS, le Directeur de l'ONUDC, les délégations de la CND, etc.

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Partagez les participants en trois groupes et donnez-leur le scénario ci-dessous :

Votre organisation est invitée à rencontrer [GROUPE CIBLE]. Ils souhaitent en savoir plus sur le travail de votre organisation et sur les interventions de réduction des risques disponibles et qui devraient, selon vous, être mises en place. Ils sont préoccupés par le concept de la réduction des risques et souhaitent vous poser quelques questions. Vous avez un temps très limité pour les convaincre en répondant aux questions suivantes :

- *La réduction des risques n'envoie-t-elle pas un mauvais message, en encourageant la réduction des risques et en rendant l'injection de drogues plus sûre ?*
- *Assurément, nous avons un devoir d'appliquer les lois, et cela signifie que les usagers de drogues devraient être punis, non ?*
- *J'ai entendu dire que les services mobiles aidaient les personnes à consommer. Est-ce que ces travailleurs encouragent des actes illégaux ?*
- *Pourquoi offrir de la méthadone ? Etes-vous en train de nous dire qu'il faudrait remplacer une drogue addictive avec une autre ?*

3. Donnez à chaque groupe une personne cible différente à laquelle ils doivent répondre (ex. la police, le chef de l'agence nationale de contrôle des drogues, le ministère de la santé, un leader religieux, un leader communautaire, les médias, etc.).
4. Dans chaque groupe, l'un des participants sera un représentant du groupe ciblé, et l'autre participant sera un défenseur de la réduction des risques, il s'agit ici d'un jeu de rôle.
5. Après 10 minutes, encouragez chaque groupe à changer les rôles pour que chaque participant ait l'opportunité de répondre. L'animateur devra encourager les participants à adapter leurs réponses à leur cible. Par exemple, les policiers voudront entendre parler de la réduction des délits et de la criminalité, alors que les leaders religieux préféreront sans doute entendre parler de réponses humaines et conformes à leurs propres croyances, centrées sur l'inclusion sociale, etc. Si l'animateur a le temps, il peut demander à chaque groupe de faire une simulation du jeu de rôle d'environ 3 minutes devant le reste des participants.
6. A la fin de l'exercice, encouragez les participants à partager les défis auxquels ils ont été confrontés et revisitez les arguments les plus convaincants qui ont été émis lors de l'exercice.

Polycopié: Les cartes de la réduction des risques (à découper et à distribuer)

Ensemble complet d'interventions promu par l'ONU*

Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues	Thérapie de substitution aux opiacés	Dépistage volontaire du VIH
Traitement antirétroviral	Traitement de maladies sexuellement transmissibles	Distribution de préservatifs
Information, éducation et communication	Vaccination, dépistage et traitement des hépatites	Vaccination, dépistage et traitement de la tuberculose



Autres interventions de réduction des risques*

Distribution de pipes à crack	Etablissements d'injection sécurisée	Services mobiles (<i>outreach</i>)
Plaidoyer pour la réforme des politiques des drogues	Offre d'autres moyens de subsistance	Prévention et traitement des overdoses
Organisation de réseaux d'usagers de drogues et activités de plaidoyer	Services et aides juridiques	Soutien psychosocial
	Test du contenu des drogues et pilules	



Interventions qui ne sont pas définies comme des services de réduction des risques*

Eradication des cultures	Efforts de la police pour arrêter consommateurs et dealers	Détention / traitement forcé
Campagnes médiatiques contre la drogue	Emprisonnement des consommateurs de drogues	Programmes de traitement basés sur l'abstinence**



* Bien que les neuf interventions incluses dans l'ensemble complet promu par l'ONU soient clairement définies, il se peut qu'il y ait des désaccords dans le groupe pour définir ou non ce qu'est une intervention de réduction des risques. Cet exercice n'inclut pas de mauvaise réponse ; les participants devraient être encouragés à discuter et à atteindre un accord. L'ensemble complet d'interventions est disponible ici : Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Joint des Nations Unies sur le VIH/Sida (2013), *Guide technique de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA pour aider les pays à fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les usagers de drogues injectables – Version de 2012* (Genève: OMS), <http://idpc.net/fr/publications/2013/01/guide-technique-de-l-oms-l-onudc-et-l-onusida-pour-aider-les-pays-a-fixer-des-objectifs-pour-l-acces-universel-a-la-prevention-au-traitement-et-aux-soins-du-vih-sida-pour-les-usagers-de-drogues-injectables-version-2012>

** Bien que les programmes basés sur l'abstinence ne soient pas typiquement inclus comme des interventions de réduction des risques, les participants pourront discuter entre eux pour s'accorder si oui ou non ces programmes devraient être considérés comme tels.

Polycopié: Les interventions de réduction des risques pour les usagers de drogues*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime ont développé un ensemble complet de neuf interventions pour prévenir le VIH parmi les usagers de drogues injectables:

1. Programmes d'échange de seringues
2. Thérapie de substitution aux opiacés et autres traitements de dépendance à la drogue
3. Dépistage et conseils pour le VIH
4. Thérapie antirétrovirale
5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles
6. Programmes de distribution des préservatifs pour les usagers de drogues injectables et leurs partenaires sexuel(le)s
7. Information ciblée, éducation et communication pour les usagers de drogues injectables et leurs partenaires sexuel(le)s
8. Vaccination, diagnostics et traitement des hépatites virales
9. Prévention, diagnostics et traitement de la tuberculose

En plus de ces neuf interventions, l'Alliance Internationale sur le VIH/SIDA promeut d'autres interventions de réduction des risques:

10. Services de santé sexuelle et reproductive, tels que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
11. Messages visant à faire changer les comportements
12. Services de santé de première nécessité, tels que la prévention et la gestion des overdoses et en particulier la distribution de naloxone
13. Services pour les personnes dépendantes ou qui consomment de la drogue en prison
14. Activités de plaidoyer
15. Soutien psychosocial
16. Accès à la justice / services juridiques
17. Programmes pour les enfants et les jeunes
18. Développement d'autres moyens de subsistance / développement socio-économique

Enfin, le **Guide sur les politiques des drogues de l'IDPC** ajoute une dernière intervention à cette liste (non exhaustive) de services de réduction des risques:

19. Salles de consommation à moindre risque

* Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme Joint des Nations Unies sur le VIH/Sida (2013), *Guide technique de l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA pour aider les pays à fixer des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH/SIDA pour les usagers de drogues injectables – Version de 2012* (Genève: OMS), <http://idpc.net/fr/publications/2013/01/guide-technique-de-l-oms-l-onudc-et-l-onusida-pour-aider-les-pays-a-fixer-des-objectifs-pour-l-acces-universel-a-la-prevention-au-traitement-et-aux-soins-du-vih-sida-pour-les-usagers-de-drogues-injectables-version-2012>; Alliance Internationale sur le VIH/SIDA (2011), *Good practice guide: HIV and drug use: community responses to injecting drug use and HIV*, http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/383/454-Good-practice-guide-HIV-and-drug-use_original.pdf?1405520726; Consortium International sur les Politiques des Drogues (2012), « Chapitre 3.2: Réduction des Risques », *Guide sur les Politiques des Drogues*, 2^{nde} édition, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des->

Polycopié: Les principes de la réduction des risques*

La réduction des risques cible les risques et les dommages.

La réduction des risques consiste tout d'abord à identifier les risques et dommages chez les personnes ou groupes de personnes qui consomment de la drogue dans un contexte donné, à définir les causes de ces risques et dommages, et à analyser les méthodes et mécanismes disponibles pour réduire ou éliminer ces risques.

En Ukraine, par exemple, cette approche a conduit les services à identifier la santé reproductive et les risques associés comme des problèmes clés pour les femmes qui consomment de la drogue. En réponse, ils ont développé des services innovateurs visant ce groupe à risque.

La réduction des risques est fondée sur des preuves tangibles et le principe de rentabilité.

Cette approche est fondée sur les preuves scientifiques et les connaissances de terrain dans le domaine de la santé publique et emploie des méthodes qui sont souvent peu onéreuses mais qui ont un impact important.

De nouvelles preuves sur les méthodes de nettoyage des seringues ont par exemple conduit les prestataires de services à donner un soutien adéquat aux usagers de drogues qui réutilisent leurs seringues. Il existe de plus en plus d'informations sur la rentabilité des interventions de réduction des risques, particulièrement en ce qui concerne les PES et la TSO.

La réduction des risques est progressive.

Comme l'explique Harm Reduction International (HRI) « Les intervenants qui utilisent l'approche de la réduction des [risques] reconnaissent l'importance de tout changement positif apporté dans la vie d'une personne. Les interventions en réduction des [risques] sont progressives plutôt que contraignantes, et [...] sont conçus afin de rencontrer les besoins de la personne, tels qu'ils sont actuellement, à ce moment précis de leur vie.»

Ce principe peut être appliqué à de nombreux niveaux dans le travail quotidien des prestataires de services de réduction des risques. Par exemple : travailler avec les personnes confrontées à un usage chaotique de crack à Rio de Janeiro afin de réduire les risques immédiats de leur consommation, ou aider les usagers de drogues à trouver un logement à New York.

La réduction des risques est basée sur la dignité et la compassion.

Cette approche perçoit les usagers de drogues comme des membres à part entière de la communauté, mais aussi comme des amis, des proches et des partenaires. Par conséquent, la réduction des risques rejette et remet en question la discrimination, les clichés et la stigmatisation.

La réduction des risques reconnaît l'universalité et l'interdépendance des droits humains.

L'ancien Haut-Commissaire des Nations Unies pour les Droits de l'Homme, Navanathem Pillay, a déclaré que « les usagers de drogues ne renoncent pas à leurs droits humains », tels que le droit de jouir des services de santé de la meilleure qualité possible, le droit d'accéder aux services sociaux, de travailler, de bénéficier des progrès scientifiques, de ne pas être détenu arbitrairement et de ne pas être victime de traitements cruels, inhumains et dégradants.

La réduction des risques remet en question les politiques et les pratiques qui contribuent aux risques.

De nombreux facteurs contribuent aux risques et aux dommages liés à la consommation de drogues : le comportement et les choix des personnes, l'environnement dans lequel les drogues sont consommées et les lois et politiques destinées à contrôler cette consommation. La réduction des risques cherche à répondre à tous ces facteurs afin de protéger les droits humains et la santé des personnes touchées.

Dans la plupart des pays d'Europe occidentale et centrale, par exemple, cette constatation a conduit à la dépénalisation (à des degrés divers) de la consommation de drogues. Au Portugal, la dépénalisation de la consommation a produit des gains importants dans la réduction des infections par le VIH et les hépatites B et C, la diminution des overdoses mortelles, une baisse de la surpopulation carcérale, une réduction de la criminalité liée à la drogue, une augmentation du nombre de personnes ayant accès au traitement de la dépendance et à un emploi, etc.

La réduction des risques valorise la transparence, la responsabilité et la participation.

La réduction des risques encourage un dialogue, des consultations et des débats ouverts. Un grand nombre d'acteurs doivent être impliqués dans le développement, la mise en œuvre, la prestation de services et l'évaluation des politiques et des programmes. Les usagers de drogue et autres communautés touchées, en particulier, devraient être impliqués dans les processus de prise de décisions qui les concernent.

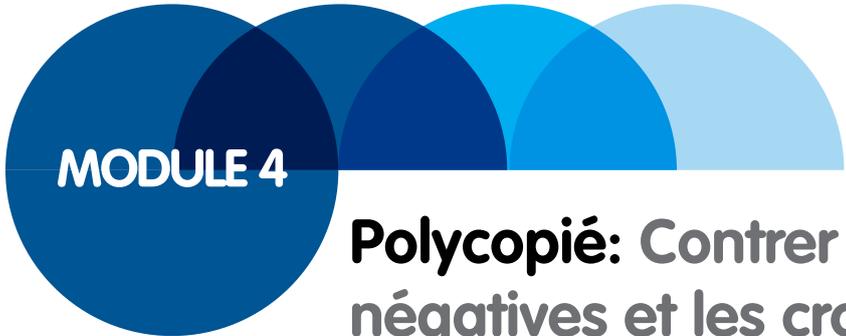
En Amérique du Nord, par exemple, les usagers de drogues ont joué un rôle central dans la conception des mouvements de réduction des risques pour répondre de manière pragmatique aux risques auxquels leurs pairs étaient confrontés. La « Déclaration de Vancouver » de 2006 met en avant cette approche et constitue les principes fondateurs d'INPUD.

* Consortium International sur les Politiques des Drogues (2012), « Chapitre 3.2: Réduction des Risques », *Guide sur les Politiques des Drogues*, 2^{de} édition, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition>

Polycopié: L'état de la réduction des risques en Afrique sub-saharienne

Country/ territory with reported injecting drug use	People who inject drugs	HIV prevalence among people who inject drugs [%]	Hepatitis C (anti- HCV) prevalence among people who inject drugs [%]	Hepatitis B (anti-HBsAg) prevalence among people who inject drugs [%]	Harm reduction response	
					NSP ⁱ ■	OST ⁱⁱ ■
Burkina Faso	nk	nk	nk	nk	x	✓ ⁽¹¹⁾
Côte D'Ivoire	nk	nk	nk	nk	x	x
Djibouti	nk	nk	nk	nk	x	x
Gabon	nk	nk	nk	nk	x	x
Ghana	nk	nk	nk	nk	x	x
Kenya	18,327 ⁽¹²⁾	18 ⁽²¹⁾	51.4 [42.2–60.6] ⁽¹³⁾	6.4 ⁽²¹⁾	✓[10] ⁽²²⁾	x
Malawi	nk	nk	nk	nk	x	x
Mauritius	10,000 ⁽¹⁴⁾	44.3 ⁽¹⁴⁾	97.3 ⁽¹⁵⁾	9 ⁽¹⁵⁾	✓[52] ⁽¹⁴⁾	✓[16] [M, 0]
Nigeria	11,692	4.2 ⁽¹⁶⁾	nk	nk	x	x
Senegal	1,324 ⁽¹⁷⁾ ⁱⁱⁱ	9.1 ⁽¹⁸⁾	nk	nk	✓[1]	x
Seychelles	345 ⁽¹⁹⁾	5.8 ⁽¹⁹⁾	53.5 ⁽¹⁹⁾	0.1 ⁽¹⁹⁾	x	✓ ⁽¹⁹⁾
Sierra Leone	nk	nk	nk	nk	x	x
South Africa	67,000 ⁽¹⁰⁾	19.4 ⁽¹⁰⁾	nk	nk	✓[1] ^v	✓[M, B] ^v
Tanzania	30,000 ⁽¹¹⁾	33.9 ⁽¹¹⁾	28 ⁽¹¹⁾	nk	✓[7]	✓[3] [M, 0]
Uganda	nk	16.7 ⁽¹²⁾ ^{iv}	nk	nk	x	x
Zambia	nk	nk	nk	nk	x	x

Source: Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction*, <http://www.ihra.net/>



MODULE 4

Polycopié: Contrer les attitudes négatives et les croyances erronées sur la réduction des risques *

« **Ce n'est pas un problème** » - Ceci est un argument fréquent dans les pays où les taux de VIH ou d'hépatite C sont peu élevés parmi les usagers de drogues injectables.

RÉPONSE: Nous savons d'expérience que tout pays dans lequel les drogues sont injectées est exposé à un risque d'épidémie du VIH, d'hépatite B et/ou d'hépatite C parmi les usagers de drogues injectables et leurs partenaires sexuel(le)s. Ces épidémies peuvent se répandre rapidement en l'absence de mesures de prévention. Il est donc préférable d'implanter ces mesures de prévention bien avant que l'épidémie ne soit établie afin de nous assurer qu'elles soient moins coûteuses et sauvent un maximum de vies. Une évaluation rapide devrait être immédiatement effectuée afin de déterminer les taux d'injection de drogues, les risques comportementaux et les taux d'infection par le VIH et l'hépatite. Sur la base de ces données et/ou des expériences des organisations à base communautaire, des interventions doivent être mises en place et largement développées le plus rapidement possible afin de prévenir ces épidémies parmi les usagers de drogues injectables, ou pour contrôler les épidémies existantes.

« **Les usagers de drogues ne sont pas importants** » - Certaines personnes pensent que les usagers de drogues sont « mauvais » ou « immoraux » et ne devraient donc pas avoir accès aux services de santé dont ils ont pourtant besoin.

RÉPONSE: Les usagers de drogues sont des membres à part entière de notre société et la santé de *tous* les membres de la société est importante et devrait être protégée. Personne ne mérite de mourir simplement parce qu'il ou elle consomme de la drogue, en particulier lorsque l'on sait comment prévenir les infections par le VIH et les hépatites ou les overdoses.

La vaste majorité des usagers de drogues consomment de manière non problématique, c'est à dire sans avoir de problèmes sociaux ou de santé. Les usagers de drogues sont souvent jeunes, souhaitant expérimenter avec la consommation de substances psychoactives dans le cadre de leur développement personnel. L'usage de drogues et les problèmes qui y sont liés peuvent affecter tout le monde et les raisons pour lesquelles les personnes consomment ces substances sont nombreuses et complexes.

« **Il existe tout un tas de problèmes de santé beaucoup plus importants** » - Ceci est un argument fréquent, en particulier dans les pays en transition ou en développement.

RÉPONSE: En vérité, une fois l'épidémie déclarée, le VIH et l'hépatite C peuvent bouleverser nos systèmes de santé pendant des années. A moins d'être contrôlées, des vagues massives de maladies liées à ces épidémies peuvent avoir lieu. La seule façon d'éviter cela est de prévenir la transmission des maladies transmissibles par voie sanguine le plus rapidement possible, dans le cadre d'une réponse sanitaire équilibrée qui vise à répondre à toute autre crise sanitaire.

« Les programmes d'échange de seringues et la thérapie de substitution aux opiacés encouragent l'usage et l'injection de drogues » - Cette attitude est particulièrement réactionnaire et peut être aisément contrée grâce aux preuves et expériences disponibles à travers le monde.

RÉPONSE: Ceci est tout simplement faux. Les activités de réduction des risques ont été étudiées minutieusement afin de déterminer si elles entraînaient ou non des conséquences négatives telles que l'augmentation de l'usage et/ou de l'injection de drogues. Aucune des recherches disponibles n'ont montré une augmentation de la consommation de drogues. En fait, les interventions de réduction des risques ont souvent eu l'effet contraire. En effet, ces services aident les usagers de drogues à résoudre leurs problèmes de consommation. En raison de la confiance et des relations établies grâce à ces programmes, de nombreuses personnes chercheront volontairement à arrêter ou à réduire leur consommation de drogues.

« La police doit appliquer la loi et donc les consommateurs de drogues doivent être punis » - Ceci est aussi un argument assez fréquent.

RÉPONSE: A travers le monde, il est courant que l'application des lois puisse inclure un certain niveau de liberté. Bien que les policiers ne puissent pas directement amender la loi, ils peuvent décider d'appliquer certaines lois plus ou moins vigoureusement, de concentrer leurs ressources dans certaines zones géographiques et sur certains crimes et délits. Les preuves disponibles montrent que la peur d'être arrêté par la police est souvent bien plus importante que la possibilité d'être infecté par le VIH ou l'hépatite C. Il est donc assez courant que usagers de drogues prennent des risques en partageant leur matériel d'injection lorsqu'ils craignent d'être arrêtés. Ils éviteront de chercher un soutien ou d'obtenir des informations s'il existe un risque d'être arrêté ou harcelé par la police. Les prestataires de santé doivent être capables de communiquer et de rétablir une relation de confiance avec les personnes qui accèdent à leurs services de sorte que les informations sur la réduction des risques puissent être transmises et prises en compte.

« Les programmes d'échange de seringues et la thérapie de substitution aux opiacés envoient un mauvais message » - Cet argument est très fréquent, en particulier parmi les hommes politiques, dans la grande majorité des pays. Les gouvernements veulent être vus comme étant fortement engagés dans leur « combat contre la drogue » et considèrent que la réduction des risques contredit cette stratégie.

RÉPONSE: La mise en œuvre des interventions de réduction des risques ne signifie pas que la politique d'un gouvernement est « faible dans le domaine de la drogue », c'est en fait le contraire. Cet argument peut facilement être interprété de manière totalement différente: il est possible de déclarer que le fait de persister à appliquer des politiques punitives qui sont clairement inefficaces constitue une faiblesse politique. En pratique, les pays ayant mis en place des services de réduction des risques ont toutefois continué à appliquer des politiques sophistiquées visant à réduire l'offre et la demande. Une approche équilibrée est donc nécessaire afin de permettre aux gouvernements de maintenir un contrôle sur l'usage de drogues tout en empêchant la propagation des épidémies de VIH et d'hépatites parmi les usagers de drogues.

« Les lois sont fixes, et je ne peux pas les changer » - cet argument est très fréquent parmi les responsables politiques bureaucratiques.

RÉPONSE: Les lois n'ont pas forcément besoin d'être modifiées. Par exemple, certaines réglementations peuvent être amendées pendant qu'une révision juridique est en cours. Certaines directives politiques peuvent aussi être modifiées, ce qui permettrait de pousser les législateurs à changer les lois. Il est également possible de négocier des accords locaux avec la police ou les ministères publics afin d'éviter que des lois trop répressives soient mises en application (telles que les lois qui interdisent la possession de seringues et d'aiguilles).

« Les usagers de drogues ne devraient pas recevoir d'assistance spéciale »

RÉPONSE: Les interventions de réduction des risques ne signifient pas que les usagers recevront une assistance spéciale. Au contraire, ce sont des interventions basiques visant à protéger la santé d'un groupe qui, autrement, n'aurait pas un accès suffisant aux services de santé. Cela signifie aussi que la société met la priorité sur la prévention d'une maladie au sein d'un groupe spécifique dans le but de protéger la santé de tous les membres de la société et d'empêcher une surcharge des systèmes de santé.

« Les idées des pays occidentaux ne conviennent pas à notre pays » - Il s'agit d'un argument fréquent dans certains pays, même de la part des professionnels de la santé, des avocats et en particulier de la police et des responsables politiques.

RÉPONSE: La réduction des risques est applicable à des contextes divers et variés, tant dans les pays à faibles revenus que dans les pays à revenus intermédiaires ou élevés (par ex. en Tanzanie ou à l'Île Maurice). Il est possible que les responsables politiques locaux préfèrent commencer par la mise en place de programmes pilotes afin de montrer l'efficacité de ces programmes dans le contexte local. Cependant, des engagements politiques solides doivent être mis en place afin d'augmenter l'accès et le soutien financier pour ces services une fois que leur efficacité a été démontrée.

* Basé sur: Organisation Mondiale de la Santé, Programme Commun des Nations Unies sur le HIV/Sida & Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2004), *Guide de plaidoyer: prévention du VIH/Sida parmi les usagers de drogues* (Genève: OMS), <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf>

Polycopié: « La Déclaration de Vancouver » de 2006

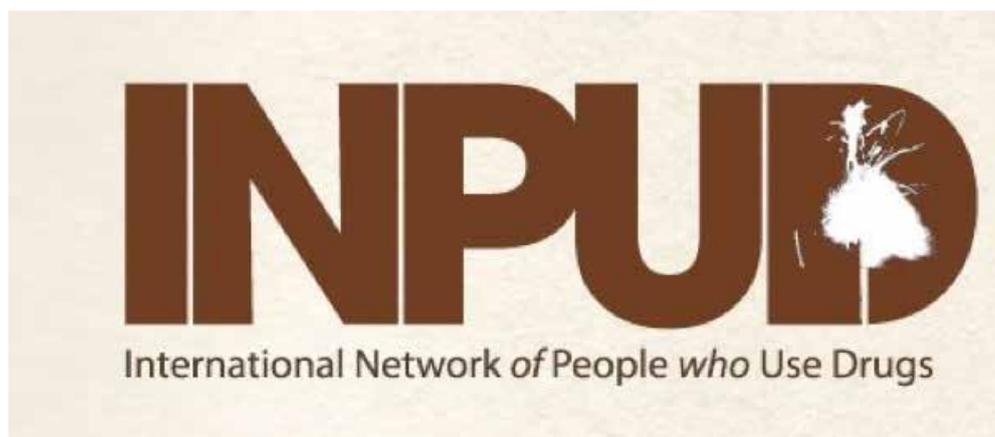
Pourquoi le monde a besoin d'un réseau international d'activistes usagers de drogues

Nous sommes des personnes provenant de tous les coins de la planète, et nous consommons de la drogue. Nous avons été marginalisés et stigmatisés; nous avons été tués, maltraités sans raison, mis en prison, représentés comme étant malfaisants et stéréotypés comme étant des personnes dangereuses et négligeables. Il est grand temps que nous fassions entendre nos voix comme des citoyens à part entière, que nos droits soient rétablis et que nous réclamions le droit d'être notre propre porte-parole, en œuvrant pour préserver notre propre représentation et notre autonomie :

- Pour permettre aux usagers de drogues ou d'autres substances licites du monde entier de survivre, de s'épanouir et de faire entendre leurs voix en tant qu'êtres humains afin d'influencer les décisions qui affectent leurs vies.
- Pour promouvoir une meilleure compréhension des expériences des personnes qui consomment de la drogue, en particulier les impacts dévastateurs des politiques des drogues actuelles affectant les usagers de drogues, et sur nos concitoyens non-usagers: ceci est un élément important dans le cadre du développement de politiques sociales au niveau local, national, régional et international.
- Pour utiliser nos propres compétences et connaissances afin de former et d'éduquer les autres, en particulier nos pairs et tout autre concitoyen concerné par la drogue dans nos communautés.
- Pour demander un accès universel à tous les outils disponibles qui permettent de réduire les risques auxquels les usagers de drogues sont confrontés dans leur quotidien, tels que : i) le traitement de la dépendance à la drogue et les soins médicaux appropriés pour la consommation de drogues, ii) un accès réglementé à des drogues de qualité pharmaceutique pour ceux qui en ont besoin, iii) la disponibilité de matériel de consommation plus sûr tel que des seringues et des pipes et iv) des installations sûres pour jeter les seringues utilisées, v) des services mobiles opérés par des pairs éducateurs et un partage honnête d'informations actualisées sur la drogue et tous ses usages, comprenant notamment vi) la mise en place d'établissements permettant une consommation plus sûre, des espaces qui sont nécessaires pour beaucoup d'entre nous.
- Pour établir notre droit à obtenir des informations objectives et fondées sur des preuves avérées en matière de drogues, et sur comment nous protéger contre les impacts négatifs potentiels de l'usage de drogues à travers un accès universel à des services médicaux et sociaux équitables et complets, sûrs, accessibles, comprenant aussi des services de logement et des opportunités d'emploi.
- Pour soutenir la création de réseaux locaux, nationaux, régionaux et internationaux de personnes séropositives ou infectées par l'hépatite et autres groupes spécialisés dans la réduction des risques. Les consommateurs de drogues actifs doivent être inclus dans le processus de prise de décision, doivent pouvoir siéger au conseil d'administration de ces organisations et doivent être équitablement remboursés pour leurs dépenses, leur temps et leurs compétences.
- Pour défier les législations nationales et les conventions internationales qui privent actuellement la plupart d'entre nous d'une vie saine, sûre et en bonne santé.

Bien conscients des potentiels défis liés à la création d'un tel réseau, nous aspirons à:

- Valoriser et respecter la diversité et reconnaître le passé, les connaissances, les compétences et les facultés de chacun et cultiver un environnement sûr et de soutien au sein du réseau, indépendamment des drogues que nous utilisons ou de comment nous les consommons.
- Diffuser des informations sur notre travail afin de soutenir et d'encourager le développement d'organisations d'usagers de drogues au sein des communautés/pays où celles-ci sont actuellement inexistantes.
- Promouvoir la tolérance, la coopération et la collaboration, favoriser une culture d'inclusion et de participation active.
- Mettre en avant les principes démocratiques et la création d'une structure qui puisse promouvoir une participation maximale dans les processus de prise de décision.
- Assurer une intégration maximale, en particulier pour les personnes hautement vulnérables à l'oppression et qui est basée sur leur identité de genre, leur orientation sexuelle, leur statut socio-économique, leur religion, etc.
- S'assurer que les usagers de drogues ne soient pas incarcérés et que ceux qui le sont aient un droit équivalent à des conditions et à un traitement sains et respectueux. Ceci comprend notamment des services de traitement de la dépendance à la drogue, un accès à des matériaux sanitaires tels que des seringues et des préservatifs et à des traitements médicaux, ou du moins à des services équivalents à ceux auxquels ils pourraient avoir accès en dehors des prisons.
- Pousser à l'abolition de la peine de mort et de toute autre forme de traitement inhumain envers les consommateurs de drogues du monde entier.
- Enfin, le plus profond besoin de créer un tel réseau provient du fait qu'aucun groupe de personnes opprimées n'a jamais obtenu sa libération sans la participation de ceux qui sont directement concernés par cette injustice. A travers une action collective, nous nous battons pour changer les lois locales, nationales, régionales et internationales actuelles sur la drogue et pour formuler une politique des drogues fondée sur des preuves avérées, le respect des droits humains des personnes et de leur dignité, plutôt qu'une politique alimentée par la morale, des stéréotypes et des mensonges.



Copyright © 2010 International Network of People who Use Drugs

<http://www.inpud.net/index.php/statements-and-position-papers/12-vancouver-declaration.html>



MODULE 5



Les meilleures pratiques pour s'attaquer aux drogues, à l'insécurité et au crime organisé



But du Module 5

Discuter et réfléchir sur l'effet des marchés des drogues sur la sécurité publique et le crime organisé et identifier les meilleures réponses à ce problème.



Objectifs d'apprentissage

Les participants approfondiront leurs connaissances sur :

- Les preuves et expériences vis-à-vis des liens existant entre les drogues, l'insécurité et le crime organisé en Afrique de l'Ouest
- Comprendre le contexte et les causes sous-jacentes de ces liens
- Comprendre les réponses actuelles, et la manière dont ces dernières peuvent être améliorées ou renforcées dans une optique de réduction des risques



Introduction

L'augmentation du trafic de drogues en Afrique de l'Ouest a fait l'objet d'une attention accrue ces dernières années, bien que la production, le trafic et la consommation de drogues n'aient rien de nouveau dans la région. Dans son rapport de 2014, la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues indiquait que « [l]e commerce des drogues est actuellement estimé à des centaines de millions de dollars en Afrique de l'Ouest, une région dans laquelle la plupart des pays comptent toujours parmi les plus pauvres du monde. L'essor du trafic de drogues intervient alors que la région émerge

d'une période de conflits politiques et, pour certains pays, de violence prolongée. Affaiblis et fragilisés, les institutions étatiques et les systèmes pénaux sont exposés au risque d'infiltration et de corruption par le crime organisé et sont vite dépassés par la rapidité d'adaptation des trafiquants ». ¹ Ce module aborde ces questions complexes et explore les options disponibles pour les gouvernements de la région.

SÉANCE 5.1:

Présentation: Mise en contexte

SÉANCE 5.2:

Activité: Les motivations de la criminalité

SÉANCE 5.3:

Activité: Études de cas de corruption

SÉANCE 5.4:

Présentation: Améliorer la gouvernance et les processus politiques

SÉANCE 5.5:

Activité: L'insécurité et la violence liées aux marchés des drogues

SÉANCE 5.6:

Présentation: Le crime organisé et le terrorisme

SÉANCE 5.7:

Activité: Moderniser les interventions de maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue

MODULE 5

Séance 5.1

Présentation: Mise en contexte



20 min

Note pour l'animateur

Si vous ne l'avez pas encore fait, cette séance est un bon moment pour présenter certaines des vidéos produites par la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues introduites dans la séance [1.6](#).



Objectif – Introduire les enjeux relatifs aux marchés des drogues, à la sécurité publique et au crime organisé

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
3. Encouragez les participants à poser des questions et à discuter des informations fournies.



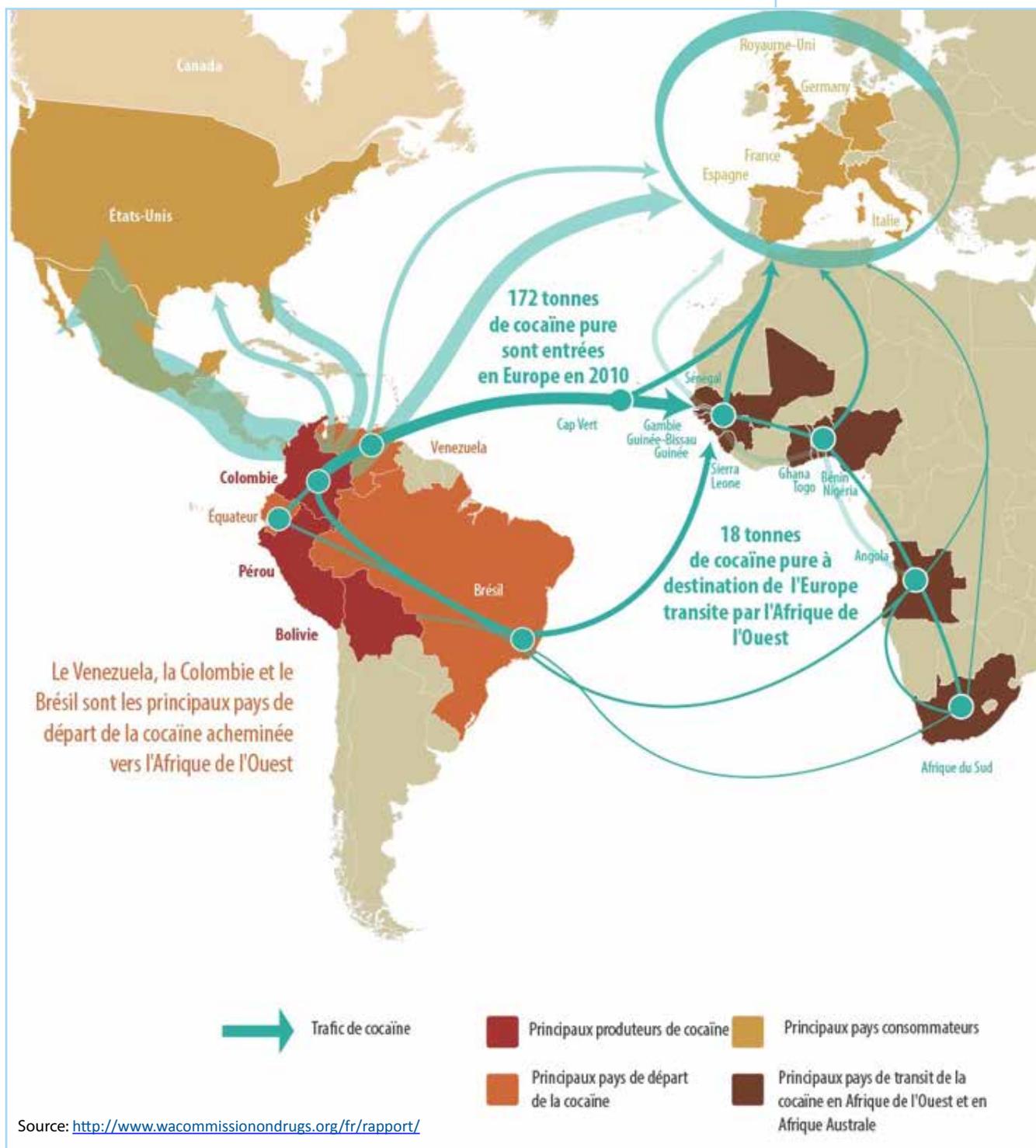
Informations à fournir dans cette présentation :

Le paysage politique relatif aux drogues au niveau international a considérablement évolué au cours des dernières années. La flambée des meurtres liés à la drogue au Mexique à partir de 2007 a mis en lumière l'omniprésence du trafic de drogues et du crime organisé, ainsi que leurs effets économiques, sociaux et institutionnels négatifs, notamment concernant la corruption et la violence. De nouveaux défis, de nouvelles voies d'approvisionnement et de nouvelles substances ont vu le jour. De plus en plus, les experts et les responsables politiques soulignent l'inefficacité, voire même l'effet potentiellement indésirable des politiques actuelles en matière de drogues.

Cela a conduit certains commentateurs à souligner que le débat sur la politique des drogues « a davantage évolué au cours des trois dernières années que durant les trois décennies précédentes ». ¹ En 2013, l'Organisation des Etats Américains (OEA) est devenue la première instance multilatérale à contester ouvertement la situation actuelle et à explorer de nouvelles options politiques. ² Quant à lui, le Plan d'action de l'Union Africaine (UA) sur la lutte contre la drogue pour 2013-2017 souligne l'importance des dimensions socio-économiques et sanitaires du problème de la drogue et recommande notamment le développement d'alternatives à l'incarcération pour les délits mineurs. ³ La Communauté Economique des Etats d'Afrique Occidentale (CEDEAO) a également commencé à renforcer ses efforts institutionnels pour s'attaquer à ces défis croissants. ⁴ En parallèle, d'autres réformes ont eu lieu, comme par exemple la politique de dépénalisation de l'usage de drogues au Portugal et dans plusieurs autres pays, ⁵ ainsi que la création d'un marché du cannabis légalement réglementé en Uruguay et dans plusieurs Etats des Etats-Unis.

L'Afrique de l'Ouest a émergé dans ce paysage international comme une zone de transit de plus en plus touchée par le commerce transatlantique de la cocaïne. Alors que le commerce de la cocaïne semble avoir diminué depuis 2007 suite à une forte augmentation quelques années auparavant, l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) a souligné que les trafiquants de drogues ont vraisemblablement modifié leurs techniques, privilégiant des cargaisons plus petites en provenance du Brésil, qui sont ensuite dispersées en Afrique de l'Ouest

Flux de la cocaïne via l'Afrique de l'Ouest, 2010



par des acteurs locaux, rendant plus difficile le maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue. En outre, certains indices laissent à penser que le trafic d'héroïne et de méthamphétamines peut être à la hausse.⁶

Par conséquent, les preuves s'accumulent pour montrer que la région est en train de devenir un marché important pour la production (notamment de méthamphétamines) et la consommation de drogues. En juin 2014, la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (WACD), présidée par l'ancien président du Nigéria Olusegun Obasanjo, a produit un rapport novateur sur le problème de la drogue dans la région, soulignant les défis clés et proposant un certain nombre de recommandations « afin que la région puisse intervenir de façon humaine, efficace et préventive pour résoudre ces problèmes ».⁷ Le rapport émet quelques recommandations spécifiques en ce qui concerne l'impact du trafic de drogues et

des politiques de lutte contre la drogue sur la sécurité et la gouvernance en Afrique de l'Ouest :

- Affronter énergiquement les problèmes politiques et les problèmes de gouvernance qui incitent à la corruption au sein des gouvernements, des services de sécurité et de l'appareil judiciaire, et que les trafiquants exploitent.
- Renforcer les dispositifs d'application de la loi, à des fins de dissuasion plus sélective, ciblant en priorité les hauts responsables du trafic.
- Éviter la militarisation des politiques sur les drogues et des mesures de lutte contre le trafic : certains pays d'Amérique latine ont opté pour cette solution, appliquant à grands frais une politique qui n'a pas permis de réduire l'offre.
- Adopter une gestion équilibrée de l'aide extérieure, en allouant des ressources aussi bien aux domaines de la sécurité et de la justice qu'au secteur de la santé publique.

Les obstacles pour comprendre le trafic de drogues

Il est difficile de comprendre la nature du trafic de drogues à cause du réel manque de données au sujet des principaux acteurs et de leurs réseaux de soutien au sein des gouvernements. Le trafic de drogues a lieu dans une atmosphère de secret, sans laisser de trace écrite. Et même le cas échéant, les informations sont généralement peu concluantes étant donné qu'elles peuvent être niées ou légalement contestées. Le problème est aggravé en Afrique de l'Ouest par l'enchevêtrement fréquent entre les sphères licites et illicites dans les systèmes économiques et politiques, qui opèrent souvent par des réseaux informels. Cela rend l'obtention d'informations fiables et précises à la fois sur le trafic et la consommation de drogues en Afrique de l'Ouest extrêmement difficile. Il est néanmoins possible d'amasser des informations à travers différentes sources officielles et des renseignements rassemblés par des experts, qui peuvent aider à construire une idée relativement précise de la situation.

L'intégration progressive du commerce des drogues peut produire des effets à long terme sur la société, notamment par la création d'une culture de la criminalité qui séduit les jeunes, qui ont peu de modèles et modes de vie alternatifs auxquels aspirer. Les exemples de « narco-culture » au Mexique^{8,9} et de la culture des gangs aux Etats-Unis et en Amérique Centrale peuvent très bien se reproduire à travers l'Afrique de l'Ouest, avec des jeunes aspirant au style de vie « Cocaïneboujou » marqué par des maisons de luxe, des voitures et des bijoux. Des niveaux endémiques de corruption et/ou l'incompétence des gouvernements peuvent pousser les individus hors du chemin conventionnel et vers des activités vues comme plus aventureuses, attrayantes et apparemment plus gratifiantes.

Impacts politiques et économiques

Le trafic de drogues affaiblit l'Etat par des pressions budgétaires et institutionnelles sur des structures qui souffrent déjà d'un manque de ressources. Il crée aussi des tensions entre la nécessité de répondre aux crises dès qu'elles se produisent et des approches plus durables qui s'attaqueraient aux problèmes de fond. L'aide internationale au développement apporte une contribution certes nécessaire et positive, mais constitue rarement une solution durable.

Le trafic de drogues et le crime organisé ont quatre principales conséquences négatives sur l'économie :

1. Ils drainent des ressources rares : tandis que les groupes du crime organisé gagnent annuellement des milliards de dollars grâce au marché des drogues, plus de la moitié de la population de la région vit avec moins d'un dollar par jour.¹⁰ En outre, l'argent et les efforts consacrés par des individus impliqués dans le trafic de drogues et les activités liées au crime organisé dans la région (par exemple le blanchiment d'argent) ne sont pas consacrés à des activités légales et ne sont donc pas imposables. Dans certains contextes, les groupes criminels peuvent parfois fournir des services indispensables à la population locale, en comblant le vide laissé par un manque de gouvernance avec des emplois, des services sociaux et sanitaires, le développement d'infrastructure, une protection, etc. Cependant, l'offre de ces services est quantitativement et qualitativement moindre par rapport à ce que qu'un Etat fonctionnel serait en mesure d'offrir sans un tel détournement à grande échelle des ressources.

2. Ils faussent les indicateurs et les perspectives économiques à travers le blanchiment d'argent, qui peut contribuer à gonfler de façon disproportionnée les secteurs de la finance, de l'immobilier et de la construction en particulier. Cela a des effets négatifs sur la population locale et conduit à des investissements qui ne sont pas propices au développement à long terme.¹¹
3. Ils découragent les sociétés étrangères d'investir en Afrique de l'Ouest, étant donné que les drogues et le crime organisé ont tendance à refléter une certaine instabilité sociale et donc augmentent le coût des affaires. La corruption est souvent désignée comme étant le principal obstacle au développement de la région.¹² Le tourisme a également été particulièrement touché par la criminalité et l'instabilité.¹³ Des recherches récentes menées par USAID suggèrent également que « l'afflux de capitaux illicites peut entraîner une inflation de la monnaie et rendre les exportations légales moins compétitives ».
4. Ils détériorent le capital social et humain de la région en forçant les travailleurs à émigrer vers l'étranger, ils nuisent à l'éducation, l'emploi et la réussite économique personnelle, ils affectent la santé des citoyens, tout en créant un climat de peur dans la société qui entrave la croissance économique et le développement humain.

En outre, le trafic de drogues est par nature un problème transfrontalier qui remet en question la conception traditionnelle et juridique des frontières. Il nécessite une coopération politique transnationale et régionale aussi difficile dans sa conception que complexe dans sa mise en œuvre. Les pays de la région font face à un problème pouvant migrer aisément d'un pays à l'autre, soulignant la nécessité d'une coopération régionale plus forte, par exemple par l'intermédiaire d'accords bilatéraux et de programmes multilatéraux plus larges.

1. Gomis, B. (2014), *Illicit drugs and international security: Towards UNGASS 2016* (Chatham House), <http://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/197070>
2. Organisation des Etats Américains (2013), *Scenarios for the drug problem in the Americas 2013-2025*, http://www.oas.org/documents/eng/press/Scenarios_Report.PDF
3. Plan d'action de l'UA sur la lutte contre la drogue (2013-2017) <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/05/AUPA-on-DC-2013-2017-French.pdf>
4. Voir par exemple: Union Européenne (2013), *Support to ECOWAS Regional Action Plan on illicit drug trafficking, related organised crime and drug abuse in West Africa*, http://ec.europa.eu/europeaid/documents/aap/2013/af_aap-spe_2013_west-africa_p4.pdf
5. Rosmarin, A. & Eastwood, N. (2012), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe* (Londres: Release), <http://www.release.org.uk/publications/quiet-revolution-drug-decriminalisation-policies-practice-across-globe>
6. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2013), *Criminalité transnationale organisée en Afrique de l'Ouest : une évaluation des menaces*, <http://www.unodc.org/toc/fr/reports/TOCTAWestAfrica.html>
7. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit : Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>
8. Schwarz, S. (2013), *Narco Cultura* (film), <https://www.youtube.com/watch?v=rAz9ShUNU9E>
9. Mohar, J., Volkow, K. & Gomis, B. (January 2014), 'Bragging rights: Mexican criminals turn to social media', *IHS Jane's Intelligence Review*
10. Agence des Etats-Unis pour le Développement International (2013), *The development response to drug trafficking in Africa: A programming guide*, http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1860/Development_Response_to_Drug_Trafficking_in_Africa_Programming_Guide.pdf
11. Agence des Etats-Unis pour le Développement International (2013), *The development response to drug trafficking in Africa: A programming guide*, http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1860/Development_Response_to_Drug_Trafficking_in_Africa_Programming_Guide.pdf
12. Banque Mondiale (2010), "Quiet corruption" undermining development in Africa, <http://go.worldbank.org/TOK9PZ01V0>
13. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2005), *Why fighting crime can assist development in Africa: Rule of law and protection of the most vulnerable*, https://www.unodc.org/pdf/research/Africa_Summary_eng.pdf
14. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit : Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>

MODULE 5

Séance 5.2

Activité: Les motivations de la criminalité



30 min

Note pour l'animateur

Il peut être utile de garder la diapositive d'accompagnement de cette activité projetée durant la séance afin de rappeler aux participants les trois scénarios.



Objectif – Les flux de drogues, de marchandises de contrebande et d'argent à travers l'Afrique de l'Ouest ont corrompu de nombreux fonctionnaires, officiers de police et militaires. Cette séance permettra aux participants de réfléchir sur les raisons pour lesquelles les individus décident de s'engager dans le trafic de drogues, afin de mieux comprendre l'attrait et l'existence même du problème

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Les participants travailleront individuellement durant la première partie de la séance – assignez à chaque personne l'un des trois scénarios ci-dessous. Vous pouvez soit diviser la pièce en trois et attribuer un scénario à chacun des trois groupes, soit assigner un scénario à chaque personne en comptant « 1, 2, 3, 1, 2, 3, ... ».

Scénario 1 : Vous êtes un fonctionnaire des douanes débutant. Vous travaillez dans ce service depuis quelques années mais vous vous êtes frustré, d'une part par le manque de respect de la part de vos supérieurs (qui, vous le savez, touchent des dessous-de-table de certains des principaux transporteurs) et d'autre part par le fait que vous n'avez reçu aucune augmentation de salaire depuis que vous avez commencé.

Scénario 2 : Vous êtes un membre nouvellement élu au Parlement. Votre campagne électorale a été coûteuse, et vous a laissé endetté. Vous êtes ambitieux et souhaitez gravir les échelons au sein de votre gouvernement, mais n'obtenez pas l'attention que vous estimez mériter étant donné que vous êtes jeune et nouveau dans le système.

Scénario 3 : Vous êtes un agent de police depuis plusieurs années. Vous avez été promu au grade de sergent, et supervisez maintenant le travail d'environ 30 agents dans votre ville côtière locale.

3. Demandez aux participants de se « mettre dans la peau » du personnage qui leur a été attribué, et de réfléchir à ce qui pourrait pousser cette personne à s'impliquer dans le trafic de drogues.
4. Après quelques minutes, demandez aux participants de partager leurs idées avec le reste du groupe, et notez les réponses sur un tableau de conférence.
5. Demandez aux participants d'ajouter tout autre facteur manquant, puis demandez-leur quelles seraient les implications de ces facteurs pour élaborer une réponse politique efficace. Résumez la séance en soulignant que les raisons pour lesquelles un individu décide de s'impliquer dans le commerce de la drogue sont diverses et ne se résument pas toujours à son avidité, mais peuvent au contraire résulter d'une menace, de la coercition ou de la peur. Ces facteurs doivent être pris en compte dans toute politique et réponse juridique à ces problèmes.



Exemples pouvant être donnés par les participants

- Service dû à quelqu'un qui vous a aidé par le passé
- Loyauté envers votre famille ou des proches qui vous demandent un service
- Supérieurs corrompus qui vous forcent à participer
- Argent ou d'autres bénéfices matériels (par exemple, le salaire annuel moyen d'un fonctionnaire en Guinée-Bissau est d'environ 5 000 \$ US – un montant éclipsé par la valeur de la drogue et autres marchandises passées en contrebande à travers le pays)
- Pouvoir politique
- Donations et soutien politique
- Peur ou menace de violences si la personne refuse de coopérer
- Protection
- L'offre d'une promotion ou autres bénéfices
- Chantage ou coercition de groupes criminels qui utilisent la violence et la menace
- Naïveté ou ignorance de ce qui est en train de se passer

MODULE 5

Séance 5.3

Activité: Étude de cas de corruption



20 min

Note pour l'animateur

Si vous manquez de temps, vous pouvez distribuer le polycopié et discuter des cas avec le groupe entier.



Objectif – Discuter de cas réels de corruption liée à la drogue en Afrique de l'Ouest

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Séparez les participants en 5 à 7 groupes et assignez à chacun une des études de cas du polycopié « [Études de cas de corruption](#) ».
3. Demandez à chaque groupe de lire et de discuter de l'étude de cas en répondant aux questions suivantes :
 - Que révèle ce cas au sujet des niveaux de corruption dans le pays ?
 - Quel a été le résultat ? Était-il mérité ?
 - D'après vous, quels facteurs ont poussé ces individus à agir de la sorte ?
 - D'après vous, quels facteurs ont joué pour résoudre ce cas ?
 - Quel a été l'impact plus général du cas sur le marché des drogues ?
4. Si vous disposez du temps nécessaire, demandez à chaque groupe de présenter brièvement leurs réflexions à l'ensemble des participants. Si ce n'est pas possible, encouragez les participants à lire l'ensemble des études de cas à la fin de l'atelier, en leur posant les questions ci-dessus.
5. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).



Informations à fournir dans cette présentation :

Ces cas créent une forte impression que la corruption est omniprésente, et ce indépendamment de la réalité souvent plus nuancée, comme nous l'avons discuté dans la Séance 5.2. Néanmoins, la situation actuelle présente un certain nombre d'implications politiques pour l'Afrique de l'Ouest :

1. Les gouvernements et organismes étrangers (notamment les Etats-Unis) sont susceptibles de rester impliqués dans la capture, l'extradition et la poursuite des principaux trafiquants de drogue. Le code pénal américain, par exemple, « autorise les agences américaines à poursuivre et traduire en justice les infractions liées à la drogue en dehors des Etats-Unis si un lien avec le terrorisme est établi », et donne à l'Administration d'Application des Lois sur la Drogue (DEA) « la juridiction extraterritoriale pour les infractions liées à la drogue possédant un lien avec les Etats-Unis, même si la drogue en question n'est en fait pas entrée sur le territoire américain ». ¹ La coopération politique avec les Etats-Unis (ainsi qu'avec d'autres pays occidentaux ayant des intérêts sécuritaires dans la région, comme le Royaume-Uni et la France) peut être potentiellement très efficace, en particulier pour s'attaquer au problème de la corruption. Cependant, ce type de partenariat ne fournit pas

en soi une réponse complète et durable aux défis liés au trafic de drogues en Afrique de l'Ouest et plus généralement sur le continent africain.

2. Compte tenu de la nature transnationale du problème, les stratégies politiques doivent inclure une collaboration régionale. Cela peut passer par des accords bilatéraux entre pays voisins, des mécanismes de coopération transrégionaux entre l'Afrique de l'Ouest et l'Europe, l'Asie du Sud ou le Moyen-Orient (qui sont tous affectés par le flux de drogues transitant par l'Afrique de l'Ouest), des efforts pour renforcer les capacités et la légitimité des organes régionaux existants (y compris la CEDEAO et l'UA), et le renforcement de la coopération avec les organisations internationales pertinentes (comme l'ONUDC).
3. Un certain nombre de mesures peuvent aider à lutter contre la corruption, comme la Banque Mondiale l'a souligné en prenant l'exemple de la Géorgie: « exercer une forte volonté politique ; établir la crédibilité rapidement ; lancer un assaut frontal ; attirer de nouveaux employés ; limiter le rôle de l'Etat ; adopter des méthodes non-conventionnelles ; une coordination étroite ; adapter l'expérience internationale aux conditions locales ; exploiter les nouvelles technologies ; et utiliser les moyens de communication stratégiquement ». ² Comme cela a également été souligné à l'égard de la Sierra Leone, des efforts potentiellement efficaces peuvent également comprendre la création d'institutions spécifiquement dédiées à la lutte contre la corruption, et le développement de procédures de suivi par la société civile, des comités parlementaires ou le système judiciaire. Pour être plus efficaces, ces mesures peuvent se concentrer sur l'éducation, la responsabilisation et la transparence, en particulier concernant la divulgation des actifs et le financement des partis politiques – et devraient aussi s'attaquer au secteur privé. ³
4. Il est également important de se rappeler que la drogue est seulement une marchandise de contrebande parmi d'autres. Lutter exclusivement contre la corruption liée aux drogues peut tout simplement conduire les fonctionnaires à s'impliquer dans le trafic d'autres marchandises (tels que la contrebande de cigarettes – pour laquelle les pays ont souvent des lois plus souples et une stratégie de maintien de l'ordre plus passive). ⁴

1. Csete, J. & Sánchez, C. (2013), *Telling the story of drugs in West Africa: The newest front in a losing war?* <http://www.swansea.ac.uk/media/GDPO%20West%20Africa%20digital.pdf%20FINAL.pdf>
2. Banque Mondiale (2012), *Fighting corruption in public services*, <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-9475-5>
3. Walker, S. & Burchert, E. (2013), *Getting smart and scaling up: The impact of organized crime on governance in developing countries: A desk study of Sierra Leone*, <http://r4d.dfid.gov.uk/Output/193543>
4. Walker Guevara, M. (2008), *The world's most widely smuggled legal substance*, <http://www.icij.org/project/tobacco-underground/worlds-most-widely-smuggled-legal-substance>

MODULE 5

Séance 5.4

Présentation: Améliorer la gouvernance et les processus politiques



20 min

Note pour l'animateur

La société civile joue un rôle important dans l'amélioration de la transparence des gouvernements, mais ceci est au-delà de l'objectif de ce document. Dans cette optique, n'hésitez pas à lire, ou encourager les participants à consulter « les instruments du combattant contre la corruption » de Transparency International, pour plus d'informations (<http://www.transparency.org/whatwedo/tools/corruption-fighters-toolkits-introduction/2/>).



Objectif – Introduire les enjeux relatifs aux marchés des drogues, à la sécurité publique et au crime organisé

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
3. Encouragez les participants à poser des questions et à discuter de la présentation.



Informations à fournir dans cette présentation :

Des preuves du monde entier indiquent que des institutions étatiques faibles créent un environnement facilitant le commerce illégal des drogues. Comme discuté dans le cadre de ce module, les fruits et ressources du marché des drogues sont souvent utilisés pour corrompre des personnalités politiques, mais peuvent également miner les processus politiques eux-mêmes, tels que les élections et l'impartialité du système judiciaire. Attaquer la faible gouvernance doit donc être considérée comme l'une des priorités les plus urgentes pour la région.

Pour assurer son efficacité, le travail des trafiquants de drogues est favorisé par une variété de personnes hors du secteur informel telles que des chefs d'entreprises, des politiciens, des militaires, des policiers, des douaniers et des membres du système judiciaire. En établissant des liens avec des individus qui possèdent une influence légitime, le marché des drogues peut ainsi établir des réseaux complexes et éviter d'être détecté. Il peut aussi modifier les relations entre les acteurs de la scène politique et sécuritaire, le grand public, la communauté religieuse et le monde des affaires.¹ Ce phénomène pose une contrainte évidente sur les systèmes politiques de la région, qui sont déjà vulnérables dans de nombreux pays, et augmente considérablement les risques de polarisation et de violence lors des élections.²

Selon la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues, « [l]e fait qu'en Afrique de l'Ouest les élections – éléments clés d'un système politique démocratique – ne bénéficient pas, dans la plupart des pays, de financements publics, est extrêmement fragilisant. Dans bien des cas, les candidats sont « propriétaires » de leur parti, qu'ils financent par leurs propres moyens ou en recueillant des fonds auprès d'amis, d'alliés régionaux et de leur ethnie. En outre, si certains systèmes électoraux ouest-africains exigent des déclarations de patrimoine et imposent un plafonnement des dépenses de campagnes ainsi que des restrictions sur leur financement, les mécanismes qui permettraient de vérifier et contrôler le respect de ces mesures sont limités. Lorsqu'ils existent, ils ne permettent pas toujours de dénoncer les nouvelles techniques de fraude, et bien souvent l'absence ou l'insuffisance de lois sur la liberté d'accès à l'information rend difficile un contrôle

par la société civile. Ces failles exposent les processus électoraux ouest-africains à la corruption par l'argent de la drogue ».³

Les recommandations de la Commission appellent ainsi à :

« Affronter énergiquement les problèmes politiques et les problèmes de gouvernance qui incitent à la corruption au sein des gouvernements, des services de sécurité et de l'appareil judiciaire, et que les trafiquants exploitent.

2.1 Soutenir la création de tribunes, entre et au sein des partis, pour discuter de l'impact du trafic de drogues et du financement illicite des partis sur les systèmes politiques en Afrique de l'Ouest dans le but d'établir des mécanismes qui permettraient de protéger ces systèmes du financement illicite.

2.2 Renforcer la fonction de contrôle des parlements quant à l'élaboration et la mise en œuvre des législations en matière de drogues.

2.3 Soutenir la tenue de rencontres nationales, régionales, ou interrégionales (sud-sud) de corps électoraux indépendants ou de tribunaux électoraux pour débattre des méthodes de protection des processus électoraux contre le trafic de drogues, et partager des expériences quant au renforcement des capacités de résilience des systèmes électoraux face au trafic de drogues (et aux autres formes de criminalité organisée). Il convient d'encourager les réseaux existants d'organismes de gestion électorale à s'emparer de ce problème.

2.4 Soutenir les actions destinées au développement des capacités de la société civile, des médias et du milieu universitaire en matière de contrôle et d'évaluation des liens qui existent entre le trafic de drogues et le financement de partis et de campagnes, tout en leur fournissant des mesures de protection adéquates.

2.5 Étudier sérieusement les différentes options en vue de la création d'un panel ou d'un tribunal régional spécial chargé de mener des enquêtes ou des poursuites contre les grands criminels, y compris les responsables étatiques et de la sécurité soupçonnés d'être complices du trafic de drogues ou de le faciliter. De telles dispositions ne sauraient cependant remplacer le besoin de veiller à ce que les systèmes juridiques nationaux disposent de l'indépendance, des compétences spécialisées et des ressources nécessaires à l'exercice de poursuites dans ce genre d'affaires ».⁴

1. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit : Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>
2. Aning, K. & Pokoo, J. (2013), *Trafic de Drogue et Menaces pour la Sécurité Nationale et Régionale en Afrique de l'Ouest Document d'information de la WACD No. 1 (Commission Ouest-Africaine sur les Drogues & Fondation Kofi Annan)*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Traffic-de-Drogue-et-Menaces-pour-la-Sécurité-Nationale-et-Régionale-en-Afrique-d-l'Ouest.pdf>
3. Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit : Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>
4. Ibid

MODULE 5

Séance 5.5

Activité: L'insécurité et la violence liées au marché des drogues



30 min

Note pour l'animateur

Réponses correctes pour le polycopié :

Prévalence annuelle de la consommation de cannabis :

- Afrique de l'Ouest et centrale = 12,4% de la population
- Amérique du Nord = 11,2%
- Europe = 5,7%
- Caraïbes = 2,5%

Saisies de cocaïne (% du total des saisies mondiales) :

- Amérique latine = 71,10%
- Europe = 10,26%
- Afrique = 0,47%
- Asie = 0,21%

Taux d'homicides (pour 100 000 habitants) :

- Afrique australe = 30
- Amérique latine = 22
- Afrique de l'Ouest = 14
- Europe de l'Est = 6

Prisonniers (pour 100 000 habitants) :

- Caraïbes = 376
- Afrique australe = 205
- Europe occidentale = 98
- Afrique de l'Ouest = 46

Indice de perception de la corruption (un score faible indique une corruption élevée) :

- Afrique Sub-Saharienne = 33 sur 100
- Moyen Orient & Afrique du Nord = 38
- Asie = 43
- Europe = 66



Objectif – Réfléchir sur certaines données liées aux drogues pour l'Afrique de l'Ouest et les placer dans le contexte mondial. Discuter des niveaux d'insécurité et de violence liés au marché des drogues dans la région

1. Présentez l'objectif de la séance, et expliquez aux participants que l'attention a été fortement centrée sur l'insécurité et la violence liées au marché des drogues en Afrique de l'Ouest. Bien que le trafic de drogues dans la région ne soit pas marqué par de hauts niveaux de violence, il existe un risque pour l'Afrique de l'Ouest d'être confrontée à ce problème dans le futur.
2. Divisez les participants en groupes de 3 à 4 personnes, et distribuez le polycopié « **Données liées à la drogue : mettre l'Afrique de l'Ouest dans son contexte** ».
3. Demandez aux participants de relier les différentes données.
4. Parcourez la salle de groupe en groupe pour voir comment ils se débrouillent. Discutez avec eux des bonnes réponses ou expliquez, le cas échéant, pourquoi leurs réponses sont incorrectes. La situation ouest-africaine aurait-elle été trop soulignée, ou la situation dans les autres parties du monde n'aurait pas reçu la même attention ?
5. En session plénière, et discutez ensemble des facteurs qui pourraient augmenter ou réduire la violence liée à la drogue dans la région ou dans un pays donné et quelles en seraient les implications politiques. Notez ces facteurs sur une feuille de tableau de conférence.
6. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes), en soulignant les facteurs ayant déjà été énumérés précédemment par les participants.



Informations à fournir dans cette présentation :

Les niveaux de violence liés au commerce de la drogue dépendent d'un certain nombre de facteurs :

1. **La présence d'armes** : Selon l'ONUDDC, alors que deux tiers des homicides sont causés par une arme à feu aux Etats-Unis, moins d'un tiers seulement sont liés aux armes à feu en Afrique.¹ De nombreux analystes ont démontré qu'une disponibilité élevée d'armes dans une zone géographique était susceptible de conduire à davantage de morts violentes. Le cas du Mexique est révélateur à cet égard. Plus de 250 000 armes à feu passent en contrebande des Etats-Unis au Mexique chaque année.² Alors qu'il y a aussi un grand nombre d'armes à feu en Afrique de l'Ouest, la région est loin d'avoir les mêmes niveaux de

violence que l'Amérique latine. Toutefois, le récent trafic illicite d'environ 10 000 à 20 000 armes à feu en provenance de Libye a certainement contribué à l'instabilité dans le nord du Mali.³

- 2. Les mesures et stratégies de maintien de l'ordre :** Une répression agressive contre les organisations de trafic de drogues peut entraîner une surpopulation carcérale et une hausse de la violence. En effet, ces organisations peuvent résister agressivement et d'autres groupes peuvent rivaliser violemment pour s'accaparer les parts de marché nouvellement libérées. Cette situation peut causer des dommages collatéraux importants pour la population civile. En outre, les capacités de certains cartels de la drogue peuvent tout simplement dépasser celles des forces de l'ordre d'un pays, rendant ces dernières impuissantes à arrêter la violence associée au trafic.
- 3. La corruption :** La corruption peut influencer sur les niveaux de violence, mais de différentes manières. Au Japon, les Yakuza sont un groupe criminel prospère. Comportant environ 79 000 membres répartis en 22 groupes impliqués dans un certain nombre d'activités légales (par exemple dans le secteur de la construction) comme illégales (l'extorsion, le blanchiment d'argent, la fraude financière, le chantage et le racket).⁴ Cependant, le pays détient l'un des taux d'homicides les plus bas du monde (moins de 0,5 pour 100 000 habitants, selon l'ONUDC). L'une des raisons de cette apparente contradiction est le niveau de collusion avec des politiciens et les forces de police, qui permet ainsi de réduire le besoin pour les Yakuza de recourir à des mesures violentes.⁵ Au contraire, le taux d'homicides au Kenya est supérieur à la moyenne mondiale de 6 pour 100 000 habitants⁶ et le pays est perçu comme l'un des plus corrompus au monde, se classant au 136^{ème} rang sur 177, selon Transparency International.⁷
- 4. Le type de marché des drogues:** Au Canada, la province de la Colombie-Britannique est l'un des plus grands producteurs mondiaux de marijuana. Pourtant, la production et le trafic illicite de cette drogue, souvent destinés à desservir les marchés domestiques, ne sont pas associés à une violence et une insécurité importante. Souvent, plus la « chaîne d'approvisionnement » d'une drogue est longue (de la culture et/ou production, jusqu'à la vente et la consommation), plus les bénéfices et de revenus à réaliser sont importants – et plus le risque que le commerce entraîne un certain niveau de violence sera élevé, avec la participation d'une variété d'acteurs.
- 5. L'équilibre des pouvoirs :** L'équilibre des pouvoirs au sein d'un marché des drogues est un facteur clé pouvant conduire à plus ou moins de violence. Par exemple, une réelle hiérarchie et division du travail entre les organisations de trafic de drogue, ou un marché qui est fortement dirigé par une organisation soucieuse d'éviter l'usage de la force, peuvent conduire à des situations plus « pacifiques », au moins à court terme.
- 6. La manière dont les drogues sont vendues :** De plus en plus, les ventes en ligne (qui apparaissent comme un nouveau développement important des marchés des drogues, en particulier en Amérique du Nord et en Europe) sont considérées comme un mécanisme moins violent que la vente illégale de rue, étant donné qu'elles limitent les interactions personnelles directes. « Silk Road [l'un des marchés de drogues en ligne les plus célèbres, qui en est actuellement à sa troisième version, après avoir été fermé à deux reprises par les autorités] ayant atteint un niveau d'activité considérable au niveau de la vente en gros, sa localisation virtuelle devrait réduire la violence, l'intimidation et le territorialisme ». ⁸ Cependant, l'impact immédiat des marchés de drogues en ligne similaires à Silk Road en Afrique de l'Ouest n'est probablement pas important, étant donné que la plupart des consommateurs n'ont pas accès aux sites de vente de drogues en ligne. En outre, alors que les marchés en ligne peuvent réduire la violence dans le pays de vente, les effets sur les pays producteurs et de transit restent pour le moment inconnus.

7. Les contextes locaux : Les autres facteurs pouvant contribuer aux niveaux de violence liés à la drogue comprennent des aspects démographiques tels que l'âge des chefs criminels, la concentration géographique des groupes minoritaires, et les niveaux de pauvreté.⁹ Un autre facteur déterminant est la solidité des institutions d'un pays. Afin de contrôler et de réduire les niveaux de violence dans un pays, l'Etat doit être présent et effectivement contrôler l'ensemble de son territoire. Cette présence peut se traduire par un potentiel économique, des services sociaux, un système d'éducation solide, des forces de maintien de l'ordre respectant la primauté du droit et un système judiciaire efficace – tous des éléments essentiels pour la paix et la sécurité. « La plupart des crises ont lieu dans des zones contrôlées par des organisations régionales faibles qui ont une capacité limitée pour prévenir et gérer les conflits ».¹⁰

1. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2014), *Global study on homicide 2013*, <http://www.unodc.org/gsh/>
2. McDougal, T., Shirk, D.A. et al (2013), *The way of the gun: Estimating firearms traffic across the US-Mexico border*, <http://pt.igarape.org.br/the-way-of-the-gun-estimating-firearms-traffic-across-the-u-s-mexico-border/>
3. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2013), *Criminalité Transnationale Organisée en Afrique de l'Ouest : Une Évaluation des Menaces*, <http://www.unodc.org/toc/fr/reports/TOCTAWestAfrica.html>
4. Adelstein, J. (2012), *The Yakuza lobby*, <http://foreignpolicy.com/2012/12/13/the-yakuza-lobby/>
5. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2014), *Global study on homicide 2013*, <http://www.unodc.org/gsh/>
6. Ibid
7. Transparency International (2014), *Corruption by country: Kenya*, <http://www.transparency.org/country#KEN>
8. Aldridge, J. & Décary-Héту, D. (2014), *Not an 'Ebay for drugs': The cryptomarket 'Silk Road' as a paradigm shifting criminal innovation*, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2436643
9. Felbab-Brown, V. (2012), *Organized criminals won't fade away* (Londres: Chatham House)
10. Feuer, A. & Ighani, H. (2014), *Guest post: Conflict prevention challenges in 2014*, <http://blogs.cfr.org/zenko/2014/03/06/guest-post-conflict-prevention-challenges-in-2014/>

Séance 5.6

Présentation: Le crime organisé et le terrorisme

 30 min

Objectif – Réfléchir de manière critique à l'association établie entre trafic de drogues et terrorisme, en Afrique de l'Ouest et ailleurs

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).

Informations à fournir dans cette présentation :

Le trafic de drogues est une source de financement pour le crime organisé (et donc contribue à l'autonomiser) dans de nombreuses régions du monde. Mais les activités de ces groupes se limitent rarement à la drogue. En effet, leurs activités criminelles peuvent également inclure la traite de personnes, le vol, le trafic d'autres marchandises de contrebande, le racket, l'extorsion de fonds, le vol de pétrole, l'exploitation minière, l'exploitation forestière, la fraude en ligne ou à la carte de crédit et le blanchiment d'argent. Des recoupements complexes et opportunistes sont donc apparus entre les économies légales et illégales. En outre, le trafic de drogues peut conduire à une augmentation de la production de drogues dans les zones de transit, comme cela a été le cas au Mexique, au Guatemala et dans d'autres pays d'Amérique Centrale. Certains pays ouest-africains semblent suivre des tendances similaires, avec une production de méthamphétamines rapportée à la hausse au Nigéria et au Ghana.^{1,2,3}

Compte tenu de la variété d'activités légales et illégales dans lesquelles la plupart des groupes criminels sont impliqués, il est clair qu'une réforme politique devra aller au-delà du simple ciblage du commerce illicite de drogues. Autrement, ces groupes pourront simplement diversifier leurs activités et les réorienter vers d'autres sources de revenus. Une approche complète axée sur la réduction de la violence et s'attaquant aux racines qui permettent au crime organisé de prospérer (en particulier des perspectives économiques et sociales limitées et un manque d'appui institutionnel) aiderait à créer des conditions durables de paix et développement.

Les liens entre le trafic de drogues et le terrorisme/l'extrémisme

Il existe un certain chevauchement entre les groupes du crime organisé et les organisations terroristes extrémistes opérant en Afrique de l'Ouest. Les recherches de terrain suggèrent que le MUJAO (Mouvement pour l'Unité et le Jihadisme en Afrique de l'Ouest) est directement impliqué dans la contrebande, tandis qu'AQMI (Al-Qaïda au Maghreb Islamique) a protégé des convois de drogues moyennant rémunération et a facilité et financièrement bénéficié de la contrebande en général.^{4,5,6}

Cependant, de nombreuses désinformations, simplifications et exagérations existent concernant les liens entre les trafiquants de drogues et les terroristes, insurgés extrémistes et rebelles ; des liens souvent accentués par l'utilisation de termes simplistes tels que « le narco-terrorisme » et « le lien drogue-terrorisme ». Ce phénomène peut être expliqué par l'obsession liée au terrorisme, qui suscite souvent des craintes irrationnelles et des niveaux disproportionnés d'attention et de réponses politiques. Les trafiquants de drogues et les terroristes ont souvent des objectifs et *modus operandi* très différents : le crime organisé cherche à rester discret afin d'engranger des gains financiers, tandis que le terrorisme vise les feux de la rampe pour diffuser ses messages politiques ou religieux.

Trois principales raisons ont été suggérées pour expliquer la prolifération des discours mettant l'accent sur des liens étroits entre le trafic de drogues et le terrorisme dans la région : la recherche d'histoires à sensation par les médias; l'idée pour les gouvernements (et la société civile) qu'établir un lien entre les deux menaces est susceptible d'attirer plus d'attention et donc davantage de financements ; et détourner l'attention de la question la plus importante, à savoir la corruption.⁷

En Afrique de l'Ouest et dans le Sahel, les acteurs du trafic de drogues et les activités terroristes sont entrelacés en grande partie par des connexions locales, vagues et changeantes, plutôt que par des réseaux régionaux solides. De plus, le trafic de drogues n'est souvent qu'une source (et souvent mineure) parmi beaucoup d'autres pour les contrebandiers et les extrémistes de la région, aux côtés des enlèvements, de la contrebande de cigarettes, de la traite de personnes et de l'extorsion. Le point commun le plus important entre le trafic de drogues et le terrorisme en Afrique de l'Ouest est en fait leur collusion avec les gouvernements et les autres acteurs légitimes. La faible gouvernance et l'incapacité à résoudre les problèmes politiques et économiques de longue date sont donc les priorités les plus urgentes pour la région.

Lutte antidrogue et contre-terrorisme

Les drogues et le terrorisme font tous deux l'objet d'approches musclées de maintien de l'ordre dans le cadre de « guerres » abstraites publiquement annoncées. La « guerre contre le terrorisme » et la « guerre contre la drogue » sont devenues des récits qui se sont mutuellement renforcés au cours de ces dernières années, en se concentrant sur une approche unique et réactive contre tous les criminels présumés. Un faible accent a été mis sur les motivations et demandes de ces acteurs, ou sur la résolution des problèmes structurels sous-jacents aux problèmes de terrorisme et de trafic de drogues. Pourtant, il est crucial pour l'Afrique de l'Ouest de ne pas reproduire les politiques des drogues inefficaces et dommageables mises en place en Amérique latine quelques décennies auparavant.⁸

Le trafic de drogues et le terrorisme sont deux types distincts de menaces qui interagissent rarement, généralement de manière *ad hoc* et opportuniste. Les politiques visant à contrer ces deux problèmes ne devraient donc pas être identiques. Toutefois, bien souvent, trafiquants et terroristes tirent avantage de la faiblesse étatique et des perspectives économiques et sociales bouchées pour recruter des nouveaux membres dans leurs rangs. Les négociations actuelles de réforme dans les domaines de la lutte contre le terrorisme et de lutte antidrogue doivent donc s'appuyer sur une compréhension générale des racines institutionnelles et politiques du problème. Au lieu de traiter uniquement les symptômes, des politiques efficaces doivent agir sur ces facteurs clés (tels que l'absence de perspectives économiques, l'absence de services sociaux, d'éducation et de santé fiables, la présence d'inégalités et de systèmes politiques opaques, la corruption généralisée, et les mesures disproportionnées de maintien de l'ordre).

Les récentes initiatives de Lutte contre l'Extrémisme Violent (CVE) se sont révélées être un premier pas dans la bonne direction. Au lieu d'une mentalité centrée sur

« eux contre nous », ces initiatives se concentrent sur la prévention, l'engagement et le développement des capacités des communautés, la primauté de l'Etat de droit, les droits humains, la formation et le renforcement des capacités. Des études de cas sont fournies à travers les programmes financés par l'USAID, dont l'Initiative de Transition du Kenya – Eastleigh (KTI-E), le Programme des Jeunes de Garissa (G-Youth) au Kenya, le Programme pour les Moyens de Subsistance des Jeunes en Somalie (SYLP), ainsi que d'autres programmes du Forum Mondial de Lutte contre le Terrorisme (GCTF), tel que le Groupe de travail sur le renforcement des capacités dans la région du Sahel.^{9,10,11,12}

1. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2013), *Criminalité Transnationale Organisée en Afrique de l'Ouest: Une Évaluation des Menaces*, <http://www.unodc.org/toc/fr/reports/TOCTAWestAfrica.html>
2. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2010), *Is West Africa becoming a hub for global methamphetamine trafficking?* <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2010/October/is-west-africa-becoming-a-hub-for-global-methamphetamine-trafficking.html>
3. Ghana Web (2013), *Ghana to review narcotics laws*, <http://edition.myjoyonline.com/pages/news/201303/102505.php>
4. Office des Affaires Étrangères et du Commonwealth de la GB (2013), *Trafficking and terrorism in the Sahel*, <https://www.gov.uk/government/publications/trafficking-and-terrorism-in-the-sahel>
5. Lacher, W. (2013), *Le mythe narcoterroriste au Sahel*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/09/Le-mythe-narcoterroriste-au-Sahel-Wolfram-Lacher.pdf>
6. Lacher, W. (2012), *Organized crime and conflict in the Sahel-Sahara region*, <http://carnegieendowment.org/2012/09/13/organized-crime-and-conflict-in-sahel-sahara-region>
7. Csete, J. & Sanchez, C. (2013), *Telling the story of drugs in West Africa: The newest front in a losing war?* www.swansea.ac.uk/media/GDPO%20West%20Africa%20digital.pdf%20FINAL.pdf
8. Ibid
9. Voir par exemple : <https://www.thegctf.org/web/guest/countering-violent-extremism>
10. Agence des Etats-Unis pour le Développement International (2013), *Mid-term evaluation of three Countering Violent Extremism projects*, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACX479.pdf
11. Centre Global pour la Coopération pour la Sécurité (2013), *Countering violent extremism and promoting community engagement in West Africa and the Sahel: An action agenda*, <http://www.globalcenter.org/publications/countering-violent-extremism-and-promoting-community-engagement-in-west-africa-and-the-sahel-an-action-agenda/>
12. Khalil, J. & Zeuthen, M. (2014), *A case study of Counter Violent Extremism (CVE) programming: Lessons from OTI's Kenya Transition Initiative*, www.stabilityjournal.org/article/download/sta.ee/237

MODULE 5

 30 min

Séance 5.7

Présentation: Moderniser les interventions de maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue

 **Objectif – Décrire certains effets négatifs des interventions conventionnelles de maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue**

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).

Informations à fournir dans cette présentation :

La « guerre contre la drogue », qui a adopté une tolérance zéro dans sa rhétorique et ses politiques et a conduit à des taux d'incarcération élevés, n'a pas réussi à freiner la consommation et les marchés des drogues à travers le monde, malgré un coût annuel estimé à 100 milliards de dollars.¹ L'approche de tolérance zéro, qui s'appuie sur des peines sévères imposées contre toute activité liée à la drogue, a souvent conduit à des violations généralisées des droits humains, des pratiques policières abusives, des prisons surpeuplées, une surcharge du système de justice pénale, la stigmatisation sociale, la discrimination, la marginalisation ou encore la canalisation des ressources vers les symptômes plutôt que les causes profondes de la violence et de la criminalité. L'ONUDC a lui-même reconnu que le système international de contrôle des drogues avait conduit à un certain nombre de conséquences négatives – appelées « effets indésirables » (voir Module 1).²

Un véritable changement culturel est nécessaire pour ajuster le maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue, s'adapter au monde moderne et gérer les marchés des drogues de manière à minimiser les conséquences négatives sur les communautés. De plus en plus, les discussions se concentrent sur la façon dont les forces de l'ordre peuvent être utilisées pour gérer pragmatiquement, plutôt qu'éradiquer, les marchés.³

Stratégies ciblées de maintien de l'ordre

La « dissuasion ciblée » est une option prometteuse. Cette approche de maintien de l'ordre se concentre sur :

- Les groupes les plus nocifs (les gangs et trafiquants de drogues les plus violents ou corrompus, ou ceux qui trafiquent les drogues les plus dangereuses)
- Les comportements les plus dangereux (exécution, enlèvements, ou activités terroristes)
- Les zones géographiques où les taux de violence sont les plus élevés.

L'objectif est de cibler les comportements les plus nocifs de certains groupes criminels afin de dissuader d'autres groupes de s'engager sur la même voie. Cette

stratégie reconnaît qu'un certain niveau de trafic de drogues continuera d'exister, mais que ses aspects les plus négatifs seront atténués.⁴ Elle est souvent basée sur une approche progressive, en attaquant ses cibles une à une, plutôt que sur une politique générale essayant de tout maîtriser à la fois. L'une des premières applications de ce concept a été « l'Opération cessez-le-feu » à Boston dans les années 1990.⁵ Centrer les opérations sur les gangs les plus violents a contribué à réduire de plus de deux-tiers les homicides parmi les jeunes.⁶ Pour impliquer les dirigeants communautaires locaux, une coalition de groupes religieux a organisé des forums rassemblant les membres de gangs, les policiers, les prêtres et le personnel des services sociaux afin de discuter des enjeux et de donner l'occasion aux membres de gangs de recevoir une éducation et une formation s'ils acceptaient de mettre fin à leurs activités criminelles. Des initiatives similaires se sont également révélées efficaces aux Etats-Unis et au Salvador.⁷

Le ciblage sélectif n'est cependant pas une solution miracle à tous les problèmes de drogues. Par exemple, dans les zones de violence généralisée, il peut être difficile d'identifier le(s) groupe(s) à cibler en priorité – et donc se concentrer sur les zones les plus violentes peut être la meilleure voie à suivre. Si la corruption est omniprésente, la mise en œuvre de cette stratégie pourrait se trouver biaisée et moins efficace. Le succès dépendra aussi de la solidité des institutions, du nombre d'unités de maintien de l'ordre et d'acteurs impliqués, de la taille du territoire, et bien sûr de l'existence de perspectives économiques et sociales pour éloigner les individus de la criminalité.⁸

Alternatives à l'incarcération

Le plus souvent, les approches de tolérance zéro se traduisent par une augmentation spectaculaire de la population carcérale – ce qui est problématique à plusieurs égards. Une large population carcérale est coûteuse, moralement indésirable, et n'a pas un effet dissuasif convaincant. Aux Etats-Unis, où les prisons fédérales et étatiques détiennent plus de deux millions de personnes, près de la moitié des personnes libérées de prison sont réincarcérées dans les trois ans, soit pour un nouveau délit soit pour une violation des conditions de leur libération.⁹ Les prisons deviennent surchargées de délinquants non-violents et dont l'influence sur le marché des drogues est minime. Suite à leur emprisonnement, ces personnes voient leurs perspectives économiques et sociales endommagées sur le long terme. Ironiquement, cette approche augmente les probabilités qu'ils s'engagent de nouveau dans le marché des drogues après leur libération, en particulier lorsque les programmes de réadaptation et de réinsertion sont rares ou inexistantes. L'incarcération de masse est également très problématique du point de vue de la santé publique, car elle expose les individus à un risque élevé d'infections au VIH, à hépatite virale et à la tuberculose (pour n'en nommer que quelques-unes). Ces préoccupations sont tout particulièrement pertinentes à l'égard de l'Afrique de l'Ouest, puisque les systèmes de justice pénale de la région ont déjà du mal à fonctionner avec une capacité limitée.

Comme le Directeur exécutif de l'ONUDC Yuri Fedotov l'a déclaré, « une réponse de santé publique au problème de la drogue devrait envisager des alternatives à la pénalisation et à l'incarcération des personnes atteintes de troubles liés aux drogues ».¹⁰ De nombreuses alternatives à l'incarcération ont été mises en œuvre dans le monde entier, et certaines peuvent s'avérer utiles pour l'Afrique de l'Ouest. En effet, le Plan d'action de l'Union Africaine sur la lutte contre la drogue (2013-2017) recommande entre autres l'« institutionnalisation des programmes de déjudiciarisation pour les consommateurs de drogues qui ont des démêlés avec la justice, en particulier les alternatives à l'incarcération pour les délits mineurs ».¹¹

Ces programmes peuvent inclure des sanctions administratives (telles que des amendes) au lieu de sanctions pénales pour des infractions mineures et non-violentes liées à la drogue. D'autres possibilités incluent le choix volontaire des usagers de drogues de joindre, comme alternative à une peine de prison, des programmes de traitement et de soutien.¹² Les avantages potentiels comprennent

des coûts inférieurs pour la police et le système de justice pénale, une réduction de la stigmatisation des usagers de drogues, l'augmentation des programmes de traitement de la dépendance, et la réduction des taux de récidive (en particulier chez les jeunes et ceux qui en sont à leur première infraction).¹³

Néanmoins, cette approche n'est pas exempte de défis, surtout dans les pays qui ne possèdent pas un système de traitement de la dépendance à la drogue capable de traiter un grand nombre de cas envoyés par le système de justice. Le risque « d'élargissement du filet » existe aussi, où des seuils inférieurs de peines encouragent la police à arrêter un plus grand nombre d'usagers de drogues (en particulier dans les pays où des indicateurs de performance et des incitations financières encouragent les policiers à arrêter autant de personnes que possible).¹⁴ Enfin, l'orientation vers un traitement pour les personnes qui n'ont pas de problème de dépendance liée à leur consommation de drogues constitue une utilisation inappropriée des ressources disponibles (voir [Module 3](#)).

Des peines proportionnées

Dans la majorité des pays à travers le monde, les infractions liées à la drogue attirent des sanctions pénales lourdes, comme l'incarcération, des peines minimales obligatoires, et même l'utilisation de la peine de mort (une mesure contraire au droit international). Le principe de base d'un système de justice pénale juste et durable est basé sur l'imposition de sanctions proportionnées par rapport à l'infraction commise. Pourtant, le cadre de détermination des peines est souvent désuet, et basé sur des justifications morales selon lesquelles les drogues sont « mauvaises » ou « néfastes ».

Les sentences pour délits liés à la drogue devraient être comparables à celles d'autres infractions de motivation et d'impact similaires. Un certain nombre de facteurs doivent être considérés lors de la détermination des peines, comme par exemple le type de drogue(s) en cause, l'ampleur de l'activité illicite, ainsi que les motivations et le contexte socio-économique du délinquant.¹⁵ La priorité doit être donnée à l'atténuation des peines lorsque la personne est impliquée dans le trafic de drogues à cause de coercition, d'incapacité, de vulnérabilité ou pour subvenir à des besoins de subsistance.

En fin de compte, l'objectif primordial de ces stratégies modernisées devrait être de réduire les niveaux de violence et de risques associés au trafic de drogues, et non de mesurer la quantité de drogues saisies ou le nombre de personnes arrêtées.

Les dangers liés aux groupes d'autodéfense et à la militarisation

Dans certaines régions du monde, l'inefficacité ou le refus de la police de lutter contre le trafic de drogues peuvent également conduire à l'émergence de groupes d'auto-défense ou paramilitaires qui prennent la situation en main par eux-mêmes. Ce n'est pas encore un problème important en Afrique de l'Ouest, mais il peut le devenir dans un futur proche compte tenu de l'attention accrue portée au marché de drogues dans la région. Au Mexique, des groupes d'autodéfense officiels ont émergé,^{16,17} suite à la création des escadrons de la mort *Sombra Negra* (*L'Ombre Noire*) au Salvador, aux patrouilles de paysans *Rondas Campesinas* au Pérou dans les années 1990, aux groupes paramilitaires en Colombie, ainsi qu'aux *Justicieros* (*Justiciers*) du Brésil. Tous ces groupes font usage des médias sociaux pour annoncer qu'ils ont châtié tel ou tel petit délinquant.

L'utilisation de l'armée pour lutter contre les organisations de trafic de drogues constitue un autre risque majeur dans la « guerre contre la drogue ». Les expériences passées montrent que cette approche peut contribuer à davantage de violence à court terme, ainsi qu'à l'émergence d'une compétition entre trafiquants de drogues pour obtenir les parts de marché et les territoires touchés. Ces interventions se soldent généralement par des violations des droits humains fondamentaux perpétrées par toutes les parties confondues. Au Mexique, la répression militaire menée par le président Felipe Calderon a contribué à presque tripler le taux d'homicides du pays. Entre 2006 et 2012, plus de 60 000 personnes ont été victimes d'homicides liés à la drogue, et quelques 26 000 personnes ont été portées disparues. Entre 2007 et 2010, les enlèvements ont

augmenté de 188%, l'extorsion de fonds de 100% et les vols aggravés de 42%.¹⁸ Bien que les changements dans l'équilibre des pouvoirs entre les six principaux cartels de la drogue et autres organisations de trafiquants constituent un autre facteur clé dans la montée de la violence au Mexique, la réponse militaire a sans aucun doute aggravé la situation sur le terrain. Les victoires militaires contre un cartel de la drogue ont simplement conduit à l'émergence de nouveaux groupes désorganisés et très violents combattant pour obtenir davantage de territoires et de pouvoir.¹⁹

Ces leçons devraient être prises en considération pour l'Afrique de l'Ouest. La Guinée-Bissau est un exemple intéressant de l'effet contre-productif que peut avoir une force militaire trop puissante, et comment l'aide étrangère devrait d'abord viser à résoudre les problèmes structurels de corruption et de sous-développement. Le pays détient le ratio le plus élevé de soldats par rapport au reste de la population dans la région (deux fois plus élevé que la moyenne régionale) et le personnel militaire est fortement concentré dans la capitale. L'armée est « composée de personnes âgées, avec une hiérarchie supérieure trop importante, pléthorique, et institutionnellement sclérosée » et des activistes, des dirigeants d'entreprise, des candidats politiques, des journalistes, certains officiers de l'armée et d'autres personnalités ont été « détenus, violemment passés à tabac, exilés ou tués dans des circonstances mystérieuses ».²⁰

1. Count the Costs (2012), *The war on drugs: Wasting billions and undermining economies*, <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Economics-briefing.pdf>
2. Costa, Antonio Maria (7 May 2008), *Rendre la lutte contre les drogues plus pertinente : tirer les enseignements de la décennie écoulée depuis la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale – Rapport du Directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime: contribution à l'examen de la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale*, E/CN.7/2008/CRP.17, http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_F.pdf
3. Consortium International sur les Politiques des Drogues (2014), *Moderniser les interventions de maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue*, <http://idpc.net/fr/incidence-politique/moderniser-les-interventions-de-maintien-de-l-ordre-dans-le-domaine-de-la-droque>
4. Felbab-Brown, V. (2013), *La dissuasion ciblée, le ciblage sélectif, le trafic de drogue et la criminalité organisée: concepts et aspects pratiques* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE_report_2-La_dissuasion_ciblée_le_ciblage_selectif_le_trafic.pdf
5. Ministère de la Justice américain (2001), *Reducing gun violence: The Boston gun project's Operation Ceasefire*, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/188741.pdf>
6. Felbab-Brown, V. (2013), *La dissuasion ciblée, le ciblage sélectif, le trafic de drogue et la criminalité organisée: concepts et aspects pratiques* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE_report_2-La_dissuasion_ciblée_le_ciblage_selectif_le_trafic.pdf
7. Organisation des Etats Américains (2013), *Scenarios for the drug problem in the Americas: 2013-2013*, www.oas.org/documents/eng/press/Scenarios_Report.PDF
8. Corcoran, P. (2013), *Limits to the violence deterrence strategy in Mexico*, <http://www.insightcrime.org/news-analysis/what-limits-deterrence-in-mexico>
9. The Pew Center on the States (2011), *State of recidivism: The revolving door of America's prisons*, https://www.michigan.gov/documents/corrections/Pew_Report_State_of_Recidivism_350337_7.pdf
10. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2013), *Contribution of the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime*, <https://www.unodc.org/documents/hlr/V1388514e.pdf>
11. Plan d'action de l'UA sur la lutte contre la drogue (2013-2017) <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/05/AUPA-on-DC-2013-2017-French.pdf>
12. Technical Secretariat of the Working Group of the Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) (2014), *Alternatives à l'incarcération pour les délits liés à la drogue*, <http://idpc.net/fr/publications/2014/12/alternatives-a-l-incarceration-pour-les-delits-lies-a-la-droque>
13. Monaghan, G. & Bewley-Taylor, D. (2013), *Practical implications of policing alternatives to arrest and prosecution for minor cannabis offences* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/fr/incidence-politique/moderniser-les-interventions-de-maintien-de-l-ordre-dans-le-domaine-de-la-droque>
14. Ibid
15. Lai, G. (2012), *Drugs, crime and punishment: Proportionality of sentencing for drug offences* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://www.druglawreform.info/en/publications/legislative-reform-series-item/3542-drugs-crime-and-punishment>
16. Mohar, J. & Gomis, B. (2014), *Black swan or time-bomb? Mexico's frustrated citizens are increasingly taking up arms*, <http://www.governanceanddevelopment.com/2014/03/black-swan-or-time-bomb-mexicos.html>
17. Mohar, J. & Gomis, B. (2014), *Mexico must strengthen its weak governance structures to contain both self-defence groups and drug cartels*, <http://www.governanceanddevelopment.com/2014/04/mexico-must-strengthen-its-weak.html>
18. México Evalúa (2011), *El gasto en seguridad: Observaciones de la ASF a la gestión y uso de recursos*, http://masciudadania.org/mexicoevalua/MEX_EVA-INHOUS-GASTO_SEG-LOW.pdf
19. Felbab-Brown, V. (2013), *Focused deterrence, selective targeting, drug trafficking and organised crime: Concepts and practicalities* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/fr/incidence-politique/moderniser-les-interventions-de-maintien-de-l-ordre-dans-le-domaine-de-la-droque>
20. O'Reagan, D. & Thompson, P. (2013), *Advancing stability and reconciliation in Guinea-Bissau: Lessons from Africa's first narco-state*, <http://africacenter.org/wp-content/uploads/2013/06/SpecialReport-Guinea-Bissau-JUN2013-EN.pdf>

Polycopié: Études de cas de corruption

Voici quelques exemples soulignant l'implication de personnalités politiques dans le trafic et la criminalité liée aux drogues au cours de ces dernières années à travers l'Afrique de l'Ouest.

Guinée-Bissau : En 2009, João Bernardo « Nino » Vieira, le Président de la Guinée-Bissau, a été assassiné quelques heures après le chef des forces armées du pays. De fortes allégations avaient été émises concernant le financement de la campagne de réélection de M. Vieira par des trafiquants de drogues colombiens. Bien que les deux hommes aient été des rivaux politiques acharnés, beaucoup affirment qu'il existait un lien direct entre ces deux meurtres et le trafic de drogues. En 2010, les Etats-Unis ont placé l'ex-chef de la marine de Guinée-Bissau et le chef d'état-major des Forces aériennes sur leur liste des barons de la drogue. Ce premier a été extradé et jugé aux Etats-Unis.

Mali : Le tristement célèbre Boeing 727 surnommé « Air Cocaïne » s'est écrasé dans le Nord du Mali en 2009, avec entre 7 et 11 tonnes de cocaïne à son bord, vraisemblablement provenant de Colombie. Bien que plusieurs maires dans le Nord aient été arrêtés en raison d'allégations de liens avec Air Cocaïne, l'instruction de l'affaire par les autorités compétentes aurait été obstruée par les plus hautes autorités du pays et les efforts déployés par la poursuite judiciaire se sont progressivement effrités, indiquant un haut degré de collusion criminelle avec l'Etat. Cela a alimenté les tensions et le ressentiment au Mali : en 2013, une foule de manifestants a presque lynché deux fonctionnaires soupçonnés d'avoir eu un rôle actif dans ce cas.

Sierra Leone : Mohamed Bashil Sesay, le cousin de l'ex-Ministre des Transports et de l'Aviation Kemoh Sesay, a été condamné à deux ans de prison (même s'il a finalement purgé sa peine dans un hôpital en raison de « problèmes de santé ») pour son implication dans un système de trafic de cocaïne découvert lorsqu'un petit avion transportant plus de 600 kg de cocaïne a atterri sans autorisation à l'aéroport international de Lungi. Parmi d'autres personnes arrêtées figuraient des membres actifs de la police nationale et des autorités de l'aéroport. En 2011, Mohamed Bashil Sesay a été libéré – trois ans avant la fin de sa peine – en échange d'une amende d'environ 70 000 \$. Le juge a accusé le gouvernement d'entraver la justice pour avoir empêché l'enquête sur l'implication présumée de Kemoh Sesay.

Ghana : En 2007, Eric Amoateng, parlementaire pour la circonscription du Nkuranza du Sud, a été condamné par un tribunal newyorkais sur des accusations de complot en vue de distribuer de l'héroïne aux Etats-Unis. Le cas a entraîné une enquête par les autorités ghanéennes sur un ex-Ministre de l'Energie, pour déterminer son éventuelle complicité dans le trafic d'héroïne via une œuvre de charité. En juin 2013, le chef de la sécurité de l'aéroport, Solomon Adelaquaye, a été inculpé pour complot visant à trafiquer de l'héroïne afghane en destination des Etats-Unis suite à une opération secrète menée conjointement par l'Organe de Contrôle des Stupéfiants du Ghana et l'Agence américaine d'Application des Lois sur la Drogue (DEA).

Nigéria : En 2013, le Service nigérian de détection et de répression des infractions liées à la drogue (NDLEA) a annoncé l'arrestation d'un politicien local qui avait avalé plus d'un kilogramme de cocaïne à l'aéroport international Murtala Mohammed de Lagos. Ce dernier avait l'intention de faire passer cette drogue en Europe et d'utiliser les bénéfices pour financer sa campagne électorale.

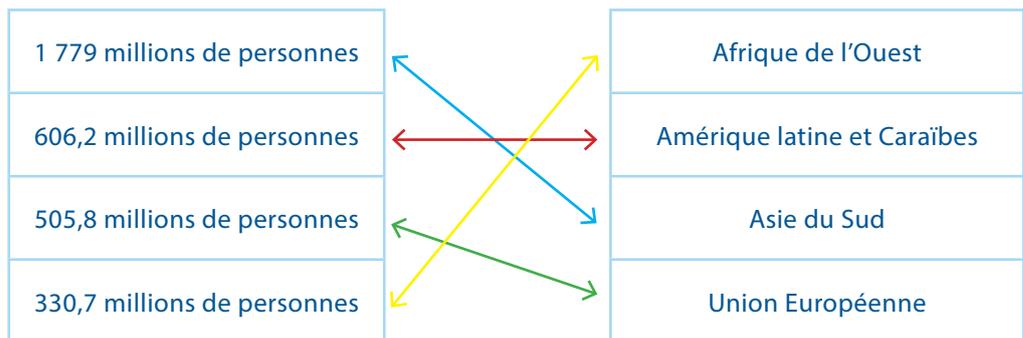
Gambie : En 2013, un tribunal pénal spécial a condamné l'ex-inspecteur général de la police, et deux anciens chefs des forces armées de la Gambie, à une peine de 10 ans d'emprisonnement pour une série d'accusations, dont le trafic de drogues (de cocaïne), la corruption et le vol.

Guinée : En 2009, Ousmane Conté, le fils du Président Lansana Conté, a été arrêté pour trafic de drogues deux mois après que l'armée ait pris le contrôle du pays suite à la mort de son père. Il a passé 16 mois en prison avant d'être libéré mais a été placé sur la liste des barons de la drogue aux Etats-Unis en 2010. Son arrestation a coïncidé avec l'arrestation de plusieurs autres hauts responsables du pays.

Polycopié: Données liées à la drogue : mettre l’Afrique de l’Ouest dans son contexte

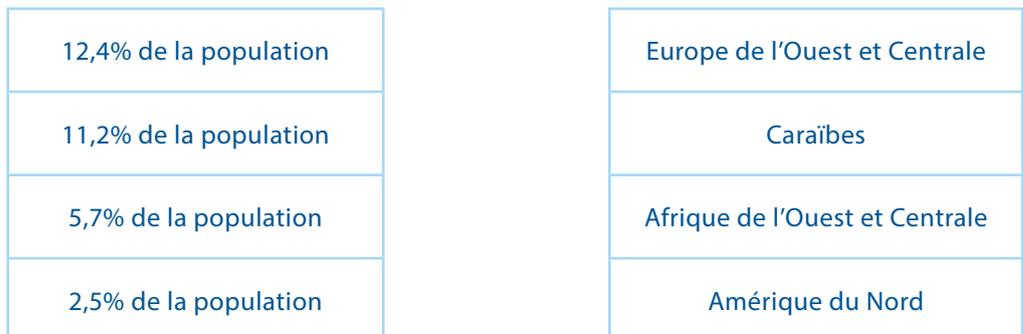
Pour chacune des statistiques ci-dessous, essayez de relier les données de gauche avec les régions géographiques de droite. L’animateur vous donnera ensuite les bonnes réponses. Vos réponses étaient-elles correctes ? Si non, pourquoi : est-ce parce que la situation en Afrique de l’Ouest est trop ou pas assez connue comparée aux autres régions du monde ?

Exemple : Population totale (2013) :



Source: Bureau de Référence sur la Population (2013) Données sur la population mondiale.

Prévalence annuelle de la consommation de cannabis (« meilleures estimations » de l’ONUDD) :



Source: ONUDD (2014) Rapport mondial sur les drogues 2014.

Saisies de cocaïne (2011-2012):

71.10%
10.26%
0.47%
0.21%

Europe de l'Ouest et centrale
Afrique
Amérique Latine et Caraïbes
Asie

Source: ONUDC (2014) Rapport mondial sur les drogues 2014.

Taux d'homicides (2012 ou plus récent) :

30 homicides pour 100 000 habitants
22 homicides pour 100 000 habitants
14 homicides pour 100 000 habitants
6 homicides pour 100 000 habitants

Afrique de l'Ouest
Afrique australe
Amérique latine
Europe de l'Est

Source: ONUDC (2014) Étude Mondiale sur l'homicide 2013.

Nombre de prisonniers (2013 ou plus récent) :

376 prisonniers pour 100 000 habitants
205 prisonniers pour 100 000 habitants
98 prisonniers pour 100 000 habitants
46 prisonniers pour 100 000 habitants

Afrique australe
Afrique de l'Ouest
Afrique de l'Ouest
Europe de l'Ouest

Source: Centre International pour l'Étude des Prisons (2013), Liste de la Population Carcérale Mondiale (10^{ème} édition)

Index de Perception de la Corruption (2014) :

Note: Les scores sont sur 100 – un score faible indique une corruption élevée, la moyenne mondiale étant de 43 sur 100.

33 sur 100
38 sur 100
43 sur 100
66 sur 100

Asie pacifique
Moyen-Orient et Afrique du Nord
Afrique sub-saharienne
Europe de l'Ouest

Source: Transparency International (2014) Infographies des Résultats Régionaux, disponible au lien suivant: <http://www.transparency.org/cpi2014/infographic>

Polycopié: Ressources clés

Union Africaine (2012), *Plan d'action de l'UA sur la lutte contre la drogue (2013-2017)* <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/05/AUPA-on-DC-2013-2017-French.pdf>

Aning, K. & Pokoo, J. (2013), *Drug trafficking and threats to national and regional security* [Trafic de drogue et menaces à la sécurité nationale et régionale] in Csete, J. & Sánchez, C. (2013), *Telling the story of drugs in West Africa: The newest front in a losing war?* [L'histoire de la drogue en Afrique de l'Ouest : le dernier front d'une guerre perdue?] <http://www.swansea.ac.uk/media/GDPO%20West%20Africa%20digital.pdf%20FINAL.pdf>

Gomis, B. (2014), *Illicit drugs and international security: Towards UNGASS 2016* [Drogues et sécurité internationale : vers l'UNGASS de 2016] (Chatham House), <http://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/197070>

Consortium International sur les Politiques des Drogues (2012), *Guide sur les politiques des drogues (2^{de} édition)*, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition>

Consortium International sur les Politiques des Drogues (2014), *Moderniser les interventions de maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue*, <http://idpc.net/fr/incidence-politique/moderniser-les-interventions-de-maintien-de-l-ordre-dans-le-domaine-de-la-drogue>

Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (2013), *Criminalité Transnationale Organisée en Afrique de l'Ouest : Une Evaluation des Menaces*, <http://www.unodc.org/toc/fr/reports/TOCTAWestAfrica.html>

USAID (2013), *The Development Response to Drug Trafficking in Africa: A Programming Guide* [Guide de programmation pour une réponse développementale au trafic de drogues en Afrique], http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1860/Development_Response_to_Drug_Trafficking_in_Africa_Programming_Guide.pdf

Walker, S. & Burchert, E. (2013), *Getting smart and scaling up: The impact of organized crime on governance in developing countries: A desk study of Sierra Leone* [Devenant futé et s'élargissant: l'impact du crime organisé sur la gouvernance dans les pays en développement: Une étude en la Sierra Leone], <http://r4d.dfid.gov.uk/Output/193543/>

Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit : Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2014/11/WACD-Rapport-Complet-FR.pdf>

Aning, K. & Pokoo, J. (2013), *Trafic de drogue et menaces pour la sécurité nationale et régionale en Afrique de l'Ouest - Document d'information de la WACD No. 1*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wp-content/uploads/2013/07/Trafic-de-Drogue-et-Menaces-pour-la-Securite-Nationale-et-Regionale-en-Afrique-d-lOuest.pdf>

Banque Mondiale (2012), *Fighting corruption in public services* [Lutter contre la corruption dans les services publics], <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-9475-5>



MODULE 6



Participation de la société civile dans les activités de plaidoyer en matière de politiques des drogues

But du Module 6

Considérer les moyens par lesquels la société civile peut maximiser son influence sur les politiques des drogues et développer des plans de travail sur la base des informations fournies lors des séances précédentes.

Objectifs d'apprentissage

Les participants pourront:

- Définir ce qu'est une intervention de plaidoyer dans le cadre des politiques des drogues
- Identifier les principes généraux, les buts et les stratégies pour la mise en place d'une activité de plaidoyer efficace
- Développer une stratégie de plaidoyer efficace
- Offrir des méthodes de suivi et d'évaluation des outils et méthodes de plaidoyer

Introduction

Les modules 1 à 5 ont pour objectif de donner aux participants une compréhension générale du système international de contrôle des drogues et des conséquences qui y sont liées. Ils ont par ailleurs étudié certains exemples de réformes politiques efficaces (et inefficaces) en matière de drogues, les meilleures pratiques (et les pires) dans le domaine de la sécurité

et du crime organisé, et les concepts de prévention, de réduction des risques et de traitement de la dépendance à la drogue.

Ce module utilisera toutes les connaissances acquises lors des précédents exercices et aura pour but de former les participants à formuler une solide stratégie de plaidoyer afin de promouvoir des réformes à l'échelle locale, nationale, régionale et internationale.

Notes pour l'animateur

Ce module comprend un large choix d'exercices pour guider l'animateur et les participants à élaborer un plan d'action. Nos expériences passées nous ont montré qu'il était préférable que l'animateur choisisse les activités les plus pertinentes pour la formation en fonction des connaissances des participants, des problèmes déjà envisagés lors des exercices précédents, des priorités de la formation, des contraintes de temps, etc. Si l'animateur décide de sauter certaines séances, veuillez noter que pour les séances 6.5 à 6.11 les participants travailleront au sein du même groupe jusqu'à la fin du Module.

Si vous souhaitez avoir une idée de la manière dont ce module peut être présenté, référez-vous aux [exemples de programmes](#) inclus dans l'introduction du manuel de formation. Certaines activités contiennent à la fois une version longue et une version plus courte parmi lesquelles l'animateur pourra choisir en cas de contraintes temporelles.

SÉANCE 6.1:

Activité: Définir le plaidoyer en matière de politiques des drogues

SÉANCE 6.2:

Activité: Les objectifs de plaidoyer en matière de politiques des drogues

SÉANCE 6.3:

Activité: L'importance de planifier les activités de plaidoyer en matière de politiques des drogues

SÉANCE 6.4:

Activité: Détailler la réponse politique nationale/régionale en matière de drogues

SÉANCE 6.5:

Activité: Le cadre du plaidoyer **Étape 1** – Sélectionnez le problème que vous souhaitez résoudre

SÉANCE 6.6:

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer
Étape 2 – Analysez et recherchez le problème/ la difficulté

SÉANCE 6.7:

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer
Étape 3 – Développez des objectifs spécifiques

SÉANCE 6.8:

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer
Étape 4 – Identifiez les cibles à atteindre dans le cadre du plaidoyer

SÉANCE 6.9:

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer
Étape 5 – Identifiez vos alliés afin d'atteindre vos objectifs de plaidoyer

SÉANCE 6.10:

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer
Étape 6 – Identifiez les ressources nécessaires pour résoudre le problème politique sélectionné

SÉANCE 6.11:

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer
Étape 7 – Créez un plan d'action

SÉANCE 6.12:

Activité: Exercice de plaidoyer

SÉANCE 6.13:

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer
Étape 8 – Suivi et évaluation du plaidoyer

Séance 6.1

Activité: Définir le plaidoyer en matière de politiques des drogues

 20 min

 **Objectif - Parvenir à une compréhension commune du terme de « plaidoyer » (ce qui est ou n'est pas un plaidoyer) et à se mettre d'accord sur une définition pratique qui sera utilisée pendant tout le reste de la formation**

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de réfléchir sur ce que l'on entend par plaidoyer ou « advocacy » en Anglais (dans le cadre des politiques des drogues). Demandez aux participants de noter tous les mots clés qui définissent le terme de plaidoyer sur une feuille de tableau de conférence.

Notez aussi les réponses mentionnant des activités qui ne sont pas des activités de plaidoyer (ex. les activités d'information, d'éducation et de communication, mobilisation communautaire, réseautage, partenariats, etc.) sur une feuille à part. Si vous avez le temps, parlez-en à la fin de la séance.

3. Présentez la définition du terme de « plaidoyer » et ses caractéristiques clés, soit sur une feuille de tableau de conférence préparée à l'avance, soit sur une diapo de PowerPoint. Demandez aux participants si cette définition correspond à leurs résultats.

Notes pour l'animateur

N'oubliez pas que dans certaines langues et dans certains pays il n'existe pas de traduction exacte pour le terme anglais « advocacy ». Des termes approximatifs peuvent donc avoir des connotations différentes. En Chine, par exemple, le terme est considéré comme trop controversé.

Le plaidoyer est un processus visant à changer les **valeurs**, les **attitudes**, les **actions**, les **politiques** et les **lois** en **influençant les responsables politiques** et **leaders d'opinion**, les **organisations**, les **systèmes** et les **structures**, à différents niveaux politiques.

Cette définition est adaptée du document suivant : « Le plaidoyer en action: un outil pour soutenir les efforts des ONG et des organisations communautaires dans le cadre du VIH/SIDA », Alliance Internationale sur le VIH/Sida, 2003

Les caractéristiques d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues

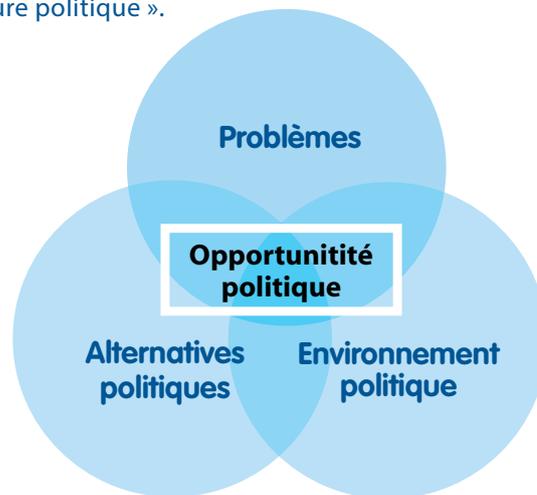
- Développé et adapté pendant une longue période de temps
- Pragmatique et opportuniste
- Dynamique, progressif et évolutif, cherchant à atteindre divers résultats
- Développé pour atteindre des résultats réalistes pendant une période donnée
- Ciblant divers niveaux politiques (local, national, régional, international)

4. Notez qu'il n'existe pas une définition unique. Selon le temps disponible, lancez une discussion sur les photocopiés « [Exemples de définitions et de types de plaidoyers](#) » et « [Ce qu'est, ou n'est pas, un plaidoyer](#) » avec les participants. Si vous n'avez pas le temps, donnez-leur les photocopiés et demandez-leur de les lire à la fin de la formation.
5. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes) sur la théorie du plaidoyer politique.

✓ Informations à fournir dans cette présentation:

Il existe plusieurs théories sur le fonctionnement d'un plaidoyer dans le cadre des réformes politiques. Simon Lenton utilise les « modèles de flux multiples », pouvant être aisément adaptés à la politique des drogues.¹

Selon ce modèle, de brèves opportunités de changement apparaissent et disparaissent au fil du temps, sur la base de trois facteurs interdépendants et changeants: 1- si une difficulté est perçue comme étant un **problème**, 2- si des **alternatives politiques** existent, et 3- si l'environnement **politique** permet une telle réforme. Lorsque ces trois facteurs convergent, nous sommes en présence d'une « ouverture politique ».



Les efforts les plus efficaces dans le cadre d'un plaidoyer sont ceux qui permettent d'influencer ces facteurs afin de pouvoir ensuite tirer parti des « opportunités politiques » ainsi créées. Il est cependant souvent impossible de prédire quand ces « opportunités » auront lieu. Un degré d'opportunisme, de flexibilité et de patience est donc particulièrement important.

6.1 OPTION PLUS COURTE SI VOUS AVEZ PEU DE TEMPS

🕒 10 min

1. Présentez la **définition** du terme de « plaidoyer », ses **caractéristiques** et ses **objectifs** dans le cadre des politiques des drogues, soit sur une feuille de tableau de conférence préparée en avance, soit par l'intermédiaire des diapos correspondantes).
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.

1. Lenton, S. (2007), *Beyond modelling and evidence: Bridging the gap between drug policy research and drug policy practice*, http://www.issdp.org/conferences/2007/papers/Simon_Lenton.pdf

Séance 6.2

Activité: Les objectifs d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues



10 min



Objectif - Réfléchir sur les objectifs du plaidoyer dans le cadre des politiques des drogues

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de réfléchir sur les objectifs du plaidoyer et notez leurs idées sur une feuille de tableau de conférence.
3. Résumez les points clés de la discussion et mettez en évidence les objectifs ci-dessous:

Objectifs d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues

- Développer ou modifier des politiques
- Mettre une question sur le programme politique
- Bloquer l'adoption d'une nouvelle politique considérée comme problématique
- Assurer la mise en œuvre d'une politique déjà en place
- Surveiller et évaluer une politique en place
- Réformer une politique nocive ou inefficace.

4. Expliquez que les organisations de la société civile constituent un élément clé pour assurer l'efficacité d'un plaidoyer sur les politiques des drogues car :
 - Elles ont une connaissance approfondie et une bonne compréhension des réalités et des problèmes locaux
 - Elles ont accès aux groupes vulnérables (tels que les usagers de drogues) et peuvent les représenter
 - Elles peuvent apporter un point de vue indépendant dans les débats.

Séance 6.3

Activité: L'importance de planifier les activités de plaidoyer en matière de politiques des drogues

 10 min

 **Objectif** – Permettre aux participants de comprendre les bénéfices d'une planification systématique de leur travail de plaidoyer

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez aux participants de donner deux ou trois raisons justifiant l'importance de bien planifier un travail de plaidoyer en matière de politiques des drogues.
3. Présentez le cadre d'élaboration du plaidoyer sur une feuille de tableau de conférence ou utilisez une diapo PowerPoint.

Le cadre d'élaboration du plaidoyer

Étape 1	Sélectionner la difficulté ou le problème que vous voulez résoudre ↓
Étape 2	Analyser et rechercher la difficulté/le problème ↓
Étape 3	Développer des objectifs spécifiques pour le travail de plaidoyer ↓
Étape 4	Identifier nos cibles ↓
Étape 5	Identifier nos alliés ↓
Étape 6	Identifier nos ressources ↓
Étape 7	Créer un plan d'action ↓
Étape 8	Mise en œuvre, suivi et évaluation du plan d'action

4. Expliquez aux participants qu'ils vont dorénavant travailler en groupes et s'exercer à concevoir une stratégie de plaidoyer en matière de politiques des drogues, en utilisant la structure de planification présentée dans cette séance.
5. Expliquez que cette structure devra sans doute être adaptée au cours du travail de plaidoyer. Soulignez l'importance d'être créatif et de pouvoir adapter nos interventions de plaidoyer. Expliquez que la planification s'arrête à l'étape 7. L'étape 8 comprend la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de plaidoyer.
6. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.

Séance 6.4

Activité: Détailler la réponse politique nationale/régionale en matière de drogue



20 min



Objectif - Obtenir une vision complète de la réponse nationale/régionale en matière de drogues, c'est-à-dire qui est impliqué et qui est responsable de quels aspects de la politique des drogues. Ce travail est important pour les sessions suivantes, mais aussi pour l'élaboration future de stratégies de plaidoyer sur les politiques des drogues par les participants

1. **Avant la formation**, nous conseillons à l'animateur d'envoyer le tableau « [Détail-ler la réponse politique en matière de drogues](#) » aux participants en leur demandant de remplir un maximum de sections. Si plusieurs participants travaillent dans la même organisation, demandez-leur de travailler ensemble sur une seule version. Avant que la formation n'ait lieu, l'animateur devra rassembler toutes les informations dans un document unique et apportera des exemplaires imprimés du tableau rempli pour les distribuer pendant cette session. L'animateur pourra aussi projeter une copie électronique du document lors de la séance pour que les participants puissent identifier les éléments manquants. L'animateur pourra ainsi actualiser le document sous les yeux des participants.
2. Présentez l'objectif de la séance et présentez les informations ci-dessous.
3. Distribuez le tableau « [Détail-ler la réponse politique en matière de drogue](#) » rempli avec les informations envoyées par les participants. Demandez aux participants s'ils ont trouvé ce travail facile/difficile.
4. Demandez aux participants de revoir le contenu du tableau et d'ajouter toute organisation/intervenant manquant dans les colonnes correspondantes. Notez les lacunes (c'est-à-dire les endroits où aucune organisation ne travaille sur une thématique spécifique) de la réponse politique vis-à-vis de la drogue et engagez une discussion avec les participants sur la manière dont ces lacunes pourraient être comblées.
5. Assurez-vous que toutes les feuilles de tableau de conférence créées lors des séances précédentes sont affichées sur mur (en particulier les séances [1.5](#), [2.1](#), [2.2](#), [2.4](#), [3.2](#), [3.7](#), [3.9](#), [3.10](#), [4.3](#), [4.4](#) et [5.2](#)) et invitez les participants à les consulter.
6. Résumez la séance et expliquez que ce tableau, ainsi que les autres exercices, seront utilisés comme élément de base pour les prochaines séances.

Notes pour l'animateur

Selon le niveau de connaissances des participants, le tableau détaillant la réponse politique peut être adapté en renommant les colonnes ainsi: « alliés », « ennemis » et « cibles ».

Si vous avez le temps, vous pouvez aussi adapter l'activité en faisant travailler les participants en groupes, en demandant à chacun des groupes de remplir une partie du tableau (assurez-vous que la charge de travail est répartie uniformément entre les différents groupes). Les groupes présenteront leurs travaux aux autres participants et l'animateur prendra en note les informations sur un document unique. Nos expériences nous ont montré que cet exercice était utile, mais qu'il était peu pratique d'essayer de remplir le tableau pendant la journée de formation car cet exercice prend beaucoup de temps. Nous recommandons donc aux animateurs de demander aux participants de préparer le tableau en avance.

Notes pour l'animateur

Veillez aussi noter que cet exercice est le plus utile dans le cadre d'ateliers au niveau national et sera moins pertinent pour une formation au niveau régional. Il est possible d'adapter cet exercice dans le cadre d'une formation centrée sur l'international en cartographiant les différentes responsabilités au sein du système des Nations Unies.

Informations à fournir dans cette présentation:

Pourquoi est-il important de comprendre la réponse politique à la drogue dans votre pays ?

Avant de vous lancer dans un plaidoyer, il est important de faire une cartographie de la situation dans votre pays ou région, et en particulier de noter qui sont les acteurs principaux impliqués dans les politiques en matière de drogues.

En général, toute réponse est multisectorielle. Cela signifie que la réponse sera dirigée vers différents niveaux de la société : au niveau **local** (ex. les organisations communautaires, les hôpitaux et les cliniques, les écoles et les commerces) **national** (ex. les institutions travaillant sur les droits humains, et les ministères travaillant au niveau national), **régional** (ex. la CEDEAO et l'Union Africaine) et **international** (ex. les Nations Unies et les ONG internationales).

Séance 6.5

Activité: Le cadre du plaidoyer

Etape 1 – Sélectionnez le problème que vous souhaitez résoudre



30 min



Objectif - Sélectionner un problème approprié et réaliste que vous souhaitez résoudre dans le cadre de votre plaidoyer en matière de politiques des drogues

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Expliquez aux participants qu'**ils travailleront désormais en groupes** sur différents exercices qui les guideront vers la conception d'un plan d'action.
3. Séparez les participants en trois ou quatre groupes (de façon aléatoire ; ou si vous les connaissez bien, selon leurs compétences et connaissances, en vous assurant que les personnes d'une même organisation ne soient pas dans le même groupe). Les participants resteront dans le même groupe pendant tout le reste de la formation.
4. Expliquez aux participants que chaque groupe devra nommer une personne chargée de vérifier que le groupe travaille dans les temps pour chaque activité et une personne chargée de documenter les résultats de ces activités. Les groupes devront enfin nommer une personne chargée de présenter leur travail aux autres participants.
5. Expliquez aux groupes qu'ils devront maintenant choisir un problème clé sur lequel ils souhaitent concentrer leur travail de plaidoyer pendant le reste de la formation. Rappelez-leur les thématiques et problèmes identifiés lors des séances précédentes (ex. [Séance 1.5](#)) et les principes relatifs aux politiques des drogues ([Séance 2.3](#)).
6. En leur posant les questions suivantes, demandez à chaque groupe de réfléchir à un certain nombre de problèmes liés aux politiques des drogues qui pourraient être résolus par un plaidoyer (ex. comment résorber la corruption liée aux marchés des drogues ; assurer des peines proportionnées pour les infractions mineures liées aux drogues ; développer des stratégies de dissuasion dans la mise en application des lois sur les drogues ; réduire la violence associée aux marchés des drogues ; dépénaliser les usagers de drogues ; développer et intensifier les services de prévention, de réduction des risques et de traitement de la dépendance ; mettre fin à la stigmatisation des usagers de drogues ; etc.) :
 - Qu'essayez-vous d'atteindre? Quel est votre but ou votre objectif final?
 - Quels sont les obstacles ou les problèmes auxquels vous êtes confrontés dans votre travail ? Quels obstacles ou problèmes pourraient être surmontés par le biais d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues ?
7. Lorsque les groupes auront fait une liste des thématiques possibles, demandez-leur de sélectionner les plus importants pour leur travail de plaidoyer. Utilisez la matrice ci-dessous pour classer les thèmes par ordre d'importance, en utilisant les critères suivants :



Notes pour l'animateur

Les groupes formés au cours de cette séance continueront de travailler ensemble pendant les 7 séances suivantes.

Il est important que les groupes documentent tous leurs exercices car chaque étape est cumulative et les résultats de chaque exercice alimenteront le plan d'action que les participants développeront lors de l'étape 7.



Notes pour l'animateur

S'il manque de temps, l'animateur peut ignorer la seconde partie de l'exercice et seulement mentionner les questions aux participants pour guider leur choix.

Notes pour l'animateur

Encouragez les participants à identifier leur problème de plaidoyer dans le cadre de la campagne « Soutenez. Ne punissez pas » et de penser aux façons dont leur stratégie de plaidoyer pourrait faire partie de la prochaine Journée d'Action Mondiale (www.supportdontpunish.org/fr). Pour plus d'informations, veuillez consulter le Polycopié intitulé : « La campagne 'Soutenez. Ne punissez pas' ».

- Dans quelle mesure ce problème peut-il être résolu par le biais d'un travail de plaidoyer ?
 - Combien de personnes bénéficieront de ce changement ?
 - Un potentiel succès dans ce domaine est-il réaliste ?
 - Les personnes directement touchées par ce problème pourront-elles être impliquées dans le travail de plaidoyer ?
 - Quels sont les risques personnels/organisationnels associés à ce changement ?
8. Passez de groupe en groupe pour vous assurer que chacun d'entre eux a choisi un problème à résoudre. Il n'est pas nécessaire que les groupes présentent leur travail à ce stade.

Matrice : Exemple de classement de thématiques de plaidoyer possibles (Utilisez 1 pour dire « oui » ou 0 pour dire « non »)

Problèmes	Critères			
	Ce problème peut-il être résolu par un travail de plaidoyer ?	Bénéfices pour les personnes concernées par ce problème ?	Possibilité de participer pour les personnes concernées ?	Total
Peines disproportionnées pour délits mineurs liés aux drogues	1	1	1	3
Efforts de maintien de l'ordre centrés de manière disproportionnée sur les usagers de drogues et les petits dealers plutôt que sur les gros trafiquants	1	1	0	2
Pénalisation de l'usage de drogues	0	1	0	1
Hauts niveaux de corruption liée aux marchés illicites de drogues	0	1	0	1
Adoption de politiques de réduction des risques	1	1	1	3

Dans cet exemple, les problèmes de plaidoyer les plus pertinents seraient les peines disproportionnées imposées contre les personnes ayant commis des délits mineurs ou la promotion de politiques et de services de réduction des risques. Au contraire, la dépenalisation de l'usage de drogues ou la réduction de la corruption sont peu probables dans le contexte actuel.

Séance 6.6

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer Etape 2 – Analysez et recherchez le problème/la difficulté



90 min



Objectif - Comprendre le problème choisi, identifier les solutions possibles pouvant être apportées par un plaidoyer et rassembler les informations qui soutiennent notre analyse

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. En séance plénière, présentez les informations ci-dessous, ainsi que les diapos correspondantes.
3. Demandez aux participants de travailler dans leur groupe et de discuter du problème qu'ils ont choisi. S'il s'agit de l'un des problèmes qui ont été évoqués lors de la séance 1.5, ils pourront utiliser les informations de cette séance pour alimenter leur travail.
4. Donnez à chaque groupe une feuille de tableau de conférence et un marqueur de couleur et demandez-leur de créer un diagramme « causes et effets » qui les aidera à étudier le problème choisi. Chaque groupe devra :
 - Ecrire le problème qu'ils ont sélectionné au milieu de la feuille, puis écrire « effets » en haut de la feuille et « causes » en bas du document.
 - Ecrire les causes du problème (deux ou trois) en bas de la feuille. Dessiner ensuite une flèche reliant chaque cause au problème écrit au milieu de la feuille. Les causes peuvent être des personnes, des organisations, des attitudes, la pauvreté, des types de comportement, un manque de connaissances, etc.
 - Réfléchir à chaque cause et identifier une cause plus profonde, en se demandant : « quel est l'élément clé à l'origine de cette cause? » Les participants devront ajouter les raisons des causes identifiées, en les connectant les unes aux autres par des flèches.
 - Ecrire en haut de la feuille les effets (deux ou trois si possible) qui découlent du problème, en connectant le problème à chaque effet avec des flèches.
 - Réfléchir à chaque effet en se demandant : « Quelles conséquences éventuelles aura chaque effet ». Ajouter les conséquences des effets identifiés et connectez-les avec des flèches.



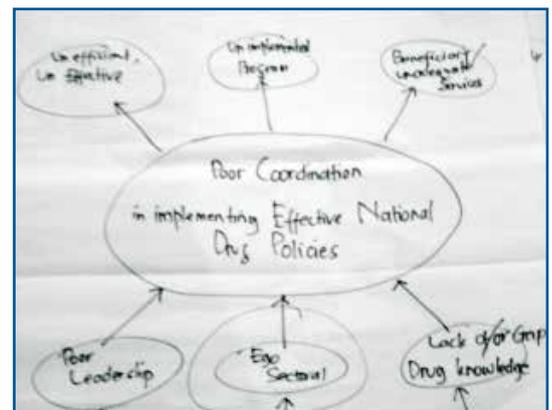
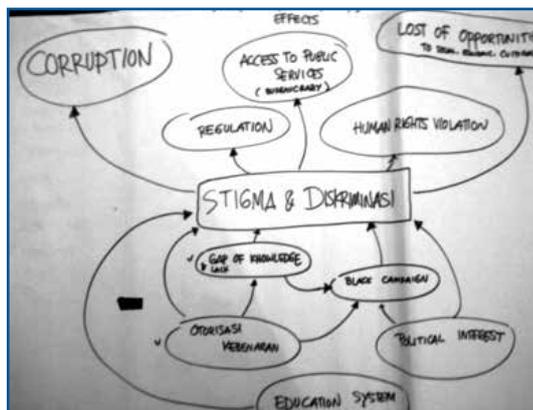
Notes pour l'animateur

Si les participants ont déjà travaillé sur « l'arbre des politiques des drogues prohibitionnistes » lors de la Séance 1.5, vous pouvez passer cette séance qui couvre plus ou moins les mêmes questions. Cependant, si le temps le permet, cet exercice peut s'avérer utile pour déterminer les éléments sur lesquels devront porter nos actions de plaidoyer.

Notes pour l'animateur

Un grand nombre de ces facteurs seront étudiés ultérieurement dans le processus de planification. Une fois que les participants seront familiarisés avec l'ensemble du cadre de planification, ils pourront voir les liens et complémentarités entre les différentes étapes. Ceci est un processus de réflexion plutôt qu'une succession d'étapes indépendantes.

5. Après avoir complété leur feuille de « causes et effets », demandez aux groupes d'entourer les causes qui pourraient être changées ou améliorées à l'aide de personnes ou d'institutions influentes (**c'est à dire les causes qui pourraient être modifiées grâce à une intervention de plaidoyer**).
6. Demandez aux groupes de sélectionner deux ou trois solutions possibles pour leur travail de plaidoyer. En pensant aux solutions, ils pourront bien entendu utiliser leurs propres expériences ou celles d'autres personnes ayant travaillé sur un problème similaire. Les participants peuvent aussi identifier des solutions en « inversant » la cause du problème : par exemple, si la stigmatisation des usagers de drogues a pour origine le silence des leaders communautaires sur la question, l'une des solutions envisagées pourrait être que les leaders communautaires parlent publiquement en faveur des usagers de drogues.
7. Demandez aux groupes de réfléchir à tous les facteurs ou les critères qui pourraient influencer la sélection d'une solution considérée comme prioritaire. Assurez-vous qu'ils prennent en compte les facteurs suivants :
 - Avons-nous la légitimité nécessaire pour promouvoir ce changement?
 - Sommes-nous l'ONG ou la coalition la plus appropriée pour défendre ce sujet?
 - D'autres acteurs sont-ils déjà engagés dans des activités autour de ce problème?
 - Avons-nous accès aux informations et aux preuves dont nous avons besoin ?
 - Les personnes touchées par le problème peuvent/devraient-elles résoudre ce problème par leurs propres moyens ?
 - Avons-nous les compétences, le temps et les ressources nécessaires pour solutionner le problème?
8. Demandez aux groupes de choisir une solution sur laquelle ils concentreront leurs efforts dans les exercices suivants, et au cours desquels ils pourront planifier leur stratégie de plaidoyer.



Organigrammes de causes et effets, formation pour la société civile à Jakarta, Indonésie, Octobre 2012

Informations à fournir dans cette présentation:

Pendant l'étape 1, nous avons identifié les problèmes de plaidoyer sur lesquels nous allons travailler. Nous allons maintenant **analyser** le problème, **rechercher des informations** sur la thématique sélectionnée et suggérer des **solutions** possibles. Ce processus prend du temps, mais ce n'est pas du temps perdu.

Les analyses, la documentation et les informations rassemblées peuvent servir à :

- Influencer et informer nos cibles et nos alliés
- Fournir des preuves pour soutenir notre position
- Réfuter les déclarations de nos opposants
- Changer les perceptions sur notre problème
- Réfuter les mythes, les rumeurs et les idées reçues
- Expliquer pourquoi les stratégies mises en œuvre par le passé n'ont pas marché.

Il est nécessaire de rassembler des données et des preuves fiables afin d'alimenter notre travail de plaidoyer. Celles-ci peuvent provenir de la localité/du pays/ de la région au sein desquels le plaidoyer est ancré, mais aussi d'autres pays du monde afin de pouvoir offrir un point de comparaison. Les données et les preuves disponibles devront ensuite être utilisées et présentées de manière convaincante. Un certain nombre de ressources et de sites internet peuvent être utilisés pour obtenir les informations nécessaires en matière de politiques des drogues. Voir le polycopié « [Utiliser des données convaincantes pour soutenir les interventions de plaidoyer](#) ».

Il peut être utile de créer des canaux de communication avec d'autres organisations afin de partager régulièrement des informations sur les problèmes relatifs à la politique des drogues, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la localité/ du pays/ de la région en question.

A ce stade, il est également essentiel d'impliquer les personnes qui sont directement touchées par le problème. Elles ont une connaissance approfondie du problème et de ses effets et auront des idées sur la façon dont le problème pourra être résolu. Par exemple, des activités participatives (c'est-à-dire une discussion avec un auditoire) ou la création d'une **charte de « causes et effets »** peuvent être utilisées afin d'analyser les problèmes et d'identifier des solutions avec les personnes concernées.

Il est important de considérer avec attention tous les effets des solutions suggérées : certaines solutions peuvent en effet parfois causer plus de problèmes qu'elles n'en résolvent!

Séance 6.7

Interactive presentation: Le cadre du plaidoyer Etape 3 – Développez des objectifs spécifiques

Objectif - Développer un but et des objectifs de plaidoyer

1. Présentez l'objectif de la séance et les informations ci-dessous (avec les diapos correspondantes).
2. Demandez aux groupes d'écrire leur but de plaidoyer sur une feuille de tableau de conférence.
3. Demandez-leur ensuite d'écrire des objectifs détaillés pour le travail de plaidoyer. Ces objectifs décriront la façon dont ils atteindront leur but final. Donnez aux participants les lignes directrices suivantes lors de l'élaboration de leurs objectifs :
 - Inclure les politiques, les pratiques ou les lois qu'ils veulent changer
 - Inclure les personnes, groupes ou institutions influents qu'ils souhaitent cibler
 - Ecrire des objectifs « SMART »

Informations à fournir dans cette présentation:

Il est important d'avoir une vision claire de ce que nous voulons atteindre. Ceci peut nous aider à décider quels changements sont nécessaires pour identifier une solution qui pourra résoudre (ou du moins améliorer) le problème en question.

Le travail de planification du plaidoyer est similaire à celui d'autres activités : il est toujours plus facile de planifier de bonnes activités si nous identifions d'abord les buts et les objectifs de notre plaidoyer.

Nous allons tout d'abord définir quelle est la différence entre un « but », un « objectif » et une « activité » :

But	Le résultat à long terme que vous cherchez à atteindre
Objectif	Un résultat à court terme qui contribuera à la réalisation d'un but à long terme. Les objectifs décrivent les résultats désirés ou réalisés grâce aux activités
Stratégie	Les activités individuelles qui atteindront les objectifs désirés

Sans buts et objectifs clairs, il est très difficile d'évaluer notre travail : si l'on ne connaît pas notre destination, on ne pourra jamais savoir si l'on est arrivé !

Il est aussi important que nos objectifs soient « SMART » (en Anglais : *Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*) :

Spécifiques	Soyez précis sur ce que vous souhaitez atteindre et ce que vous allez faire
Mesurables	Quantifiez vos objectifs afin de pouvoir faire un suivi et une évaluation de vos objectifs
Réalisables	Vous devez être capables d'atteindre l'objectif fixé avec l'aide des ressources (financières, humaines, etc.) qui sont à votre disposition. Par conséquent, l'objectif ne doit pas être trop ambitieux. Ex: si le gouvernement d'un pays est fortement opposé à la mise en place d'un programme de TSO, il ne sera pas réaliste pour une petite municipalité de défendre une décision prise par le conseil local de soutenir cette initiative
Pertinents	L'objectif doit être utile dans le processus de travail conduisant au but final
Attachés à une échéance	C'est-à-dire, une date précise à laquelle le travail sera terminé et l'objectif atteint

Les buts de plaidoyer peuvent parfois être atteints grâce à des objectifs et des activités qui ne sont pas eux-mêmes des activités de plaidoyer. C'est pour cela qu'il existe souvent une confusion entre les activités de plaidoyer, de sensibilisation du public, d'éducation, d'information et de communication, etc.

Dans le cadre de cette formation, les groupes n'auront pas assez de temps pour rassembler toutes les informations requises sur leur problème de plaidoyer. Ils pourront donc définir le rassemblement des informations nécessaires comme l'une de leurs activités de plaidoyer. En effet cette tâche n'est pas en elle-même un objectif de plaidoyer. De même, bien qu'elle puisse être considérée comme une activité de plaidoyer, elle fait généralement partie du processus de préparation et de planification du plaidoyer.

Exemples de buts de plaidoyer:

- A l'échelle des Nations Unies, le but pourrait consister en une mobilisation des représentants des Etats membres afin qu'ils appellent à la fin des sanctions pénales à l'encontre des usagers de drogues
- A l'échelle régionale, le but pourrait viser l'adoption d'une approche de contrôle des drogues plus équilibrée, avec un point d'orgue mis sur la santé publique (ex. le Plan d'action de l'Union Africaine pour 2013-2017).
- A l'échelle locale/nationale, le but pourrait être de promouvoir des sanctions plus proportionnées à l'encontre des personnes ayant commis des infractions mineures liées aux drogues dans un pays donné, promouvoir plus de transparence dans les finances politiques afin que l'argent de la drogue n'entre pas dans la sphère politique, réduire les hauts niveaux de violence associés aux marchés des drogues dans une localité précise, ou lancer des services de réduction des risques.

MODULE 6

🕒 45 min

Séance 6.8

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer Etape 4 – Identifiez les cibles à atteindre dans le cadre du plaidoyer

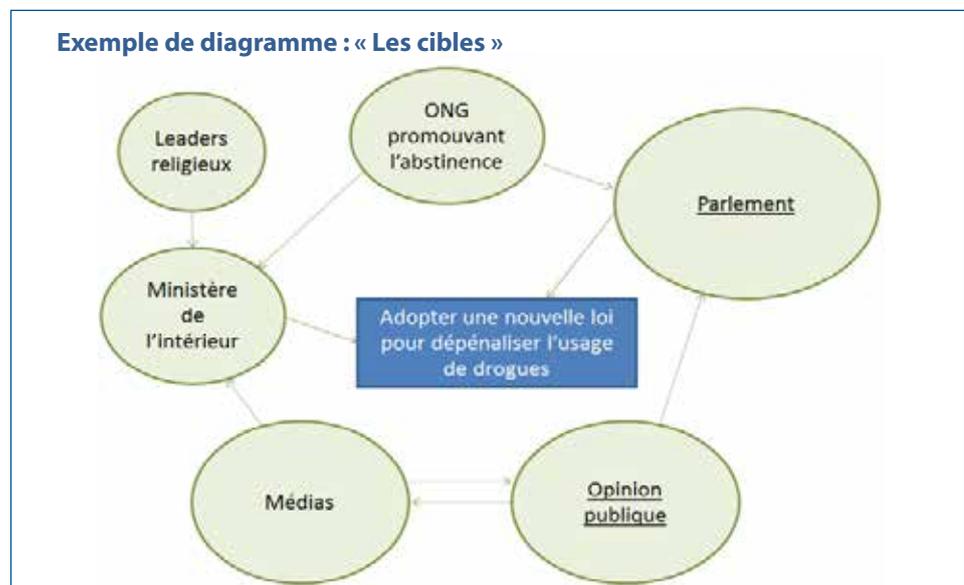
🎯 **Objectif - Identifier et privilégier certaines cibles (personnes, groupes et/ou institutions influents) dans notre action de plaidoyer**

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Avant de commencer l'activité, demandez à tous les groupes de donner des exemples de cibles (directes ou indirectes) sur la base de leurs expériences personnelles et professionnelles et du tableau sur la réponse politique en matière de drogues produit lors de la [Séance 6.4](#).
3. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
4. Demandez aux participants de retourner dans leurs groupes. Chaque groupe choisira l'un des objectifs qu'ils ont définis lors de la [Séance 6.7](#) et l'inscrira au milieu d'une feuille de tableau de conférence.
5. Tout autour de l'objectif, les groupes écriront ensuite le nom des groupes, organisations, commerces, ministères, personnes, etc. qui pourraient influencer l'adoption des changements préconisés par l'objectif choisi. Encouragez les groupes à être le plus précis possible (par exemple, « Ministère de l'intérieur » plutôt que « gouvernement »).

Le diagramme devra refléter:

- L'influence de chaque cible sur les objectifs du plaidoyer (pour cela, placez chaque nom dans un cercle ; plus la cible est influente, plus le cercle sera grand).
- Si la cible soutient ou non les objectifs du plaidoyer (soulignez la cible si elle est d'accord ou s'il y a de forte chance qu'elle soutienne l'objectif de plaidoyer)
- Si la cible est directe ou indirecte – si elle est directe, reliez la cible et l'objectif avec une flèche, si elle est indirecte reliez la cible indirecte avec la cible directe concernée.

Exemple de diagramme : « Les cibles »



6. Demandez aux groupes de compléter le [Tableau d'information sur les cibles](#) en utilisant l'exemple ci-dessous.

Tableau d'information sur les cibles

Cible	Type de cible (directe, indirecte)	Comment contacter la cible	Position de la cible vis-à-vis du problème de plaidoyer	Comment influencer la cible	Processus de prise de décision de la cible	La cible prend au sérieux les positions de ...

✓ Informations à fournir dans cette présentation:

La plupart des organisations ont des ressources limitées pour entreprendre un travail de plaidoyer. Il est donc indispensable de concentrer les efforts de plaidoyer sur les personnes, les groupes ou les institutions qui sont à même de prendre les mesures nécessaires pour adopter les changements désirés.

Ce sont généralement les personnes qui ont le pouvoir de prendre des décisions politiques à l'échelle nationale ou internationale. Au niveau local, un petit groupe de personnes charismatiques a souvent une position de pouvoir et d'influence, tant formelle (ex. les leaders communautaires, les personnes âgées, les guérisseurs traditionnels ou encore les leaders religieux) qu'informelle (ex. les représentants gouvernementaux au niveau local, provincial ou national).

A tous les niveaux d'engagement politique, une part importante du plaidoyer passe par une bonne compréhension du processus de prise de décision. Une fois que ce processus est plus clair, il est possible que la cible la plus pertinente ne puisse pas être atteinte directement ; il sera alors nécessaire de l'atteindre par l'intermédiaire de cibles « indirectes ». Par exemple, il est parfois préférable de chercher à influencer « ceux qui ont de l'influence sur les responsables politiques » et qui soutiennent notre position politique, plutôt que de viser les cibles « directes » (c'est-à-dire les responsables politiques), en particulier dans les contextes où la corruption est généralisée.

- Les cibles directes comprennent les responsables politiques qui peuvent directement influencer la réussite de notre objectif
- Les cibles indirectes sont les personnes et groupes qui peuvent influencer les responsables politiques (c'est-à-dire les cibles directes). Ces cibles peuvent être des alliés (les groupes qui soutiennent notre objectif de plaidoyer), des cibles neutres (les groupes qui ne soutiennent pas, mais ne s'opposent pas non plus à notre objectif) et des opposants.

Afin d'assurer l'efficacité de notre plaidoyer, il est nécessaire de déterminer quels groupes et personnes sont susceptibles d'influencer le processus de prise de décision et d'essayer de les persuader de soutenir nos objectifs de plaidoyer. L'identification de nos cibles nous aidera à planifier notre plaidoyer de façon stratégique et à choisir les méthodes et actions les plus appropriées.¹

1. Cf.: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf>

6.8 OPTION PLUS COURTE SI VOUS AVEZ PEU DE TEMPS

🕒 20 min

1. Présentez le but de la séance et les informations ci-dessus (ainsi que les diapos correspondantes)
2. Donnez à chaque groupe une copie du [Tableau d'informations sur les cibles](#) – soit sous forme de photocopié, soit en leur présentant une feuille de tableau de conférence déjà préparée.
3. Demandez à chaque groupe de choisir un objectif tiré de l'étape précédente.
4. Demandez à chaque groupe de compléter le tableau en sélectionnant trois ou quatre groupes, organisations, commerces, ministères ou personnes qui pourraient être ciblés afin d'influencer les changements préconisés par leurs objectifs.

Séance 6.9

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer Etape 5 – Identifiez vos alliés afin d’atteindre vos objectifs de plaidoyer

 **Objectif - Identifier les personnes, les groupes ou les institutions qui pourront vous aider à atteindre vos objectifs de plaidoyer**

1. Présentez l’objectif de la séance.
2. En travaillant avec l’ensemble des participants, expliquez la différence entre une « cible » et un « allié », mais aussi que certains alliés peuvent être des cibles indirectes.
3. Lancez une discussion afin que les participants puissent partager leurs expériences de travail en collaboration avec des partenaires ou des coalitions qui ne sont pas forcément engagés dans des activités de plaidoyer.
4. Centrez la discussion sur les avantages et désavantages du travail en partenariat dans le cadre d’un plaidoyer. Posez les questions suivantes pour guider le débat :
 - Avez-vous déjà travaillé en collaboration avec d’autres organisations dans le cadre d’un plaidoyer ?
 - Quelles sont les principaux avantages et désavantages d’un travail en commun avec d’autres organisations dans le cadre d’un travail de plaidoyer ?
 - Quelles sont les différences et les similarités entre un partenariat dans le cadre d’un plaidoyer et un travail de collaboration pour d’autres activités ?
5. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
6. Demandez aux participants de retourner dans leurs groupes, et de noter leurs alliés potentiels sur une feuille de tableau de conférence, sous la forme d’un diagramme de Venn (similaire à celui qu’ils ont utilisé lors de [l’étape 4](#)). Posez-leur les questions suivantes pour les guider dans leur travail :
 - Qui d’autre pourrait avoir un impact positif sur le problème qui a été choisi? Qui d’autre a déjà travaillé sur ce problème?
 - En général, qui sont vos alliés « naturels »? Sont-ils des alliés pertinents pour résoudre ce problème ?
 - Seront-ils heureux de travailler au sein d’une coalition?
7. Demandez aux participants de considérer, pour chaque allié:
 - Quels bénéfices pourront-ils tirer de cette alliance ?
 - Que peuvent-ils apporter an travail de plaidoyer ?
 - Quelles sont leurs limites ?

Informations à fournir dans cette présentation:

Lors des étapes précédentes nous avons identifié nos cibles : c'est-à-dire ceux que nous voulons influencer. Maintenant nous allons identifier nos alliés : ceux avec qui nous défendrons notre position.

Dans certains cas, une coalition de personnes ou d'organisations peut parvenir à de meilleurs résultats en travaillant ensemble sur un plaidoyer, plutôt qu'individuellement. Cependant, le développement et la gestion d'une coalition sur le long terme peut prendre un temps et une énergie considérables. En effet, une coalition implique la mise en place de relations de confiance entre les différents partenaires et le fait de les tenir constamment informés et impliqués dans les activités de la coalition. De nombreux activistes trouvent que cette partie de leur travail est la plus difficile, bien qu'elle soit aussi très enrichissante tant sur le plan professionnel que personnel.

Les coalitions peuvent être créées pour une courte durée ou sur le long terme, et être de nature formelle ou informelle. Par exemple, sur le court terme, une coalition peut participer à des rassemblements tels que des réunions, des conférences et des ateliers afin de promouvoir une thématique précise et d'obtenir des signatures pour des pétitions. Dans d'autres cas, certaines campagnes et actions peuvent être entreprises sur plusieurs années. Former une coalition avec des alliés pour entreprendre un travail de plaidoyer n'est pas la même chose que de faire partie d'un réseau, bien que les réseaux soient aussi très utiles pour partager des informations entre différentes organisations.

Exemples possibles d'alliés avec lesquels vous pourriez former une coalition:

- D'autres personnes directement touchées par problème, telles que les usagers de drogues ou les petits agriculteurs de subsistance qui produisent des cultures liées à la drogue
- D'autres organisations prestataires de services pour les usagers de drogues, des organisations de la société civile, des ONG, ainsi que des organisations travaillant sur les droits humains et la santé
- Les leaders religieux et d'autres leaders d'opinion communautaires Des hommes d'affaires
- Des célébrités locales ou des personnalités publiques
- Des alliés connus au sein des forces de l'ordre
- Des journalistes soutenant notre cause
- Des fonctionnaires locaux/nationaux qui peuvent faire changer les choses de l'intérieur
- Des alliés localisés dans d'autres régions du pays ou dans d'autres parties du monde : c'est à dire des organisations similaires aux nôtres qui peuvent faire pression de l'extérieur.

Parfois, « alliés » et « cibles indirectes » se recoupent. Cela arrive lorsqu'une cible indirecte est favorable à votre but de plaidoyer et a le potentiel de pouvoir influencer des responsables politiques, mais a tout de même besoin d'être poussée à agir en votre faveur avant de soutenir le changement désiré.

6.9 OPTION PLUS COURTE SI VOUS AVEZ PEU DE TEMPS

 20 min

1. *Présentez le but de la séance et les informations ci-dessus (ainsi que les diapos correspondantes)*
2. *Suivez les instructions 6 et 7 ci-dessus, mais au lieu de demander à chaque groupe de compléter le diagramme de Venn, demandez-leur simplement d'élaborer une liste des alliés potentiels sur une feuille en prenant en considération les questions posées par l'animateur pour guider leur travail (affichées sur une feuille de tableau de conférence préparée ou sur une diapo).*

Séance 6.10

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer Etape 6 – Identifiez les ressources nécessaires pour résoudre le problème politique choisi

 **Objectif** - Identifier les ressources disponibles pour résoudre le problème de plaidoyer choisi

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Demandez à tous les participants de réfléchir aux différents types de ressources qui pourraient leur être utiles dans leur travail de plaidoyer. Donnez les exemples suivants si nécessaire:
 - Personnes
 - Contacts
 - Informations
 - Compétences
 - Argent
 - Equipement.
3. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
4. Demandez aux participants de travailler dans leurs groupes pour identifier toutes les ressources disponibles afin d'atteindre le but et les objectifs de leur plaidoyer (identifiés lors de [l'étape 3](#)).

Informations à fournir dans cette présentation:

Un bon travail de plaidoyer requiert des ressources, comme par exemple des personnes (c'est-à-dire les ressources humaines), de l'argent, des compétences et des informations. Les ressources humaines peuvent inclure du personnel et des bénévoles. L'accès aux médias et aux réseaux de distribution est aussi une ressource importante : par exemple l'utilisation de newsletters, de listes d'email, etc. [L'étape 5](#) nous a montré les avantages de travailler en coalition avec des alliés ; l'un des avantages majeurs de ces coalitions inclut la possibilité de partager toutes les ressources disponibles.

Une fois les ressources disponibles identifiées, nous pouvons avancer à [l'étape 7](#) : le développement d'un plan d'action. Il est préférable de planifier uniquement les activités réalisables dans le cadre des ressources déjà disponibles. Cependant, il est parfois possible d'obtenir des fonds spécifiques pour notre travail de plaidoyer, bien que cela puisse être très difficile dans certains pays pour répondre à certains problèmes.

Séance 6.11

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer Etape 7 – Créer un plan d'action

60-90
mins

Objectif - Développer un plan d'action comprenant toutes les activités à mettre en œuvre afin d'atteindre notre but et nos objectifs de plaidoyer

1. Présentez l'objectif de la séance et expliquez que cette session se déroulera en deux temps :
 - La **sélection d'activités** appropriées pour le plaidoyer, et
 - La rédaction d'un **plan détaillé** incluant ces activités.

PARTIE A: Sélectionner nos activités de plaidoyer

2. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
3. Demandez aux groupes de décider quelles méthodes de plaidoyer ils souhaitent utiliser. Ils devront prendre en considération :
 - Les cibles de plaidoyer qu'ils ont identifiées pendant l'[étape 4](#) (Séance 6.8)
 - Les informations qu'ils ont rassemblées lors de l'[étape 2](#) (Séance 6.6)
 - La liste des différentes méthodes de plaidoyer incluse dans le polycopié « [Les méthodes de plaidoyer](#) »
 - Les ressources disponibles.
4. Posez-leur les questions suivantes pour les guider :
 - Pourquoi chaque cible soutient-elle ou s'oppose-t-elle à votre but de plaidoyer ?
 - Comment pouvez-vous influencer chaque cible à travers vos activités de plaidoyer ?



Informations à fournir dans cette présentation:

Le travail effectué lors des étapes 1 à 6 vous aidera à choisir les activités de plaidoyer les plus appropriées pour atteindre votre but. Vous savez maintenant ce que vous souhaitez réaliser, qui sont vos cibles, qui sont vos alliés et quelles ressources sont à votre disposition. Le polycopié « [Les méthodes de plaidoyer](#) » pourra vous aider à sélectionner les activités à mettre en œuvre.

Pour identifier vos activités, il est important de considérer qui seront les bénéficiaires de vos actions, et comment vous pourrez les faire participer au plaidoyer, dans la mesure du possible. Par exemple, il est parfois plus efficace pour un groupe d'usagers de drogues de rencontrer le chef de police lors d'une réunion sur la réduction des risques, plutôt que des ONG représentant les intérêts de ces usagers de drogues. Cependant, cela dépendra fortement du contexte local et bien entendu des niveaux de stigmatisation associés à l'usage de drogues, ainsi que des risques d'arrestation ou d'abus aux mains de la police.



Notes pour l'animateur

- Encouragez les participants à utiliser le travail qu'ils ont fait lors des étapes 1 à 6
- Encouragez-les à coordonner leurs activités de plaidoyer
- Demandez-leur de s'assurer que leurs activités soient étroitement liées à leurs objectifs
- Encouragez-les à être réalistes lorsqu'ils estimeront le temps et les ressources nécessaires pour chaque activité
- Si un groupe trouve la planification des activités difficile, donnez-lui l'exemple ci-dessous pour les guider, ou développez un exemple de plan d'action avec tous les participants
- Expliquez aux participants que ce n'est pas grave s'ils n'ont pas le temps de terminer leur plan d'action. Il est plus important qu'ils puissent participer à la discussion en plénière
- Expliquez aussi aux participants que la rédaction d'un plan d'action requiert plus de temps qu'ils n'en ont eu lors de l'atelier. Donnez-leur le polycopié « [Les méthodes de plaidoyer](#) »
- Assurez-vous que les participants incluent des activités formelles et informelles (ex : saisir l'opportunité de discuter avec leurs cibles et leurs alliés lors de réunions ou de réceptions).

Identifier les méthodes de plaidoyer

Il n'existe pas de règles simples pour choisir les meilleures méthodes de plaidoyer. Votre choix dépendra de nombreux facteurs, tels que :

- La personne/le groupe/l'institution ciblé(e)
- Le problème de plaidoyer
- Votre objectif de plaidoyer
- Les preuves à votre disposition pour soutenir votre objectif
- Les compétences et les ressources de votre coalition
- Le timing (ex. des événements politiques indépendants de vos propres activités, tels que la rédaction d'un projet de loi, le processus d'adoption d'un nouveau budget, la période de l'année, le moment où vous vous trouvez dans le processus de développement de votre plaidoyer).

Développer et faire passer un message de façon efficace

Le message devra utiliser des termes que le groupe ciblé comprendra. Il devra être clair et simple : évitez les termes techniques et utilisez des images positives, plutôt que des connotations négatives.

Le message a souvent autant d'importance que le message lui-même. Par conséquent, si le message est diffusé par la presse, utilisez un journal largement lu et respecté. Si vous souhaitez cibler les forces de l'ordre, vous pourriez faire appel à un officier de haut rang ou un policier à la retraite pour être votre porte-parole. Si le message est destiné à une communauté au sein de laquelle la religion joue un rôle important, l'usage d'un groupe confessionnel sera préférable.

Enfin, le message devra être diffusé de façon cohérente, à travers divers canaux sur une longue période afin d'être assimilé par votre audience. La cohérence du message est cruciale, mais il est aussi important que le message soit diffusé de différentes manières afin qu'il ne devienne pas ennuyeux pour l'audience ciblée.

PARTIE B: L'élaboration d'un plan d'action de plaidoyer

5. Après avoir choisi leurs méthodes de plaidoyer (c'est-à-dire les activités à mettre en œuvre), les groupes devraient utiliser le format suggéré ci-dessous pour élaborer leur plan d'action.
6. Demandez aux participants de s'entraîner à développer un plan d'action, afin de se familiariser avec le processus. Ils pourront ainsi planifier les activités qu'ils ont identifiées à l'étape 3 ci-dessus.
7. Après avoir donné du temps aux participants pour développer leur plan d'action, passez directement à une discussion avec l'ensemble du groupe (sans leur demander de présenter leur travail) en leur posant les questions suivantes:
 - Quels facteurs avez-vous considéré lors de votre travail de planification de plaidoyer ?
 - En dehors de cet atelier, quels besoins devez-vous considérer avant d'écrire votre plan d'action ?
 - Quels facteurs pourraient requérir un changement dans votre plan d'action ?

Objectifs	Cibles	Activités	Ressources nécessaires	Personnes / organisations responsables	Délais	Résultats attendus
Objectif 1 - D'ici juillet, trois députés influents feront des déclarations publiques en soutien à la dépenalisation des usagers de drogues	Députés influents et autres conseillers principaux Membres du public	Réunion avec trois députés	<ul style="list-style-type: none"> - Chef d'équipe, - Equipe responsable des événements et de la logistique - Bénévoles - Accès aux médias - Financements - Lieu de réunion 	Chef d'équipe	D'ici le mois de mai	Les trois députés soutiennent notre proposition de faire des déclarations publiques.

 60 min

Notes pour l'animateur

Vérifiez que le groupe cherchant à influencer la cible a bien compris ce qu'ils attendent de la cible et qu'ils mettent à profit l'esprit coopératif de la cible.



Objectif - Permettre aux participants de mettre en œuvre les connaissances acquises lors des séances précédentes en exerçant une activité de plaidoyer direct lors d'un face-à-face avec un responsable politique

1. Présentez l'objectif de la séance.
2. Divisez les participants en groupes de 4 à 6 personnes (créez de nouveaux groupes, plutôt que ceux utilisés lors des sept séances précédentes).
3. Donnez-leur le scénario ci-dessous en l'affichant sur une feuille déjà préparée, une diapo ou un polycopié :

Contexte: Une étude gouvernementale dans votre province a révélé que de nombreuses personnes incarcérées dans cette région spécifique ont été envoyées en prison pour simple usage de drogues ou possession de petites quantités de drogues pour consommation personnelle. En même temps, un homme politique local plusieurs fois suspecté d'être impliqué dans le trafic de drogues de grande envergure n'a pas fait l'objet d'une enquête. Votre organisation souhaite que le gouvernement révise ses pratiques de maintien de l'ordre afin que la police interpelle les personnes ayant commis des délits graves plutôt que les usagers de drogues.

But: Obtenir le soutien du gouvernement local pour réviser les pratiques de maintien de l'ordre dans votre province, afin d'assurer que la police arrête de mettre la priorité sur l'arrestation des usagers de drogues dans leur travail quotidien.

Cible: Votre cible est le conseiller du gouverneur local. Vous avez appris, à travers votre travail de recherche et de planification, que ce conseiller est un ancien fonctionnaire de l'ONUDC qui a précédemment développé des stratégies de dissuasion ciblée dans l'application des lois sur la drogue ; il comprend donc le problème en question et la pertinence de la solution. Vos partenaires de plaidoyer vous ont aussi expliqué que ce conseiller était en fait la personne de confiance la plus proche du gouverneur. Ce conseiller a accepté de vous rencontrer pendant une heure. Cependant, à cause d'un événement inattendu, il/elle ne peut vous accorder que cinq minutes de son temps.

4. Demandez à chaque groupe de s'exercer à préparer une rencontre avec la cible sous la forme d'un jeu de rôle. Chaque groupe devra choisir deux personnes incarnant les « activistes » et une personne incarnant la cible. Rappelez aux « activistes » qu'ils doivent mettre en avant leurs points essentiels en moins de trois minutes.
5. En fonction du nombre de participants et du temps disponible :
 - Demandez à certains ou à tous les groupes de simuler une courte réunion entre le conseiller et les activistes devant l'ensemble des participants ou
 - Demandez aux participants de simuler la réunion dans chacun de leur groupe. Dans ce cas, l'animateur passera de groupe en groupe pour observer les participants et évaluer leur performance.

6. En plénière, entamez une discussion avec les participants en leur posant les questions suivantes :
 - Qui a été le plus persuasif et pourquoi ?
 - Comment les activistes auraient-ils pu améliorer leur action de plaidoyer ?
 - Comment pourriez-vous assurer le suivi d'une rencontre face-à-face ?
 - Qu'avez-vous appris par l'intermédiaire de ce jeu de rôle ?
 - Quels avantages pouvez-vous tirer de la participation des groupes les plus touchés par le problème lors d'une telle réunion ?
7. En fonction du temps disponible, invitez les participants à partager leurs

Séance 6.13

Présentation interactive: Le cadre du plaidoyer Etape 8 – Suivi et évaluation du plaidoyer

 **Objectif** - Expliquer l'importance du suivi et de l'évaluation d'un travail de plaidoyer; étudier les défis éventuels et décider comment le suivi et l'évaluation du plaidoyer sera effectué pendant et après sa mise en œuvre

1. Présentez l'objectif de la séance et expliquez qu'elle sera divisée en trois parties.
 - Comprendre l'importance du suivi et de l'évaluation des interventions de plaidoyer dans le domaine des politiques des drogues
 - Les défis liés à l'évaluation des interventions de plaidoyer dans le domaine de la politique des drogues
 - Décider de la façon d'effectuer le suivi et d'évaluer le travail de plaidoyer

PARTIE A – Comprendre l'importance du suivi et de l'évaluation d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues 15 min

2. Demandez aux participants de travailler par deux (avec la personne assise à côté d'eux) afin d'identifier les principales raisons pour lesquelles il est important d'évaluer leur travail de plaidoyer en matière de politiques des drogues.
3. Après cinq minutes de discussion, demandez aux groupes de présenter leurs résultats et notez leurs réponses sur une feuille de tableau de conférence.
4. Assurez-vous que les participants aient mentionné les raisons identifiées ci-dessous.
5. Résumez la discussion en remarquant que les activistes et les donateurs portent un intérêt de plus en plus important à l'évaluation du plaidoyer, pour diverses raisons qui sont cependant souvent similaires entre les deux groupes.



Exemples d'idées : pourquoi surveiller et évaluer un travail de plaidoyer

- Pour apprendre comment améliorer le travail des activistes
- Pour montrer la qualité et l'influence de nos activités de plaidoyer
- Pour voir nos progrès et, si nécessaire, réviser ou ajuster nos stratégies
- Pour aider à planifier de futurs travaux de plaidoyer, ainsi que nos cycles/propositions de financement
- Pour offrir des approches de plaidoyer basées sur des preuves avérées
- Pour tirer parti de nos erreurs et de nos expériences lorsque nous défendons un problème politique sur la drogue
- Pour obtenir une meilleure compréhension des problèmes en question afin d'améliorer nos stratégies et programmes
- Pour justifier nos financements et montrer des résultats
- Pour montrer des résultats dans le but de mobiliser davantage de ressources pour de futurs travaux de plaidoyer.

PARTIE B – Les défis posés par l'évaluation d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues 🕒 15 min

6. Demandez aux participants de travailler de nouveau par deux avec une autre personne afin d'identifier les défis qu'ils ont ou pourraient rencontrer lors de l'évaluation de leur travail de plaidoyer en matière de politiques des drogues.
7. Distribuez le polycopié « [Les défis posés par le suivi et l'évaluation d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues](#) »
8. En plénière, demandez aux participants de nommer tout autre défi identifié lors de cet exercice.

PARTIE C – Décider de la façon d'effectuer le suivi et l'évaluation du travail de plaidoyer 🕒 15 min

9. Demandez à tous les participants de réfléchir à la différence entre un « suivi » et une « évaluation ».
10. Présentez les informations ci-dessous (ainsi que les diapos correspondantes).
11. Demandez ensuite aux participants de donner des exemples pour les éléments suivants afin de compléter leur plan d'action développé au cours des exercices précédents :
 - Des indicateurs de résultat à court terme
 - Des indicateurs de résultat à moyen terme
 - Des impacts

✓ Informations à fournir dans cette présentation:

Les termes de « suivi » et d'« évaluation » sont distincts, et pourtant complémentaires. La différence majeure entre ces deux concepts est la suivante:

- Le suivi est un processus continu qui permet d'enregistrer ou de prendre note des activités (planifiées ou non) que nous entreprenons
- Une évaluation est une estimation périodique de nos actions, qui nous permet d'observer si nous avons réussi à atteindre nos objectifs ou si nous avons obtenu des résultats inattendus (et pourquoi).

L'évaluation du plaidoyer est de plus en plus centrée sur les changements que les activistes parviennent à effectuer tout au long du chemin conduisant à leur but, plutôt que sur le but en lui-même. Par exemple, lorsqu'un effort de plaidoyer a pour but de changer une politique, l'évaluation ne se limitera pas au fait que le changement politique ait eu lieu, mais se centrera aussi sur les **principaux résultats politiques obtenus tout au long du processus** tels que la mobilisation des activistes permettant de maximiser les activités de plaidoyer ou le fait d'avoir incorporé notre problème politique dans le programme de réforme politique du pays. Ces changements sont souvent considérés comme des **résultats à court ou moyen terme**, des **résultats provisoires** ou des **mesures cumulatives de progrès**.

Le graphe ci-dessous est une chaîne logique de programme standard qui explique la différence entre les « produits » (*outputs*) et les « résultats » (*outcomes*) : les produits obtenus grâce à la bonne mise en œuvre d'un certain nombre de processus conduiront à des résultats (à court-terme).



Dans cette chaîne logique, les contributions sont transformées en biens (produits) et services (activités). Ces derniers conduiront à un changement de comportements et de connaissances et à une amélioration dans l'accès et l'usage de services (résultats) qui produiront enfin des changements socio-démographiques et épidémiologiques au sein d'un groupe donné (impacts).

Cette logique peut par exemple être appliquée au plaidoyer ci-dessous :

Un nouveau réseau national d'usagers de drogues est en cours de création. Leur but à moyen terme est de « créer des coalitions expertes, organisées et représentatives capables de répondre de façon stratégique à de nouvelles opportunités » et dont le but final est de « protéger les droits humains de tous les usagers de drogues ». Dans ce cadre donné, les « produits » pourraient consister en divers processus ayant conduit à la création du réseau et pouvant être mesurés sur la base du nombre de rencontres organisées et le nombre de personnes ayant participé à ces réunions, le nombre de sous-régions représentées dans le réseau, etc. Les résultats pourront inclure la création même de ce réseau et expliquer ce qui a été effectué (par exemple, la participation des usagers de drogues aux discussions politiques au niveau national). L'impact, c'est-à-dire « la protection des droits humains des usagers de drogues » sera probablement atteint après des années (et bien après que tout accord financier soit arrivé à terme).

Le tableau ci-dessous permet de classifier les différentes étapes de cet exemple en utilisant les parties pertinentes du modèle logique d'évaluation.

Contributions	Activités	Exemple d'indicateurs de produits	Exemple d'indicateurs de résultats à court terme	Exemple d'indicateurs de résultats à moyen terme	Impacts
Le travail des membres du réseau, des coordinateurs et des bénévoles, l'argent dépensé, etc.	<ul style="list-style-type: none"> Organisation de rencontres pour les coalitions Echange d'informations Constitution de partenariats Renforcement des capacités 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de rencontres du réseau organisées Nombre de participants lors de chaque rencontre Documents d'information sur les usagers de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> Relations créées avec des individus influents Adoption de messages communs entre les membres des coalitions Création d'un réseau expert, organisé et représentatif 	<ul style="list-style-type: none"> Changements au sein de l'opinion publique sur les usagers de drogues Adoption de nouvelles politiques protégeant les droits des usagers de drogues Adoption de mécanismes pour résoudre les violations des droits des usagers de drogues 	Protection des droits humains des usagers de drogues

Lorsque nous essayons de développer des résultats provisoires ou des processus cumulatifs, la différence entre un **produit** et un **résultat** (et la façon dont nous les mesurons) peut porter à confusion. Distinguer entre un **indicateur de processus** (un produit) et un **indicateur de résultat** (résultat) dépendra de notre vision stratégique vis-à-vis de notre plaidoyer et de ce que nous considérons comme étant des résultats majeurs qui nous permettront finalement d'atteindre notre but. Ce processus sera influencé par le **degré d'ambition concernant le but de votre plaidoyer** et les **délais** que vous vous êtes fixés pour évaluer votre travail. Par exemple, la création d'un réseau dans le cadre d'un plaidoyer constituera un indicateur de résultat important dans la première phase de votre projet, en particulier dans les pays où les usagers de drogues sont fortement stigmatisés et pénalisés. Cependant, lorsque le réseau sera créé, le travail de plaidoyer pourra se tourner vers des objectifs à long terme, tels qu'un changement politique ou de meilleures conditions pour les usagers de drogues. Dans ce cas-là, et si l'on travaille sur le long terme, créer et entretenir de bonnes coalitions seraient des « produits » pouvant conduire au résultat escompté.

Points récapitulatifs

Le suivi et l'évaluation d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues devront donc :

- Se centrer sur des résultats provisoires/à court terme
- Parler davantage de « contributions » plutôt que d'« attribution » : s'attribuer un résultat requiert une détermination de cause à effet, alors qu'une contribution requiert uniquement l'identification d'une influence possible dans un domaine donné
- Privilégier certains domaines à évaluer
- Développer des résultats et des indicateurs d'évaluation nouveaux et créatifs
- Prendre en compte les sensibilités politiques.

6.12 OPTION PLUS COURTE SI VOUS AVEZ PEU DE TEMPS

 40 min

1. *Présentez le but de la séance et les informations ci-dessus (ainsi que les diapos correspondantes)*
2. *Expliquez pourquoi il est important de suivre et d'évaluer un travail de plaidoyer (en utilisant les instructions comprises dans l'étape 5 ci-dessus). Présentez aussi les défis posés par l'évaluation d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues.*
3. *Sélectionnez et présentez quelques exemples inclus dans le polycopié « [Méthodes de plaidoyer](#) ».*

1. Adapté de: International HIV/AIDS Alliance & International Council of AIDS Service Organisations(2010), *Measuring up: A guide for learners – HIV-related advocacy evaluation training for civil society organisations*, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/measuring%20up.pdf>

Polycopié: Exemples des définitions & des types de plaidoyer

Exemples de définitions de plaidoyer

« Le plaidoyer est un processus continu visant à changer les valeurs, les attitudes, les actions, les politiques et les lois en influençant les responsables politiques et l'opinion des leaders, des organisations, des systèmes et des structures à différents niveaux politiques ».¹

« Le plaidoyer représente un ensemble d'actions ciblées visant les responsables politiques afin de répondre à un problème politique spécifique ».²

« Le plaidoyer vise à transmettre votre message afin de sensibiliser un public plus large au sujet de problèmes, de changements des politiques, de lois, et de services [spécifiques]. Le travail de plaidoyer peut comprendre des actions à tout niveau politique, localement ou par représentation auprès des organes décisionnels nationaux ».³

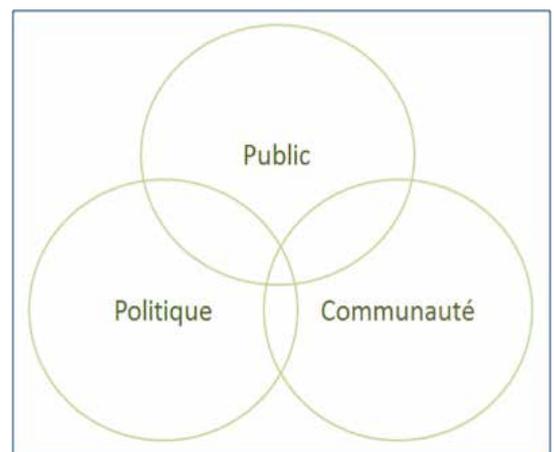
« Un plaidoyer ne se limite pas à remplir un tableau avec de nouveaux centres d'intérêt ; il vise aussi à changer la taille et la configuration de ce tableau afin d'accommoder un nouvel ensemble d'acteurs. Un plaidoyer efficace permettra de défier les déséquilibres de pouvoir et de remettre en question divers modes de pensée ».⁴

« Le plaidoyer est une action dont le but est de changer les politiques, les positions et les programmes de tout type d'institution ».⁵

Types de plaidoyers

Le manuel de formation sur le plaidoyer d'APCASO⁶ propose un nouveau moyen de considérer le travail de plaidoyer. Il définit trois types d'activités de plaidoyer que nous entreprenons probablement quotidiennement. A un point bien précis, ces activités se confondent et influent les unes sur les autres :

- Le plaidoyer politique: influencer directement les politiques et réglementations
- Le plaidoyer public: changer le comportement, l'opinion et les pratiques du public dans le but d'influencer les groupes et les institutions qui sont impliqués dans le processus de décision politique
- Le plaidoyer communautaire: influencer les groupes et les institutions qui sont impliqués dans le processus décisionnel en travaillant avec les communautés touchées, pour modifier les comportements et les pratiques.



Niveaux de plaidoyer⁷

Le travail de plaidoyer peut cibler des personnes influentes à tout niveau politique et peut cibler tant le propriétaire d'un bar qu'une agence des Nations Unies. Bien qu'il existe de multiples niveaux de plaidoyer, nous les simplifierons en identifiant trois « niveaux » clés de plaidoyer:

- Local: village, arrondissement, ville, Etat fédéré, etc.
- National: l'ensemble du pays
- International: plus d'un pays.

Par exemple, si notre plaidoyer vise à réduire le nombre de personnes incarcérées pour simple possession de drogues pour consommation personnelle:

- **Au niveau local** : Les forces de l'ordre doivent comprendre l'inefficacité de l'incarcération des usagers de drogues et des risques qui y sont associés (y compris l'impact financier pour le système de justice pénale, les risques sanitaires, ainsi que la stigmatisation sociale vécue par les usagers de drogues). Ceci devra faire l'objet d'un travail de plaidoyer important ciblant les officiers de police et autres acteurs clés.
- **Au niveau national** : Le gouvernement du pays en question est responsable du cadre législatif. Pour que l'intervention soit efficace à long terme, le gouvernement devra faire passer une loi visant à supprimer les sanctions à l'encontre des personnes interpellées pour usage de drogue, dans les pays où la consommation est actuellement pénalisée.
- **Au niveau international** : Plusieurs agences onusiennes, dont l'ONUSIDA et l'OMS, ont appelé à ce que les usagers de drogues soient dépénalisés ; quant à lui, l'ONUDC a fait clairement savoir que la dépénalisation était autorisée dans le cadre des conventions sur la drogue.¹ Les représentants de ces organes pourraient aider à promouvoir l'adoption de cette politique dans les législations nationales.

En réalité le problème peut être causé par une multitude de facteurs locaux, nationaux et internationaux, votre travail de plaidoyer dépendra donc de :

- L'ampleur du problème (il est possible que la cause soit purement locale)
- Le niveau au sein duquel vous aurez le plus d'influence sur le problème en question
- Les ressources de votre organisation (différents niveaux de plaidoyer entraîneront des dépenses, une quantité de travail et des expertises différentes)
- La qualité de vos réseaux et relations
- La mission de votre organisation (par exemple, vos activités peuvent être limitées à une localisation géographique).

Un travail en commun au sein d'une coalition peut être une force importante de manière générale, mais il peut devenir particulièrement important lorsque vous commencez à considérer le problème au niveau local, puis national, et enfin international et que vous

References

1. Basé sur la définition présentée dans: Alliance Internationale sur le VIH/Sida (2003), *Advocacy in action: A toolkit to support NGOs and CBOs responding to HIV/AIDS*, <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=142>, lors de la session de formation pour tester le Guide organisée en Inde
2. POLICY Project (1999), *Networking for change: An advocacy training manual* (Washington, D.C.: Futures Group/POLICY Project), <http://www.policyproject.com/pubs/AdvocacyManual.cfm>
3. Maasdorp, A. (1998), *Positive development: Setting up self-help groups and advocating for change—A manual for people living with HIV* (Amsterdam: Global Network of People Living with HIV/AIDS)
4. VeneKlasen, L. & V. Miller. (2002, reprinted 2007), *A new weave of people, power & politics: The Action guide for advocacy and citizen participation* (Washington, D.C.: Just Associates)
5. Sharma, R. (1997), *An introduction to advocacy: Training guide* (Washington, D.C.: Academy for Educational Development/Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project)
6. Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations, with support from the Australian Federation of AIDS Organisations, *HIV advocacy from the ground up: A toolkit for strengthening local responses* (Kuala Lumpur: APCASO), http://www.afao.org.au/_data/assets/pdf_file/0008/4796/Toolkit_3.pdf
7. Basé sur: Alliance Internationale sur le VIH/Sida (2003), *Advocacy in action: A toolkit to support NGOs and CBOs responding to HIV/AIDS*, <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=142>

MODULE 6

Polycopié: Ce qu'est, ou n'est pas, un plaidoyer*

Le plaidoyer et autres interventions centrées sur le changement*

NOTE – Souvent, pour atteindre votre but de plaidoyer, vous aurez à participer à des activités qui ne sont pas elles-mêmes des activités de plaidoyer, mais qui sont cependant nécessaires afin de cheminer vers un changement politique.

	Plaidoyer	Information, éducation, communication	Mobilisation de la population	Réseaux & partenariats	Collecte de fonds & mobilisation des ressources	Surmonter la stigmatisation & la discrimination
Qu'est-ce que cela peut changer ?	Politiques, mise en œuvre des politiques, lois et coutumes	Savoir et comportement	Capacité des populations à identifier & à répondre à leurs problèmes	Isolation et duplication	Quantité des ressources disponibles	Niveau de stigmatisation et de discrimination contre les personnes impliquées dans la croissance et la consommation
Groupe ciblé	Responsables politiques, personnes en position d'influence	Groupe particulier d'âge, de sexe, d'habitants, etc.	Membres d'un groupe	Individus ou groupes avec un programme similaire	Populations, conseils locaux, gouvernements, donateurs	Personnes qui stigmatisent ou discriminent
Cela touche-t-il	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Indicateurs typiques de succès	Politiques, mise en œuvre, lois ou coutumes qui améliorent la santé, le statut économique et social et les droits humains des producteurs et des consommateurs	Pourcentage de jeunes ayant accès à des interventions de réduction des risques, bénéficiant de programmes de moyens de subsistance alternatifs, etc. Changement d'attitude envers les producteurs et les consommateurs	Un problème communautaire est résolu ; davantage de personnes assistent aux réunions communautaires centrées sur les problèmes de drogue	Membres du réseau ou partenariat réussissent mieux que s'ils avaient travaillé seuls	L'individu fournit de quoi construire les réunions, le donateur subventionne	Moins de cas de discrimination dans l'accès à l'emploi ou les services de santé aux hôpitaux à cause de consommation de drogues

* Adapté de: Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations, with support from the Australian Federation of AIDS Organisations, *HIV advocacy from the ground up: A toolkit for strengthening local responses* (Kuala Lumpur: APCASO), http://www.afao.org.au/_data/assets/pdf_file/0008/4796/Toolkit_3.pdf

Polycopié: Détailler la réponse politique en matière de drogues*

	Gouvernement	ONG et organisations de la société civile locales ou nationales	ONG et réseaux (tels que les réseaux d'usagers de drogues)	Agences des Nations Unies/ organisations régionales	Hôpitaux, cliniques et/ou universités	Autres groupes
Suivi et recherches sur l'usage de la drogue, le trafic, la production et les risques associés						
Elaboration et coordination des acteurs nationaux et internationaux						
Prévention et éducation en matière d'usage de drogues						
Services de réduction des risques						
Traitement, soins et soutien en matière de dépendance à la drogue						
Eradication des cultures						
Processus de justice pénale contre les personnes accusées d'infractions/délits liés à la drogue						
Stratégies contre la corruption et le blanchiment d'argent						
Promotion de moyens alternatifs de subsistance pour les cultivateurs de drogues						
Gouvernance et anti-corruption						
Protection des droits humains des groupes vulnérables						
Promotion des réformes en matière de politiques des drogues						
Promotion de la participation des usagers de drogues						

* Basé sur: Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations, avec le soutien de Australian Federation of AIDS Organisations, HIV advocacy from the ground up: A toolkit for strengthening local responses (Kuala Lumpur: APCASO), http://www.afao.org.au/_data/assets/pdf_file/0008/4796/Toolkit_3.pdf

MODULE 6

Polycopié: La campagne « Soutenez. Ne Punissez Pas »

« Les risques accrus causés par la guerre contre la drogue ne peuvent plus être ignorés. Il est temps de mettre de côté les politiques dommageables, l'idéologie et les préjugés. Il est temps de mettre la priorité sur la santé et le bien-être des personnes touchées, de leurs familles et de leurs communautés ».

Soutenez. Ne Punissez Pas est une campagne mondiale de plaidoyer visant à sensibiliser l'opinion publique sur les dommages causés par la guerre contre la drogue.

Voici les demandes principales de la campagne de Soutenez. Ne Punissez Pas :

- Le système de contrôle des drogues est rompu et doit être réformé
- Les usagers de drogues ne devraient plus être criminalisés
- Les personnes impliquées dans les échelons les plus bas du commerce de la drogue, en particulier pour des raisons de subsistance ou de coercition, ne devraient pas être confrontés à des peines sévères et disproportionnées
- La peine de mort ne devrait jamais être imposée contre les personnes ayant commis des délits liés à la drogue
- La politique des drogues, pour la prochaine décennie, devrait être centrée sur la santé et la réduction des risques
- D'ici 2020, 10% des ressources mondiales dépensées dans le cadre des politiques des drogues devraient être investies dans des programmes de santé et de réduction des risques.



La campagne a été lancée en 2013 et s'est développée rapidement à travers le monde, grâce à la participation de nombreuses organisations communautaires, d'activistes, de responsables politiques, de célébrités et d'usagers de drogues. La campagne inclut un projet interactif de photos où les personnes peuvent envoyer leur photo avec le logo de Soutenez. Ne Punissez Pas afin de montrer leur soutien à la campagne :

Cette campagne se centre principalement sur l'organisation d'une Journée d'Action Mondiale le 26 Juin de chaque année – la Journée Mondiale de l'ONU contre l'Abus de Drogues et le Trafic Illicite – une journée qui a été utilisée par de nombreux gouvernements pour célébrer la guerre contre la drogue et justifier des arrestations violentes et l'imposition de sanctions sévères. Mais le 26 Juin est aussi la Journée Mondiale de l'ONU en Soutien aux Victimes de Torture, et cette campagne vise à redéfinir la signification du 26 Juin et la manière de considérer les politiques des drogues à travers le monde. En 2013, 41 villes à travers le monde ont participé à la 1^{ère} Journée d'Action Mondiale. 2014 a été encore plus impressionnant, avec des activités organisées dans 100 villes à travers le monde, y compris au Nigéria, en Ile Maurice, au Sénégal, en Tanzanie, au Kenya et au Zimbabwe :



Marche de sensibilisation, discours et actions médiatiques au Sénégal



Tournoi de football au Nigeria



Visites pour mobiliser les usagers de drogues, leurs familles et leurs communautés, forums de dialogues et marches au Kenya



Cinéma en plein air et événements, discours et stand d'information, ainsi que des actions médiatiques en Tanzanie



Discours de politiciens et pièce de théâtre par des membres de la communauté locale au Zimbabwe



Tournée en bus pour sensibiliser la population sur la campagne et distribuer des prospectus, des informations, des ballons, des drapeaux, etc. à l'Ile Maurice

Pour plus d'informations, veuillez visiter : www.supportdontpunish.org/fr. Pour voir une vidéo de la Journée d'Action Mondiale de 2014, veuillez visiter : <https://www.youtube.com/watch?v=NP-MebxLWYM>.

Polycopié: Méthodes de plaidoyer

Cible	Méthodes d'intervention	Informations à considérer	Exemples d'activités de plaidoyer
Responsables politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Réunions formelles/informelles • Lettres (par des personnes, des organisations ou une coalition d'organisations) • Documents, fiches d'analyse, brochures sur les politiques des drogues • Vidéos • Articles de presse • Commentaires radio et télévisés 	<p>Les messages doivent être courts, concis et persuasifs</p> <p>Le thème abordé doit être choisi selon le contexte historique, culturel, politique et socio-économique local :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arguments économiques • Réduire la violence associée aux marchés de la drogue • Réduire la corruption • Valoriser une bonne gouvernance • Promouvoir la santé publique • Soutenir les droits humains <p>Communiquer clairement l'action que vous voulez que les responsables politiques entreprennent pour soutenir votre proposition</p>	<p>A l'échelle internationale: organisation d'événements satellites lors de conférences</p> <p>A l'échelle nationale: Guide sur les politiques des drogues d'IDPC (http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition), rencontres avec des responsables gouvernementaux</p> <p>A l'échelle locale: formation de procureurs, de magistrats et d'officiers de police sur la modernisation des interventions de maintien de l'ordre en matière de drogue (ex. interventions basées sur la réduction des risques, dissuasion ciblée, etc. Voir : http://idpc.net/fr/incidence-politique/moderniser-les-interventions-de-maintien-de-l-ordre-dans-le-domaine-de-la-drogue)</p>
Autres ONG	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres avec les responsables et le personnel de l'organisation • Fiches d'analyse prêtes à être utilisées • Graphiques et illustrations • Présentations PowerPoint • Réunions d'informations 	<p>Les organisations ont besoin d'informations spécifiques pour soutenir leurs arguments. Ils trouveront vos documents utiles s'ils sont présentés de façon claire et convaincante</p>	<p>Documents d'information et fiches d'analyse sur la réforme des politiques des drogues (voir : http://idpc.net/fr/publications/2014/01/l-ungass-sur-la-drogue-de-2016-une-etape-cle-pour-les-politiques-des-ong-sur-le-vih-sida-en-afrique)</p>
Presse/médias	<ul style="list-style-type: none"> • Communiqués de presse • Conférences de presse • Fiches d'analyse ou documents de référence • Dossier de presse • Lettres aux rédacteurs en chef 		<p>Dossiers d'information pour les médias (voir : http://idpc.net/publications/2011/02/idpc-media-information-pack-version-2)</p>
Grand public	<ul style="list-style-type: none"> • Objets promotionnels (badges, bracelets, stylos, etc.) • Bannières • Brochures, flyers • Annonces ou articles de presse • Séries ou programmes télévisés 	<p>Les messages doivent être attractifs, clairs et concis</p>	<p>Vidéos de plaidoyer en matière de politiques des drogues (voir : http://supportdontpunish.org/fr/videos-3/)</p>

Polycopié: Tableau d'information sur les cibles

Cible	Type de cible (directe, indirecte)	Comment contacter la cible	Position de la cible vis-à-vis du problème de plaidoyer	Comment influencer la cible	Processus de prise de décision de la cible	La cible prend au sérieux les positions de...

* Basé sur: Alliance Internationale sur le VIH/Sida & Conseil International d'Organisations offrant des Services sur le Sida (2010), *Measuring up: A guide for learners – HIV-related advocacy evaluation training for civil society organisations*, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/measuring%20up.pdf>

Polycopié: Les défis posés par le suivi et l'évaluation d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues

Les défis posés par le suivi et l'évaluation d'un plaidoyer en matière de politiques des drogues comprennent :*

- Une réticence de la part de certains responsables politiques ou leaders d'opinion publique de faire connaître ou de partager les résultats d'un plaidoyer centré sur des questions controversées.
- La réticence de certains responsables politiques ou acteurs clés d'attribuer un succès à des activistes qui sont parfois perçus comme des adversaires, en particulier les activistes représentant les usagers de drogues qui peuvent être criminalisés et stigmatisés.
- Un renouvellement du personnel et un changement dans les valeurs et les politiques des cibles du plaidoyer (comme par exemple les politiciens, les responsables politiques, les leaders d'opinion publique et les donateurs) à tous les niveaux politiques signifie que l'évaluation des efforts de plaidoyer peut être un défi au fil du temps. Ceci peut être expliqué par le fait que les défis changent constamment ou par une perte de mémoire institutionnelle.
- Le manque de ressources externes dédiées au suivi et à l'évaluation, par exemple des opportunités de financement et de partenariats avec des organisations qui ont déjà une expérience poussée dans le domaine.
- Des difficultés pour attribuer le succès d'un travail de plaidoyer directement à une organisation spécifique.
- La stigmatisation et la criminalisation des usagers de drogues conduisent à un manque de données secondaires et à des difficultés pour acquérir des données et des indicateurs épidémiologiques basiques.
- Une réticence de la part de certains activistes de s'approprier le succès d'une réforme positive car ils préféreraient que les responsables politiques et leaders d'opinion eux-mêmes se l'attribuent.
- Difficulté d'impliquer les bénéficiaires dans les évaluations de plaidoyer du fait de leur criminalisation, du stigma et de la discrimination auxquels ils sont confrontés.
- La préoccupation qu'une initiative de plaidoyer échoue si le but escompté n'est pas atteint.
- Manque de flexibilité vis-à-vis des modèles d'évaluation utilisés pour capturer des résultats non-planifiés ou les efforts mis en œuvre pour créer ou et maintenir des partenariats et coalitions stable
- Le travail de plaidoyer est souvent peu planifié, car il est souvent imprévisible et doit répondre à des situations inattendues. Cependant, sans bonne planification, il est difficile d'évaluer notre travail en utilisant les méthodes d'évaluation conventionnelles.

- Les cycles de financement sont généralement limités dans le temps, le travail de plaidoyer ne l'est pas.
- Un plaidoyer en matière de politiques des drogues inclut souvent des objectifs et buts à long terme qui prendront plus de temps pour être réalisés que la durée du financement pour le plaidoyer. Il est donc difficile de savoir ce qui doit être évalué pour montrer des résultats probants.
- Dans certains contextes, le suivi et l'évaluation du plaidoyer sont limités parce que cette étape n'est pas considérée comme étant importante. Elle n'est donc ni planifiée, ni financée. L'évaluation d'un plaidoyer est aussi parfois considérée comme étant trop difficile ou comme prenant trop de temps pour des activistes, du personnel et des bénévoles déjà surmenés et qui ont une expérience limitée en matière d'évaluation. Enfin, dans certains cas, le plaidoyer est considéré comme étant une activité mise en œuvre au jour le jour qui ne requiert pas de compétences particulières et ne vaut pas la peine d'être évaluée.

* Adapté de: International HIV/AIDS Alliance & International Council of AIDS Service Organisations (2010), *Measuring up: A guide for learners – HIV-related advocacy evaluation training for civil society organisations*, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/measuring%20up.pdf>

Polycopié: Utiliser des données convaincantes pour soutenir les interventions de plaidoyer

Un certain nombre de ressources, de preuves et de données sont disponibles pour soutenir nos activités de plaidoyer. Celles-ci peuvent notamment inclure :

- Les publications des organisations des Nations Unies, telles que l'OMS, l'ONUSIDA, l'ONUDDC, etc.
- Les sites internet et les publications des ONG qui travaillent sur la politique des drogues (ex. le Guide sur les politiques des drogues de l'IDPC)
- Les commentaires de représentants des Nations Unies ou de gouvernements afin d'illustrer votre message.

Publications clés :

Commission Ouest-Africaine sur les Drogues (2013), *Pas seulement une zone de transit: Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>

Commission Ouest-Africaine sur les Drogues, *Série de documents de référence*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/wacd-commissioned-papers/>

Consortium International sur les Politiques des Drogues (2012), *Guide sur les politiques des drogues, 2nd édition*, <http://idpc.net/fr/publications/2012/10/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues-2nde-edition>

Consortium International sur les Politiques des Drogues, Chatham House & the International Institute for Strategic Studies, *Moderniser les interventions de maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue*, <http://idpc.net/fr/incidence-politique/moderniser-les-interventions-de-maintien-de-l-ordre-dans-le-domaine-de-la-droque>

Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2014), *Taking Control: Pathways to drug policies that work*, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

Commission Mondiale sur la Politique des Drogues (2011), *La Guerre contre la drogue : Rapport de la Commission mondiale sur la politique des drogues*, [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global Commission Report French.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf)

Harm Reduction International & Human Rights Watch (2009), *Building consensus: A reference guide to human rights and drug policy*, <http://www.ihra.net/files/2010/06/01/BuildingConsensus.pdf>

Harm Reduction International (2014), *The global state of harm reduction 2014*, <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-reports>

Harm Reduction International, Consortium International sur les Politiques des Drogues & International HIV/AIDS Alliance (2014), *The funding crisis for harm reduction*, <http://idpc.net/publications/2014/07/the-funding-crisis-for-harm-reduction>

Guides techniques et documents sur l'usage de drogues développés par l'Organisation Mondiale de la Santé: <http://www.who.int/hiv/fr/>

Publications de l'ONUSIDA: <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/>

Sites internet clés :

Commission Ouest-Africaine sur les Drogues, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr>

Consortium International sur les Politiques des Drogues, <http://idpc.net/fr>

Commission Mondiale sur la Politique des Drogues, <http://www.globalcommissionondrugs.org/>

Union Africaine, <http://sa.au.int/fr/>

CEDEAO, <http://www.ecowas.int/?lang=fr>

ONUSDC (Programme pour l'Afrique de l'Ouest), <http://www.unodc.org/unodc/fr/>

Bureau des Nations Unies pour l'Afrique de l'Ouest, <http://unowa.unmissions.org/>

Organisation Mondiale de la Santé, <http://www.who.int/fr/>

ONUSIDA: <http://www.unaids.org/fr/>

Pour une liste plus complète de sites internet intéressants, veuillez visiter : <http://idpc.net/fr/idpc/liens-utiles>

MODULE 6

Polycopié: Citations d'acteurs clés internationaux et d'Afrique de l'Ouest



« Nous devrions avoir le courage de changer les lois et politiques qui ne sont plus conformes à la réalité »

DUSEGUN OBASANJO
CHAIR OF THE WEST AFRICA COMMISSION
ON DRUGS

#ReformDrugLaws 



« Les dirigeants politiques Ouest-Africains doivent unir leurs efforts avec la société civile pour changer les lois et les politiques qui se sont révélées inefficaces »

PEDRO PIRES
WEST AFRICA COMMISSION ON DRUGS

#ReformDrugLaws 



« Les trafiquants doivent être jugés avec la plus grande fermeté. Cependant l'application de la loi ne doit pas se faire au détriment des personnes pauvres et vulnérables »

DR. ALPHA ABDOULAYE DIALLO
WEST AFRICA COMMISSION ON DRUGS

#ReformDrugLaws 



« L'usage de drogues est un problème de santé publique »

CHRISTINE KAFANGO
WEST AFRICA COMMISSION ON DRUGS

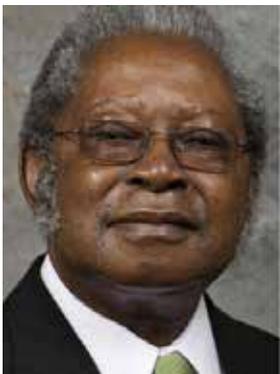
#ReformDrugLaws 



"West Africa must not become a new front line on the failed war on drugs."

DR. MOHAMMAD-MAHMOUD OULD MOHAMEDOU
WEST AFRICA COMMISSION ON DRUGS

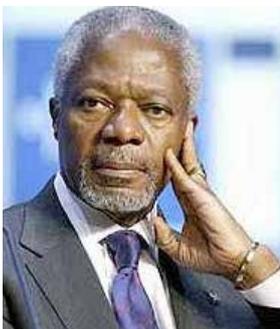
#ReformDrugLaws 



« La criminalisation de l'usage de drogues pèse très lourdement sur les systèmes pénaux »

JUSTICE BANKOLE-THOMPSON
WEST AFRICA COMMISSION ON DRUGS

#ReformDrugLaws 



« Les drogues ont peut-être tué de nombreuses personnes. Mais je réitère que de mauvaises politiques gouvernementales en ont tué bien plus et nous devons les reconsidérer ».

Kofi Annan

President de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues, ex-Secrétaire Général des Nations Unies



« J'invite instamment tous les pays à éliminer les lois, les politiques et les pratiques punitives qui entravent l'action contre le sida [...] Dans de nombreux pays, le cadre juridique institutionnalise la discrimination contre les groupes les plus menacés. Nous devons veiller à ce que les actions contre le sida soient fondées sur des faits et non sur des idéologies et bénéficient à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les plus touchés ».

Ban Ki Moon, Secrétaire général des Nations Unies

Message lors la Journée mondiale de lutte contre le sida, 1er Décembre 2009

Notes:

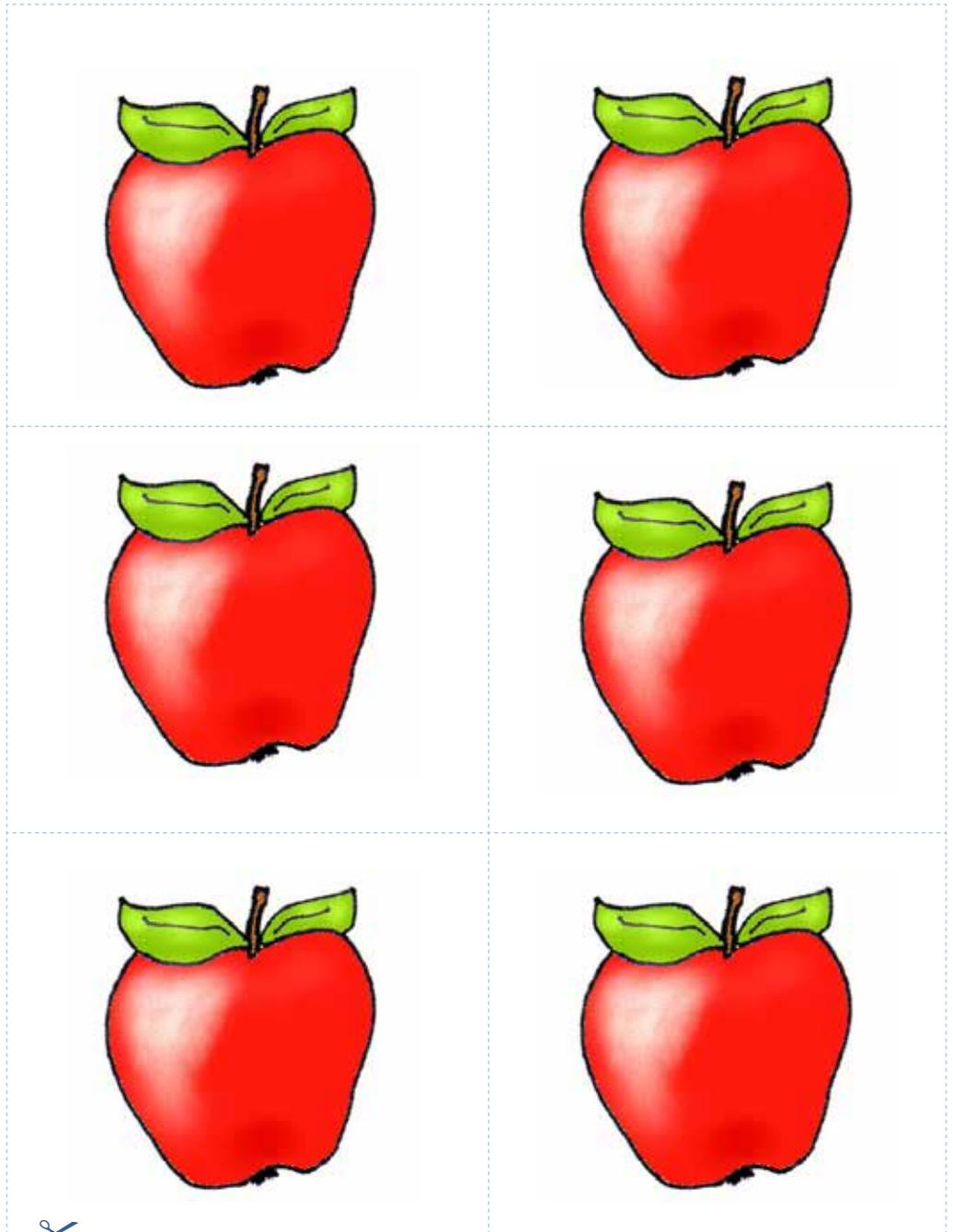
Annexe 1: Activité de premier contact – Trouvez votre partenaire

Découpez les mots associés ci-dessous. Lorsque vous saurez le nombre de participants, assurez-vous d'imprimer un mot par participant. Pliez chaque mot en deux et placez-les dans un sac. Au début de la formation, demandez à chaque participant de piocher un bout de papier et de « trouver son partenaire ».

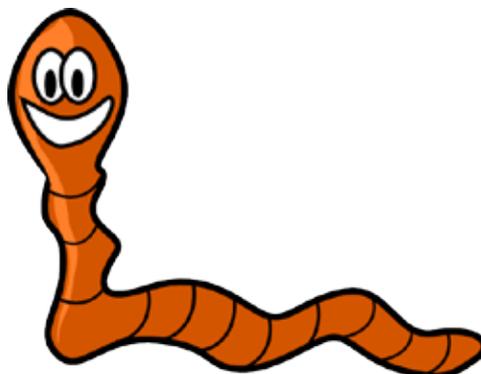
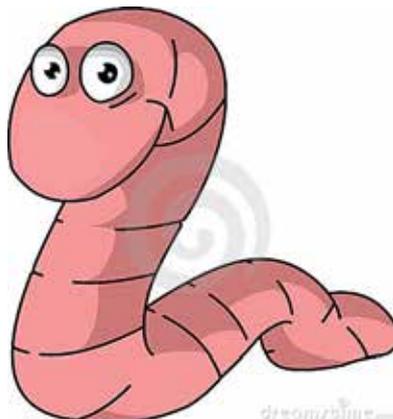
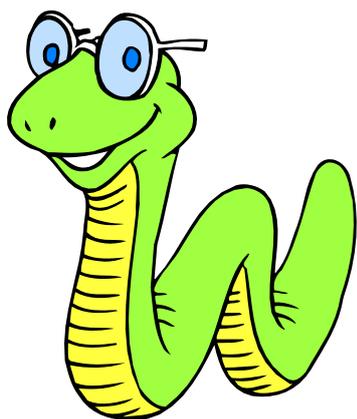
Exemple:

NUIT	JOUR
COUTEAU	FOURCHETTE
SOLEIL	LUNE
NOIR	BLANC
HAUT	BAS
CHAUSSETTE	CHAUSSURE
BROSSE A DENTS	DENTIFRICE
AMOUR	HAINE
BONJOUR	AU REVOIR
GUERRE	PAIX

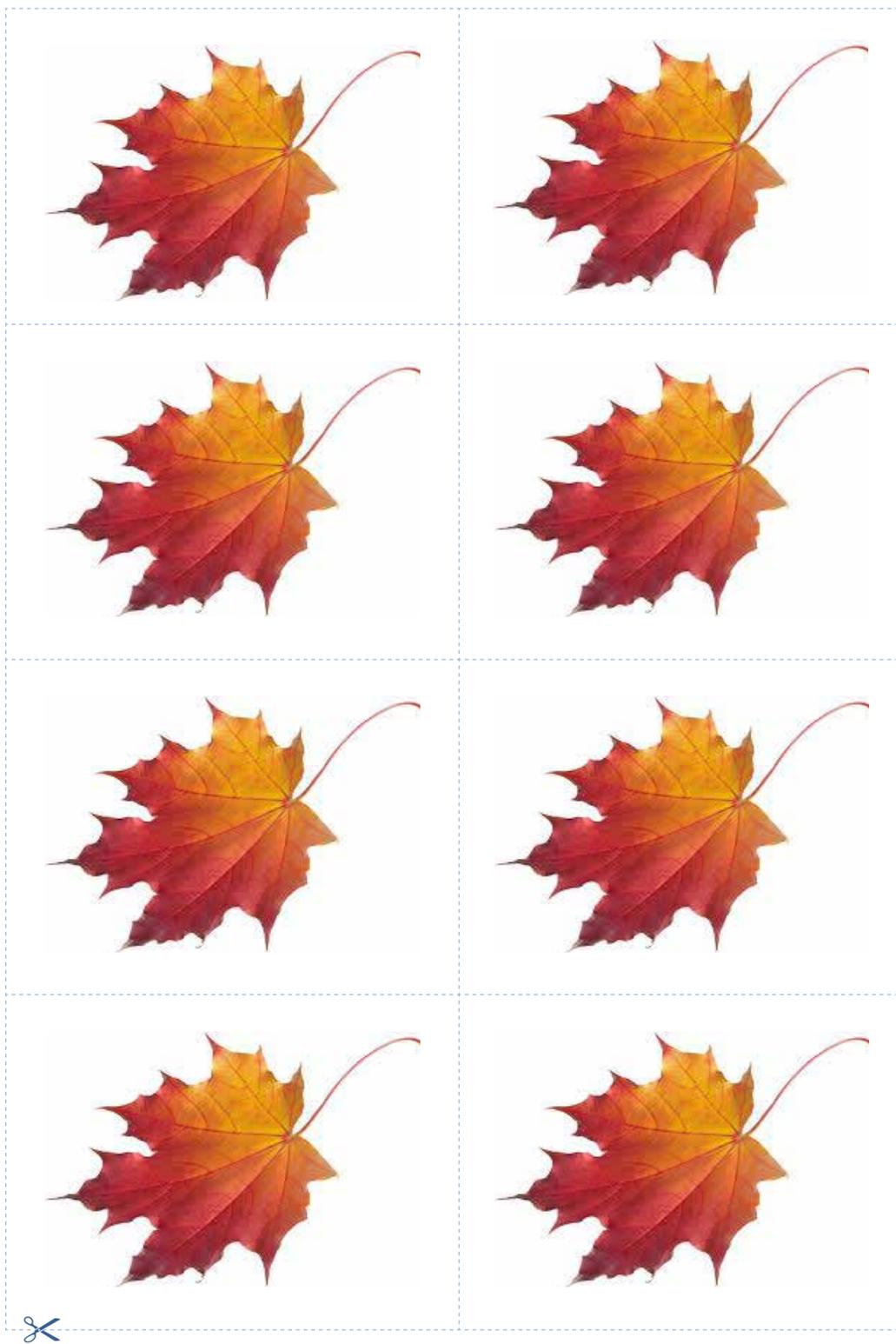
Annexe 2: Pommes pour l'arbre des politiques des drogues équilibrées (Séance 2.2)



Annexe 3: Verres de terre pour l'arbre des politiques des drogues équilibrées (Séance 2.2)



Annexe 4: Feuilles pour l'arbre du traitement de la dépendance à la drogue (Séance 3.9)



Annexe 5: Formulaire de connaissances à remplir avant la formation

L'objectif de ces formations est de renforcer la capacité des organisations de la société civile à s'engager dans des activités de plaidoyer en matière de politiques des drogues, de la prévention et du traitement, de la réduction des risques, de la sécurité et de la gouvernance en Afrique de l'Ouest. Afin de nous permettre de mesurer l'efficacité de ces formations, nous vous serions reconnaissants de compléter ce bref formulaire et de nous le remettre avant l'événement.

Nom: _____

Question 1

Sur une échelle de 1 (pas de connaissances) à 10 (connaissances excellentes), comment noteriez-vous votre niveau de connaissances au sujet du **système international de contrôle des drogues** ? Veuillez encercler le numéro ci-dessous.

Je ne sais rien à ce sujet <<<

>>> Connaissances excellentes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Question 2

Comment noteriez-vous vos connaissances en matière de **réduction des risques** ?

Je ne sais rien à ce sujet <<<

>>> Connaissances excellentes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Question 3

Comment noteriez-vous vos connaissances en matière de **prévention et de traitement de la dépendance à la drogue** ?

Je ne sais rien à ce sujet <<<

>>> Connaissances excellentes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Question 4

Et enfin, comment noteriez-vous vos connaissances relatives aux **manières d'effectuer des activités de plaidoyer dans le domaine de la réforme** politique ?

Je ne sais rien à ce sujet <<<

>>> Connaissances excellentes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Question 5

Etes-vous au courant des recommandations de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues ?

Oui	Pas sur	Non
-----	---------	-----

Question 6

Avez-vous des connaissances sur l'Assemblée Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) ?

Oui	Pas sur	Non
-----	---------	-----

Annexe 5: Formulaire de connaissances à remplir après la formation

L'objectif de ces formations est de renforcer la capacité des organisations de la société civile à s'engager dans des activités de plaidoyer en matière de politiques des drogues, de la prévention et du traitement, de la réduction des risques, de la sécurité et de la gouvernance en Afrique de l'Ouest. Afin de nous permettre de mesurer l'efficacité de ces formations, nous vous serions reconnaissants de compléter ce bref formulaire et de nous le remettre après votre départ.

Name: _____

Question 1

Sur une échelle de 1 (pas de connaissances) à 10 (connaissances excellentes), comment noteriez-vous votre niveau de connaissances au sujet du **système international de contrôle des drogues** ? Veuillez encrer le numéro ci-dessous.

Je ne sais rien à ce sujet <<<

>>> Connaissances excellentes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Question 2

Comment noteriez-vous vos connaissances en matière de **réduction des risques**?

Je ne sais rien à ce sujet <<<

>>> Connaissances excellentes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Question 3

Comment noteriez-vous vos connaissances en matière de **prévention et de traitement de la dépendance à la drogue**?

Je ne sais rien à ce sujet <<<

>>> Connaissances excellentes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Question 4

Et enfin, comment noteriez-vous vos connaissances relatives aux **manières d'effectuer des activités de plaidoyer dans le domaine de la réforme** politique?

Je ne sais rien à ce sujet <<<

>>> Connaissances excellentes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Question 5

Etes-vous au courant des recommandations de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues?

Oui	Pas sur	Non
-----	---------	-----

Question 6

Avez-vous des connaissances sur l'Assemblée Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS)?

Oui	Pas sur	Non
-----	---------	-----

Annexe 6: Formulaire d'évaluation

Pour chacun des domaines suivants, indiquez votre note de 1 (faible) à 5 (excellent) en cochant la case concernée							
CONTENU GENERAL	☹	1	2	3	4	5	☺
La formation a parcouru des sujets utiles							
La formation était pratique et utile pour mes besoins et intérêts							
La formation était bien organisée							
La formation a présenté un bon niveau de difficulté							
Les activités étaient pertinentes et utiles							
Les méthodes de formation utilisées étaient variées							
Il y avait suffisamment d'opportunités pour une participation interactive							
Les éléments visuels et les photocopiés étaient utiles							
Les objectifs de la formation ont été clairement définis							
Les objectifs de la formation ont été atteints							
Le temps imparti pour la formation était suffisant							
PRESENTATION	☹	1	2	3	4	5	☺
Les connaissances de l'animateur étaient satisfaisantes							
L'animateur a présenté le contenu de la formation de façon claire							
L'animateur a présenté le contenu de la formation de façon claire							
L'animateur a bien répondu aux questions							
AUTRES COMMENTAIRES							
Comment cet atelier pourrait-il être amélioré?							
Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions?							
De manière générale, comment évalueriez-vous la formation ? Veuillez encercler votre réponse	Pauvre qualité	Qualité modeste	Bonne qualité	Excellente qualité			

Annexe 7: Modèle de certificat de participation

[AJOUTEZ LE
LOGO DE VOTRE
ORGANISATION]

Certificat de Participation **Formation sur le plaidoyer dans le** **domaine des politiques des drogues**

Nous certifions que [NOM] a terminé la formation sur le plaidoyer dans le
domaine des politiques des drogues, tenu à [ENDROIT],
le [DATE DE LA FORMATION]

[AJOUTEZ LA SIGNATURE
DU DIRECTEUR DE VOTRE
ORGANISATION]

[AJOUTEZ LA SIGNATURE DU
FORMATEUR]

[AJOUTEZ LA SIGNATURE DU
FORMATEUR]

[AJOUTEZ LE NOM DU DIRECTEUR
DE VOTRE ORGANISATION]

[AJOUTEZ LE NOM ET L'AFFILIATION
DU FORMATEUR]

[AJOUTEZ LE NOM ET L'AFFILIATION
DU FORMATEUR]



About IDPC

Le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC) est un réseau mondial d'ONG spécialisés dans les questions relatives à la production, au trafic et à la consommation de drogues. L'IDPC promeut un débat ouvert et objectif sur l'efficacité, la direction et le contenu des politiques nationales et internationales relatives à la drogue, et soutient des politiques basées sur des preuves scientifiques solides et cherchant à réduire les dommages liés à la drogue. L'IDPC produit des documents d'information, diffuse les rapports de ses organisations membres et offre des conseils experts aux responsables politiques à travers le monde.

International Drug Policy Consortium

Fifth Floor, 124-128 City Road
Londres EC1V 2NJ, Royaume-Uni

Tel: +44 (0)20 7324 2975
Email: contact@idpc.net
Site internet: www.idpc.net

© International Drug Policy Consortium Publication 2015

Report design by Mathew Birch - mathew@mathewbirch.com

Design concept by Rudy Tun-Sánchez - rudo.tun@gmail.com
