

2016

L'impact négligé des politiques antidrogues

Réflexions sur ses conséquences en matière de santé publique

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation belge sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en Belgique.

Référence électronique

Citation : Khalid Tinasti, « L'impact négligé des politiques antidrogues. Réflexions sur ses conséquences en matière de santé publique », *Émulations*, en ligne. Mise en ligne le 15 février 2016. URL : <http://www.revue-emulations.net/en-ligne/politiques-drogues-sante-tinasti>

Éditeur : Émulations – Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales
<http://www.revue-emulations.net>

L'impact négligé des politiques antidrogues

Réflexions sur ses conséquences en matière de santé publique

Khalid Tinasti

Chercheur invité, Programme de santé globale, Institut des
hautes études internationales et du développement

Résumé/Abstract

[Fr] Alors que la politique internationale en matière de drogues sera discutée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en avril 2016, les politiques antidrogues des vingt dernières années n'atteignent pas les objectifs annoncés de réduction significative des drogues illicites dans le monde, voire de leur élimination. La production des drogues n'a pas baissé et s'étend à de nouvelles régions, la consommation s'est stabilisée dans les pays à haut revenu et augmente dans les pays en développement, tandis que les organisations criminelles qui détiennent le marché des drogues illicites sont plus prospères que jamais. Cet article se concentre sur les effets des politiques antidrogues répressives et prohibitives sur la santé publique, leur dommage collatéral le plus important, qui engendre de nombreuses autres conséquences sur les droits humains, la dignité et la réduction de la pauvreté. Il traite en particulier de la priorité à donner aux mesures de santé publique dans les politiques relatives aux drogues, afin de mettre fin aux épidémies infectieuses, de développer l'accès aux médicaments essentiels contre la douleur et les dépendances, mais aussi de changer la nature des politiques publiques actuelles et de contenir leurs conséquences, à la fois sur la société en général et sur les populations concernées en particulier.

Mots clés : politiques antidrogues, SEAGNU, droit à la santé, médicaments essentiels, répression des drogues.

[En] As the international drug policy is being discussed ahead of the United Nations General Assembly Special Session on drugs to be held in April 2016, the review of the last 20 years of repressive policies shows that they did not achieve their objective of eliminating or significantly reducing drugs in the world. Drug production is not decreasing and is spreading to new regions of the world; drug consumption has stabilized in high-income countries and is increasing in low and middle-income countries, while criminal organizations that control the black market are as prosperous as ever. This article focuses on the impact of drug enforcement on public health, the most important collateral damage of drug repression, which generates other harms for human rights, human dignity and poverty eradication. The focus is on the prioritization of public health approaches in drug policy, to end infectious and blood-borne diseases, to ensure access to essential controlled medicine, but also to shift current drug policies and contain their consequences on affected populations in particular, as well as on the general population.

Keywords: drug policy, UNGASS, right to health, essential medicine, drug enforcement.

Introduction

Les politiques internationales en matière de drogues, depuis le début du XX^e siècle et l'entrée en vigueur de la Convention internationale de l'opium de La Haye en 1912 (ONUDC, 2009), sont basées sur des principes de prohibition, de répression et d'éradication. Ces politiques se sont intensifiées avec l'entrée en vigueur de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961

et suite à l'appel du président américain Richard Nixon à la « guerre aux drogues » en 1971 (Commission globale de politique en matière de drogues, 2011).

Ces politiques publiques sont basées sur la pénalisation ou la criminalisation de l'usage et de la consommation de drogues, sur la répression indifférenciée des petits trafiquants, des producteurs de drogues et des trafiquants de grande échelle et sur la vision de sociétés sans drogues. Elles n'ont toutefois pas produit les effets attendus et ont été un échec en termes de santé publique, de droits humains et de développement (Wodak, 2001).

En 1998, lors de la tenue de la deuxième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) sur les drogues, tous les pays ont approuvé l'objectif d'éradiquer en dix ans toutes les drogues dans le monde (Nations Unies, 1998). Cette stratégie internationale n'a pas fait référence aux conséquences de la prohibition des drogues sur les droits humains et la santé publique. Ainsi, ce choix politique a donné lieu à une escalade d'agressivité de la part des forces de l'ordre (même si l'Europe occidentale, où des méthodes de réduction des risques ont été appliquées, fut moins touchée¹) et cette agressivité a été suivie d'une diversification des substances, de la création de nouvelles drogues mais, surtout, du développement des organisations criminelles et du trafic, au niveau local et global (Strang *et al.*, 2012). De plus, en s'engageant à éradiquer toute production de pavots à opium dans le monde, les gouvernements ont négligé le fait que ces derniers sont aussi utilisés pour produire la morphine servant à soulager les douleurs de millions de patients à travers le monde (Wodak, 2001).

Ces politiques qui criminalisent l'usage des drogues ne le distinguent pas de l'abus des drogues. En effet, selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2015), l'usage des drogues ne devient « abus » que dans 10 % des cas, tandis que l'usage problématique est défini comme « l'utilisation récurrente de drogues qui cause des torts réels (conséquences négatives) à la personne (y compris la dépendance, mais aussi d'autres problèmes psychologiques, sociaux ou de santé), ou qui place la personne à une forte probabilité/risque de souffrir de tels préjudices » (Thanki, Vicente, 2013). Il s'agit donc là d'usagers dont la prise de drogues illicites se transforme en dépendance influençant à la fois leur état de santé et leur rôle social et économique dans la société.

La négligence de ces aspects liés à la santé publique a également favorisé l'augmentation des infections à VIH et à l'hépatite C, deux épidémies pour lesquelles le monde dispose aujourd'hui des outils nécessaires à leur éradication (Robaey *et al.*, 2013). Cette criminalisation est le fait de politiques publiques qui permettent la promotion de substances psychotropes légales telles que l'alcool et le tabac, mais rendent illicites d'autres substances sans se baser sur la recherche scientifique et sur les effets médicaux et sociaux réels de ces usages. La santé publique semble sortir grande perdante de ces discussions basées sur le contrôle des substances.

Cet article reviendra sur la nécessité de prioriser les mesures de santé publique dans les politiques en matière de drogues au niveau international. Il s'agirait d'une première étape pour en finir avec des politiques publiques qui ne produisent pas les résultats escomptés de défense de la santé mentale et physique des populations. Ces politiques ont permis le développement du marché noir le plus important du monde, la marginalisation de millions d'usagers de drogues et la peur de substances qui s'avèrent pourtant parfois nécessaires au traitement de toute une série de pathologies, surtout dans les pays en développement. Un exemple de substance contrôlée, mais nécessaire aux soins palliatifs, est la morphine, un puissant opiacé utilisé pour traiter les douleurs modérées à sévères selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutefois, à peine 6 % de la consommation mondiale est le fait des populations des pays en développement (Lohman, Amon, 2015).

¹ L'approche de la réduction des risques, entre autres adoptée par les pays d'Europe de l'Ouest et l'Australie, englobe les stratégies visant à réduire les conséquences négatives de l'abus des drogues plutôt qu'à en éliminer l'usage. La réduction des risques se base sur plusieurs approches pour réduire le risque d'infections, de surdoses ou d'autres conséquences négatives liées à l'abus des drogues. Ces approches peuvent être médicales ou sociales et incluent notamment les programmes d'échange de seringues (PES), le traitement de substitution aux opiacés (TSO) ou l'aide au logement et à la réintégration sociale des usagers dépendants (INSERM, 2010).

Dix-huit ans après la validation d'un programme d'éradication des drogues, les stratégies de répression, de prévention ou de traitement de l'usage des drogues n'ont donc pas démontré leur efficacité dans la réduction de l'usage ou de l'addiction aux drogues illicites (Reuter, 2009). Aujourd'hui, alors que se tiendra une nouvelle SEAGNU sur les drogues en 2016, les gouvernements du monde se retrouvent en position de devoir réduire les dommages liés non seulement aux substances, mais aussi aux politiques publiques, qui représentent de réels risques sanitaires et sociaux pour les usagers de substances illicites et pour le reste de la population (Annan, 2015).

1. Les mécanismes internationaux de contrôle des drogues

Les politiques en matière de drogues, au niveau mondial, sont régies par trois conventions des Nations Unies : la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Convention sur les substances psychotropes de 1971 et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes de 1988. Ces trois conventions comportent les éléments de contrôle des drogues que les pays appliquent au niveau national, mais aussi les modalités de la coopération internationale, car la production, la consommation ou le trafic des drogues ne se cantonnent pas aux frontières nationales et concernent tous les pays sous différentes formes.

Les États membres des Nations Unies et parties à ces conventions se dotent, par des mécanismes de négociations et de recherche de consensus, de plans d'actions décennaux reprenant les politiques à suivre au sein de la Commission des stupéfiants (CND), un organe subsidiaire du Conseil économique et social des Nations Unies, dont les décisions sont soumises chaque année à l'approbation de l'Assemblée générale. Plus important encore, les conventions sur les drogues de 1961 et de 1971 établissent dans leurs préambules que leurs priorités sont la protection des humains face aux dangers de la drogue, la disponibilité des drogues pour des raisons médicales, scientifiques et pour soulager la douleur, ainsi que la priorisation de la santé physique et mentale de l'humanité (Nations Unies, 1961). Les conventions disposent chacune de tableaux où sont classées les drogues selon leur dangerosité, mais aussi leur valeur médicale. Ces conventions ont aussi créé les organes de contrôle des drogues au niveau international et ont déterminé le rôle de chacun, qu'il s'agisse du Conseil économique et social, à travers la CND, qui est l'assemblée politique de prise de décisions entre pays, du Secrétaire général des Nations Unies qui représente le secrétariat de l'organisation, de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), qui est le gendarme mondial de l'application à la lettre des conventions ou de l'OMS, qui est quant à elle en charge de l'évaluation scientifique des drogues avant qu'elles ne soient éventuellement intégrées aux tableaux de contrôle des conventions suite aux décisions politiques de la CND.

Concrètement, les politiques antidrogues internationales sont conçues autour de trois approches : la réduction de la demande, la réduction de l'offre, ainsi que la lutte contre le blanchiment et le développement de la coopération judiciaire (Nations Unies, 2009). Ces mesures ont pour objectif l'élimination complète des drogues ou, à tout le moins, la réduction significative de leur disponibilité. La CND, même si son mandat est limité au contrôle et sa composition à 53 pays, a en charge tout le processus de prise de décision politique et, surtout, a le fin mot de toute discussion (ONU DC, 2013), reléguant ainsi au second plan tous les autres organes des Nations Unies, mais aussi les scientifiques et la société civile. La commission est aussi l'organe directeur de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONU DC), son bras armé chargé des questions techniques.

2. La répression et la santé publique sont-elles antagonistes ?

Les politiques actuelles en matière de drogues sont conçues en fonction des risques que représentent les drogues pour les usagers et la population dans son ensemble, tels que la dépendance, les effets négatifs sur la santé, physique ou mentale, mais aussi à partir de l'évaluation de la

valeur médicale des substances (risques établis par le groupe d'experts de l'OMS avant de permettre la classification des drogues dans les tableaux des conventions internationales de 1961 et de 1971), et non pas en tenant compte des vulnérabilités des personnes qui sont en danger en consommant ou commercialisant les drogues (Barrett, 2010). Les politiques en matière de drogues doivent être abordées de manière interdisciplinaire, car elles touchent à presque tous les domaines du développement, allant de l'éradication de la pauvreté à la santé publique, en passant par l'agriculture, l'État de droit, les droits humains et les droits des femmes, les droits des minorités, la sécurité, la justice ou la dignité de tous. C'est la santé publique qui paie le plus lourd tribut suite aux politiques répressives, car la répression renforce les inégalités face à l'accès aux soins (la criminalisation des usagers et la peur d'être arrêtés les éloignant des systèmes de santé), affaiblit les efforts de prévention et marginalise les usagers de drogues.

Un bilan assez lourd peut être établi lorsque l'on s'intéresse aux conséquences des drogues sur la santé des usagers, mais aussi de la population en général. Cependant, les conséquences des politiques publiques ne sont pas moins graves, comme nous allons le mettre en évidence ci-dessous.

En premier lieu, le monde traverse une grave crise de disponibilité de certains médicaments dits « essentiels »², nécessaires entre autres pour le traitement des douleurs, les soins palliatifs, l'anesthésie et les problèmes neurologiques. Selon les estimations mondiales (OICS, 2014), des millions de personnes n'ont pas accès aux médicaments qui contiennent des substances contrôlées par les conventions sur les drogues et 5,5 milliards de personnes vivent dans des pays où l'accès à ces médicaments est difficile, voire impossible (Seya *et al.*, 2011). La lutte antidrogue empêche dès lors, combinée à des problèmes administratifs et à la faiblesse des systèmes de santé dans les pays en développement, l'accès de millions de patients à des traitements efficaces et scientifiquement éprouvés (Lohman, Amon, 2015).

L'accès aux médicaments contenant des substances sous contrôle souffre de plusieurs obstacles liés aux politiques antidrogues, dont le premier est la peur de la dépendance aux opiacés et de leur détournement vers le marché noir. Toutefois, les données disponibles, même si elles sont limitées, établissent que seulement 0,43 % des patients sans antécédents de « mésusage » ont abusé de leurs médicaments et à peine 0,05 % d'entre eux ont développé une dépendance aux opiacés (Noble *et al.*, 2010). Dans plusieurs lois nationales antidrogues, en effet, la responsabilité des gouvernements à assurer la disponibilité des médicaments sous contrôle est incluse, selon les règles dictées par les conventions internationales. Cependant, plusieurs lois (en Amérique latine, en Asie et en Afrique) ne différencient pas le syndrome de dépendance et celui de sevrage, tout en limitant l'importation des médicaments et des substances, ainsi que la capacité des médecins à les prescrire et la durée de prescription (Pain & Policy Studies Group, 2013).

Le second obstacle se trouve dans les contraintes de la convention internationale de 1961 qui, dans ses articles 12, 21 et 31, prévoit le régime des évaluations, celui d'import-export des substances et l'exigence de fournir des estimations de la consommation de médicaments sous contrôle (Nations Unies, 1961). Les pays importateurs ne doivent pas importer une quantité plus importante des substances que celle consommée pour des raisons médicales et scientifiques. Toutefois, les pays adressent à l'OICS des estimations qui ne couvrent pas leurs besoins médicaux, car elles sont souvent basées sur la consommation nationale de médicaments sous contrôle de l'année précédente, auquel cas l'approvisionnement insuffisant se perpétue (Commission globale de politique en matière de drogues, 2015). Alors que les chiffres officiels de consommation des opiacés devraient être multipliés par six pour atteindre les besoins médicaux mondiaux de traitement de la douleur (Seya *et al.*, 2011), l'OICS ne pousse pas les pays à revoir leurs systèmes de régulation, mais épingle ceux qui importent ou exportent plus de substances que les estimations nationales (OICS, 2014).

En second lieu, les politiques en matière de drogues ont contribué à l'explosion de l'infection au VIH et à l'hépatite C chez les usagers de drogues. Sur les seize millions d'injecteurs de

² L'OMS produit chaque année une « Liste modèle des médicaments essentiels » (LME) pour aider les autorités nationales à constituer leurs propres listes de médicaments dits essentiels pour le soin des populations. Cette liste contient douze médicaments qui sont sous contrôle international des conventions de drogues, dont la méthadone et la morphine.

drogues dans le monde, environ dix millions sont infectés par l'hépatite C, alors que la prévention de la maladie est aisée, peu chère et efficace (Prevost *et al.*, 2015). Concernant le VIH, la prévalence chez les injecteurs de drogues est 28 fois plus élevée qu'auprès de la population générale et le partage de matériel d'injection est responsable de 30 % des nouvelles infections en dehors de l'Afrique sub-saharienne (ONUSIDA, 2014), ce qui fait des injecteurs de drogues la population la plus à risque au VIH. Il existe pourtant des mesures de réduction des risques incluant des échanges de seringues et des thérapies de substitution, approuvées par la communauté internationale ainsi que par la CND.

Ces programmes de réduction des risques représentent un choix politique, idéologique, mais aussi financier. En effet, il est estimé qu'une riposte adéquate à l'épidémie entre injecteurs devait coûter 2,3 milliards de dollars en 2015, baissant à 1,5 milliard de dollars en 2020 (Schwarzländer *et al.*, 2011). Ces sommes peuvent apparaître importantes, mais doivent toutefois être comparées aux 100 milliards de dollars dépensés chaque année pour la répression alors que seuls 7 % des besoins globaux de réduction des risques sont couverts, soit à hauteur d'un montant de 160 millions de dollars. (Harm Reduction International, 2014).

Ces chiffres montrent que les manquements à la santé publique, partout dans le monde, sont les dommages collatéraux des politiques répressives en matière de drogues. S'agissant du VIH, les politiques de riposte à l'épidémie chez les injecteurs de drogues sont donc la cause de l'échec. Alors que tous les outils pour réussir existent, la répression des usagers les éloigne des services de santé. En effet, les mesures de réduction des risques ont permis à l'Europe occidentale d'arriver à une proportion de nouvelles infections de moins de 1 % dans cette population (Dutta *et al.*, 2012). Le choix de tourner le dos à ces mesures dans d'autres parties du monde est idéologique, et non basé sur des faits scientifiques. Quant aux médicaments contre la douleur, la peur des drogues a engendré l'installation d'une situation où il est préférable de laisser des millions de personnes sans traitement et dans la souffrance, plutôt que d'alléger les réglementations nationales de distribution des opiacés et de revoir le système international d'import-export des drogues.

3. Vers une confrontation des mécanismes du droit international

Il existe plusieurs domaines relatifs à la santé publique dans lesquels les mesures de contrôle des drogues et leurs mécanismes internationaux entrent en conflit direct avec les engagements des pays dans d'autres traités internationaux. Deux conflits sont ici traités : l'un entre les conventions sur les drogues et la déclaration politique sur le VIH/sida, l'autre entre les mesures de contrôle des drogues et le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'il est possible d'atteindre.

Il s'agit du droit à la santé, qui est un élément fondateur des droits humains, consacré par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, ainsi que par la Constitution de l'OMS (HCDH, 2009). Ce mécanisme des droits humains prévoit une liste d'obligations fondamentales en matière de santé pour tous les pays du monde, dont l'accès aux médicaments essentiels (CDESR, 2000). Pourtant, ces médicaments se composent, pour douze d'entre eux, de substances contrôlées dans les tableaux des conventions internationales sur les drogues. La quantité de ces substances produite ou importée doit être déclarée chaque année par les pays, comme les y obligent les conventions sur les drogues de 1961 et de 1971, afin de prévenir leur détournement en usage illicite (OICS, 2007). Les conventions mondiales imposent des barrières légales à l'importation ou à la production des drogues, par le biais de législations, de l'administration et des systèmes de santé nationaux, alors que la plupart des pays à revenus bas ou moyens n'ont pas accès aux quantités nécessaires pour traiter leurs patients (Seya *et al.*, 2011).

Comme expliqué plus haut, les pays, selon les articles 21 et 31 de la convention unique sur les stupéfiants de 1961, sont dans l'obligation d'informer l'OICS, par des formulaires manuscrits, de la quantité de substances dont ils ont besoin pour le traitement médical ou la recherche scientifique. L'OICS s'assure que les pays n'importent, ne produisent et n'exportent pas plus

que les besoins qu'ils déclarent. La lourdeur administrative liée à ces procédures ainsi qu'aux obligations liées aux contrôles des substances dans les pays, dont les contraintes imposées aux professionnels de la santé dans la prescription, mais aussi le coût administratif, débouchent sur un manque de disponibilité de ces traitements.

Alors que la Convention unique de 1961 prévoit bien dans son préambule la disponibilité des drogues pour des raisons médicales, ses articles, juridiquement contraignants, ne se focalisent que sur l'aspect du contrôle. Le droit à la santé et le contrôle des drogues se retrouvent dès lors dans une confrontation qui ne bénéficie pas aux patients.

De la même manière, la déclaration politique sur le VIH/sida de 2011, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, prévoyait de réduire de 50 % la transmission du VIH chez les injecteurs de drogues d'ici 2015, sur la base des données datant de 2001 (Nations Unies, 2011). Cette même déclaration notait que les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida de plusieurs pays ne mettaient pas l'accent sur les personnes qui s'injectent des drogues, alors qu'ils représentent la population la plus exposée. Aussi, les agences techniques mondiales ont mis en place un guide technique de neuf mesures de réduction des risques afin d'arrêter l'épidémie à VIH chez les injecteurs (OMS, 2009), un document qui a été approuvé par les pays de la CND, mais dont le contenu n'a pas été mis en œuvre. En atteignant certains des objectifs de leur stratégie sur le VIH en 2015, les Nations Unies ont reconnu que, en 2013, le nombre de nouvelles contaminations par le VIH parmi les injecteurs de drogues n'a baissé que de 10 %, loin donc de l'objectif des 50 % prévus (ONUSIDA, 2014). Concernant le VIH, deux déclarations politiques sont en conflit : l'une qui vise à donner aux usagers de drogues les moyens de protéger leur santé et, par conséquent, celle de toute la population, et l'autre qui a pour objectif de les criminaliser et de les incarcérer.

Conclusion

Les modèles de contrôle des substances psychoactives et les mesures d'accès aux médicaments essentiels sous contrôle n'ont pas donné les résultats escomptés (Reuter, 2009 ; Greenfield, Paoli, 2012), à savoir la réduction significative ou l'élimination des drogues dans le monde ou, du moins, de leur usage récréatif. De plus, les politiques antidrogues actuelles, basées sur les lois internationales de contrôle des drogues, rentrent en conflit avec le contenu d'autres lois internationales relatives aux droits humains ou conçues en riposte à l'épidémie du sida. Le contrôle des drogues n'est pas équilibré. Il ne prend pas en compte la nécessité de mettre en œuvre des mesures de santé publique afin d'atteindre les objectifs de protection de la santé physique et mentale de tous, comme l'impliquent les préambules des conventions sur les stupéfiants et sur les substances psychotropes de 1961 et de 1971.

Les politiques de contrôle des drogues ne différencient pas non plus le syndrome de dépendance du syndrome de sevrage, ce qui conduit à des politiques qui restreignent l'accès et la disponibilité des médicaments essentiels sous contrôle, nécessaires pour le traitement de la douleur et pour les soins palliatifs. En outre, la confusion dans certaines lois nationales qui traitent les usagers de drogues de « malades » amène à ne pas distinguer l'usage problématique et la dépendance qui requièrent des traitements et des soins, et l'usage récréatif occasionnel qui ne produit pas d'effets néfastes sur la santé.

Aussi, la distribution des ressources allouées au contrôle des drogues n'est pas équilibrée : elles permettent le financement des actions des forces de l'ordre contre les stupéfiants, mais ne consacrent que peu de moyens aux mesures de santé publique.

Face à cette situation, plusieurs pays ont appelé à la tenue d'une troisième SEAGNU sur les drogues en 2016, afin de sortir le débat de la CND et de l'élever au niveau politique de l'Assemblée générale (Nations Unies, 2012). La SEAGNU permet aussi d'impliquer d'autres agences des Nations Unies dans le débat et, ainsi, d'approcher les drogues de manière horizontale pour réaliser le bilan des politiques de santé, de développement, d'éducation, d'éradication de la pauvreté, des droits des femmes et de l'environnement. La SEAGNU offrira également une occasion de changer les priorités en matière de drogues et de se focaliser sur la réduction

des risques liés aux substances, à leurs modes d'usage, mais aussi à leur contrôle. Qui plus est, la SEAGNU aura lieu en avril 2016, quelques mois après l'adoption des Objectifs du développement durable (ODD), en septembre 2015, qui établissent le cadre international dans lequel doivent s'intégrer toutes les politiques publiques. Il s'agira, comme l'a précisé le Secrétaire général des Nations Unies, de chercher à établir des politiques basées sur la durabilité, mais aussi sur l'inclusion, qui ne « laissent personne sur le bord de la route » (Nations Unies, 2014).

Bibliographie

- ANNAN K. (2015), *Speech of Commissioner Kofi Annan, 68th World Health Assembly*, Genève, Commission globale de politique en matière de drogues.
- BARRETT D. (2010), « Security, development and human rights. Legal normative and policy challenges to the international drug control system », *International Journal on Drug Policy*, vol. 21, n° 2, p. 140-144.
- COMITÉ DES DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS, CDESR (2000), *Observation générale 14, E/C.12/2000/4. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Genève, Conseil des droits de l'homme.
- COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES (2011), *La guerre aux drogues*, Genève, Commission globale de politique en matière de drogues.
- COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES (2015), *The Negative Impact of Drug Control on Public Health: the Global Crisis of Avoidable Pain*, Genève, Commission globale de politique en matière de drogues.
- DUTTA A., WIRTZ A. L., BARAL S., BEYRER C., CLEGHORN F. (2012), « Key harm reduction interventions and their impact on the reduction of risky behavior and HIV incidence among people who inject drugs in low-income and middle-income countries », *Current opinion in HIV & AIDS*, vol. 7, n° 4, p. 362–368.
- GREENFIELD V.A., PAOLI L. (2012), « If supply-oriented drug policy is broken, can harm reduction help fix it? Melding disciplines and methods to advance international drug-control policy », *International Journal on Drug Policy*, vol. 23, n° 1, p. 6–15.
- HARM REDUCTION INTERNATIONAL (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*, Londres, Harm Réduction International.
- HCDH (2009), *Le droit à la santé, fiche d'information n 31*, Genève, Haut-Commissariat aux droits de l'Homme.
- INSERM (2010), *Réduction des risques chez les usagers de drogues*, Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- LOHMAN D., AMON J. (2015), « Evaluating a Human Rights-Based Advocacy Approach to Expanding Access to Pain Medicines and Palliative Care: Global Advocacy and Case Studies from India, Kenya, and Ukraine », *Health and Human Rights Journal*, vol. 17, n° 2, p. 149–165.
- NATIONS UNIES (1961), *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*, New York, Nations Unies.
- NATIONS UNIES (2009), *Déclaration politique et plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue*, Vienne, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- NATIONS UNIES (1998), *Déclaration politique sur le contrôle global des drogues*, New York, Nations Unies.

- NATIONS UNIES (2011), *Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida*, New York, Nations Unies.
- NATIONS UNIES (2012), *Résolution 69/201 : Coopération internationale face au problème mondial de la drogue*, New York, Nations Unies.
- NATIONS UNIES (2014), *Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 sustainable development agenda, the road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet*, New York, Nations Unies.
- NOBLE M., TREADWELL J. R., TREGEAR S. J., COATES V. H., WIFFEN P. J. ET AL. (2010), « Long-term opioid management for chronic noncancer pain », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1, p. 1-68.
- OICS (2007), *Principes directeurs pour l'importation et l'exportation d'étalons de référence de drogues et de précurseurs à l'usage des laboratoires nationaux d'analyse des drogues et des autorités nationales compétentes*, Vienne, Organe international de contrôle des stupéfiants.
- OICS (2014), *Rapport 2014*, Vienne, Organe international de contrôle des stupéfiants.
- OMS (2009), *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ONUDD (2013), *Commission des stupéfiants, mandat et fonctions*, Vienne, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- ONUDD (2015), *Rapport mondial sur les drogues 2015*, Vienne, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- ONUDD (2009), *Convention internationale de l'opium de La Haye de 1912*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. En ligne, consulté le 25 novembre 2015. URL : <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/the-1912-hague-international-opium-convention.html>.
- ONUSIDA (2014), *Point 11 de l'ordre du jour. Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables*, Genève, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
- ONUSIDA (2014), *The Gap Report*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
- PAIN & POLICY STUDIES GROUP (2013), *Improving Global Opioid Availability for Pain & Palliative Care: A Guide to a Pilot Evaluation of National Policy*, Madison, University of Wisconsin Carbone Cancer Center.
- PREVOST T. C., PRESANIS A. M., TAYLOR A., GOLDBERG D. J., HUTCHINSON S. J., DE ANGELIS D. (2015), « Estimating the number of people with hepatitis C virus who have ever injected drugs and have yet to be diagnosed: an evidence synthesis approach for Scotland », *Addiction*, vol. 110, n° 8, p. 1287-1300.
- REUTER P. (2009), « Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals », *Addiction*, vol. 104, n° 4, p. 510-517.
- ROBAEYS G., GREBELY J., MAUSS S., BRUGGMANN P., MOUSSALLI J. ET AL. (2013), « Recommendations for the Management of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Inject Drugs », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 57, p. S129-S137.

SCHWARTLÄNDER B., STOVER J., HALLETT T., ATUN R., AVILA C. *ET AL.* (2011), « Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS », *The Lancet*, vol. 377, n° 9782, p. 2031-2041.

SEYA M. J., GELDERS S. F., ACHARA O. U., MILANI B., SCHOLTEN W. K. (2011), « A First Comparison between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional and Global Level », *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, vol. 25, n° 1, p. 6-18.

STRANG J., BABOR T., CAULKINS J., FISCHER B., FOXCROFT D. *ET AL.* (2012), « Drug policy and the public good: evidence for effective interventions », *The Lancet*, vol. 379, n° 9810, p. 71-83.

THANKI D., VICENTE J. (2013), *PDU (Problem drug use) revision summary*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), Lisbonne.

WODAK A. (2001), « Drug Laws: War on drugs does more harm than good », *British Medical Journal*, vol. 13, n° 323, p. 866.