

TRANSFORM
Drug Policy Foundation

aidq Association des intervenants
en dépendance du Québec

FÉDÉRATION
ADDICTION | Prévenir
Réduire les risques
Soigner

feda fédération
drogues
addictions
RXL

GREAA
GROUPEMENT ROMAND D'ÉTUDES DES ADDICTIONS



Comment réguler les **Stimulants ?**

Un guide pratique

TRANSFORM
Drug Policy Foundation

aidq Association des intervenants
en dépendance du Québec

FÉDÉRATION
ADDICTION | Prévenir
Réduire les risques
Soigner

fēda fédération
drogues
addictions
RXL

GREAA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

Comment réguler les **Stimulants ?**

Un guide pratique

TRANSFORM

Drug Policy Foundation

La *Transform Drug Policy Foundation* est une organisation à but non lucratif basée au Royaume-Uni qui œuvre au niveau international pour promouvoir une réforme de la politique en matière de drogues. Nous voulons créer un monde où la politique des drogues favorise la santé, protège les personnes vulnérables et place la sécurité au premier plan. La régulation des drogues est essentielle pour atteindre ces objectifs. Parce que la politique en matière de drogues affecte l'ensemble de la société, nous travaillons avec des décideurs politiques, des organisations à but non lucratif, des services et des spécialistes du plaidoyer actifs dans les secteurs de la politique liés à la santé, à la criminalité et au domaine social. Nous travaillons également directement avec les familles et les individus qui souhaitent faire évoluer de manière positive la politique en matière de drogues.

Depuis plus de vingt ans, nous affirmons que, pour mettre fin à la guerre contre la drogue, il est nécessaire de développer des alternatives politiques concrètes et appuyées sur des preuves. *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation*, publiée en 2009, présentait pour la première fois ce à quoi pourrait ressembler un système de régulation global. Notre livre *How to Regulate Cannabis: A Practical Guide* a influencé les défenseurs et les décideurs politiques du monde entier. Ce nouvel ouvrage, généreusement soutenu par plus de 200 donateurs, vise à faire avancer le débat dans le domaine des stimulants.

Transform Drug Policy Foundation est une organisation à but non lucratif (#1100518) et une société à responsabilité limitée (#4862177) enregistrée au Royaume-Uni.

www.transformdrugs.org
www.anyoneschild.org

✕ @TransformDrugs
✕ @AnyonesChild



La traduction francophone de cet ouvrage a été réalisée grâce à la collaboration de quatre organisations majeures du domaine des addictions dans l'espace francophone: l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ) au Canada, la Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions (féda bxl) en Belgique, la Fédération Addiction en France et le Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA) en Suisse. Ce partenariat transnational illustre l'engagement commun de ces organisations en faveur d'une politique des drogues fondée sur la santé publique et les droits humains.

L'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

L'AIDQ est une association provinciale dédiée au soutien et à l'évolution des pratiques d'intervention. Elle réunit les forces vives du réseau spécialisé québécois. L'AIDQ a pour mission de soutenir, développer et promouvoir les pratiques d'intervention dans la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et la réinsertion sociale des personnes aux prises avec une dépendance et celles à risque de le devenir. Elle favorise une approche holistique intégrant les usages non problématiques et s'efforce d'inspirer une culture plus inclusive, basée sur le respect, l'ouverture et le partage d'expertises à travers la formation, la concertation et le développement des compétences.

La Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions (féda bxl)

La féda bxl rassemble 31 institutions actives à Bruxelles dans l'information, la prévention, la réduction des risques, les soins, l'accompagnement et l'épidémiologie relatives aux consommations de substances psychoactives et

aux addictions. La fédération se caractérise par la diversité de ses membres : services de consultation ambulatoire, centres résidentiels, services d'information, maisons d'accueil socio-sanitaires, projets de réinsertion et institutions spécialisées. Elle développe, entre autres, un plaidoyer pour un changement de paradigme et une évolution du cadre légal de la gestion du phénomène des drogues dans tous les champs concernés (santé, social, économie, justice, droit humains, etc).

La Fédération Addiction

La Fédération Addiction est le premier réseau français d'addictologie, regroupant 850 établissements et services de santé ainsi que plus de 500 adhérent·le·s individuel·le·s. Elle rassemble les principales structures et professionnel·le·s du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques. La Fédération milite pour un changement de paradigme en matière de politique des drogues, privilégiant une logique de continuum entre prévention, réduction des risques et soins, et valorisant les démarches participatives. Elle promeut une régulation de l'accès aux produits et un déploiement effectif de la réduction des risques plutôt que la prohibition.

Le Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA)

Le GREA est une plateforme de réflexion et d'action dans le domaine des addictions en Suisse romande. Créé en 1964, il regroupe les institutions et professionnel·le·s engagé·e·s dans la prévention, la réduction des risques, l'accompagnement et la réinsertion sociale. Le GREA développe des projets innovants à l'intersection des questions de santé publique, de politique sociale et de droits humains. Il joue un rôle central dans la promotion d'approches pragmatiques et respectueuses des personnes concernées par les usages de substances psychoactives.

www.grea.ch

www.aidq.org

www.fedabxl.be

www.federationaddiction.fr

Sommaire

| | | | |
|---|-----------|--|------------|
| Préface | 10 | | |
| de Ruth Dreifuss | | | |
| Introduction à l'édition française | 12 | | |
| Notes sur la traduction | 16 | | |
| 1 Pourquoi réguler les stimulants ? | 19 | 2 Les aspects pratiques de la régulation | 61 |
| Qu'est-ce que les stimulants ? | 24 | Quantifier les risques liés aux substances | 64 |
| Le rôle de la prohibition | 25 | Les leviers politiques à la disposition du gouvernement | 66 |
| Qu'est-ce que la régulation ? | 29 | Monopole d'État dans le secteur du commerce de détail | 115 |
| Principes de la régulation | 35 | Principes généraux | 119 |
| Cinq modèles de régulation | 39 | Le modèle standard | 120 |
| Régulation et motivations de la consommation de stimulants | 43 | 3 MDMA | 125 |
| Équilibrer des priorités contradictoires | 47 | Qu'est-ce que la MDMA ? | 127 |
| Reconnaître les limites de la régulation | 52 | L'histoire | 128 |
| Peut-on relever le défi ? | 58 | Effets | 150 |
| | | Habitudes de consommation | 151 |
| | | Risques | 155 |
| | | Modèle de réglementation proposé | 162 |

| | | | |
|--|------------|--|------------|
| 4 Amphétamines | 169 | Modèle de réglementation proposé pour le crack | 260 |
| Qu'est-ce que les amphétamines ? | 171 | Une approche pragmatique à trois niveaux | 266 |
| L'histoire | 176 | | |
| Effets | 183 | | |
| Habitudes de consommation | 184 | | |
| Risques | 195 | | |
| Modèle de réglementation proposé | 199 | | |
| ÉTUDE DE CAS | | | |
| BZP : La réglementation révolutionnaire d'un stimulant légal | 204 | | |
| 5 Cocaine et produits à base de coca | 213 | 6 Développement durable et régulation équitable | 269 |
| Qu'est-ce que la cocaïne ? | 215 | Passage aux marchés régulés | 276 |
| Aperçu historique | 218 | | |
| Effets | 226 | ÉTUDES DE CAS | |
| Habitudes de consommation | 227 | Guinée-Bissau | 285 |
| Risques | 233 | Colombie | 289 |
| Modèle de régulation proposé pour la cocaïne en poudre | 241 | Repenser le développement alternatif : une alternative à la coca illégale et à la guerre contre la drogue | 294 |
| Modèles de réglementation proposés pour les préparations de cocaïne moins fortes | 250 | ÉTUDES DE CAS | |
| | | Bolivie | 298 |
| | | Roxana Argandoña, cultivatrice de coca | 301 |
| | | Commerce équitable | 304 |
| | | Passer de la « responsabilité partagée » pour l'éradication à la « responsabilité partagée » pour une régulation équitable | 307 |

7 Réduction des risques en matière de stimulants 313

Exemples de bonnes pratiques 320

Kits de fumage plus sécuritaires 321

Prévention des risques sexuels 323

Interventions axées sur les femmes 325

Salles de consommation de drogues 326

Autorégulation 329

Housing first 330

Substitution 333

Interventions de proximité avec des pairs 337

Centres d'accueil 339

Analyse de drogues 341

Interventions en ligne 343

Interventions thérapeutiques 344

8 Se repérer dans le système de contrôle des drogues de l'ONU 347

Réforme des traités 350

Une nouvelle convention-cadre unique 354

Modifier les conventions existantes en matière de contrôle des drogues 358

Retrait (avec la possibilité d'une réadhésion avec réserve) 359

Non-conformité respectueuse 361

Modification *inter se* des conventions? 362

Remerciements 364



Préface

Ruth Dreifuss

**Membre fondatrice de la Commission
globale de politique en matière de drogues**
Ancienne Présidente de la Confédération Suisse

L'approche mondiale en matière de drogues a longtemps été dominée par la prohibition mais des décennies d'expérience montrent que cette stratégie n'a pas atteint ses objectifs. La prohibition n'a pas empêché l'usage de drogues, elle a au contraire favorisé la production et le trafic de produits de plus en plus toxiques, des comportements plus risqués et la stigmatisation et les discriminations de communautés vulnérables. La violence et l'emprise des organisations criminelles ont durement impacté les populations les plus pauvres et les plus marginalisées, notamment dans les régions qui s'adonnent à la culture de pavots, de coca et de chanvre et celles qui se trouvent sur les routes du trafic international.

Au cours des dernières décennies, la dépénalisation de la consommation et des actes préparatoires pour le propre usage, les mesures de réduction des risques et les traitements scientifiquement éprouvés ont démontré leur efficacité. Pourtant, de nombreux dommages restent enracinés dans la prohibition elle-même. Forte de quarante ans d'expériences en matière de

politiques de drogues, que ce soit au niveau local, national ou international, je suis convaincue qu'il est urgent de réformer le système international de contrôle des stupéfiants et les politiques répressives de très nombreux pays. Les réponses aux problèmes liés aux drogues doivent donner la priorité à la santé, au respect des droits humains, à la justice sociale et au développement durable.

Une étape essentielle consiste à mettre fin à la criminalisation des personnes qui consomment des drogues. Soutenue par la Position commune des Nations Unies sur les drogues en 2019, laissée à la libre appréciation des Etats par les Conventions internationales de contrôle des stupéfiants, la dépénalisation progresse dans nombre de pays. Elle ne répond cependant qu'en partie au défi, car le marché illégal des drogues continue de prospérer. Seule la régulation légale offre une voie pour réduire l'emprise des organisations criminelles et renforcer la sécurité publique. Loin d'encourager l'usage des drogues, elle permet de promouvoir la prévention de consommations problématiques et de prévenir les risques liés aux substances dangereuses, trafiquées, offertes sur le marché noir.

Cet ouvrage constitue une contribution opportune et pratique au débat sur la régulation des stimulants. Il présente des principes clairs et des propositions pragmatiques pour gérer des substances souvent trop peu prises en compte dans les politiques en matière de drogues, alors qu'elles représentent actuellement les risques majeurs en matière de désinsertion sociale et de santé des personnes qui les consomment. L'accent mis sur des approches adaptées aux contextes ainsi que sur l'équilibre responsable entre santé publique, sécurité et libertés individuelles est particulièrement digne d'attention.

J'espère que les lecteurs utiliseront ce travail comme base de réflexion, comme outil pour alimenter un débat politique éclairé et pour agir. Une réforme significative exige du courage, des évidences scientifiques et une collaboration de tous les acteurs de la société. Le chemin à suivre n'est ni simple ni uniforme, mais il est essentiel si nous voulons mettre en place des politiques en matière de drogues qui protègent la santé et la dignité de toutes les personnes, dans le respect des droits humains.

Introduction à l'édition française

Romain Bach

Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA), Suisse

Stephane Leclercq

Fédération bruxelloise des institutions spécialisées
en matière de drogues et addictions (féda bxl), Belgique

Marie Öngün-Rombaldi

Fédération Addiction, France

Sandhia Vadlamudy

Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ), Canada

Une réalité qui ne peut plus être ignorée

L'usage de stimulants – cocaïne, amphétamines, MDMA – traverse aujourd'hui l'ensemble de nos sociétés francophones. Cette réalité, longtemps cantonnée aux marges du débat public, s'impose désormais avec une acuité nouvelle. Les contextes de consommation se diversifient, les profils de personnes qui font usage de substances s'élargissent bien au-delà des catégories traditionnellement identifiées, et les motivations se complexifient : recherche de performance professionnelle, gestion du stress, moments de sociabilité, ou simple adaptation aux exigences d'un monde en accélération constante.

Cette expansion répond à des besoins profonds de nos sociétés contemporaines. La hausse notable de la consommation de cocaïne, observable dans l'ensemble de l'espace francophone, témoigne d'une transformation sociale qui dépasse largement la question des substances elles-mêmes. Parallèlement, l'augmentation préoccupante des surdoses, particulièrement marquée au Québec, nous rappelle l'urgence d'une réponse adaptée.

Le marché illégal des stimulants, en constante mutation, échappe à tout contrôle sanitaire. La variabilité de la qualité, les contaminations fréquentes, l'apparition de substances toujours plus concentrées constituent autant de facteurs de risque pour la santé publique. Face à cette réalité, nos réponses institutionnelles demeurent fragmentaires, souvent limitées à des approches répressives dont l'inefficacité n'est plus à démontrer, ou à des initiatives de réduction des risques qui, aussi essentielles soient-elles, ne constituent qu'un palliatif insuffisant.

La régulation : une voie nécessaire vers la santé et la justice

Le temps est venu de reconnaître que l'alternative à une régulation publique et démocratique n'est pas l'absence de marché, mais bien sa gestion de facto par les organisations criminelles. Cette réalité, aussi inconfortable soit-elle, nous impose de dépasser les tabous politiques qui entravent encore toute réflexion sérieuse sur la régulation des substances psychoactives.

La régulation légale représente bien plus qu'une simple alternative politique : elle constitue un levier fondamental de santé publique et de justice sociale. Contrairement aux approches prohibitionnistes qui ont démontré leur incapacité à prévenir l'usage, à protéger la santé des populations ou à endiguer la violence liée aux marchés illégaux, la régulation offre la possibilité d'un contrôle effectif, transparent et démocratique.

Cette approche ne saurait être uniforme. Chaque substance appelle des modalités spécifiques de régulation, adaptées à ses propriétés pharmacologiques, à ses usages sociaux, à ses risques particuliers. Plus fondamentalement encore, toute politique de régulation doit être co-construite avec les personnes directement concernées, dans le respect de leur expertise d'usage et de leurs droits fondamentaux.

La régulation ne peut cependant être envisagée isolément. Elle doit s'articuler harmonieusement avec des politiques ambitieuses de

prévention, de réduction des risques et d'accompagnement thérapeutique. C'est dans cette approche intégrée que réside la promesse d'une politique des drogues véritablement efficace et humaine.

Un contexte international en mutation profonde

Le paysage international des politiques en matière de drogues connaît actuellement des transformations sans précédent. Depuis la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (*UNGASS*) de 2016, nous assistons à un changement paradigmatique progressif mais indéniable, plaçant la santé publique, les droits humains et le développement social au cœur des préoccupations.

La reconnaissance renouvelée de la feuille de coca comme patrimoine culturel et ressource médicinale – réaffirmée lors de la Commission des stupéfiants et plus récemment à la conférence *Harm Reduction International 2025* à Bogotá – illustre cette évolution des mentalités. Elle nous invite à repenser fondamentalement notre rapport aux substances psychoactives, en reconnaissant la diversité de leurs usages et la complexité de leurs significations sociales et culturelles.

L'année 2024 a marqué un tournant décisif avec l'effrètement manifeste du consensus de Vienne, qui avait longtemps servi de socle idéologique au régime prohibitionniste international. Cette remise en question ouvre des perspectives inédites pour l'innovation politique. Plus significatif encore, la Commission des stupéfiants des Nations Unies a lancé en 2025 une révision historique du système international de contrôle des drogues, créant ainsi un espace institutionnel propice à la réflexion et à la réforme.

Dans ce contexte de mutation, la question de la régulation des stimulants, paradoxalement absente des grands débats internationaux malgré son importance croissante, mérite d'être posée avec force et clarté. C'est précisément cette lacune que le présent ouvrage entend combler.

Une contribution essentielle au débat francophone

Comment réguler les stimulants se veut une ressource indispensable pour toutes celles et ceux qui s'engagent dans cette réflexion cruciale : décideurs politiques en quête de solutions pragmatiques, intervenants de terrain confrontés quotidiennement aux limites du système actuel, personnes concernées dont l'expertise d'usage est trop souvent négligée, chercheurs soucieux d'éclairer le débat par des données probantes.

Cet ouvrage ne prétend pas offrir de solutions toutes faites, mais propose des pistes concrètes, étayées et nuancées pour construire une régulation différenciée, crédible et résolument ancrée dans une perspective de santé publique. Il s'agit de nourrir un dialogue constructif, de dépasser les positions dogmatiques et d'imaginer collectivement des politiques à la hauteur des défis contemporains.

Face aux transformations sociales, sanitaires et environnementales qui caractérisent notre époque, l'immobilisme n'est plus une option. Les approches fragmentées et idéologiques ont montré leurs limites. Il est temps de développer des stratégies intégrées, fondées sur les preuves scientifiques et ancrées dans les réalités vécues par les communautés.

Réguler les substances psychoactives, c'est en définitive se donner les moyens d'une action publique plus juste, plus efficace et plus respectueuse de la dignité humaine. C'est reconnaître que la question des drogues n'est pas d'abord un problème de sécurité ou de morale, mais bien un enjeu de santé publique et de cohésion sociale. C'est, enfin, affirmer notre capacité collective à construire des politiques publiques rationnelles, compassionnelles et courageuses, à la mesure des défis de notre temps.



Notes sur la traduction

La présente édition française de l'ouvrage *How to Regulate Stimulants: a Practical Guide* a rencontré un certain nombre d'enjeux de traduction. Ceux-ci tiennent en partie à la diversité de la terminologie qui existe entre les différents pays de la francophonie en ce qui concerne le domaine des addictions. De manière générale, les termes et formulations ont été traduits selon leur équivalent français (p.ex. *overdose* en surdose). Les exceptions à ce principe concernent les emprunts, c'est-à-dire les termes non-traduits, repris à l'identique de l'anglais et dont l'usage tel quel en français est commun (p. ex. *housing first*, etc.). Dans certains cas, les termes anglais ne disposent pas de correspondances exactes en français et ne se laissent ainsi pas traduire de manière univoque. La présente notice vise à clarifier certains choix effectués et l'usage qui est fait de ces termes dans la suite du texte.

(Legal) Regulation¹. Le terme anglais *regulation* regroupe un ensemble d'orientations politiques alternatives à la stricte prohibition. Il convient donc de préciser les différentes notions juridiques qu'il recouvre et leurs définitions respectives, telles qu'elles sont employées dans le présent ouvrage.

- Le terme est traduit par « **régulation** » lorsqu'il désigne les mesures visant à encadrer et orienter la consommation, la vente et la distribution de stimulants. Terme emprunté au domaine économique, la « régulation » repose sur des mécanismes d'ajustement, d'incitation ou de supervision d'un marché, dans le but notamment d'éviter la formation de monopoles ou oligopoles.
- Le terme est traduit par « **réglementation** » lorsqu'il désigne un ensemble de règles, lois ou norme juridiques établies par une autorité publique dans le but de fixer des limites, établir des

¹ Les définitions qui suivent sont reprises et adaptées de : Fédération drogues addictions BXL (2024). *Pour une réglementation du cannabis en Belgique*. p.26. <https://fedabxl.be/site/wp-content/uploads/2024/05/Pour-une-reglementation-du-cannabis-en-Belgique-edition-2024-fedabxl-asbl-WEB.pdf>

obligations ou interdire certains accès à un produit afin de protéger les intérêts publics (e.g., âge minimum, publicité, etc.)

Il convient en outre d'ajouter à ces deux définitions les trois termes suivants qui renvoient à d'autres dimensions de la régulation :

- La « **dépénalisation** » qui consiste à réduire ou supprimer les sanctions pénales (comme l'emprisonnement) pour certaines infractions liées aux drogues, tout en maintenant l'infraction comme illégale.
- La « **décriminalisation** » qui va plus loin que la dépénalisation en supprimant le caractère criminel d'un acte. L'infraction cesse alors d'être illégale, mais peut encore être soumise à une réglementation.
- La « **déjudiciarisation** » qui consiste à retirer la gestion des infractions liées aux drogues du système judiciaire pour les confier à des instances non judiciaires (administratives, médicales, sociales). Les autorités privilégient des réponses sanitaires ou sociales au lieu de sanctions (par exemple, offrir un suivi médical, un accompagnement psychosocial ou des formations).

Harm reduction. Le terme anglais *harm reduction* a été traduit dans l'ensemble du texte par « réduction des risques ». Cette formulation est à entendre dans son sens le plus générique, telle qu'elle est utilisée en anglais, c'est-à-dire en tant qu'elle inclut les risques (maladie, surdose, etc.) et les dommages (méfaits sociaux, environnementaux, commerciaux, etc.).

Substances/Produits. Quoique fréquemment interchangeable, les termes « substances » et « produits » ne renvoient pas exactement à la même réalité. Le premier désigne les molécules spécifiques, telles qu'elles peuvent être distinguées par exemple en regard de leur composition chimique ou des composés actifs. Le terme « produit », en revanche, peut renvoyer à une déclinaison particulière d'une substance selon la manière dont elle est

fabriquée. Ainsi, en ce qui concerne plus spécifiquement les stimulants, l'ecstasy est un produit dont la substance (principale) est la MDMA.

Personne consommatrice ou faisant usage de substances. Nous avons privilégié une approche « personne d'abord » qui ne définit pas l'individu en fonction de sa consommation, mais décrit plutôt ce qu'une personne « fait » plutôt que ce qu'elle « est ». Les formulations telles que « personnes qui consomment des substances » ou « personnes qui font usage de stimulants » placent l'être humain au centre de nos préoccupations plutôt que son comportement de consommation, dans une démarche inclusive et non stigmatisante. Toutefois, par souci de lisibilité et de fluidité du texte, nous avons maintenu l'usage des termes « consommateur » et « consommatrice » dans le présent ouvrage.



1

Pourquoi réguler
les stimulants ?

Si nous admettons
que la « guerre contre
la drogue » a échoué,
il devient essentiel
d'avoir une vision de la
manière de réguler les
drogues – y compris les
stimulants – dès lors
que cette guerre
aura pris fin.

LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES A CONNU UNE ÉVOLUTION SPECTACULAIRE CES DERNIÈRES ANNÉES. La régulation du cannabis a pris de l'ampleur et un nombre croissant de pays (y compris les principales économies mondiales) ont décidé d'en autoriser l'usage non médical chez les adultes. Dans le même temps, les recherches sur les usages thérapeutiques des substances psychédéliques se multiplient et des voix s'élèvent pour réclamer une modification de leur statut juridique. Le consensus mondial sur la prohibition commence à se fissurer.

Ces évolutions sont les bienvenues, mais elles ne constituent qu'un changement partiel dans la question plus globale de la régulation des substances psychoactives. Il est tout à fait possible, par exemple, de légaliser le cannabis et les psychédéliques tout en maintenant une interdiction générale concernant d'autres substances. *Transform*, cependant, plaide depuis longtemps en faveur d'un changement global. Notre plaidoyer en faveur d'une régulation ne se limite pas aux drogues à faible risque, car nous pensons que les possibilités de réduction des risques offertes par la régulation s'appliquent à toutes les substances, même si l'on tient compte (et, de fait, en raison) des différences dans les préjudices potentiels.

La manière dont nous pourrions réguler un marché des drogues stimulantes reste l'une des questions les plus importantes, mais les moins explorées, de la réforme de la politique en matière de drogues.

Par stimulants, nous entendons principalement la cocaïne, les amphétamines et la MDMA, qui constituent la grande majorité des stimulants illégaux consommés dans le monde. La consommation de stimulants continue d'augmenter, mais reste trop souvent en marge des discussions sur la réforme des politiques. Ceci s'explique peut-être du fait de l'extraordinaire étendue des défis que pose l'usage de stimulants, mais cela ne saurait justifier que l'on évite la question. Si nous convenons que la « guerre contre la drogue » a échoué, il devient essentiel d'avoir une vision de la manière de réguler les drogues – y compris les stimulants – dès lors que la guerre aura pris fin. Ce livre tente d'aborder franchement ce problème difficile et de proposer une voie possible pour aller de l'avant.

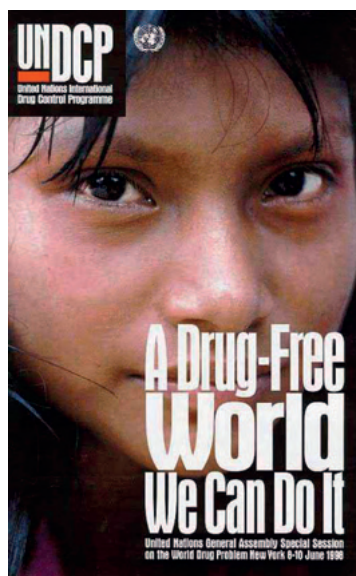
Dans notre ouvrage de 2009 intitulé *Blueprint for Regulation*, nous avons exploré en profondeur les défis et les options en matière de réglementation des différentes drogues. Le présent ouvrage s'appuie sur nos travaux antérieurs et propose des modèles de cadres réglementaires plus détaillés. Il présente différentes options quant à la manière dont la prise de contrôle pourrait se concrétiser dans la pratique. Quels produits devraient être mis à disposition ? Où, comment et par qui seraient-ils produits ? Qui les vendrait, les distribuerait et les prescrirait, et où ? Qui a accès au marché ? Comment appliquer la meilleure gamme d'outils de régulation pour atteindre nos objectifs communs en matière de santé publique et de sécurité communautaire ?

Une telle approche n'a pas pour but d'encourager la consommation de drogues. Nous prenons en compte l'argument selon lequel la légalisation peut augmenter certaines formes de consommation, et nous y reviendrons plus en détail ci-dessous. Cependant, nous sommes d'avis que, si elle est correctement appliquée, la régulation offre une alternative capable de gérer plus efficacement les risques liés aux drogues et à leurs marchés, à la

fois pour ceux qui les consomment et pour la société dans son ensemble. Ce livre examine systématiquement les raisons pour lesquelles nous devons réguler les stimulants, ce que signifie la régulation, et comment celle-ci pourrait être mise en œuvre pour différentes substances.

L'exploration des options de réglementation en matière de stimulants crée des défis politiques très particuliers. Le soutien du public à la modification de la régulation du cannabis est lié au fait que ce dernier est perçu comme présentant un risque relativement faible, mais aussi qu'il est très largement utilisé et culturellement ancré dans de nombreuses sociétés. La MDMA, la cocaïne et les amphétamines se situent dans un espace culturel différent. Les stimulants sont largement perçus comme étant relativement risqués par rapport au cannabis, et la consommation de pilules et de poudres peut sembler plus « contre nature » et étrange. Ils sont également souvent perçus comme des produits de complaisance et hédonistes, ou associés à un comportement imprévisible. Certains stimulants, en particulier sous leurs formes les plus concentrées, peuvent entraîner une forte dépendance et des effets néfastes considérables sur la santé.

Pourtant, les stimulants sont de plus en plus largement utilisés et la production augmente pour répondre à cette demande croissante. Les dernières données mondiales de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) suggèrent (probablement de manière prudente) qu'en 2018, 27 millions de personnes ont consommé des amphétamines, 21 millions de la MDMA, et 19 millions de la cocaïne¹. Les personnes qui consomment des



¹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) (2020). *World Drug Report 2020: Livret 1*, p. 17. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/V2002975_ExSum_French.pdf

stimulants illégaux s'exposent à des risques importants, notamment avec la pureté de la MDMA et de la cocaïne qui augmente, avec les ventes « à l'aveugle » qui engendrent un risque permanent, avec les agents de charge et les adultérants et surtout à cause du contexte où règne une absence complète d'informations sur la puissance ou la pureté des produits qui permettraient un usage plus sûr de ces derniers. En Angleterre et au Pays de Galles, les décès liés à la cocaïne ont augmenté pour la septième année consécutive en 2018, pour atteindre 637, soit un triplement en un peu plus d'une décennie, et un décuplement en 20 ans². Aux États-Unis, les décès liés aux stimulants ont doublé entre 2015 et 2017, atteignant des niveaux record³.

Qu'est-ce que les stimulants ?

De manière générale, les stimulants sont un groupe de substances caractérisées par leur action sur le système nerveux central, dont l'activité augmente sous l'effet de ces drogues. La nature précise de ces effets varie d'une personne à l'autre, mais en général, ils augmentent l'énergie, la vigilance et la sensation d'éveil. Ils interagissent normalement avec les neurotransmetteurs monoamines du cerveau, qui comprennent la dopamine, la norépinéphrine et la sérotonine.

Ces dernières influencent la régulation du système de la récompense, de la motivation, de la température corporelle et de la sensation de douleur⁴. L'utilisation prolongée de stimulants réduit la capacité naturelle de l'organisme à produire ces substances chimiques, ce qui peut entraîner à la fois des « descentes » à court terme après consommation et des schémas de

² Office for National Statistics (2019). *Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2018 registrations*. www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandwales/2018registrations

³ Kariisa, M., Scholl, L., Wilson, N. et al. (2019). *Drug Overdose Deaths Involving Cocaine and Psychostimulants with Abuse Potential — USA, 2003–2017*. *Weekly*. 68(17). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6817a3.htm>

⁴ D'autres stimulants agissent de manière différente. L'éphédrine, par exemple, interagit avec les récepteurs adrénergiques, tandis que la caféine a un effet antagoniste sur les récepteurs de l'adénosine.

consommation addictive à plus long terme. Le terme « stimulants » couvre un large éventail de substances légales et illégales et comprend des substances dont la culture d'utilisation est bien établie (par exemple, le café, la coca ou le khat), ainsi que des substances développées plus récemment. Comme indiqué précédemment, ce livre traite principalement des trois principaux stimulants illégaux largement utilisés à des fins non médicales aujourd'hui : la cocaïne, les amphétamines et la MDMA.

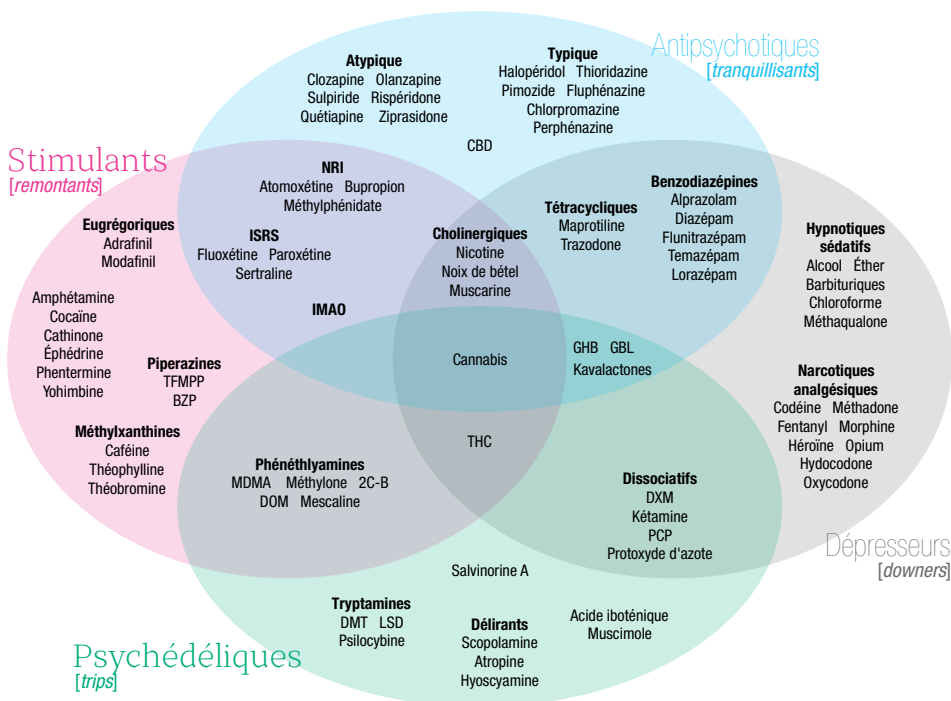
Le rôle de la prohibition

Le principe fondamental sous-tendant la prohibition est l'idée que la consommation de drogues et les dommages qui en résultent sont réduits (et peuvent, en principe, être éliminés) au travers de sanctions pénales sévères à l'encontre de toute production, approvisionnement et possession. Cependant, comme pour la plupart des autres drogues illégales, la production et la consommation de stimulants ont toutes augmenté de manière spectaculaire et ce, alors qu'elles étaient illégales. Cette évolution est due à un ensemble de facteurs sociaux et économiques complexes ; néanmoins, l'expérience des 60 dernières années montre que la « guerre contre la drogue » n'a pas atteint, et ne saurait atteindre, les objectifs qu'elle s'était fixés. Pire encore, comme le reconnaît l'ONUDC, la prohibition a engendré des « conséquences non recherchées » désastreuses⁵.

Ces conséquences vont de la violence épouvantable de la guerre de la drogue au Mexique et des exécutions extrajudiciaires à grande échelle aux Philippines, à la déstabilisation des pays de transit d'Afrique de l'Ouest, à la criminalité de rue dans les centres urbains du monde entier. Compte tenu de l'enracinement de ces conséquences, on ne peut plus vraiment les qualifier d'« involontaires » ; il s'agit simplement des conséquences négatives prévisibles de la prohibition dans un contexte de demande croissante. Pour

⁵ Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) (2008). *Rapport mondial sur les drogues 2008*. p.220. https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR08_French_web.pdf

Substances psychoactives : classification de base



ADAPTÉ DE McCandless, D. (2010). *Drugs World*. informationisbeautiful.net/visualizations/drugs-world/

une politique qui promet, selon les Nations Unies elles-mêmes, un « monde sans drogues », la prohibition a été un échec spectaculaire, coûteux et tragique⁶.

En 2019, l'équipe spéciale de coordination du système des Nations Unies, représentant les 31 agences des Nations Unies, a publié un rapport qualifiant les politiques punitives de contrôle des drogues d'« inefficaces », avertissant qu'elles risquaient trop souvent de « violer les droits humains, de

⁶ Voir : Rolles, S. (2020). The rise, and fall, of the 'drug free world' narrative. In Bewley-Taylor, D.R. et Tinasti, K. (Éds) (2020). *Research Handbook on International Drug Policy*. Cheltenham, UK, Northampton MA, USA : Edward Elgar.

nuire à la santé publique et de gaspiller des ressources publiques vitales⁷ ». La même année, la Commission des stupéfiants des Nations Unies, représentant 53 États membres de l'ONU, a publié une déclaration ministérielle de haut niveau dans laquelle elle affirme que les politiques mondiales actuelles en matière de drogues ont eu comme impact :

*[...] l'expansion et la diversification tant de l'éventail des drogues disponibles que des marchés de la drogue; des niveaux records atteints par la culture illicite de plantes dont on tire des drogues et la production, la fabrication et l'abus de stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi que par le trafic illicite de ces substances et des précurseurs, et l'augmentation de la demande illicite de précurseurs et de leur détournement au niveau national; les liens grandissants observés entre le trafic de drogues, la corruption et d'autres formes de criminalité organisée, dont la traite des personnes, le trafic d'armes à feu, la cybercriminalité et le blanchiment d'argent ainsi que, dans certains cas, le terrorisme, y compris le blanchiment d'argent en rapport avec son financement [...]*⁸

Le rapport constitue un réquisitoire irréfutable contre la prohibition mondiale par l'institution même chargée de la mettre en œuvre.

Malgré tout cela, les agences des Nations Unies chargées du contrôle des drogues restent liées à leurs traités internationaux. Jusqu'à récemment, cela a créé un environnement politique de haut niveau qui ignore régulièrement les preuves accablantes de l'échec de ces traités. L'ampleur de cet échec a été décrite dans des centaines d'évaluations indépendantes réalisées par des comités gouvernementaux, des chercheurs universitaires et

7 UN System Coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters (2019). *What we have learnt over the last 10 years: a summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters*. p.25 https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Contributions/UN_Entities/What_we_have_learned_over_the_last_ten_years_-_14_March_2019_-_w_signature.pdf

8 Commission des stupéfiants des Nations unies (2019). Déclaration ministérielle de 2019 « Renforcement des actions que nous menons aux niveaux national, régional et international, pour accélérer la mise en œuvre de nos engagements communs à aborder et combattre le problème mondial de la drogue. » https://www.unodc.org/documents/hlr/19-06700_F_ebook.pdf

Les marchés des stimulants sont là, que nous le voulions ou non. Nous devons donc décider qui en aura le contrôle : les agences gouvernementales et réglementaires, ou les réseaux du crime organisé et les fournisseurs non régulés.

des organisations non gouvernementales du monde entier, au cours de nombreuses décennies. Les preuves de l'échec de la politique mondiale en matière de drogues qui devait mener à un « monde sans drogues » sont, à cet égard, incontestables⁹.

Si *Transform* plaide depuis des décennies en faveur de la régulation des drogues, nous ne sommes pas naïfs face aux contre-arguments. Nous comprenons l'inquiétude quant à la levée de la (fragile) barrière de l'illégalité, qui risque de réduire le coût des drogues ;

que l'entrée d'acteurs commerciaux dans la chaîne d'approvisionnement des drogues pourrait encourager les pires aspects de la concurrence du marché ; et que le message symbolique de la légalisation pourrait être interprété comme tolérant ou encourageant l'usage. Comme l'a dit un jour le psychiatre spécialiste des addictions Griffith Edwards :

*Le contre-argument [en faveur de la régulation des drogues] est... que, aussi mauvais et coûteux que soit le système actuel, et bien qu'une amélioration considérable de ses pires excès soit reconnue, il n'y a pas d'alternative efficace en vue pour au moins certaines de ces drogues. Est-il vraiment possible d'envisager qu'un gouvernement responsable laisse la gamme complète des drogues actuellement illicites s'installer, joliment étiquetées, dans un rayon à côté des boissons ?*¹⁰

⁹ Quelques exemples : International Drug Policy Consortium (IDPC) (2018). *Taking Stock: A decade of drug policy – A civil society shadow report*. <https://idpc.net/publications/2018/10/taking-stock-a-decade-of-drug-policy-a-civil-society-shadow-report>; Reuter, P. et Trautmann, F. (Éds) (2009). *A Report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007*. European Commission www.tni.org/files/publication-downloads/global-illicit-markets-short.pdf; United Nations Development Programme (2015). *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy*. <https://www.undp.org/publications/addressing-development-dimensions-drug-policy>. Transform Drug Policy Foundation (2016). *The Alternative World Drug Report, 2ème édition*. <https://transformdrugs.org/publications/the-alternative-world-drug-report-2nd-edition/>; Voir également les travaux de la Commission globale de politique en matière de drogues dont les rapports sont disponibles à l'adresse suivante : www.globalcommissionondrugs.org/reports

¹⁰ Edwards, G. (2005). *Matters of substance. Drugs: is legalization the right answer — or the wrong question?* Harmondsworth : Penguin, p.248, notre traduction.

Bien entendu, personne ne suggère un tel scénario. Mais il existe des alternatives à la prohibition et il est essentiel que tous ceux qui reconnaissent l'échec de la politique actuelle les prennent en considération. Ces alternatives ne se limitent en aucun cas à une foire d'empoigne commerciale ou à la simple mise en place de drogues illégales « dans un rayon à côté des boissons » (notamment parce que l'alcool est généralement mal régulé). Du point de vue de la santé publique, l'objectif de la régulation doit être de réduire les dommages et de maximiser le bien-être. Ce que nous présentons ici est le principe fondamental à partir duquel une telle politique doit être développée.

Ces alternatives doivent être explorées car un siècle de prohibition a échoué et n'offre aucune solution aux problèmes croissants auxquels nous sommes confrontés.

Les marchés des stimulants sont là, que nous le voulions ou non. Nous devons donc décider qui en aura le contrôle : les gouvernements et les agences de réglementation, ou les réseaux du crime organisé et les fournisseurs non régulés ?

Qu'est-ce que la régulation ?

Toutes les substances psychoactives présentent des risques aigus et chroniques pour les personnes qui en consomment. La consommation de drogue et les marchés de la drogue peuvent également créer des risques pour la communauté dans son ensemble. En ce sens, il est de la responsabilité des pouvoirs publics d'établir et de maintenir des systèmes de régulation qui atténuent efficacement ces risques. Toutefois, les pouvoirs publics doivent respecter la liberté des individus de faire des choix tant que ces décisions ne nuisent pas à d'autres personnes. Ils doivent également reconnaître la menace que représentent pour les communautés déjà marginalisées des politiques qui entérinent l'injustice sociale.

La prohibition ne respecte ni l'autonomie personnelle, ni les droits et les besoins des communautés. Au contraire, en cherchant à éliminer les substances psychoactives de la société, elle a conduit à des violations des droits humains et à des injustices sociales à très grande échelle¹¹.

Certains des problèmes créés par la prohibition peuvent être résolus par la décriminalisation, c'est-à-dire en supprimant les sanctions pénales imposées aux personnes qui consomment des drogues ou qui en possèdent pour leur usage personnel, afin qu'elles ne soient plus entraînées dans des systèmes de justice pénale qui, dans la plupart des cas, ne font qu'aggraver la situation. Mettre fin à cette criminalisation est un élément essentiel de la réforme de la politique en matière de drogues. Toutefois, elle ne résout qu'une partie du problème, car elle laisse ouverte la question de savoir où commencent les sanctions pénales et quelles sont les activités d'approvisionnement qui restent soumises à une action légale¹². En fin de compte, s'ils ne doivent pas être interdits, les marchés des matières premières doivent être régulés. La question est de savoir comment y parvenir sans reproduire les injustices sociales créées par la prohibition ou ouvrir la porte à une commercialisation effrénée.

La régulation des marchés de la drogue peut prendre de nombreuses formes. Dans le cas de l'alcool, par exemple, la régulation s'opère principalement (mais pas exclusivement) par le biais de l'octroi de licences aux points de vente d'alcool. Cela permet aux autorités locales chargées de délivrer les licences de contrôler les heures de vente, le nombre de points de vente dans une zone donnée, l'agencement des locaux, etc. Les licences de vente au détail sont délivrées à condition que certaines exigences soient respectées, et le principal moyen d'assurer le respect de ces exigences est la menace de retrait de la licence. La vente de tabac au détail est soumise

11 Voir : Transform Drug Policy Foundation (2011). *Count the Costs – The war on drugs: undermining human rights*. transformdrugs.org/product/count-the-costs-undermining-human-rights/

12 Drug Policy Alliance (2019). *Re-thinking the 'Drug Dealer'*. https://drugpolicy.org/wp-content/uploads/2023/05/Rethinking_the_Drug_Dealer_Report.pdf; Transform Drug Policy Foundation et Mexico Unido Contra la Delincuencia (2017). *Quantity thresholds for drug possession – briefing paper*. transformdrugs.org/wp-content/uploads/2019/09/Thresholds-Briefing-2018.pdf

à une licence dans de nombreux pays, mais aussi à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac (CCLAT), qui est contraignante dans 181 pays¹³. La CCLAT établit notamment des exigences mondiales en matière d'emballage et de publicité. En conséquence, les réglementations nationales sur l'emballage et la publicité des produits du tabac tendent à être beaucoup plus strictes que pour l'alcool.

L'octroi de licences aux détaillants et les contrôles sur l'emballage, le marketing et l'information reflètent tous le fait que l'alcool et le tabac ne sont pas des « marchandises ordinaires¹⁴ ». Au contraire, ils sont (ou contiennent) des substances associées à la dépendance, à des effets nocifs à long terme sur la santé et à des conséquences négatives potentielles pour d'autres personnes que le consommateur (par exemple, les effets du tabagisme passif ou les préjudices sociaux découlant des troubles liés à l'alcoolisme).

Outre l'autorisation de la vente libre, la régulation comprend l'autorisation de produits pharmaceutiques destinés à être délivrés en tant que médicaments ou sous contrôle. Au Royaume-Uni, par exemple, les *Human Medicines Regulations* de 2012 autorisent la prescription médicale de médicaments produits légalement qui sont également largement utilisés à des fins non médicales sur le marché illégal – y compris, par exemple, l'héroïne, la kétamine, la dexamphétamine, la méthamphétamine et la cocaïne¹⁵.

Dans ce contexte, la régulation de l'accès des adultes aux drogues actuellement illégales n'est ni radicale ni utopique, mais plutôt une extension de la pratique courante actuelle, à la fois pour l'offre de drogues dites « récréatives » sous licence (comme dans le cas de l'alcool) et pour l'offre régulée de médicaments sur ordonnance. En effet, de ce point de vue, la prohibition est bien la réponse politique « radicale », et non la régulation. Réguler les

¹³ Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf>.

¹⁴ Babor, T. et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity — research and policy*. Oxford: Oxford University Press

¹⁵ Voir : The Human Medicines Regulations (2012). www.legislation.gov.uk/uksi/2012/1916/contents/made

Définitions

La prohibition décrit les conditions qui rendent la production, le transit, l'approvisionnement et la possession de drogues spécifiques illégaux, sauf lorsqu'il existe des dérogations à des fins médicales ou scientifiques. La prohibition mondiale des « drogues illégales » repose sur trois conventions des Nations unies relatives au contrôle des drogues (adoptées en 1961, 1971 et 1988).

La légalisation est un processus par lequel il est mis fin à la prohibition d'une substance, ce qui permet de réguler sa production, sa disponibilité et son utilisation. La « légalisation » n'est toutefois que le processus de réforme juridique, plutôt qu'un modèle politique en soi. La nature du modèle de régulation qui en découle doit être spécifiée séparément.

La régulation décrit la manière dont les États contrôlent légalement le marché d'un médicament donné ou les activités qui y sont liées. Ce contrôle implique généralement une combinaison de systèmes de licences (c'est-à-dire les conditions dans lesquelles la production ou la vente au détail sont autorisées), de systèmes de taxation (qui peuvent influencer les prix de vente au détail) et de contrôles globaux sur des aspects tels que la commercialisation, les exigences en matière d'emballage ou la vente aux enfants.

La décriminalisation signifie généralement la suppression des sanctions pénales pour la possession de drogues à des fins d'usage personnel. Plus précisément, la « décriminalisation des drogues » signifie « mettre fin à la criminalisation des personnes qui consomment des drogues ». Les modalités de mise en œuvre de la décriminalisation varient considérablement, en termes de seuils de quantité (qui font la distinction entre la possession pour usage personnel et la possession dans l'intention d'approvisionner), de modalités d'application des sanctions et de leurs garants (police, juges, travailleurs sociaux ou professionnels de la santé). Contrairement à la légalisation, la décriminalisation est autorisée par les conventions des Nations unies sur les drogues.

drogues actuellement interdites revient à appliquer les principes et mécanismes réglementaires qui sont couramment appliqués à d'autres substances.

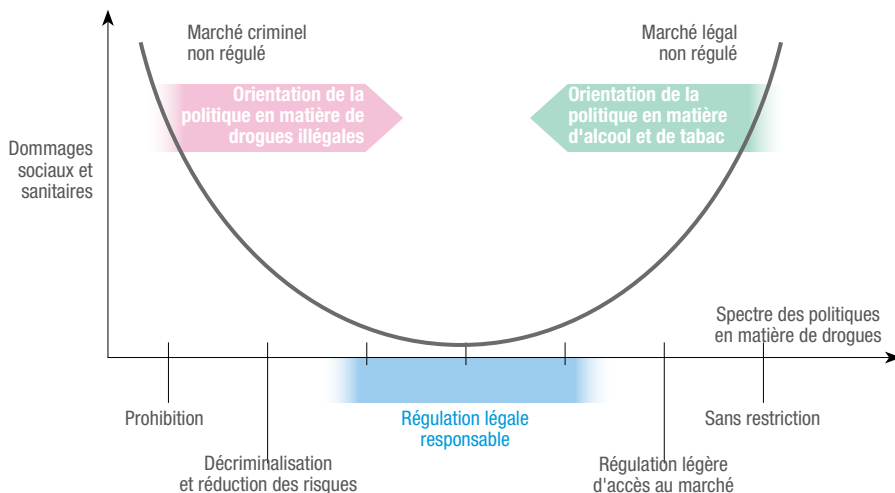
La question n'est pas de savoir si les drogues peuvent être régulées, mais de décider quels modèles peuvent produire les meilleurs résultats pour les personnes qui consomment des drogues et pour la société dans son ensemble. Il s'agit également d'établir un consensus sur les paramètres de la régulation des marchés de la drogue.

La régulation ne signifie pas la suppression des contrôles sociaux ; elle signifie que l'on passe d'une tentative d'éradication du marché par une prohibition totale, à des contrôles basés sur des systèmes d'autorisation, de taxation, etc.

Bien réguler, c'est régler finement les détails d'une telle opération. Cependant, à un niveau plus large, il s'agit de viser un cadre politique le plus susceptible d'atteindre les résultats sociaux escomptés. Cela peut être décrit comme une courbe en U de l'intensité de la régulation : à un extrême, on trouve les marchés criminels créés par la prohibition absolue, puis on passe par des modèles de prohibition moins punitifs et des marchés régulés, pour aboutir à un libre marché absolu à l'autre extrême. La question qui se pose est la suivante : quel type de modèle de régulation permettra d'atteindre le plus efficacement possible l'objectif consistant à réduire au minimum les risques et les méfaits de la drogue ?

Aux deux extrémités de ce spectre, on trouve des marchés effectivement non régulés, lesquels engendrent tous deux des coûts sociaux et sanitaires inacceptables parce que ceux qui contrôlent ce commerce – légal ou illégal – sont motivés presque exclusivement par le profit. Entre ces deux extrêmes, il existe une série d'options qui peuvent minimiser plus efficacement les dommages associés à l'utilisation de stimulants ou d'autres drogues. La légalisation et la régulation ne signifient donc pas simplement « libéraliser » les marchés. Même les partisans les plus radicaux d'un modèle de type « supermarché » acceptent la nécessité de contrôles de base des produits et de protections des consommateurs, tels que la liste des ingrédients, les contrôles d'âge et les dates de péremption. Cependant, nous proposons un modèle de régulation axé sur la santé publique. Une telle approche, fondée sur la conviction que le gouvernement a la responsabilité de minimiser les dommages et de promouvoir la santé, implique l'utilisation de toute la gamme des outils de régulation disponibles pour atteindre ces objectifs.

La forme et les limites de ces contrôles feront, à juste titre, l'objet d'un débat : nous sommes conscients que pour certains réformateurs, l'échange



Un éventail d'option politiques

ADAPTATION DE MARKS, J. (1987). *THE PARADOX OF PROHIBITION*. *MERSEY DRUGS JOURNAL* 1

du pouvoir d'arrestation et d'emprisonnement contre la bureaucratie rébarbative d'un régime de licence est problématique¹⁶. Nous sommes également conscients que les injustices sociales associées à la prohibition, qui pèsent le plus lourdement sur les personnes socialement et économiquement marginalisées, ne disparaîtront pas simplement dans le cadre d'un régime alternatif. La régulation peut reproduire l'injustice si elle n'est pas mise en œuvre avec l'équité et la justice au premier plan de ses objectifs. Il est donc impératif que les modèles de régulation ne se concentrent pas uniquement sur la santé publique, mais qu'ils considèrent la promotion de l'équité sociale et la protection des droits comme des principes fondamentaux.

¹⁶ Voir, par exemple, Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation et Valverde, M. (2003). *Law's Dream of a Common Knowledge*. Woodstock: Princeton University Press.

Principes de la régulation

D'une manière générale, une bonne politique en matière de drogues devrait :

- Respecter, protéger et promouvoir les droits humains
- Protéger et promouvoir la santé publique
- Promouvoir l'équité sociale, améliorer les possibilités de développement et veiller à ce que les communautés les plus touchées par la prohibition soient incluses dans les mesures politiques développées
- Reconnaître les besoins, les défis et les aspirations spécifiques des communautés les plus touchées par les problèmes de drogue
- Réduire la criminalité, la corruption et la violence associées à l'offre de drogue
- Protéger l'élaboration des politiques publiques d'une influence excessive des entreprises
- Limiter les incitations à la recherche de profits liées à un usage problématique
- Protéger les jeunes et les personnes vulnérables contre d'éventuels dommages
- Intégrer des indicateurs de résultats, des mesures de réussite et des processus d'évaluation¹⁷

Les preuves des préjudices causés par la prohibition sont accablantes, allant des dépenses considérables en matière de maintien de l'ordre, à la violence et à la corruption qui caractérisent la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux, en passant par les obstacles au traitement que la crainte de sanctions pénales peut créer. Néanmoins, il faut également reconnaître

¹⁷ Pour un examen plus approfondi de ces principes, voir : Transform Drug Policy Foundation et St George's House (2020). *Challenges for a world where drugs are legally regulated*. <https://transformdrugs.org/publications/st-georges-house-report>

que dans un marché non contrôlé, le risque d'augmentation de la consommation est réel, et avec lui le risque d'augmentation de la consommation problématique (bien que l'un ne conduise pas inéluctablement à l'autre)¹⁸. L'ONUDC estimait en 2014-2015 qu'environ 10 % de la consommation de drogues illégales peut être définie comme problématique¹⁹. Cela diffère peu des estimations provisoires concernant la consommation problématique d'alcool (en fonction de la définition qui en est donnée).

Comme pour l'alcool, une distribution de type « Pareto » est à l'œuvre ici : la majorité de toutes les drogues consommées sont le fait des 20 % des plus gros consommateurs, qui encourent une part disproportionnée des effets néfastes subis. Bien que cela invalide l'affirmation selon laquelle la consommation de drogues illégales est inévitablement, ou même habituellement, une source de problèmes graves, il convient de souligner également la nécessité pour les politiques de reconnaître que la consommation problématique¹⁹ – même lorsqu'elle concerne une petite proportion de toutes les personnes qui utilisent des stimulants – devrait faire l'objet d'une attention accrue.

L'éventail et l'intensité des outils de régulation à déployer dépendent des risques liés à un produit particulier dans un environnement donné. Plus une drogue présente des risques, plus les contrôles doivent être stricts. On pourrait s'attendre, par exemple, à ce que la feuille de coca soit régulée de manière moins stricte que la cocaïne pure en poudre. En effet, les politiques devraient s'efforcer de décourager progressivement les produits et les comportements à haut risque, d'inciter les gens à adopter des modes de consommation moins risqués et, à plus long terme, de renforcer des normes sociales promouvant une consommation moins néfaste.

¹⁸ Dans la recherche sur l'alcool, l'hypothèse selon laquelle l'augmentation de la consommation entraîne invariablement et uniformément une augmentation de l'usage nocif (connue sous le nom de « modèle de distribution unique ») a récemment été remise en question. Voir, par exemple, Holmes, J., Ally, A.K., Meier, P.S. et al. (2019). The collectivity of British alcohol consumption trends across different temporal processes: a quantile age-period-cohort analysis. *Addiction*, 114.11. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.14754>

¹⁹ UNODC (2015). *World Drug Report 2015*. p.1. https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf ONUDC (2014). *Rapport mondial sur les drogues 2014*. p.1. https://www.unodc.org/documents/wdr2014/WDR_2014_French.pdf

Le contexte politique et social façonne inévitablement la régulation. Des modèles distincts de régulation du cannabis sont par exemple apparus en Uruguay, en Espagne, au Canada et dans différents États des États-Unis²⁰. Ces modèles reflètent en partie les attitudes sociales face au risque, mais aussi les attitudes politiques face à la concurrence et le rôle des forces commerciales dans l'organisation du marché.

Les systèmes de régulation devraient limiter le pouvoir et l'influence des entreprises, mais l'histoire de la régulation de l'alcool et du tabac montre à quel point cela peut s'avérer difficile. Partir de zéro, comme ce serait le cas pour les drogues actuellement illégales, offre l'occasion de tirer les leçons de ces expériences et d'accepter que les intérêts de la santé et du bien-être nécessiteront souvent des contrôles en apparence plus stricts que pour l'alcool, par exemple, même si les risques spécifiques de la substance sont moindres.

En tant que principe fondamental, la politique en matière de drogue doit refléter et répondre aux conditions spécifiques du pays ou de la région à laquelle elle s'applique. Il n'existe pas d'approche unique ; les cultures de drogues, les contextes économiques, les prestations sanitaires, les systèmes politiques et les structures de marché ne sont pas les mêmes partout dans le monde et la politique en matière de drogues doit refléter cette réalité. Les pays qui introduisent une nouvelle régulation devront travailler avec des contraintes spécifiques à leur région. Dans ce cadre, ils devront :

L'éventail et l'intensité des outils de régulation à déployer dépendent des risques liés à un produit particulier dans un environnement donné. Plus une drogue présente des risques, plus les contrôles doivent être stricts.

²⁰ Transform Drug Policy Foundation (2022). *How to Regulate Cannabis*, 3ème édition
<https://transformdrugs.org/publications/how-to-regulate-cannabis-3rd-ed/>

- Traiter, améliorer et, le cas échéant, fournir une réparation pour les injustices historiques qui ont découlé de l'application de la politique prohibitionniste dans cette région.
- Prendre en compte l'environnement juridique et politique local. Par exemple, aux États-Unis, le cannabis reste illégal au niveau fédéral, ce qui impose des restrictions importantes aux organes de régulation au niveau des États. En Espagne, le modèle dit du cannabis social club a dû se conformer à la politique nationale de décriminalisation et respecter ses obligations en vertu des traités onusiens signés par le pays.
- S'aligner sur les lois et règlements existants pour d'autres drogues ou activités à risque, tels que ceux régissant les poisons, les médicaments, la conduite automobile, etc.
- Être réaliste sur le plan économique. Si les exigences de régulation sont trop coûteuses à mettre en œuvre, le modèle ne sera pas viable.
- Être politiquement viable. Par exemple, la nécessité d'apaiser l'hostilité des opposants politiques et des pays voisins a façonné le développement du modèle de régulation du cannabis plus restrictif de l'Uruguay, avec un rôle central du gouvernement.

La conception d'un cadre de régulation des drogues est complexe, surtout lorsqu'il s'agit de remplacer plus d'un siècle de pratiques existantes et d'institutions bien établies. Les options présentées dans ce livre ne se veulent pas définitives ou exhaustives. Elles constituent plutôt le point de départ d'une discussion plus réfléchie, établissant des options préférables basées sur des principes énoncés et des connaissances établies.

Cinq modèles de régulation

Dans ses publications précédentes, *Transform* a défini cinq modèles de base pour la régulation de l'offre de drogues, qui sont tous également utilisés pour des produits et des marchés existants²¹. Ces modèles sont décrits brièvement ci-dessous, avec des suggestions sur la manière dont ils pourraient être appliqués aux stimulants, en commençant par le modèle de régulation le plus strict, jusqu'au modèle le plus souple.

1. Prescription médicale

Pour les personnes traitées suite à une dépendance à l'héroïne (illégal), la prescription de substituts à moindre risque tels que la méthadone ou la buprénorphine est largement acceptée comme une mesure clé, basée sur des données factuelles, pour réduire les risques et les méfaits²². Dans les cas où les personnes ne répondent pas au traitement par agonistes opioïdes (TAO), il existe des données concluantes quant à l'efficacité de la prescription d'héroïne pharmaceutique (diacéylmorphine), et la prescription d'héroïne est déjà autorisée dans un certain nombre de pays²³. La logique et les bonnes pratiques relatives à la prescription d'opioïdes ne peuvent pas être transférées directement aux stimulants; cependant, il existe un historique d'études plus restreintes mais non négligeables sur la prescription de stimulants dans ce contexte – bien que principalement limitées aux amphétamines (voir le chapitre 7). La prescription peut impliquer des ordonnances à emporter ou l'obligation de consommer sous supervision.

21 Transform Drug Policy Foundation (2009). *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation*. transformdrugs.org/publications/after-the-war-on-drugs-blueprint-for-regulation

22 Babor, T. et al. (2016). *Drug policy and the public good*, 2ème édition. Oxford: Oxford University Press.

23 European Union Drug Agency (EUDA) (2012). *EMCDDA Insights: New heroin-assisted treatment – Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*. https://www.euda.europa.eu/publications/insights/heroin-assisted-treatment_en

2. Vente en pharmacie spécialisée

Les pharmaciens sont formés et autorisés à délivrer des ordonnances, bien qu'ils ne puissent généralement pas les rédiger. Ils peuvent également vendre des médicaments à moindre risque sans ordonnance et sont formés pour donner des informations générales sur la santé et la sécurité des médicaments prescrits et leur utilisation. Les pharmaciens travaillent dans un cadre juridique clairement défini. Ils sont formés, régulés et soutenus par des organismes professionnels. Dans certains endroits, les pharmaciens sont déjà impliqués dans les régimes de gestion des substances psychoactives. Au Royaume-Uni, par exemple, ils sont tenus de superviser la consommation sur place de certaines prescriptions de méthadone, par mesure de précaution contre le détournement vers le marché illégal.

Les pharmacies ne sont généralement pas impliquées dans la distribution ou la vente de substances psychoactives pour un usage non médical. Toutefois, un système s'inspirant de la distribution en pharmacies pourrait constituer un moyen efficace de gérer la disponibilité de certaines substances pour un usage non médical. C'est le cas en Uruguay, où le cannabis au détail n'est accessible que par l'intermédiaire des pharmacies – bien que certains se demandent si un modèle de distribution en pharmacie strict est adapté aux risques du cannabis. Cette approche a par ailleurs soulevé des questions chez les pharmaciens, dont certains déplorent d'être détournés de leur mission principale de remise de médicaments pour se retrouver impliqués dans la distribution de substances psychoactives à des fins non médicales, même s'il existe une logique claire de réduction des risques justifiant cette pratique.

Un modèle de pharmacien spécialisé dans les substances psychoactives à usage non médical peut répondre à certaines de ces préoccupations. Cette nouvelle spécialité professionnelle serait soumise à une formation et à des codes de pratique similaires à ceux des pharmaciens conventionnels, mais avec des critères de contrôle d'accès, des responsabilités, des connaissances spécialisées et des qualifications supplémentaires. Dans le cadre de

ce modèle de vente au détail strictement contrôlé, des professionnels de la santé agréés et formés servent de gardiens ; ils font respecter les contrôles d'accès tels que les restrictions relatives à l'âge, à l'intoxication et à la quantité achetée. Il est essentiel qu'ils soient également formés pour donner des conseils sur les risques, l'utilisation plus sûre et l'accès aux services en cas de besoin.

3. Vente sous licence pour consommation sur place (« on-sales »)

La vente sous licence « on-sales » autorise la consommation sur place, soit uniquement dans le lieu où le produit est acheté. Les pubs et les bars, par exemple, ont une licence pour la consommation d'alcool dans l'établissement. Cela permet de mieux contrôler la consommation que dans le cas de la vente à emporter, par exemple en refusant de servir des clients ivres ou en renvoyant les clients qui se comportent de manière agressive. Elle permet également aux autorités chargées de délivrer les licences d'influer sur l'environnement dans lequel l'alcool est consommé.

Ces mesures permettent également un certain degré de surveillance et de gestion de la consommation, et créent un environnement dans lequel les risques et méfaits potentiels peuvent être mieux gérés.

Les conditions définies par les licences peuvent inclure le contrôle des prix, l'obligation de former des vendeurs « responsables », des restrictions sur la publicité et la promotion, des restrictions d'âge [et] l'obligation de fournir des informations sur la santé et la sécurité [...].

4. Vente sous licence pour consommation en dehors de l'établissement (« *off-sales* »)

Les ventes sous licence « off-sales » permettent la consommation de produits en dehors de l'établissement (par exemple, à domicile), comme c'est le cas notamment pour la vente d'alcool ou de tabac dans les magasins et les supermarchés. C'est le système utilisé pour la vente au détail de cannabis à des fins récréatives au Canada et dans la plupart des États américains qui l'ont légalisé. Les ventes « off-sales » ne sont pas non réglementées : elles restent soumises à une licence et, en tant que telles, doivent être réalisées conformément aux conditions d'octroi de la licence. Celles-ci peuvent s'appliquer au cas par cas selon chaque établissement, mais aussi selon chaque produit.

Les conditions définies par les licences peuvent inclure le contrôle des prix, l'obligation de former des vendeurs « responsables », des restrictions sur la publicité et la promotion, des restrictions d'âge, l'obligation de fournir des informations sur la santé et la sécurité, et l'interdiction de vendre au même endroit d'autres substances.

Les ventes en ligne sont une autre forme de vente « off-sales ». Cependant, elles posent des défis supplémentaires. Au Royaume-Uni, par exemple, le « point de vente » pour l'octroi des licences d'alcool est en fait le magasin ou l'entrepôt d'où le stock est prélevé – et non le lieu où le produit est livré. Le problème survient quand les critères d'accès en fonction de l'âge (vente réservée aux adultes) sont définis pour le point de vente mais pas pour le lieu de livraison. Un régime d'autorisation bien conçu devrait toutefois permettre de résoudre ce problème en déterminant que le « point de vente » est le point de livraison, ou en imposant la présence d'un signataire adulte pour la livraison.

5. Vente sans licence

Les drogues présentant un risque suffisamment faible, telles que le café ou le thé de coca, nécessitent relativement peu ou pas de contrôles d'autorisation. Cependant, elles devraient toujours être soumises à la régulation conventionnelle des aliments ou des boissons concernant les ingrédients, les pratiques de production, l'étiquetage, etc. Comme pour les denrées alimentaires, les exigences en matière d'étiquetage et d'information sur l'emballage – ainsi que les avertissements – peuvent être établies par une législation générale fonctionnant en dehors ou à côté d'un système de licence

Régulation et motivations de la consommation de stimulants

Les nombreuses motivations qui poussent les gens à consommer des stimulants peuvent être divisées en trois grandes catégories d'utilisation : fonctionnelle, récréative et addictive. Bien que ces catégories soient utiles pour les besoins de cette discussion, les habitudes de consommation changent souvent au fil du temps. Ces catégories décrivent donc plus précisément un spectre de motivations et de comportements au sein desquels les individus évoluent.

Utilisation fonctionnelle

De nombreuses personnes consomment des stimulants pour leurs avantages fonctionnels, c'est-à-dire, par exemple, pour gérer la fatigue ou favoriser la concentration, l'attention ou les performances dans un environnement de travail (parfois décrit comme une forme de « renforcement cognitif »). Les exemples incluent l'utilisation par les conducteurs de longue distance, les travailleurs de nuit, les ouvriers travaillant de longues heures, les hommes et femmes d'affaires à la recherche d'amélioration de

leurs performances, ou les étudiants ayant une lourde charge de travail et s'efforçant de rester concentrés. Historiquement (et même récemment), les stimulants ont également été utilisés par les forces armées pour leurs usages fonctionnels²⁴.

Cette catégorie peut également recouper les utilisations médicales, qu'il s'agisse de médicaments officiellement prescrits (par exemple, l'utilisation d'amphétamines pour la narcolepsie ou le TDAH), d'automédication informelle ou d'utilisation quasi médicale et « bien-être » (par exemple, l'utilisation des propriétés coupe-faim des amphétamines pour le contrôle du poids).

Il existe déjà un marché légal de stimulants fonctionnels de faible intensité, principalement des produits à base de caféine. Dans de nombreux pays, d'autres stimulants « fonctionnels » sont utilisés. Il s'agit de stimulants traditionnels à base de plantes, comme la coca, le khat ou le bétel, et de produits pharmaceutiques, comme le modafinil et l'éphédrine (qui sont pour la plupart régulés mais disponibles sur ordonnance ou, dans de nombreux cas, en vente libre).

Utilisation récréative

Les stimulants sont largement utilisés à des fins récréatives, motivés par le plaisir de l'effet de la drogue elle-même ou par le fait qu'elle peut enrichir des activités sociales (en permettant, par exemple, aux utilisateurs de rester éveillés toute la nuit, en renforçant leur confiance en eux, en leur donnant de l'énergie pour danser ou en améliorant leurs performances sexuelles). Cela implique généralement une consommation de doses plus élevées que pour un usage fonctionnel, mais pouvant être moins fréquente. En tant que tel, cette utilisation présente un ensemble différent de risques et de défis, avec un accent plus marqué sur les dommages aigus,

²⁴ Voir, par exemple, Bower, E. A. et Phelan, J.R. (2003). Use of amphetamines in the military environment. *Lancet Extreme Medicine* 362, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14698114/>

notamment parce que la population de personnes utilisant des stimulants à des fins récréatives a tendance à être plus jeune (bien qu'il y ait une utilisation significative chez les personnes plus âgées, en particulier à mesure que la génération « rave » vieillit).

Au sein de ce groupe, les comportements sont très variables. Les stimulants peuvent souvent être remplacés par d'autres en fonction de la situation, de la prédisposition individuelle, de la disponibilité ou du coût.

Ils sont souvent utilisés en combinaison avec d'autres drogues non stimulantes. Certains stimulants ont tendance à être consommés de manière répétée, d'autres sont pris en une seule fois. Même si certains modes de consommation augmentent les risques et peuvent causer des dommages aigus voire la mort, la consommation récréative et occasionnelle de stimulants n'est pas associée à des dommages significatifs pour la santé de la majorité des consommateurs. La consommation est généralement peu fréquente et limitée par les normes sociales qui émergent au sein des groupes de pairs dans leur contexte social. Ces normes sont en outre tempérées par des contrôles personnels, fondés à la fois sur l'expérience et (le cas échéant) sur une compréhension éclairée des risques.

Utilisation addictive

Une minorité de personnes qui consomment des stimulants le font d'une manière qui peut être définie comme relevant d'une addiction ou d'un syndrome de dépendance²⁵. Les taux de dépendance varient, en proportion des personnes qui consomment une substance donnée. Ils sont, par

²⁵ Transform est conscient de la complexité des définitions des addictions et du risque de supposer une distinction claire entre l'usage addictif et l'usage non addictif. D'une manière générale, nous appliquons le terme tel qu'il est utilisé dans la définition du « syndrome de dépendance » de la CIM-10 (voir ici pour une vue d'ensemble : <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology>) Dans le traitement de l'alcoolisme, il est courant de faire la distinction entre dépendance « légère », « modérée » et « sévère » (voir, par exemple <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>). Cette approche est utile dans la mesure où elle reconnaît que les modes de consommation dépendante, quelle que soit leur définition précise, tendent à exister sur un spectre plutôt que dans une relation binaire avec une consommation « modérée ».

exemple, beaucoup plus élevés pour la cocaïne et les amphétamines que pour la MDMA. Les problèmes de dépendance sont plus souvent associés à l'usage plus intense de préparations plus puissantes (comme le crack ou la méthamphétamine) et/ou à des modes de consommation plus risqués à libération rapide – c'est-à-dire la fumée et l'injection, par opposition à l'usage oral ou à l'inhalation. La réduction des risques et des méfaits et les réponses thérapeutiques à la consommation addictive et à haut risque sont examinées plus en détail au chapitre 7.

Dans tout marché régulé de la drogue, la politique doit être conçue pour réduire ou prévenir, dans la mesure du possible, le développement d'une consommation à haut risque ou d'une situation d'addiction. Elle doit également veiller à ce que des traitements efficaces et des services de réduction des risques soient disponibles pour ceux qui consomment de manière problématique. Cela devrait être le cas dans un marché légal des stimulants, tout comme cela devrait être le cas pour l'alcool. La prévention implique non seulement une éducation efficace et une réduction des risques, mais aussi la mise en place de conditions structurelles (par le contrôle d'aspects tels que la disponibilité et le prix) qui rendent l'usage addictif moins probable. Le fait de reconnaître que la distinction entre l'utilisation addictive et les autres types d'utilisation n'est pas simple a des implications politiques tangibles. Dans le cas de l'alcool, par exemple, la régulation a été fondée, pendant une grande partie du vingtième siècle, sur la conviction que l'« alcoolisme » était une maladie qui ne touchait qu'un petit nombre de personnes et que les « alcooliques » étaient qualitativement différents de tous les autres buveurs. Cela a conduit de nombreux pays à adopter des politiques de laissez-faire en matière de contrôle de l'alcool, convaincus que la quantité d'alcool consommée par la population dans son ensemble, la disponibilité générale de l'alcool et l'ampleur du marketing mené par l'industrie n'auraient pas d'impact significatif sur l'usage problématique. Ce point de vue est aujourd'hui largement discrédité²⁶.

²⁶ Pour une vue d'ensemble, voir Butler, S. et al. (2017). *Alcohol, Power and Public Health: A Comparative Study of Alcohol Policy*. London : Routledge, pp.1-25

Équilibrer des priorités contradictoires

La régulation des marchés de la drogue implique de trouver un équilibre entre des priorités contradictoires et de gérer le pouvoir relatif des différentes parties prenantes.

Les impératifs commerciaux *versus* la santé publique

L'un des défis fondamentaux de la régulation des médicaments consiste à gérer les objectifs souvent contradictoires du commerce et de la santé publique. L'expérience de l'alcool et du tabac nous a appris que, surtout lorsque des grandes multinationales sont impliquées, les acteurs commerciaux ont tendance à donner la priorité à la maximisation des profits plutôt qu'à la promotion de la santé. Les acteurs de l'industrie de l'alcool et du tabac s'emploient depuis longtemps et de manière bien documentée à saper les efforts visant à restreindre ou à réguler leurs activités et à contrer la recherche scientifique qui souligne l'importance d'une régulation plus stricte.

Tout régime de régulation des marchés des drogues doit être conçu pour empêcher que cela ne se produise et être suffisamment solide pour résister à la pression intense que les puissants acteurs commerciaux sont en mesure d'exercer. Comme les drogues légales, telles que l'alcool, les stimulants ne sont pas des marchandises ordinaires, et les défis uniques qu'ils posent justifient un niveau d'intervention étatique plus important que pour d'autres produits de consommation. Ceci est particulièrement vrai compte tenu de la nouveauté des marchés légaux de stimulants à ce stade précoce, et de notre connaissance encore limitée de leur fonctionnement dans de nouvelles conditions. Nous pensons qu'en cherchant à trouver un juste équilibre entre les intérêts du commerce (qui cherche à augmenter les profits en augmentant la consommation) et la santé publique (qui cherche à minimiser les dommages en modérant la consommation), ces derniers

Caféine

La caféine est la drogue la plus populaire au monde, principalement consommée sous forme de café, de thé, de boissons gazeuses et de chocolat. C'est un stimulant fonctionnel qui saturé une grande partie de la culture contemporaine. Son utilisation quasi omniprésente, son statut légal et largement non régulé, et sa normalisation culturelle fournissent un contexte utile pour le débat plus large sur les stimulants.



Exemples de boissons énergisantes

De plus en plus populaires, elles sont souvent commercialisées de manière agressive sur la base de leurs propriétés stimulantes.

PHOTO : Steve Rolles

La caféine présente relativement peu de risques, bien qu'à des doses plus élevées (500-600 mg), elle puisse provoquer des insomnies, de la nervosité, de l'agitation, de l'irritabilité, de l'anxiété, des maux d'estomac, des battements de cœur rapides et des tremblements musculaires. Il est toutefois important de noter qu'en raison des effets secondaires désagréables à des doses élevées, son utilisation tend à s'autolimiter, ce qui signifie que les personnes arrêtent généralement de le consommer avant que les effets ne deviennent dangereux.

De nombreux consommateurs de caféine répondraient probablement à certains des critères diagnostiques du syndrome de dépendance – mais en raison des faibles risques, la prévalence remarquablement élevée de la dépendance à la caféine ne fait pas l'objet d'une grande attention. En effet, la caféine est normalisée à tel point qu'elle est rarement évoquée en même temps que d'autres stimulants. Ce n'est que relativement récemment que certains gouvernements ont commencé à envisager ou à mettre en œuvre une régulation plus stricte de certaines boissons énergisantes à forte teneur en caféine, notamment en imposant des avertissements sanitaires, en restreignant la vente aux moins de 16 ans ou en limitant la vente aux pharmacies.

Teneur typique en caféine

Café 50–200mg **Thé** 50mg

Boissons à base de cola 30–60mg
(canette de 355ml)

Boissons énergisantes 80–160mg

Pilules de caféine 50mg (varie selon les marques)

devraient toujours avoir la priorité. La régulation doit être élaborée en ayant conscience de la difficulté de la tâche, en tirant notamment les leçons des succès et des échecs du contrôle du tabac, de l'alcool et, désormais, du cannabis.

Les nouveaux acteurs commerciaux *versus* les communautés concernées

L'évolution vers la légalisation du cannabis en Amérique du Nord a mis en lumière l'importance cruciale de la promotion de l'équité sociale dans un environnement régulé. Certains États américains, par exemple, ont cherché à atteindre cet objectif de manière proactive par le biais d'une série de mesures, notamment en effaçant des casiers judiciaires pour les délits liés à la drogue, en veillant à ce que le prix des licences soit fixé de manière à réduire les obstacles à l'entrée sur le marché régulé, en limitant les licences de manière à empêcher les monopoles, et en fournissant une formation aux personnes issues des communautés les plus pauvres, des minorités ou des communautés concernées²⁷. Si rien n'est fait, les marchés commerciaux tendent inévitablement vers la domination de grands opérateurs commerciaux. Dans le cas des marchés de la drogue, où la prohibition a conduit à des décennies de criminalisation disproportionnée et d'exclusion économique, cette dynamique naturelle du marché ne peut être laissée sans contrainte. Au contraire, le système de régulation doit activement intégrer la justice sociale et veiller à ce que les communautés concernées fassent partie du processus d'élaboration des politiques.

²⁷ Transform Drug Policy Foundation (2020). *Altered States: cannabis regulation in the US*. <https://transformdrugs.org/publications/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us/>; Transform Drug Policy Foundation et México Unido Contra la Delincuencia (2020). *Capturing the Market: Cannabis Regulation in Canada*. <https://transformdrugs.org/publications/capturing-the-market>

Différentes conceptions de la liberté et de l'autonomie

Toute régulation implique un certain degré de restriction de la liberté individuelle. À moins que l'objectif ne soit un marché où tout est permis, la question n'est pas de savoir s'il faut réguler, mais d'en délimiter le périmètre d'intervention légitime. Il s'agit là d'un problème politique essentiel, qui ne saurait être négligé. La position libérale classique veut que l'État n'intervienne pas dans les comportements privés tant qu'ils ne nuisent pas à d'autres personnes de façon visible. La position « santé publique » est qu'un certain degré de contrainte supplémentaire est justifié s'il protège les citoyens des risques pour la santé, ou même des incitations induites par l'influence commerciale. Aux extrêmes de chaque camp, on trouve soit le manquement au devoir du gouvernement (et le transfert du contrôle à des entités motivées uniquement par le profit), soit l'intrusion inacceptable d'un État paternaliste (y compris les gardiens autoproclamés de la santé publique) dans des aspects de la vie privée où ils n'ont rien à faire.

Il n'y a évidemment pas de « bonne » réponse à cette question. Parmi les communautés qui réforment la politique en matière de drogues, certaines sont principalement motivées par la protection des droits individuels, d'autres par la perspective d'un potentiel commercial, et d'autres encore par la promotion de la santé publique. *Transform*, tout en reconnaissant la validité des arguments d'ordres plus libertariens, considère la politique des drogues sous l'angle de la réduction des risques et met donc inévitablement l'accent sur des solutions politiques dans lesquelles le compromis entre la liberté personnelle ou commerciale et la protection de la santé publique est orienté vers cette dernière.

Les marchés régulés versus les marchés illégaux résiduels

La politique est toujours vulnérable aux conséquences imprévues. Dans le cas de la politique en matière de drogues, une régulation suffisamment restrictive pour atteindre certains objectifs de réduction des risques peut s'avérer trop restrictive pour constituer une alternative viable aux marchés illégaux. Des contrôles trop lourds peuvent conduire à des prix excessivement élevés ou à des obstacles inacceptables à l'accès au marché. Quelle que soit l'utilité théorique de ces mesures, si elles sont simplement contournées, la politique a échoué.

D'un autre côté, si la politique n'est pas assez restrictive et qu'un marché commercial débridé émerge, cela limitera considérablement les possibilités de minimiser les risques et les dommages. Heureusement, alors que ni la régulation sur l'alcool ni celle sur le tabac n'ont jamais été parfaites, nous disposons de décennies d'expérience sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour trouver le bon équilibre entre les contrôles sur les produits, les prix, la disponibilité et la commercialisation, afin d'essayer de gérer efficacement un marché régulé pour les drogues à risque.

Toute régulation implique un certain degré de restriction de la liberté individuelle. À moins que l'objectif ne soit un marché où tout est permis, la question n'est pas de savoir s'il faut réguler, mais d'en délimiter le périmètre d'intervention légitime.

S'aligner sur les cultures existantes versus façonner les comportements futurs

Les nouveaux systèmes de régulation doivent s'aligner sur les cultures existantes de consommation de drogues. Toutefois, ces cultures ont été profondément façonnées par la prohibition et la tendance à la répression,

créant des sous-cultures alternatives impliquant des produits et des comportements à plus haut risque. De manière pragmatique, les marchés légaux devront être façonnés de manière à attirer les consommateurs qui s'approvisionnent auprès de sources illégales, que ce soit pour des raisons de coût ou de culture. Ce n'est pas une tâche facile, et il faut trouver un équilibre entre l'urgence de mettre en œuvre des réformes et le risque d'agir trop hâtivement.

Toutefois, cela ne signifie pas que les politiques doivent se contenter de maintenir le statu quo. Au contraire, la régulation peut progressivement façonner les normes sociales et encourager l'adoption de comportements, de produits et d'environnements d'utilisation plus sûrs.

Il est prouvé, par exemple, que les consommateurs de drogues sont sensibles aux variations de prix – ils tendent à réduire leur consommation d'un produit lorsque son prix augmente et peuvent se tourner vers un autre produit moins risqué si son prix diminue²⁸. Si la politique n'est jamais qu'un élément du mélange culturel complexe qui façonne les comportements liés à la drogue, c'est le levier sur lequel les gouvernements ont un contrôle et il existe de nombreux exemples dans l'histoire (par exemple, l'interdiction de fumer dans les lieux publics) où les initiatives politiques ont eu un effet direct et profond sur le comportement.

Reconnaître les limites de la régulation

La régulation des drogues n'est pas une solution miracle. Elle n'éliminera pas la consommation problématique de drogues ou les addictions, et certaines personnes continueront de subir les effets néfastes de leur consommation de drogues ou de celle des autres. En outre, les injustices sociales actuellement exacerbées par la prohibition des drogues – la

²⁸ Babor, T. et al. (2016). *Drug policy and the public good*, 2ème édition. Oxford : Oxford University Press, p.166.

marginalisation, la stigmatisation et l'incarcération massive de communautés, souvent racisées – ne disparaîtront pas, même si l'un des principaux instruments de leur mise en œuvre sera considérablement réduit.

La régulation envisagée ici ne permettrait pas non plus d'éliminer totalement les marchés illégaux de la drogue. Comme pour l'alcool, le tabac et de nombreux autres produits, il existe toujours un marché illégal résiduel qui peut, au mieux, être réduit mais jamais complètement éradiqué. En outre, la qualité d'un système de régulation dépend de son application. Pourtant, même une réduction partielle des marchés illégaux et des dommages liés à la prohibition représente malgré tout un gain net énorme pour la société dans son ensemble.

La régulation des marchés de la drogue n'est également qu'un aspect du débat plus large sur la politique en matière de drogue. La consommation de drogue et la politique en la matière font partie d'un système complexe de facteurs et d'influences qui se croisent. Ce système évolue également au fil du temps. Comme l'ont fait remarquer à juste titre Babor et al. :

Contrairement aux problèmes techniques qui peuvent être « résolus » puis relégués dans le domaine de la routine administrative (par exemple, comment purifier l'eau ou construire un pont solide), les problèmes sociaux tels que les drogues illicites doivent être « résolus » encore et encore par chaque génération. Les politiques peuvent minimiser les dommages causés par les drogues et les types de problèmes existants, mais elles ne permettent pas à la société de choisir d'être totalement exempte de drogues ou de problèmes liés à la drogue²⁹.

Néanmoins, la complexité n'est pas une raison pour ne pas agir. Bien au contraire. Non seulement la prohibition crée et exacerbe une série de

²⁹ Babor, T. et al. (2016). *Drug policy and the public good*, 2ème édition. Oxford: Oxford University Press. pp.274-5, notre traduction

préjudices sanitaires et sociaux, mais elle crée également des obstacles conceptuels et pratiques qui empêchent de répondre aux préoccupations sanitaires très réelles liées à l'usage problématique de drogues. Son remplacement par un système de régulation permettrait, en réorientant les ressources et en déplaçant les obstacles politiques et idéologiques, d'adopter une approche de santé publique qui produirait des bénéfices à long terme. Il faciliterait la mise en place de politiques publiques plus rationnelles et fondées sur des données probantes, ce qui ne peut qu'aider à s'attaquer aux conditions sociales qui sous-tendent l'usage problématique et à mieux traiter les méfaits plus larges liés à la drogue.

Le contexte politique général

L'établissement de nouveaux marchés régulés pour les drogues actuellement illégales nécessite de nouvelles structures institutionnelles à différents niveaux de gouvernement : international (y compris les agences mondiales et régionales telles que l'ONU et l'Union européenne), national et local. Actuellement, des tensions apparaissent entre ces structures à plusieurs niveaux, ce qui montre à quel point elles s'effritent sous la pression des réformes. Les institutions mondiales ayant tendance à se montrer peu enclines à prendre l'initiative, la réforme de la politique en matière de drogues a souvent été guidée par l'innovation locale. Les lois uruguayennes et canadiennes sur le cannabis ne sont pas conformes aux conventions des Nations Unies sur les drogues ; la régulation du cannabis au niveau des États des États-Unis est en conflit avec la loi fédérale ; et une série d'initiatives locales sur la régulation du cannabis, notamment à Copenhague, dans plus de 60 municipalités des Pays-Bas et au Pays basque espagnol, remettent en question les cadres juridiques nationaux.

International

Les Nations Unies jouent un rôle fondamental dans la définition d'une politique mondiale en matière de drogues, en établissant les limites au sein

desquelles les politiques nationales en matière de drogues opèrent. La prohibition est actuellement étayée par les traités des Nations Unies sur les drogues, qui placent clairement la question sous l'angle de la criminalité et de la répression. Dans le contexte d'une réforme mondiale, cette situation devrait changer. Un marché légal des stimulants devrait être régulé de manière à minimiser les effets néfastes sur la santé, mais aussi à protéger les droits et les besoins des producteurs, en particulier dans les régions à faible revenu. Cela nécessiterait de nouveaux accords commerciaux internationaux ainsi qu'une meilleure prise en compte des normes en matière de droits humains liées à la politique des drogues dans les principaux traités. La responsabilité du traitement des questions liées à la drogue devrait passer de l'ONUDD à l'OMS, l'idéal étant d'élaborer un accord international similaire à la convention-cadre pour la lutte antitabac.

Les normes des Nations Unies en matière de droits humains sont compatibles avec le cadre de régulation juridique proposé dans ce livre. Il n'en va pas de même pour la prohibition des drogues. Un rapport récent de l'ONUSIDA, de l'OMS et du Programme des Nations Unies pour le développement affirme qu'« aucune loi, politique ou pratique en matière de drogues ne devrait avoir pour effet de saper ou de violer la dignité d'une personne ou d'un groupe de personnes »³⁰. En réalité, la guerre contre la drogue a toujours conduit à des violations flagrantes des droits humains, en violation manifeste de la dignité humaine³¹. La régulation offre la possibilité de protéger les droits individuels et collectifs d'une manière qui est actuellement compromise par la mise en œuvre de la prohibition. Il est clair qu'une réforme globale nécessite soit une révision des traités des Nations Unies relatifs au contrôle des drogues, soit une ligne de conduite géopolitiquement viable par laquelle des États, ou des groupes d'États partageant les mêmes idées, peuvent aller au-delà des obligations des traités existants.

30 International Centre on Human Rights and Drug Policy, UNAIDS, WHO et United Nations (UN) Development Programme (2019). *International Guidelines on Human Rights and Drug Policy*. <https://www.undp.org/publications/international-guidelines-human-rights-and-drug-policy>

31 Voir : Transform Drug Policy Foundation (2011). *Count The Costs: Undermining Human Rights*. <https://transformdrugs.org/publications/count-the-costs-undermining-human-rights>

Il s'agit d'une question complexe, traitée plus en détail dans la suite de l'ouvrage.

Gouvernement national

Si les marchés de la drogue ont une portée mondiale, les gouvernements nationaux doivent être habilités à déterminer leurs propres politiques en matière de drogue, dans le cadre des paramètres généraux établis par le droit commercial international et les droits humains. Dans un paysage juridique réformé, la responsabilité première de la politique en matière de drogue devrait incomber aux ministères de la santé, plutôt qu'aux ministères de l'intérieur. Bien que le gouvernement conserve des responsabilités essentielles en matière de surveillance et d'application de la régulation, le principe fondamental est que la consommation de drogues (dans la mesure où elle présente un risque) est avant tout une question de santé et doit être traitée en tant que telle.

Néanmoins, en raison de sa complexité (et comme c'est le cas pour l'alcool), la politique en matière de drogues sera toujours profondément interministérielle. Les ministères de l'intérieur auront toujours un rôle clé à jouer dans l'application des nouvelles réglementations; les ministères des finances chercheront à générer des taxes; l'aide au développement devrait jouer un rôle essentiel dans la protection des producteurs et le soutien au commerce équitable; les ministères de l'éducation auront un rôle à jouer dans la prévention et la réduction des risques, etc. C'est la raison pour laquelle un organe de coordination doté d'un mandat interministériel sera essentiel pour garantir la cohérence des approches dans tous les domaines politiques. Il existe déjà des modèles en la matière. Dans l'État de Washington et dans de nombreuses provinces canadiennes, la politique en matière de cannabis a été déléguée aux agences existantes chargées de la réglementation de l'alcool. L'Uruguay, en revanche, a créé un nouvel institut pour la régulation et le contrôle du cannabis.

Gouvernement local

La mise en œuvre et l'application de la régulation au niveau du terrain incombent invariablement aux autorités locales. L'octroi de licences permet généralement aux autorités locales de déterminer le nombre, la densité et les pratiques opérationnelles des points de vente dans leur région, et d'adapter ces décisions aux besoins locaux. Il se peut que certaines communautés ne souhaitent pas voir la vente légale de stimulants sur leur territoire, même si l'offre est légalisée au niveau national. Cette « option locale » a été appliquée historiquement dans les « comtés secs » (*dry counties*, soit des juridictions sans alcool) aux États-Unis et en Australie, et plus récemment avec les points de vente de cannabis aux États-Unis et les *coffee shops* de cannabis dans différentes municipalités néerlandaises. Aux États-Unis, tous les États qui ont régulé le cannabis récréatif accordent aux autorités locales une certaine flexibilité en matière de lois de zonage ou la possibilité d'interdire complètement les détaillants³².

Le niveau d'autonomie réglementaire laissé aux différentes communautés doit être soigneusement équilibré. Il

est essentiel que les autorités locales aient un certain degré de contrôle sur la manière dont la régulation des stimulants se manifeste dans leurs communautés. Toutefois, un patchwork de régulation peut rendre le marché légal difficile d'accès pour certaines communautés et encourager la survie du marché noir ou de contrebandes informelles. La vente au détail et les services de livraison en ligne peuvent offrir une solution partielle, mais s'accompagnent de leur propre lot de défis réglementaires.

Les historiens de demain regarderont un jour en arrière et se demanderont pourquoi la guerre contre la drogue a duré aussi longtemps

³² Transform Drug Policy Foundation (2020). *Altered States: Cannabis Regulation in the US*. <https://transformdrugs.org/publications/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us>

Peut-on relever le défi ?

Le système mondial de prohibition des drogues semble tellement enraciné qu'il peut être difficile d'imaginer une alternative. Malgré ses échecs flagrants, ses coûts sociaux et son rôle dans l'aggravation des injustices, la prohibition a l'avantage d'être le système existant. Le changement politique est toujours difficile : modifier des traités internationaux historiques, soutenus par des institutions aussi vastes et à l'inertie aussi forte que les Nations unies, et renforcés par des États puissants dont l'influence sur la scène mondiale est immense, constitue sans aucun doute un défi de taille. Mais, comme tout défi, il est possible de le relever – et pour y parvenir, nous devons imaginer une alternative, en dessiner le profil et évaluer les différentes formes qu'elle peut prendre. Les historiens de demain regarderont un jour en arrière et se demanderont pourquoi la guerre contre la drogue a duré aussi longtemps : ce livre vise à faire avancer le moment du changement en proposant des modèles spécifiques pour un système différent. La question n'est pas de savoir si, mais quand le système actuel s'effondrera. Ce livre a pour but de définir ce à quoi le nouveau système devrait ressembler.

Les chapitres qui suivent sont conçus pour présenter au lecteur les avantages et les inconvénients des différents modèles de régulation, tout en exposant la version, à nos yeux, la plus prometteuse. Le chapitre 2 examine la raison d'être des différentes approches de régulation, évalue ce qu'elles peuvent accomplir et à quels coûts, et conclut sur ce que nous proposons comme un « modèle standard » pour la régulation des stimulants. Les chapitres suivants appliquent ce modèle à des types de stimulants spécifiques : les amphétamines, la MDMA et la cocaïne, en examinant comment nos principes fondamentaux s'appliquent dans chaque cas et quelles sont les variations possibles. Les chapitres consacrés à la réduction des risques et au développement durable abordent deux thèmes fondamentaux et transversaux et expliquent comment les traiter dans un nouveau contexte réglementaire.

La discussion qui suit vise à décrire une feuille de route pour la régulation et à stimuler le débat sur la manière dont elle pourrait être mise en œuvre ou améliorée. Nous n'en sommes qu'au début du débat sur la politique en matière de drogues, et les propositions présentées ici ont pour but de poser un jalon : nous décrivons ce que nous considérons comme la meilleure option alternative, tout en laissant place à la contestation, et en invitant les lecteurs à réfléchir à la manière dont certains éléments pourraient être développés plus avant. Dans cette perspective, nous pensons que ce livre peut apporter une contribution importante à la réalisation des réformes dont le monde a si désespérément besoin.

A photograph of an industrial facility, likely a refinery or chemical plant, featuring large cylindrical storage tanks, complex piping, and multiple levels of metal walkways with railings. The scene is set against a clear blue sky with some light clouds. The image has a soft, slightly blurred quality, and a vertical gradient of colors (blue, green, yellow, orange) is applied across the entire frame.

2

Les aspects pratiques de la régulation

La régulation des stimulants doit avant tout viser à protéger la santé publique, à réduire les inégalités sociales et à garantir une réduction plus efficace des risques.

PASSER DE L'INTERDICTION À LA RÉGULATION N'EST PAS SEULEMENT UNE QUESTION DE PRINCIPE, mais de détails pratiques. Si nous admettons que l'alternative à la criminalisation n'est pas la liberté totale, nous devons examiner de près quelles formes de contrôle sont pratiques, justifiées et éthiques. Comme les stimulants représentent une grande variété de substances, d'effets et d'impacts à long terme, il n'existe pas un modèle universel pour leur régulation. Pour être pratiques, les régulations doivent à la fois atteindre leurs objectifs et être acceptables pour les personnes consommatrices. Pour être justifiées, elles ne doivent pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour réduire raisonnablement les risques. Et pour être éthiques, elles ne doivent pas créer de risques inutiles ou exacerber les inégalités existantes.

Ce chapitre expose les principes et les questions clés de la régulation. Tout en reconnaissant que les détails doivent être adaptés en fonction des substances, il aborde des questions générales et des modèles de contrôle globaux. Il part du principe qu'il n'existe pas d'approche universelle. Sur cette base, la régulation des drogues devrait être élaborée selon une approche par paliers, qui fait coïncider le modèle de régulation aux risques d'utilisation.

Quantifier les risques liés aux substances

La régulation, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, est essentiellement un défi de gestion des risques. Il est nécessaire de comprendre les risques pharmacologiques d'une substance et leur rapport avec les risques environnementaux et comportementaux afin de déterminer la réponse réglementaire et politique, et d'informer les personnes consommatrices sur les risques. Les politiques et les législations contemporaines ont eu tendance à classer les substances dans un nombre restreint de catégories : souvent, comme dans le cas du système de classification des drogues des Nations-Unies, l'évaluation des risques non médicaux et l'évaluation de l'utilité médicale sont combinées en une seule classification. Ces systèmes de gestion et de classifications légales ont fait l'objet de larges critiques, allant du fait qu'ils étaient jugés arbitraires et fondés sur des analyses de risques inexacts, absentes ou dépassées, au fait qu'ils omettaient d'inclure l'alcool et le tabac, en passant par le fait qu'ils étaient avant tout des outils permettant d'établir une hiérarchie des peines plutôt que d'élaborer une réponse qui fasse sens en matière de santé publique¹.

Au-delà de ces défis, il existe un problème plus fondamental, à savoir que les risques liés aux drogues sont définis par une série de vecteurs de risques aigus et chroniques différents (y compris, par exemple, le surdosage et le potentiel addictif). Les différentes drogues peuvent également présenter des risques secondaires très différents liés à la grossesse, à l'altération de la conduite, aux aptitudes sur le lieu de travail, à la violence et au comportement antisocial. Les catégorisations légales des drogues selon ces différents vecteurs de risque ne seront pas nécessairement alignées (comparez par exemple les risques chroniques ou de surdose de l'héroïne et des cigarettes). Il y a d'autres niveaux de complexité du fait que le risque lié aux drogues peut être profondément déterminé par la préparation de la drogue, la santé du consommateur, d'autres facteurs individuels (y compris l'âge, le poids, le sexe et les problèmes de santé préexistants),

¹ Commission globale de politique en matière de drogues (2019). *La classification des substances psychoactives : lorsque la science n'est pas écoutée*. http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report_FR_web.pdf

Niveaux de risques

| | Substances | Commerces de détail |
|----------------------------------|---|--|
| Niveau 1 risque faible | <ul style="list-style-type: none"> ● Feuilles de coca / thé / produits oraux ● Thé à l'éphédra ● Boisson à la caféine | Commerces de détail <ul style="list-style-type: none"> ● Contrôles standards des produits de consommation ● Informations commerciales sur l'emballage ● Contrôle de l'âge / vente sous licence / restrictions de commercialisations pour certains produits |
| Niveau 2 risque moyen | <ul style="list-style-type: none"> ● Pilules de MDMA ● Pilules d'amphétamines ● Poudre de cocaïne | Modèle « standard » <ul style="list-style-type: none"> ● Monopole de l'état ● Emballage de type pharmaceutique ● Rationnement des produits ● Interdiction de la commercialisation |
| Niveau 3 risque élevé | <ul style="list-style-type: none"> ● Amphétamine à fumer / à injecter ● Cocaïne injectée ou crack fumé cocaïne / <i>pasta base / basuco</i> ● Autres stimulants fumés / injectés à haut risque | Modèle de réduction des risques / traitement <ul style="list-style-type: none"> ● Pas de disponibilité au détail ● Option pour la prescription de substitution / maintien ● Lieux de consommation sécurisée |

ainsi que les habitudes de consommation (fréquence d'utilisation, dosage, mode de consommation, polyconsommation, environnement de consommation, etc.). Un système généralisé de catégorisation des risques en trois ou quatre niveaux n'est pas un outil politique utile dans ce contexte ; il peut potentiellement servir de symbole politique, mais il est largement dénué de sens d'un point de vue pratique. Les tentatives plus sophistiquées de classer les dangers liés aux drogues selon différents vecteurs de risque, qui sont ensuite combinés en un indice unique, souffrent des mêmes lacunes conceptuelles, et ce, même avant de prendre en compte les impacts de l'environnement juridique sur les risques².

2 Rolles, S. et Measham, F. (2011). Questioning the method and utility of ranking drug harms in drug policy. *International Journal of Drug Policy* 22.4. doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.04.004

Pour les besoins de cet ouvrage, nous avons néanmoins réparti les médicaments stimulants en trois grandes catégories afin d'explorer des options de régulation. Cependant, plutôt que de se concentrer uniquement sur les évaluations des risques pharmacologiques conventionnelles, plus limitées et utilisées pour établir une hiérarchie de sanctions, nous avons basé la division des niveaux sur la préparation et les vecteurs de risque comportemental connexes qui peuvent informer de manière plus significative les aspects pratiques de la régulation. Cette différence d'approche est mise en évidence par la classification de la cocaïne dans notre modèle de niveaux de risque. Alors que la feuille de coca, la poudre de cocaïne et le crack sont tous regroupés dans les systèmes de classification des Nations Unies, du Royaume-Uni et des États-Unis, nous les avons placés dans trois niveaux de risque distincts, qui reflètent la grande différence de risques réels entre ces produits. Néanmoins, cette catégorisation en trois niveaux implique inévitablement un certain degré de généralisation. Il est important de préciser que des différences significatives de risques existent toujours entre les produits classés dans un même niveau, et que les limites entre les niveaux peuvent parfois être floues.

Les leviers politiques à la disposition du gouvernement

La régulation ne peut pas, à elle seule, déterminer exactement comment les stimulants seront consommés, par qui et à quel niveau dans la population. Cependant, elle représente un mécanisme fondamental par lequel les marchés et les habitudes de consommation peuvent être influencés. D'une manière générale, les leviers de la régulation comprennent des contrôles sur l'élaboration des produits (par des contrôles sur la préparation ou l'emballage) ; le prix (par la taxation ou le contrôle des prix) ; la disponibilité (par l'octroi de licences aux vendeurs et aux points de vente ainsi que par des contrôles sur les consommateurs, tels que l'âge d'accès, le rationnement

ou les lieux de consommation autorisée) et le marketing. Les questions de développement liées à la production de drogue sont traitées au chapitre 6.

Ce chapitre examine les défis et les options de régulation qui s'appliquent à ces différents domaines de contrôle.

Contrôle des produits

La production légale sous licence de MDMA, de cocaïne et d'amphétamines à des fins médicales et scientifiques s'inscrit déjà dans les cadres juridiques nationaux, régionaux et mondiaux existants qui régulent plus généralement la production pharmaceutique. En tant que tels, les défis futurs liés à la production légale peuvent en grande partie être résolus en augmentant la production dans le cadre des systèmes existants. Les questions les plus épineuses, au-delà de la logistique de l'augmentation de la production pour de nouveaux marchés potentiels, sont d'ordre politique, juridique et bureaucratique.

Le contrôle de la qualité des médicaments est géré conformément aux réglementations régionales de « bonnes pratiques de fabrication » (ou BPF) afin de garantir la sécurité des consommateurs. Dans un marché régulé, tous les médicaments à usage non médical devraient être produits selon les mêmes normes de qualité, d'inspection et de tests (comme pour tout médicament importé répondant aux normes de BPF au point de vente).

Tout produit de grande valeur présente un certain degré de menace de délits commis dans un but lucratif, y compris les drogues, que les produits soient destinés aux marchés médicaux ou non médicaux. L'alcool légal, le tabac et le cannabis ont tous fait l'objet de vols que cela soit sur le point de production, lors du transit ou de la vente. Les stimulants pharmaceutiques – avec un rapport valeur/poids plus élevé et un marché de revente probablement plus accessible que, par exemple, les médicaments de niche

Bonnes pratiques de fabrication

Les « bonnes pratiques de fabrication », ou BPF, décrivent les normes minimales légales que les fabricants de médicaments doivent respecter pour s'assurer que les produits sont d'un niveau élevé constant et qu'ils conviennent à l'usage auquel ils sont destinés. Les normes de BPF sont établies au niveau international par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi qu'au niveau régional – par l'intermédiaire d'organisations telles que l'Agence européenne des médicaments (EMA), qui harmonise les activités de BPF dans toute la régionⁱ. Le respect des BPF peut être évalué par des procédures de rapport et d'inspection, le non-respect étant passible de sanctions pouvant aller jusqu'à la suspension de l'autorisation d'exercerⁱⁱ.

Les BPF sont définies dans des réglementations et des orientations, décrivant les principes et les normes qui doivent être appliqués tout au long du processus de production, notamment en ce qui concerne l'hygiène, les matériaux, l'équipement utilisé et la formation. L'objectif premier des BPF est de réduire les risques pour les consommateurs et consommatrices, par exemple ceux posés par un étiquetage inadéquat ou des confusions de produits, et plus particulièrement les risques qui ne peuvent être éliminés par des tests sur le produit finalⁱⁱⁱ.

À titre d'exemple, les lignes directrices établies aux États-Unis par la *Food and Drug Administration* (FDA) peuvent être résumées par les « cinq P ». Ceux-ci décrivent les domaines clés pour lesquels la FDA exige des fabricants qu'ils respectent des normes minimales spécifiées, bien qu'ils soient largement applicables en tant que principes aux BPF en général (les exemples donnés ici ne sont pas exhaustifs) :

- **Personnel** : le personnel doit avoir des responsabilités claires et être pleinement formé et supervisé
- **Procédures** : les procédures doivent être enregistrées, faire l'objet d'un rapport, et couvrir tous les domaines clés
- **Produits** : les fabricants doivent disposer de spécifications pour chaque étape du développement d'un produit
- **Locaux (premieries) et équipement** : ils doivent être enregistrés, validés et permettre un nettoyage efficace
- **Processus** : ils doivent être clairement documentés et faire l'objet d'un rapport, les étapes critiques étant identifiées^{iv}

ⁱ World Health Organisation (sans date). GMP Question and Answers. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/medicines-good-manufacturing-processes>; European Medicines Agency (sans date). Good manufacturing practice. www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/research-development/compliance/good-manufacturing-practice

ⁱⁱ Voir, par exemple, UK gov.uk (2019). Good manufacturing practice and good distribution practice, www.gov.uk/guidance/good-manufacturing-practice-and-good-distribution-practice

ⁱⁱⁱ Organisation mondiale de la santé (2014). WHO good manufacturing practices for pharmaceutical products: main principles. Annex 2, WHO Technical Report Series 986, 2014. <https://www.who.int/teams/health-product-and-policy-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards-for-pharmaceuticals/guidelines/production>; GMP Question and Answers, <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/medicines-good-manufacturing-processes>

^{iv} Hill, E. (2019). Good practice (GxP) in the pharmaceutical industry. Qualsys. <https://qualsys-1.hubspotpagebuilder.com/blog/good-practice-in-the-pharmaceutical-industry>

comparables – pourraient constituer une cible attrayante pour la criminalité opportuniste.

Les protocoles de sécurité pour la production, le transit et la vente de médicaments de grande valeur (stimulants ou autres) sont toutefois bien établis. Les mêmes mesures de sécurité s'appliqueront tout aussi efficacement à la production de drogues non médicales de grande valeur qu'à la production de médicaments de grande valeur (d'autant plus que, comme on l'a vu, dans de nombreux cas, les produits sont identiques et seront également vendus par des pharmacies spécialisées).

Les questions juridiques liées au commerce international ou au transit de drogues produites à des fins non médicales risquent d'être plus problématiques que les questions pratiques relativement bien connues liées au contrôle de la qualité et à la sécurité. De nouvelles normes et de nouveaux cadres devront être élaborés au niveau international pour garantir un contrôle efficace dans ces domaines, et les obstacles posés par l'architecture actuelle de contrôle des drogues des Nations Unies devront être surmontés (pour une discussion à ce sujet, voir plus loin dans l'ouvrage).

La question de savoir qui va fabriquer les produits destinés au nouveau marché des stimulants est également primordiale, même si l'on peut être certain que les produits qui en résulteront seront de qualité comparable. Le fait que les entreprises soient déjà autorisées à produire des médicaments pour les marchés médicaux signifie que la dynamique des entreprises est déjà bien ancrée et que les acteurs principaux sont bien établis.

Comme on l'a vu lors du passage du marché du cannabis médical au marché du cannabis non médical aux États-Unis et au Canada, favoriser les entreprises existantes peut faciliter la gestion d'un nouveau marché pour les régulateurs, mais ce n'est pas nécessairement la meilleure approche pour

assurer une répartition équitable des parts de marché³. Il s'agit là de défis importants que les autorités doivent relever lorsqu'elles cherchent à élaborer de nouvelles procédures d'octroi de licences (voir également le chapitre 6 sur les questions de développement dans la production de médicaments).

Contrôles de la préparation

Les risques associés à un stimulant donné dépendent aussi bien de la forme de préparation de la drogue (pilule, poudre, boisson, etc.) que du mode d'administration (injection, fumée/inhalation, sniff ou prise orale). Pour toute drogue, un dosage plus élevé amène des effets plus intenses et des risques plus élevés. Cependant, la préparation et le mode d'administration ont également un impact sur les risques en modifiant la vitesse d'apparition et la durée des effets de la drogue, ainsi que les risques physiques aigus et chroniques associés à la consommation par inhalation, injection, etc.

La disponibilité des différentes préparations est directement influencée par la régulation, tout comme – par extension – les modes d'administration. Certaines compositions de pilules, par exemple, rendent difficile la consommation de la drogue autrement que par voie orale; les gels liquides ne peuvent pas être écrasés et sniffés; Les préparations de prodrogues (qui ne deviennent psychoactives qu'après métabolisation, comme la lisdexamfétamine) ne peuvent pas offrir l'effet immédiat d'une injection.

La régulation peut encourager une consommation plus sûre en rendant les stimulants plus disponibles (ou moins chers) dans des préparations plus sûres, et moins disponibles (ou plus chers) dans des formes plus risquées. La promotion d'alternatives plus sûres ne doit pas viser à encourager de nouvelles consommations. Elle doit plutôt viser à modifier les habitudes des consommateurs et consommatrices à haut risque ou à orienter les personnes susceptibles de devenir consommatrices à haut risque dans une

³ Voir : Slade, H. (2020). *Altered States: Cannabis regulation in the US*. Transform Drug Policy Foundation. <https://transformdrugs.org/publications/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us>

Résumé du vecteur de risque pour le mode d'administration du médicament

Injection

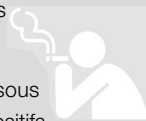
L'injection est le mode d'administration le plus risqué. Elle expose immédiatement l'utilisateur à la totalité de la dose et réduit sa capacité à contrôler (titrer) la posologie, augmentant ainsi le risque de surdose. L'injection comporte des risques de lésions tissulaires, d'infections et de



transmission de virus transmissibles par le sang si le matériel d'injection est partagé. L'intensité de l'expérience, avec un début rapide de l'effet de la drogue, est associée à des niveaux accrus d'utilisation compulsive et de dépendance.

Fumée/inhalation

Comme l'injection, l'inhalation expose les personnes qui consomment à l'effet de la drogue presque immédiatement (bien que la biodisponibilité soit réduite car une partie de la drogue est perdue dans l'expiration). Cependant, elle permet de mieux contrôler le titrage et l'intoxication, de sorte que le risque de surdose est plus faible. Toutes les drogues stimulantes ne peuvent pas être fumées efficacement (les préparations de cocaïne base/crack et la méthamphétamine peuvent l'être, mais pas la dexamphétamine, la poudre de cocaïne ou la MDMA). L'inhalation de drogues par combustion présente un risque supplémentaire de lésions chroniques des poumons.



Les risques liés à l'inhalation peuvent être réduits si la drogue est inhalée sous forme de vapeur plutôt que sous forme de combustion/fumée, mais les dispositifs de vapotage actuels ne peuvent pas transporter suffisamment de drogue par inhalation (cocaïne, amphétamine ou MDMA) pour en faire une option viable (bien qu'ils puissent être développés avec des stimulants synthétiques puissants à l'avenir).

Snif (insufflation)

La poudre, ou certains stimulants sous forme de solution, peuvent être sniffés et absorbés par les muqueuses nasales en quelques minutes. Ceci produit un effet plus lent à se manifester



qu'en cas d'injection ou de combustion/fumée. Bien que l'insufflation comporte généralement un risque physique plus faible que l'injection ou l'inhalation, il y a un risque modéré de lésions chroniques des membranes nasales.

Consommation par voie orale

Les drogues prises par voie orale sont absorbées sur une période plus longue (une heure ou plus) dans l'intestin. Les préparations à libération lente consommées par ingestion présentent généralement moins de risques que leurs équivalents à libération rapide, car la vitesse d'apparition et le niveau d'exposition à un moment donné sont modérés. Cependant la durée d'exposition et d'intoxication est généralement prolongée. Les drogues, y compris la feuille de coca et la poudre de cocaïne, peuvent également être tenues dans la bouche et absorbées par les gencives ou par voie sublinguale.



direction plus sûre. Par exemple, une meilleure régulation devrait encourager, tant au niveau de la population qu'au niveau individuel, l'abandon du tabagisme et de l'injection de stimulants à haut risque au profit de préparations orales plus sûres offrant une libération plus lente. L'adoption ou la transition vers des formes et des modes de consommation plus sûrs est un objectif fondamental de la régulation en matière de réduction des risques.

Une approche de réduction des risques devrait également garantir que les personnes qui consomment des drogues stimulantes aient une connaissance précise de la dose consommée et des effets ainsi que des risques probables d'une consommation sous une forme donnée. Il s'agit, par exemple, de savoir quelle sera l'intensité de l'effet, à quelle vitesse il sera ressenti ou combien de temps il durera. Une mauvaise compréhension des effets des drogues est un facteur de risque en soi, tout comme la puissance inconnue et imprévisible des drogues, en particulier en ce qui concerne les préparations pharmaceutiques. Ces deux facteurs de risque sont exacerbés par la production et l'offre illégales et par le manque de régulation. Des produits réglementés, clairement étiquetés, distribués par des vendeurs agréés et formés, ne peuvent pas empêcher complètement les comportements à haut risque, mais les rendront moins probables.

La consommation (qu'il s'agisse de drogues ou de toute autre marchandise) est rarement entièrement rationnelle : un ensemble de désirs, de perceptions erronées et de biais cognitifs influencent tout ce que nous faisons. Cependant, des décisions plus sûres sont plus susceptibles d'être prises lorsque les consommateurs et consommatrices ont accès à l'information. C'est pourquoi il est de la responsabilité fondamentale de tout régime de régulation de fournir autant d'informations que possible. La connaissance permet aux personnes qui consomment des drogues de prendre des décisions plus éclairées sur leurs comportements personnels à risque. En effet, l'accès à des connaissances précises sur les risques sanitaires et la

réduction des risques est un élément clé du droit fondamental à un meilleur état de santé possible⁴.

Afin de favoriser une prise de décision éclairée, les stimulants ne devraient être disponibles qu'en unités standardisées clairement étiquetées. La normalisation des doses permettrait aux personnes consommatrices de savoir ce qu'elles consomment et en quelle quantité. Elle permettrait également, comme c'est de plus en plus souvent le cas dans la vente d'alcool au détail, de fournir des informations directement liées à ces unités. Les spécificités de la préparation et du dosage de chaque drogue sont examinées dans les chapitres correspondants.

Contrôle des prix

La consommation de drogues dans un environnement légal sera influencée par toute une série de variables contextuelles, et le prix n'en est qu'une parmi d'autres⁵. Cependant, la recherche sur l'alcool et le tabac nous a appris que la tarification est peut-être le levier d'influence le plus important dont disposent les gouvernements lorsqu'il s'agit de façonner les habitudes de consommation, et il existe une abondante littérature sur les impacts probables des différentes approches⁶.

-
- 4 Comités des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies (2000). Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/Comite_DESC_Observation_Generale_14_2000_FR.pdf; Centre international sur les droits de l'homme et les politiques en matière de drogues, ONUSIDA, Programme mondial de lutte contre le sida. Organisation mondiale de la santé et Programme des Nations unies pour le développement (2020). Lignes directrices internationales sur les droits de l'homme et les politiques en matière de drogues. p.8. https://www.humanrights-drugpolicy.org/site/assets/files/2010/hrdp_guidelines_french_2022_v1.pdf
 - 5 Kilmer, B., Caulkins, J.P., Liccardo, R. et al. (2010). *Altered State? Assessing How Marijuana Legalization in California Could Influence Marijuana Consumption and Public Budgets*. RAND Corporation. www.rand.org/pubs/occasional_papers/OP315.html
 - 6 Voir, par exemple : Wagenaar, A.C., Salois, M.J. et Komro, K.A. (2008). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction* 104. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19149811; Gallus, S., Schiaffino, A., La Vecchia, C. et al. (2006). Price and cigarette consumption in Europe, *Tobacco Control* 15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16565459/>. Il existe également une littérature émergente sur les impacts de la tarification du cannabis dans les juridictions légalisées, mais elle est moins développée en raison de la relative nouveauté de ces développements (les premiers modèles formels de régulation non médicale n'ont commencé qu'en 2014) et du manque d'ampleur des contrôles de tarification étudiés jusqu'à présent, qui se limitent principalement aux marchés nord-américains les plus commercialisés.

Dans le cadre d'un système de régulation légale, les gouvernements sont en mesure d'influencer les prix par le biais d'une série de mécanismes :

- **Fixation directe des prix** : Le gouvernement spécifie des prix fixes (qui peuvent ou non inclure des taxes) auxquels certains produits doivent être vendus.
- **Prix minimums** : Fixer des limites de prix inférieurs (qui peuvent ou non inclure des taxes), permettant un certain degré de flexibilité du marché et de concurrence dans le cadre de paramètres définis, tout en empêchant une concurrence excessive sur les prix. Le prix unitaire minimum (PUM), par exemple, a été utilisé pour limiter la concurrence par les prix bas sur le marché de l'alcool⁷.
- **Taxe fixe par unité (ou « spécifique »)** : Une taxe est imposée, qui fixe un montant par unité d'une drogue donnée, par exemple, par 10 milligrammes de cocaïne, MDMA ou amphétamine. Elle peut être appliquée au niveau de la production, du détail, ou des deux. En général, un système de taxe spécifique est plus efficace pour réguler la puissance que le modèle ad valorem (voir ci-dessous) car il établit une relation directe entre la puissance d'un produit et la taxe appliquée.
- **Taxe ad valorem** : La taxe est calculée comme un pourcentage fixe du prix de vente au détail du produit. Dans ce cas, deux produits de puissance différentes peuvent être taxés au même niveau si leur prix de vente au détail est identique.
- **Taxe locale** : Taxe au niveau de la municipalité ou d'une autre juridiction infranationale (comté, province, etc.) pour couvrir toute charge de coût localisée associée au commerce. Cela peut aider à couvrir des charges administratives réglementaires au niveau local, ou répondre à d'autres préoccupations locales, mais peut inciter

⁷ Comme exemple de bonne pratique réglementaire, le gouvernement écossais a chargé le NHS Scotland de réaliser une évaluation complète de la tarification à l'unité minimale après sa mise en œuvre. Ses résultats sont publiés ici : <https://publichealthscotland.scot/population-health/improving-scotlands-health/minimum-unit-pricing-mup/overview-of-mup-evaluation/timeline-of-mup-evaluation/>

au détournement ou au déplacement géographique des marchés. Il n'est pas nécessaire que le taux soit fixe et les municipalités peuvent bénéficier d'une certaine flexibilité.

- **Prix différenciés**: toute méthode de contrôle des prix susmentionnée peut être appliquée de différentes manières à différents produits, ou à des produits similaires dans différents lieux.

L'application d'un contrôle des prix n'est pas simple. Les marchés régulés de la drogue fonctionneraient dans le cadre plus large du droit des marchés et de la concurrence, ce qui limite par conséquent l'intervention de l'État. Le gouvernement écossais, par exemple, a dû faire face à une contestation juridique soutenue de la part de l'industrie de l'alcool après avoir voulu introduire un prix unitaire minimum pour l'alcool. En fin de compte, la mesure n'a été mise en œuvre avec succès que lorsque la Cour suprême du Royaume-Uni a déterminé qu'une mesure moins restrictive (comme l'augmentation des taxes) ne permettrait pas d'atteindre aussi efficacement l'objectif de lutte contre «la consommation problématique d'alcool, vers lequel les objectifs du gouvernement étaient toujours orientés»⁸.

Lors de l'élaboration de politiques de tarification pour les stimulants, il faudrait surmonter de tels obstacles techniques et, très probablement, des défis similaires de la part d'organisations ayant des intérêts économiques en jeu. L'ampleur de ce défi ne doit pas être sous-estimée: les modèles de régulation doivent être suffisamment robustes pour résister à la pression que les États subiront inévitablement de la part des entreprises et des systèmes mondiaux de régulation des marchés dans lesquels ils opèrent. Toutefois, contrairement aux exemples de l'alcool et du tabac, nous avons l'avantage de partir d'une «page blanche» législative, ce qui permet à la régulation d'intégrer les leçons tirées de l'histoire et de mettre en place des mesures visant à atténuer l'influence excessive des grandes entreprises. Il est essentiel que ces mesures soient mises en œuvre dès le début de tout nouveau système

⁸ *Scotch Whisky Association and others v The Lord Advocate and another* (Scotland) [2017] UKSC 76, notre traduction. www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2017-0025-judgment.pdf

de régulation, car les expériences récentes de régulation du cannabis en Amérique du Nord ont montré que la dynamique du marché est établie très tôt et que les entreprises peuvent s'implanter très rapidement sur les nouveaux marchés légaux de la drogue⁹.

En réalité, les considérations politiques fausseront également la conception des interventions sur les prix. Même lorsque des résultats positifs pour la santé publique sont probables, les gouvernements ont tendance à éviter les mesures qui mettent en péril les recettes fiscales, surtout si ces dernières sont bien établies et substantielles, comme c'est le cas pour l'alcool et le tabac. La crainte de l'impopularité publique et le pouvoir du lobbying industriel demeurent des considérations politiques incontournables qui ne s'alignent pas toujours avec les objectifs de santé publique visant à réduire ou modérer la consommation. Cependant, dans le cas des stimulants, il est probable qu'il y aura beaucoup plus de soutien politique pour une régulation efficace que dans le cas de l'alcool, qui est beaucoup plus profondément ancré à la fois dans la culture et dans le tissu économique.

Un modèle de vente au détail avec monopole d'État (examiné plus loin dans ce chapitre) présente un certain nombre d'avantages pour résoudre ces problèmes. De manière évidente, les entreprises sont moins incitées à donner la priorité à la maximisation du profit dans le cadre d'un monopole d'État, ce qui signifie que la politique des prix peut se concentrer sur les intérêts de la santé publique (bien que l'histoire ait montré que les priorités des monopoles d'État dans le domaine de l'alcool, du tabac et des loteries peuvent encore être biaisées par le besoin constant de générer des revenus). La vente au détail sous monopole d'État est également susceptible d'augmenter les recettes totales de l'État par rapport à un modèle basé sur la taxation uniquement, ou à un modèle de vente au détail privé avec des prix fixes ou minimaux¹⁰.

⁹ Slade, H. (2020). *Capturing the Market: Cannabis regulation in Canada*. Transform Drug Policy Foundation et México Unido Contra la Delincuencia. pp.42-46. transformdrugs.org/product/capturing-the-market/

¹⁰ Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B. et al. (2018). *Drug Policy and the Public Good*. New York: Oxford University Press.

Ajustements de prix et variations de la demande

D'une manière générale, pour les drogues actuellement illégales, nous pouvons supposer que les lois fondamentales de l'offre et de la demande s'appliquent ici également : essentiellement, comme pour l'alcool et le tabac, lorsque le prix augmente, la consommation tend à diminuer, et lorsque le prix diminue, la consommation tend à augmenter¹¹. Cependant, traduire ces principes de base en politiques publiques est loin d'être simple. Les variations de prix ont des impacts très différents selon les sous-populations de personnes consommatrices et les marchés des différentes drogues. De grandes variations dans l'élasticité de la demande par rapport au prix – c'est-à-dire le degré auquel la demande réagit aux changements de prix – ont été observées selon les groupes de personnes qui consomment des drogues, et les différents schémas de consommation. Par conséquent, il convient d'être prudent à l'heure de faire des généralisations ou de simplifier à l'extrême la manière dont le prix peut influencer les comportements.

En outre, il est évident que les tendances et la prévalence de la consommation de drogues augmentent et diminuent souvent indépendamment du prix. Aux États-Unis, par exemple, le prix de la cocaïne en poudre a chuté de 80 % au cours des 30 dernières années, mais la consommation a diminué¹². Au Royaume-Uni, en revanche, la cocaïne est devenue moins chère (dans la mesure où la pureté a augmenté, mais où les prix au gramme sont restés relativement stables) et la consommation a augmenté¹³. Les niveaux de consommation de la population sont influencés par une série de variables autres que le prix, telles que : la mode et la culture, la qualité perçue et la sécurité, les attitudes sociales, la stigmatisation de l'usage, le marketing (du moins pour les drogues légales où le marketing est autorisé), la disponibilité

11 Hughes, C., Hulme, S., Ritter, A. (2020). The relationship between drug price and purity and population level harm. *Trends & issues in crime and criminal justice* no. 598. Australian Institute of Criminology. www.aic.gov.au/publications/tandi/tandi598

12 ONDCP (2015). National Drug Control Strategy. Data Supplement 2015. https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/2015_data_supplement_final.pdf

13 Public Health England (2017). Drug Situation 2017: *UK Focal Point on Drugs*. www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10755/UK_Focal_Point_Annual_Report.pdf

géographique et temporelle, ainsi que la disponibilité et le prix de drogues ou d'activités alternatives.

Le poids économique des dépenses pour des drogues par rapport au revenu disponible total du consommateur individuel est un facteur clé. Si les prix initiaux sont suffisamment bas et si l'utilisation est modérée ou occasionnelle, les dépenses totales seront probablement faibles. Dans ce cas, même un changement de prix assez radical peut n'avoir qu'un impact limité sur la demande. C'est probablement le cas pour la MDMA. Compte tenu du coût relativement faible par dose (le prix moyen mondial d'un seul comprimé, souvent suffisant pour deux doses pour adultes, serait inférieur à 10 euros, soit environ 12 dollars) et de l'usage généralement peu fréquent de la MDMA, il est probable que les variations du coût par dose influenceront moins la demande que pour des drogues plus chères telles que la cocaïne, surtout si elles sont consommées plus fréquemment¹⁴.

À l'inverse, lorsque la consommation tend à être plus fréquente (comme c'est le cas pour l'alcool et le tabac) et/ou que le coût par dose est beaucoup plus élevé (comme c'est le cas pour la cocaïne, par exemple), les dépenses totales par rapport au revenu disponible sont plus importantes et les changements de prix peuvent avoir des effets plus significatifs. Alors qu'un doublement du prix des pilules de MDMA n'augmenterait le coût d'une soirée de consommation de drogue que de 10 dollars, un doublement du prix de la cocaïne peut se traduire par une dépense supérieure de 50 à 100 dollars. La différence devient encore plus prononcée si la cocaïne est consommée sur une base hebdomadaire, alors que la MDMA l'est sur une base mensuelle.

Les mesures de tarification ne sont pas sans contreparties. Bien que les augmentations de taxes et les prix minimums dans les marchés de l'alcool et du tabac se soient avérés efficaces pour modérer certaines habitudes

¹⁴ Dans cet ouvrage, les prix sont généralement exprimés en dollars américains. Sauf mention contraire, l'emploi du symbole '\$' renvoie au prix en dollars américains. Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. pp.65–66. <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>

de consommation, ils ne sont pas sans problèmes. L'augmentation artificielle du prix d'un produit tend à être régressive dans la mesure où les effets se font sentir de manière disproportionnée sur les personnes à faible revenu. Cela peut être considéré comme positif dans la mesure où certains groupes à haut risque (par exemple les jeunes) ont tendance à avoir des revenus plus faibles. De plus, étant donné que les dommages de la drogue touchent de manière disproportionnée les groupes à faible revenu (comme dans ce qu'on appelle le « paradoxe des méfaits de l'alcool ») la réduction de la consommation dans ces groupes sociaux peut avoir un effet bénéfique global plus important¹⁵. Néanmoins, une telle approche peut aussi être légitimement considérée comme injuste ou discriminatoire à l'égard des personnes à faible revenu en général, et plus particulièrement celles qui consomment de manière modérée. L'augmentation du prix peut modérer la consommation dans les groupes à faibles revenus, mais elle peut aussi avoir des conséquences indésirables telles que l'augmentation de la criminalité liée au financement des achats ou la réduction des dépenses consacrées, par exemple, à un régime alimentaire sain. Une autre hypothèse générale est que les personnes ayant des tendances de consommation addictives sont moins sensibles aux augmentations de prix que les autres. Dans ce cas, les effets négatifs potentiels des augmentations de prix peuvent être encore plus importants.

La disponibilité et le coût de drogues similaires ou d'activités récréatives sont également des facteurs à considérer. L'augmentation du prix d'une drogue peut inciter les personnes consommatrices à se tourner vers des alternatives moins chères, dont les effets peuvent être positifs ou négatifs en fonction des risques relatifs. Ce changement de direction peut avoir des influences positives ou négatives, c'est-à-dire la personne peut s'éloigner, mais aussi opter pour des méthodes de consommation plus risquées

¹⁵ Voir, par exemple, Bellis, M. et al. (2016). The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC Public Health* 16:111, doi.org/10.1186/s12889-016-2766-x; Katikireddi, V. et al. (2017). Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *Lancet: Public Health* 10.2(6). doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30078-6; O'May, F. et al. (2016). Heavy drinkers' perspectives on minimum unit pricing for alcohol in Scotland: a qualitative interview study. *Sage Open* 6(3). <https://doi.org/10.1177/2158244016657141>

mais plus «rentables» pour la même drogue, comme la consommation par combustion ou par injection. Sous la prohibition, la tendance a été au déplacement vers des drogues ou des préparations plus risquées ; la régulation peut produire l'effet contraire.

Impact des prix des stimulants légaux sur le marché illégal

Le prix des drogues stimulantes fournies légalement aura naturellement un impact sur la taille du marché illégal résiduel. Les variables autres que le prix sont importantes, mais un facteur clé est la différence de prix relative ; en d'autres termes, la capacité du commerce illégal à proposer des prix inférieurs à ceux du marché légal. Plus le prix au détail d'une drogue légale est proche du coût de sa mise sur le marché, moins le commerce illégal parallèle a de chances de réaliser des bénéfices. Toutefois, l'écart entre les coûts de production et les prix au détail peut varier énormément d'une drogue à l'autre. Pour certaines drogues, en particulier la cocaïne, l'écart est disproportionné par rapport aux produits plus conventionnels, et même un produit légal beaucoup plus abordable est susceptible d'offrir des possibilités de vente à moindre prix. Dans le cas du tabac, lorsque les taxes sont élevées (par exemple au Royaume-Uni, où les taxes représentent plus de 70 % du prix de vente au détail), l'incitation à la vente illégale est significative¹⁶. En effet, en 2013, on estimait que 9 % du marché britannique des cigarettes et 38 % du tabac à rouler étaient des produits de contrebande ou de contrefaçon¹⁷.

La possibilité de faire de la contrebande et de la contrefaçon est également déterminée par des considérations pratiques. L'alcool, en raison de son volume et de son poids, est plus difficile à passer en contrebande que le tabac. En comparaison, les médicaments sous forme de pilules et de

¹⁶ European Commission (2019). Excise Duty Tables: Part III – Manufactured Tobacco. p.13. <https://cirabc.europa.eu/sd/a/243aea0b-5565-4462-b686-dc3ac625e773/III%20Tobacco%20January%202019>.

¹⁷ Morse, A. (2013). *Progress in tackling tobacco smuggling: Report by the Comptroller and Auditor General*. National Audit Office. www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/06/10120-001-Tobacco-smuggling-Full-report.pdf

poudres sont encore plus faciles et plus rentables à transporter, ce qui se prête davantage au transit et à la vente illégale.

Les producteurs illégaux bénéficient d'un avantage concurrentiel en ne devant pas supporter les coûts associés au respect des exigences réglementaires et aux contrôles de qualité. Ils ne sont pas non plus tenus responsables des externalités de leur production, telles que la déforestation dans les régions de culture de la coca ou le déversement de sous-produits toxiques lors de la production de MDMA. Néanmoins, ils doivent intégrer dans leurs coûts le risque de saisie et de sanctions pénales, et sont désavantagés par rapport aux économies d'échelle et à l'efficacité industrielle dont bénéficient plus facilement les entreprises légales.

En réalité, l'offre légale ne peut pas se substituer entièrement aux marchés illégaux, à moins qu'elle n'implique une offre effectivement non régulée au prix coûtant ou à un prix inférieur. Il est clair que cela entraînerait des coûts inacceptables pour la santé publique. Un marché illégal parallèle à une certaine échelle est donc inévitable, comme l'illustre la persistance des marchés illégaux de l'alcool et du tabac dans la plupart des régions du monde. Néanmoins, il n'est pas nécessaire que les prix légaux soient complètement inférieurs à ceux du marché illégal pour que la mesure soit efficace, car le prix n'est souvent ni l'unique ni le principal attrait. Les données d'enquêtes sur le cannabis suggèrent qu'une majorité de personnes consommatrices privilégient la qualité par rapport au prix, tandis que les données d'enquêtes sur la cocaïne suggèrent que les personnes consommatrices sont prêtes à payer davantage pour des produits d'origine éthique¹⁸.

¹⁸ Statistique Canada (2019). Enquête nationale sur le cannabis, deuxième trimestre 2019. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190815/dq190815a-fra.htm>; Winstock, A., Snapp, Z. et Quintero, J. (2019). GDS2019: Most consumers of cocaine support a fair trade and would be willing to pay more. Global Drug Survey. <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/gds2019-most-consumers-of-cocaine-support-a-fair-trade-and-would-be-willing-to-pay-more/>

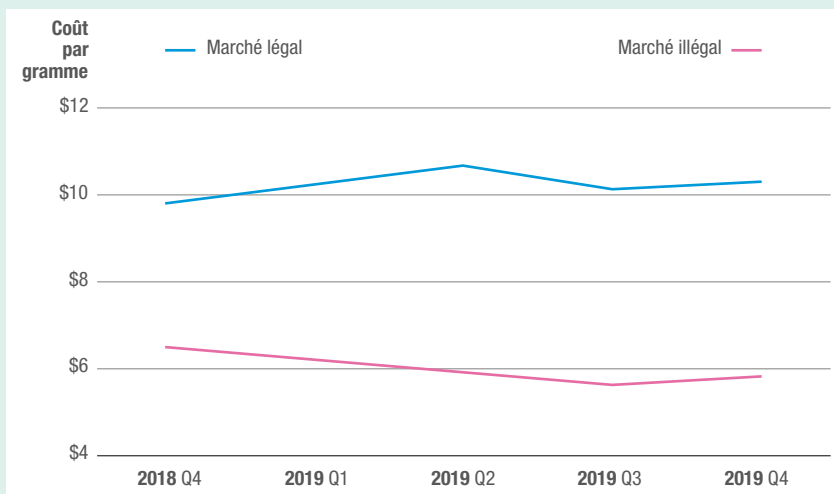
Contrôle des emballages

L'emballage est un aspect tellement omniprésent de l'expérience de consommation qu'il est facile de ne pas remarquer à quel point il façonne nos décisions. Depuis de nombreuses années, le débat fait rage sur la question de savoir dans quelle mesure les produits potentiellement dangereux, tels que le tabac et l'alcool, devraient être limités en termes de ce que l'emballage peut, ou ne peut pas, dire ou suggérer. Dans le cas du tabac, les arguments en faveur d'avertissements sanitaires et d'emballages neutres ont considérablement gagné du terrain. Dans le même temps, l'étiquetage de l'alcool continue de faire l'objet de nombreux débats, mais d'un contrôle bien moindre.

Le cœur de l'argumentation est double. Premièrement, il s'agit de savoir si l'emballage de ces produits doit servir à encourager leur utilisation (au-delà de, ou en conséquence secondaire de l'objectif d'encourager le changement de marque ou la fidélité). Deuxièmement, la mesure dans laquelle l'emballage doit être utilisé comme un « espace » pour transmettre des informations relatives à la santé. Il est clairement dans l'intérêt de la santé publique que l'emballage n'incite pas à l'utilisation et qu'il fournisse autant d'informations que possible. En revanche, il est dans l'intérêt des producteurs et des détaillants que l'emballage incite à l'achat et ne rebute pas les consommateurs potentiels par des avertissements qui attirent l'attention sur les risques.

Les modèles potentiels d'emballage des produits stimulants vont, du moins en théorie, du type d'étiquettes attrayantes et tape-à-l'œil qui apparaissent sur de nombreux produits alcoolisés, aux modèles fonctionnels des produits pharmaceutiques, en passant par les paquets neutres qui sont désormais exigés pour les produits du tabac dans certains pays. Étant donné qu'un marché régulé doit promouvoir la santé publique, nos recommandations s'orientent vers ce dernier type d'emballage.

Prix du cannabis au Canada sur le marché légal et illégal



SOURCE : Statistics Canada, 2019

Le Canada, qui a légalisé et régulé la production, l'approvisionnement et la consommation de cannabis non médical pour les adultes en octobre 2018, constitue une étude de cas instructive en matière de tarification. Malgré des avancées significatives du marché légal sur les marchés illégaux, après un an de régulation, il était clair que l'adoption d'un marché légal du cannabis restait plus lente qu'escompté par beaucoup, et que les prix comparativement élevés des produits légaux en étaient en partie – mais pas entièrement – la raison. Début 2020, le prix moyen du cannabis sur le marché illégal était inférieur à celui de l'année précédente (5,73 \$ contre 6,44 \$), tandis que les prix moyens du cannabis sur le marché légal étaient légèrement plus élevés (10,30 \$ contre 9,69 \$), ce qui signifie que l'écart était plus important qu'il ne l'était peu après la légalisation. Il est difficile de trouver le bon équilibre, et il est clair que des prix excessivement élevés n'inciteront pas les consommateurs à se tourner vers des sources légales, et que des écarts de prix croissants pourraient même les pousser dans l'autre sens.

Si le cannabis légal avait été nettement moins cher, il est probable que des avancées plus importantes auraient été réalisées sur le marché illégal – mais fixer un prix trop bas aurait pu entraîner des risques concomitants plus importants, tels qu'une augmentation de la consommation globale. Quoi qu'il en soit, ce n'est que par la régulation que l'État a la capacité d'ajuster les prix et de trouver une position permettant d'atteindre des résultats optimaux.

i Statistiques Canada (2019). Prix du cannabis déclarés par les répondants
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200123/dq200123c-fra.htm>

ii Slade, H. (2020). *Capturing the Market: Cannabis regulation in Canada*. Transform Drug Policy Foundation and México Unido Contra la Delincuencia. p.37. transformdrugs.org/product/capturing-the-market/

Emballage à l'épreuve des enfants

L'empoisonnement accidentel des enfants est un risque faible mais réel. Les emballages qui réduisent ces risques sont largement imposés pour les médicaments sur ordonnance et en vente libre, les vapoteuses et les recharges, ainsi que les pesticides et les produits chimiques ménagers. Ce type d'emballage devrait être utilisé par défaut pour toutes les préparations de stimulants pharmaceutiques et pour tous les stimulants non pharmaceutiques à faible risque (comme le café ou le thé de coca). Le cas échéant, une exigence supplémentaire pourrait être imposée pour le stockage commercial ou domestique dans des armoires scellées ou fermées à clé.

Emballage inviolable

L'emballage « inviolable » comprend un sceau qui rend évident le fait que le conteneur a été ouvert ou altéré d'une quelconque manière. Ce type d'emballage est essentiel pour tous les stimulants pharmaceutiques, notamment en raison des possibilités d'adultération et de ventes illicites à des tiers. Il peut s'agir par exemple de blisters, d'ampoules scellées ou d'autres formes de récipients scellés. Ceci est plus important pour les drogues sous forme de poudre que pour les pilules, car elles sont plus faciles à adultérer.

Informations sur l'emballage

Pendant la majeure partie du siècle dernier, la conception des emballages d'alcool et de tabac a largement servi à encourager la consommation¹⁹. Il s'est avéré difficile d'inverser la conception des emballages pour qu'ils comportent des informations claires sur les risques, les efforts volontaires des industries respectives étant souvent terriblement inadéquats et les législateurs peu enclins à imposer des changements, craignant les pressions

¹⁹ Moodie C. et al. (2012). *Plain tobacco packaging: a systematic review*. Public Health Research Consortium. https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/tobaccopacks_MoodiePHRC_R2012_web.pdf?ver=2012-05-09-161542-420

de l'industrie et les accusations d'ingérence d'un « État-paternaliste ». Cette situation a toutefois commencé à changer ces dernières années en ce qui concerne le conditionnement des produits du tabac, tout d'abord avec l'apparition d'avertissements sanitaires bien visibles et, plus récemment, avec l'adoption de paquets neutres dans un nombre croissant de pays.

Nous proposons que la conception de l'emballage et les exigences en matière d'information pour les stimulants pharmaceutiques s'inspirent étroitement des normes établies pour les médicaments pharmaceutiques, avec un emballage simple, dépourvu de logos ou d'autres éléments axés sur le marketing. La conception de l'emballage doit être limitée aux informations relatives au produit et à la sécurité. Cela doit être clairement prescrit par la législation. Les informations doivent comprendre :

Informations sur le contenu

- Contenu : utiliser des noms techniques, mais aussi des termes populaires pour clarification
- Dosage : contenu total et contenu par unité (par exemple, par pilule)
- Mesures anti-contrefaçon : hologrammes, etc., comme dans le cas des timbres fiscaux sur certains produits à base d'alcool, de cannabis ou de tabac
- Date de péremption

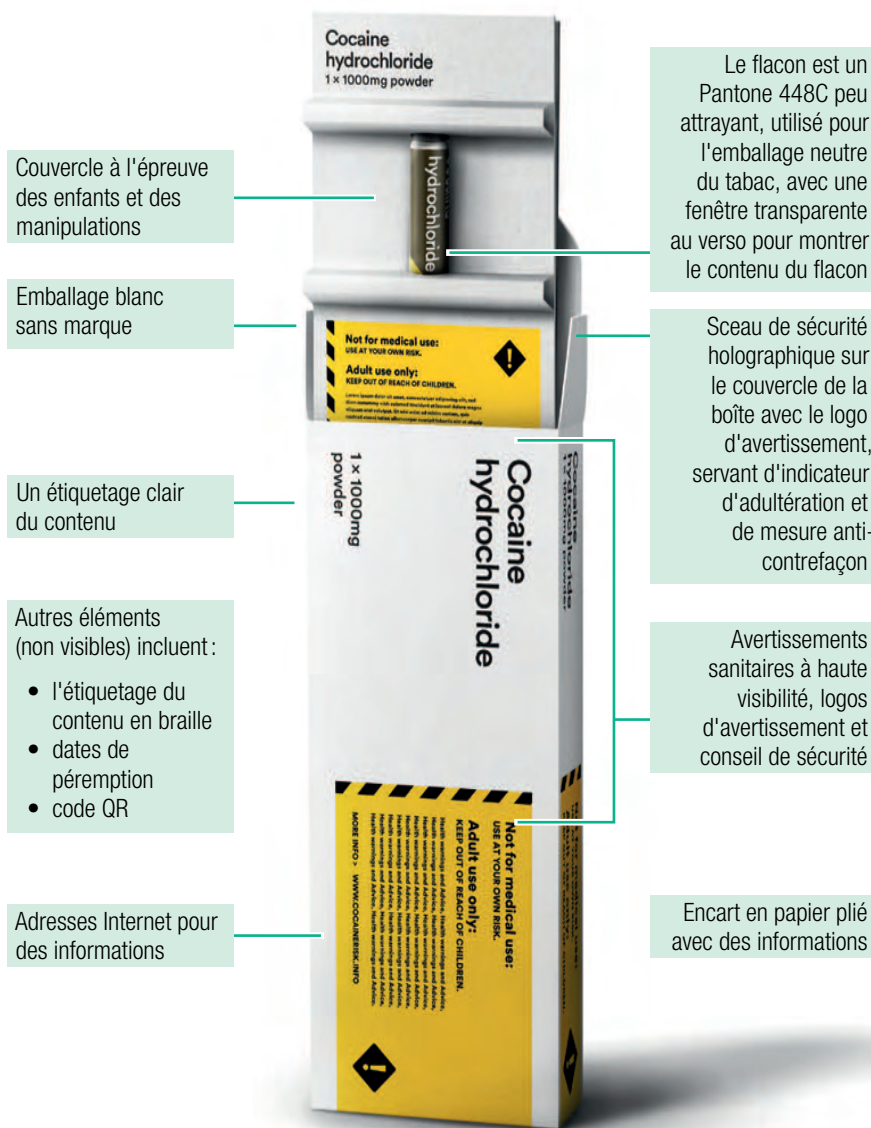
Informations sur la réduction des risques

- Principaux effets et effets secondaires
- Effets négatifs potentiels
- Effets probablement différents selon les profils des personnes consommatrices (avec des variations en fonction de l'âge, du sexe, de l'expérience d'utilisation, ou de la masse corporelle), par dosage

Risques généraux

- Risques aigus pour la santé
- Risques chroniques pour la santé
- Risques pour les personnes souffrant de maladies existantes

Proposition d'un emballage pour la cocaïne



DESIGN: Halo Media

Risques secondaires

- Risques liés à la conduite sous influence, à l'utilisation de machines et aux compétences au travail
- Risques potentiels en cas de grossesse
- Ingestion accidentelle par les enfants

Utilisation

- Méthodes de consommation plus sûres
- Produits et préparations plus sûrs
- Comment modérer son usage

Contre-indications

- Risques liés à la consommation d'autres drogues non médicales ou à la consommation de médicaments – prescrits ou non

L'emballage doit également contenir des informations sur les lieux où l'on peut obtenir de l'aide et des conseils supplémentaires.

Il est évident que le volume d'informations sur la santé, les risques et la réduction des risques ne peut tenir sur une seule étiquette d'emballage de produit. Les solutions à ce problème pourraient comprendre un ou plusieurs des éléments suivants :

- La rotation d'une série de messages clés sur l'étiquetage des paquets (à l'instar des messages sanitaires figurant sur les paquets de cigarettes ou sur les emballages de cannabis au Canada)²⁰
- Des notices similaires à celles que l'on trouve dans la plupart des produits pharmaceutiques pourraient être utilisées, et une simple feuille de papier pliée contenant des informations détaillées sur le produit pourrait être insérée dans les conteneurs les plus petits. Un encart standardisé, peu coûteux à produire, pourrait être

²⁰ Gouvernement du Canada (2019). Mises en garde sur le cannabis. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/lois-reglementation/reglements-appuyant-loi-cannabis/mise-en-garde.html>

obligatoirement joint à tous les produits stimulants vendus au détail, afin de pouvoir s'y référer en cas de besoin

- Un lien web bien visible ou un code QR pointant vers une ressource en ligne appropriée pourrait être inclus

Les informations essentielles en matière de sécurité et de responsabilité: « tenir hors de portée des enfants », « utiliser en toute connaissance de cause et à vos propres risques », etc. devraient toutefois figurer sur tous les emballages.

Dans certains cas, par exemple dans le cadre d'un modèle de licence d'achat (voir ci-dessous), il peut être approprié d'inscrire le nom d'une personne sur l'emballage. Cela pourrait se faire par le biais d'un marquage numérique anonyme ou de codes-barres. Cela soulignerait que le produit ne doit être utilisé que par la personne nommée et qu'elle en est directement responsable. L'étiquetage du produit pourrait être associé à des sanctions, telles que la perte de la licence d'achat, si le produit se retrouve entre les mains d'un tiers.

Durabilité

La durabilité dans l'emballage pharmaceutique a eu tendance à être une priorité relativement faible par rapport à d'autres éléments de conception, mais il est possible de s'assurer que les considérations de durabilité sont prises en compte de manière plus efficace, y compris en :

- Minimisant l'utilisation des matériaux d'emballage en général
- Utilisant de matériaux à plus faible impact environnemental et/ou recyclés dans la mesure du possible, comme le papier/carton recyclé, les plastiques PET recyclés, les alternatives au plastique à base de fibres moulées

- Prêtant attention à l'élimination en fin de vie – veiller à ce que les produits soient facilement recyclables (par exemple, papier/carton et plastiques PET) ou biodégradables (par exemple, plastiques compostables ou alternatives) afin d'éviter l'incinération ou la mise en décharge

Le fait qu'il s'agisse d'un nouveau secteur offre l'opportunité d'établir dès le départ une réglementation sur un emballage durable. Cette opportunité n'a pas été saisie pour le marché légal émergent du cannabis non médical au Canada, par ailleurs loué par les défenseurs de la santé publique pour ses designs à l'épreuve des enfants, son marquage minimal, son contenu et ses messages sanitaires bien visibles, mais critiqué pour n'avoir pas imposé de conception durable, ce qui a entraîné un gaspillage d'emballages et un usage excessif de plastique.

Contrôles des vendeurs et des points de vente (licences de vente au détail)

L'octroi de licences aux points de vente et les exigences imposées aux personnes travaillant dans ces locaux jouent un rôle fondamental dans la manière dont les gens consomment les produits. L'octroi de licences par point de vente est la procédure standard dans la plupart des pays pour réglementer l'alcool et le tabac, lorsque de tels contrôles s'appliquent au commerce de détail. L'octroi de licences est généralement géré au niveau local afin de répondre aux besoins locaux. Cela permet aux autorités chargées de l'octroi des licences de déterminer le nombre de points de vente dans une zone donnée, la forme et l'agencement des points de vente, le type de promotions autorisées dans un point de vente donné, les exigences en matière de formation du personnel, etc.

Les principales exigences en matière d'autorisation qui s'appliqueraient aux vendeurs de stimulants reflètent celles qui s'appliquent actuellement aux pharmaciens et aux détaillants d'alcool, de tabac ou de cannabis (légal).

Toutefois, les enseignements tirés des succès et des lacunes de ces différents modèles devraient permettre d'établir dès le départ un système plus solide et plus efficace.

Les principaux objectifs d'un système de licences de vente au détail devraient être les suivants :

- Promouvoir la santé et le bien-être, et minimiser les dommages pour les personnes consommatrices et le grand public
- Protéger les enfants, les jeunes et les autres populations vulnérables des risques liés à la drogue
- Réduire la criminalité, les comportements antisociaux et les troubles de l'ordre public liés à la consommation de drogue ou aux marchés de la drogue
- Assurer une répartition équitable des licences, y compris parmi les personnes touchées de manière disproportionnée par l'application de la législation relative à la prohibition des drogues

Les mesures spécifiques à prendre pour atteindre ces objectifs dépendront à la fois du type de point de vente et de la nature des produits vendus. Les stimulants de faible puissance, y compris les produits à base de plantes tels que le café, la coca ou le thé à l'éphédra, nécessitent une réglementation moins stricte en raison des risques moindres qu'ils présentent. En revanche, les préparations pharmaceutiques sous forme de pilules ou de poudres nécessitent des contrôles beaucoup plus rigoureux.

Types de points de vente

Les points de vente peuvent être autorisés pour la vente uniquement (y compris en ligne) ou pour la vente et la consommation sur place. Les différents types de points de vente présentent des défis au niveau de la régulation, certains communs, d'autres spécifiques à chaque type de point de

vente, qui sont examinés ci-dessous. Quels défis, ou quelle combinaison de défis, s'appliqueront à quel type de point de vente, dépendra de la drogue vendue et du contexte local.

Commerce de détail uniquement (licence hors établissement)

Les licences hors établissement peuvent prendre plusieurs formes : elles couvrent à la fois les produits récréatifs et médicaux. L'alcool est très souvent vendu dans les magasins et les supermarchés pour être consommé ailleurs, tout comme le tabac. En revanche, les pharmacies spécialisées sont autorisées à vendre des médicaments destinés systématiquement à une consommation à l'extérieur. En ce qui concerne les stimulants, lorsque nous parlons de vente hors établissement, nous faisons généralement référence à un modèle de vente en pharmacie. Nous n'envisagerions pas un système dans lequel il y aurait quelque chose d'analogue à la vente hors établissement d'alcool pour les stimulants, en particulier ceux qui présentent des risques plus élevés.

Vente au détail pour consommation sur place (sur licence)

Le lien étroit entre drogues stimulantes et économie du monde de la nuit conduit à explorer la manière dont ces drogues peuvent être vendues et consommées dans les clubs et les lieux de fête. Du point de vue des personnes consommatrices, il existe un attrait évident pour une certaine forme de disponibilité de la vente au détail sur place. La vente sur place permettrait également de pratiquer des activités de réduction des risques (telles que le contrôle de la température et l'approvisionnement en eau) directement liées à l'achat.

Toutefois, une partie des spécialistes avec qui nous sommes entretenus s'est montrée très préoccupée par les aspects pratiques de la vente pour consommation sur place, et ont exprimé une nette préférence pour l'encouragement de l'achat à l'avance dans des points de vente dédiés.

Rendre les drogues disponibles à l'achat, par exemple dans les boîtes de nuit, serait un défi dans la pratique. La consommation de drogue

planifiée et achetée à l'avance sera généralement plus sûre que les décisions de consommation plus spontanées permises par la vente au détail dans les boîtes de nuit. Les clients potentiels peuvent avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues avant d'arriver dans un club ou un lieu de fête, ce qui non seulement rend les conseils en matière de réduction des risques difficiles à transmettre, mais pose également des problèmes au niveau des règles relatives à l'interdiction de servir des personnes déjà sous influence. Il faut également gérer les risques particuliers liés à la consommation de stimulants en conjonction avec l'alcool. D'autres problèmes pratiques se posent en ce qui concerne l'emplacement et les modalités d'implantation d'un point de vente physique dans un lieu, les modalités de commercialisation ou de promotion, la régulation du rationnement, du partage ou des ventes secondaires, etc.

Certains de ces défis pourraient, en théorie, être surmontés – bien que les réglementations nécessaires puissent sembler excessivement lourdes et restrictives. Par exemple, des lieux réservés à des membres permettraient de contrôler plus facilement qui achète et en quelle quantité. Par ailleurs, des pharmacies mobiles spécialisées pourraient vendre des produits stimulants dans des festivals sous certaines conditions (notamment en limitant les heures de vente à la journée). Ces idées pourraient éventuellement être testées dans le cadre d'une deuxième phase de réglementation. Toutefois, conformément à l'approche plus prudente préconisée ici, la recommandation serait de limiter les points de vente à la vente au détail uniquement (magasins physiques, éventuellement soutenus par des services de livraison en ligne) dans un premier temps.

Nous n'envisagerions pas un système analogue à celui de la vente libre d'alcool pour les stimulants, en particulier pour ceux qui présentent des risques élevés.

Vente en ligne (livraison à domicile)

Certaines personnes, pour des raisons de santé, de handicap, de géographie ou autres, peuvent ne pas être en mesure d'accéder facilement aux points de vente physiques. Si ces points de vente étaient la seule option, ils excluraient ces personnes de l'accès au marché légal et pourraient inciter à l'achat illégal ou au détournement de médicaments obtenus légalement vers un marché parallèle informel. C'est particulièrement le cas si les ventes sont rationnées. Dans ce contexte, il semble inévitable qu'une certaine forme de marché en ligne avec des livraisons à domicile doive être établie pour garantir que la demande puisse être satisfaite de manière équitable.

En outre, la réalité est que les ventes en ligne représentent déjà une part importante des marchés illégaux de la drogue²¹.

Dans la mesure du possible cependant, la vente au détail en ligne réglementée devrait chercher à maintenir les avantages clés de la vente en face-à-face décrits ci-dessus. Les éléments clés pourraient être les suivants :

- Identification et vérification de l'âge de l'acheteur
- Mise à disposition d'informations en ligne utiles et accessibles, avec des conseils clairs en matière de réduction des risques
- Remise à une personne désignée – avec signature requise

Emplacement et densité des points de vente

La concentration des points de vente dans une zone géographique donnée peut être réglementée par les autorités chargées de délivrer les licences.

²¹ EMCDDA et Europol (2017). *Drugs and the darknet: Perspectives for enforcement, research and policy*. p.10.
https://www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/drugs_and_the_darknet_-_td0417834enn.pdf

Les données relatives à la densité des points de vente d'alcool montrent qu'une plus grande concentration de points de vente est souvent associée à une augmentation de la consommation, de l'abus d'alcool et des dommages qui en découlent²².

La densité des points de vente n'est pas la même pour les différentes substances : une forte densité de points de vente d'alcool, par exemple, tend à encourager une consommation plus importante en une seule fois et augmente le risque de conflit entre un grand nombre d'individus ivres dans une zone restreinte. Les restrictions sur la densité des points de vente viseraient à influencer positivement et à modérer les modes de consommation en aidant à prévenir la sur-disponibilité et la « normalisation » excessive de l'accès qui peut encourager une consommation plus élevée.

Dans le même temps, un niveau de disponibilité trop faible incitera inévitablement les marchés illégaux ou les ventes secondaires à répondre à la demande. Ce problème a été constaté aux Pays-Bas, où dans les municipalités où il n'y a pas ou peu de *coffee shops* de cannabis, les individus sont plus susceptibles de se tourner vers le marché illégal non réglementé pour s'approvisionner. Toutefois, la proximité des *coffee shops* ne semble pas être liée à la prévalence ou à l'intensité de la consommation de cannabis, ni à la consommation d'autres drogues illicites²³.

L'utilité des comparaisons entre la vente au détail de cannabis et d'alcool et la vente au détail potentielle de stimulants est limitée. Le marché des stimulants est beaucoup plus petit que celui de l'alcool, du tabac ou du cannabis, tant en termes de nombre de consommateurs que de fréquence de consommation et d'achat.

22 Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D. et Patra J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism* 44.5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19734159/>

23 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *A cannabis reader: global issues and local experiences: Volume 1*. p.150. www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis-volume1_en

Le nombre de points de vente nécessaires dans un premier temps sera donc moindre. En outre, la commodité d'un magasin de détail à proximité est moins prioritaire dans le cadre de la réglementation plus stricte du modèle de vente au détail en pharmacie spécialisée proposé dans le présent ouvrage pour la majorité des produits stimulants. Ce modèle est spécifiquement conçu pour encourager une consommation de drogues plus réfléchie et planifiée (associée à un risque moindre) et décourager l'achat et la consommation plus spontanés et impulsifs.

Des restrictions pourraient être imposées à l'implantation de magasins à proximité de zones spécifiques telles que les écoles ou d'autres lieux où les jeunes se rassemblent. Aux Pays-Bas, les *coffee shops* de cannabis ne sont pas autorisés dans un rayon de 250 mètres autour des écoles (ce qui a entraîné la fermeture de certains points de vente existants) et les autorités locales ont le pouvoir de décider de les accepter ou non dans leur région.

De même, certains États américains appliquent également des restrictions sur la proximité des points de vente de cannabis par rapport aux écoles. L'État de Washington, par exemple, a interdit aux entreprises de cannabis de s'installer à moins de trois cent mètres de zones spécifiques où des enfants sont susceptibles de se trouver, y compris des écoles²⁴. Ces contrôles peuvent, en réalité, servir un objectif politique plus symbolique qu'une nécessité de santé publique, et doivent présenter une certaine flexibilité dans les zones particulièrement densément peuplées.

Apparence et signalétique

Il est très probable que le lien bien établi entre l'exposition au marketing de l'alcool et du tabac et l'augmentation de la consommation de ces drogues s'applique aux stimulants. Le marketing comprend l'apparence de la vitrine

²⁴ Washington State Liquor and Cannabis Board (sans date). Distance from Restricted Entities. <https://lcb.wa.gov/cannabis-license/location-requirements#:~:text=Location%20Restrictions%20and%20Requirements&text=The%201%20000%20foot%20distance%20is,mapping%20to%20measure%20these%20distances>.

et la signalétique et devrait donc être fonctionnel plutôt que promotionnel – en utilisant des descriptions standardisées sans publicité. Les *coffee shops* de cannabis des Pays-Bas sont soumis à de telles restrictions, interdisant la publicité ou les références externes explicites au cannabis (bien que la signalétique avec des connotations évidentes – imagerie Rastafari, feuilles de palmier, et même les mots *coffee shop* soient devenus l'option par défaut).

De même, l'État de Washington n'autorise que deux enseignes pour les points de vente de cannabis récréatif, d'une taille maximale d'un mètre carré, indiquant le nom du point de vente, son emplacement et la nature de l'activité. Les enseignes peuvent contenir des images ou des logos, mais ceux-ci ne peuvent pas représenter des plantes ou des produits, des personnages de dessins animés ou toute autre image susceptible d'attirer les enfants²⁵. Des restrictions sur l'aménagement et la signalétique à l'intérieur des points de vente s'appliqueraient également.

L'ensemble des connaissances acquises dans le cadre de la réglementation sur le tabac montre clairement que les environnements de vente au détail influencent les achats²⁶.

Par exemple, il est prouvé que le fait d'exposer des produits du tabac sur des présentoirs dans les points de vente compromet le contrôle des impulsions chez les fumeurs adultes et entraîne une augmentation du tabagisme chez les enfants et les adolescents²⁷. L'utilisation de ce que l'on appelle les *power*

25 Washington State Liquor and Cannabis Board (Undated). Frequently Asked Questions About Marijuana Advertising. lcb.wa.gov/mj2015/faq_i502_advertising

26 Wakefield, M., Germain, D. et Henriksen, L. (2008). The effect of retail cigarette pack displays on impulse purchase. *Addiction* 103.2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18042190/>; Carter, O.B., Mills, B.W. et Donovan, R.J. (2009). The effect of retail cigarette pack displays on unplanned purchases: results from immediate post-purchase interviews. *Tobacco Control* 18.3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19264731/>; Germain, D., McCarthy, M. et Wakefield, M. (2010). Smoker sensitivity to retail tobacco displays and quitting: a cohort study. *Addiction* 105.1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19804457/>

27 Paynter, J. et Edwards, R. (2009). The impact of tobacco promotion at the point of sale: a systematic review. *Nicotine and Tobacco Research* 11.1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19246438/>; Lovato, C., Watts, A. et Stead, L.F. (2011). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003439.pub2/full>

walls, de vastes rangées de produits du tabac placées directement derrière les zones de caisse, encourage clairement les achats spontanés. Leur développement illustre comment, en l'absence d'une régulation efficace, les intérêts commerciaux exploitent les possibilités de maximiser les ventes. Toutefois, plusieurs pays s'efforcent tardivement de réglementer l'exposition des produits du tabac dans les magasins, sans toutefois en interdire la vente. La Finlande, l'Islande, le Royaume-Uni et l'Australie, entre autres, exigent désormais des magasins qu'ils conservent les produits du tabac dans des armoires opaques ou sous le comptoir.



Magasin de cannabis en Colombie-Britannique, Canada

PHOTO: Northwest. Wikimedia Commons. [bit.ly/3iOzRRW](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Northwest_Cannabis_Store.jpg). Shared under a CC by SA 4.0 licence (creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0).

Les mêmes principes devraient s'appliquer aux stimulants. Ils ne devraient être vendus que dans des espaces de vente dédiés et séparés, où des contrôles adéquats s'appliquent et peuvent être mis en œuvre.

Exigences en matière de formation

Pour les produits pharmaceutiques, les détaillants doivent être formés afin de respecter leurs obligations légales en matière de conditions d'autorisation, de restrictions d'âge, de vente à des clients en état d'ébriété, etc. Ils devraient également être tenus de fournir des informations et des conseils aux clients sur des questions telles que la consommation à moindre risque et les endroits où trouver de l'aide ou des conseils.

La participation à ce type de formation peut être volontaire. Dans de nombreux pays, l'industrie de l'alcool dispose de codes de conduite pour «détaillants responsables» et propose des programmes de formation pour le personnel. Cependant, la seule manière d'assurer la qualité d'une formation de ce type est que celle-ci soit rendue obligatoire par la loi²⁸. Pour la vente spécialisée en pharmacie, cette formation ferait partie des qualifications professionnelles spécifiques. Toutefois, il sera important de préciser dans les conditions d'exploitation des points de vente qui est responsable de sa mise en œuvre.

Contrôles des ventes

Contrôles de l'âge des acheteurs

Le principe bien connu selon lequel la vente d'alcool et de tabac doit être limitée par l'âge s'applique également aux stimulants. La liberté de choix en matière de consommation de drogues ne s'applique raisonnablement qu'aux adultes. En outre, les risques sanitaires, à court et à long terme, associés à la consommation de drogues sont nettement plus élevés chez les enfants : plus le consommateur est jeune, plus les risques sont importants. Les limites d'âge sont, par conséquent, justifiées à la fois par le principe

²⁸ Mosher, J.F., Toomey, T.L., Good, C. et al. (2002). State Laws Mandating or Promoting Training Programs for Alcohol Servers and Establishment Managers: An Assessment of Statutory and Administrative Procedures. *Journal of Public Health Policy* 23.1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12013719/>

selon lequel l'utilisation de stimulants ne doit pas être une question de libre choix pour les enfants et par le fait qu'elle est susceptible d'être particulièrement nocive pour eux.

Les restrictions d'âge pour l'achat de cannabis aux États-Unis et au Canada sont encourageantes, car elles sont largement respectées²⁹. Toutefois, dans le cadre de l'objectif de réduire au minimum les ventes aux mineurs, les sanctions doivent être proportionnées. Certaines régions ayant légalisé le cannabis ont également introduit des peines excessivement sévères pour la vente de cannabis aux mineurs. Au Canada, par exemple, et dans la législation proposée pour la Nouvelle-Zélande, les peines maximales pour la vente de cannabis aux mineurs sont nettement plus élevées que les sanctions équivalentes pour l'alcool ou le tabac³⁰.

Bien entendu, dans le cadre de la prohibition, les marchés de la drogue n'ont pas de seuil d'âge, et il peut être plus facile pour les jeunes d'accéder à des substances illégales qu'à des substances réglementées par la loi. Une étude a montré que, dans les États américains où le cannabis à usage non médical a été légalement réglementé, la probabilité de consommer du cannabis a diminué de 8 % (et la fréquence de la consommation de 9 %) chez les jeunes. Les auteurs ont fait remarquer que leurs résultats étaient « compatibles avec... l'argument selon lequel il est plus difficile pour les adolescents d'obtenir de la marijuana à mesure que les dealers sont remplacés par des dispensaires agréés qui exigent une vérification de l'âge »³¹.

29 Buller, D.B., Woodall, W.G et Starling, R. (2016). Pseudo-Underage Assessment of Compliance With Identification Regulations at Retail Marijuana Outlets in Colorado (Évaluation de la conformité aux règles d'identification dans les points de vente de marijuana au détail au Colorado). *J Stud Alcohol Drugs* 77.6. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5088169/>

30 Gouvernement du Canada (2019). Légalisation et réglementation du cannabis. <https://www.justice.gc.ca/tra/jp-cj/cannabis/>; New Zealand Government (2019). Cannabis Legalisation and Control Bill: Draft for Consultation. <https://www.beehive.govt.nz/sites/default/files/2019-12/Cannabis%20Legalisation%20and%20Control%20Bill.pdf>

31 Anderson, D. M., Hansen, B., Rees, D. I., & Sabia, J. J. (2019). Association of Marijuana Laws With Teen Marijuana Use: New Estimates From the Youth Risk Behavior Surveys. *JAMA Pediatrics*, 173(9), 879. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2737637>

Peu de gens soutiendraient que les enfants devraient avoir un accès libre aux substances intoxicantes. Toutefois, la question de savoir où et comment les seuils d'âge sont fixés fait l'objet d'un vif débat. Pour l'alcool, il se situe généralement entre 16 et 21 ans selon le contexte (bien qu'au Royaume-Uni, l'âge minimum pour consommer de l'alcool – et non pour l'acheter – ne soit que de cinq ans). Il varie également entre 18 et 19 ans dans les pays qui ont légalisé le cannabis à usage non médical, soit l'Uruguay et la plupart des provinces du Canada.

Les seuils d'âge sont imparfaits et dépendent d'une série de choix pragmatiques allant de l'évaluation des risques pour la santé aux normes sociales et à la culture politique.

Des interdictions d'accès basées sur l'âge, inappropriées ou irréalistes, peuvent avoir des conséquences non souhaitées, et affaiblir, plutôt que renforcer, les contrôles sociaux et les normes responsables.

Le fait de fixer un âge minimum pour l'achat de cannabis plus élevé que pour l'alcool peut, par exemple, favoriser la consommation d'alcool pendant cette période d'âge intermédiaire. Aux États-Unis, le seuil d'âge de 21 ans pour le cannabis est aligné sur celui de l'alcool. Au Canada, les provinces ont été autorisées à fixer un seuil supérieur à l'âge minimum fédéral de 18 ans. Plusieurs provinces ont choisi de fixer cet âge à 19 ans pour l'aligner sur leurs règles provinciales en matière d'alcool. Cependant, le Québec (où l'alcool peut être acheté dès 18 ans) a porté l'âge légal à 21 ans, ce qui pourrait encourager la consommation d'alcool et pousser les jeunes adultes qui consomment du cannabis à se retrouver en situation de criminalité.

Bien que des limites d'âge plus élevées puissent, si elles sont respectées, retarder la première consommation (et ainsi réduire les risques à long terme), elles peuvent aussi encourager des comportements plus risqués. Aux États-Unis, l'initiative Amethyst, soutenue par 136 chanceliers et présidents d'universités et de collèges américains, affirme que le seuil d'âge de 21 ans pour la consommation d'alcool a créé « une culture de beuveries

clandestines et dangereuses, souvent pratiquées en dehors du campus ». En outre, « en choisissant d'utiliser de fausses cartes d'identité, les étudiants font des compromis éthiques qui érodent le respect de la loi »³².

En réalité, quelles que soient les restrictions mises en place, certains jeunes auront accès à la drogue et il est essentiel que, quelle que soit la légalité de leurs actes, ils puissent accéder sans crainte à des traitements appropriés et à des programmes de réduction des risques. Le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies a recommandé que la mise en œuvre de stratégies de réduction des risques « soit employée de façon à minimiser les effets négatifs de l'abus de substances sur la santé, » en particulier celle des enfants³³. Même dans le cadre d'un marché réglementé, ces défis subsisteraient.

Il est essentiel que, quelle que soit la légalité de leurs actes, [les jeunes] puissent accéder sans crainte à un traitement approprié et à des programmes de réduction des risques.

Les contrôles de l'âge légal ne peuvent constituer qu'une partie de la solution pour réduire les dommages causés aux jeunes par la drogue. Ils peuvent limiter la disponibilité, mais pas l'éliminer. Une réglementation et des contrôles d'accès efficaces doivent également être soutenus par des efforts de prévention concertés. Ceux-ci devraient inclure une éducation antidrogue ciblée et fondée sur des données factuelles, qui concilie la nécessité d'encourager des modes de vie sains, y compris l'abstinence, sans ignorer la nécessité de réduire les risques et, peut-être plus important encore, d'investir dans le capital social.

³² Amethyst Initiative (sans date). Statement: It's time to rethink the drinking age. <https://www.theamethystinitiative.org/statement/>

³³ United Nations Committee on the Rights of the Child (2013). General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). CRC/C/GC/15. www.refworld.org/docid/51ef9e134.html

Mesures de rationnement des achats

L'une des solutions à bon nombre des défis susmentionnés consiste à rationner l'achat de stimulants. À première vue, il s'agit d'une solution simple : les problématiques rencontrées au point de vente liées à l'évaluation de l'âge de l'acheteur ou de la probabilité que les produits achetés soient revendus illégalement peuvent être résolues grâce à l'obligation de posséder un permis d'achat et au rationnement des achats.

Cependant, la suggestion selon laquelle les acheteurs, tout comme les détaillants, devraient être au bénéfice d'une licence constitue l'un des problèmes les plus complexes de la régulation des stimulants. Dans la plupart des pays, les consommateurs de tabac ou d'alcool n'ont pas besoin d'un permis d'achat, alors pourquoi une telle approche serait-elle appropriée pour d'autres drogues ? Cette proposition soulève des questions délicates concernant à la fois la liberté individuelle et les limites appropriées de la surveillance étatique. L'objectif de la régulation est de réduire les dommages, et non d'étendre inutilement la surveillance de l'État dans le domaine privé – il convient donc d'étudier les compromis entre les différentes implications du rationnement.

Le principal avantage de la licence d'acheteur est qu'elle permet une application plus efficace des limites imposées à la quantité qu'un individu peut acheter à un moment donné. Cela remplit la double fonction d'aider à modérer la consommation individuelle et de limiter le risque de reventes secondaires non réglementées. Les contrôles de rationnement sont souvent utilisés pour limiter l'achat d'alcool et de tabac hors taxes, bien que rarement dans le commerce de détail domestique. Toutefois, il existe quelques exemples de rationnement sur le marché général.

Les limites d'achat, en revanche, sont une caractéristique commune de la réglementation du cannabis. Aux Pays-Bas, un individu ne peut acheter que 5 grammes dans n'importe quel *coffee shop* (limite réduite par rapport à la limite antérieure de 30 grammes) – bien que rien, hormis le désagrément,

ne l'empêche d'effectuer plusieurs achats dans différents établissements. En Uruguay, les consommateurs sont limités à 40 grammes par mois, contrôlés par un modèle d'acheteur agréé lié à un registre centralisé (bien qu'il existe d'autres voies d'accès via des dispositions de culture à domicile et des clubs sociaux de cannabis). Aux États-Unis, les états disposant de marchés légaux du cannabis à usage non médical ont des limites d'achat variées pour les concentrés de cannabis, allant de 3,5 grammes dans le Nevada à 15 grammes dans le Michigan. Les limites d'achat pour l'herbe de cannabis sont globalement similaires : la plupart des États autorisent 28 grammes (1 once), sauf dans le Maine et le Michigan, où la limite est de 71 grammes (2.5 onces). Dans le Maine, cette limite s'applique expressément « à tout moment ou au cours d'une journée »³⁴, tandis que dans le Michigan, la limite s'applique à « une seule transaction »³⁵.

³⁴ Slade, H. (2020). *Altered States: Cannabis regulation in the US*. Transform Drug Policy Foundation. pp. 14-15 transformdrugs.org/product/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us/

³⁵ Voir note de bas de page 34

Rationnement de l'alcool au Groenland

En 1978, le Groenland a mis en place un système de rationnement des ventes d'alcool, après avoir expérimenté diverses formes de contrôle de l'alcool. Approuvé par un vote populaire, le système accordait aux citoyens âgés de plus de 18 ans 72 jetons par mois. Un jeton correspondait à une bouteille de bière de 33 cl, tandis qu'une bouteille de spiritueux de 75 cl nécessitait 24 jetons. Le système visait à inciter les consommateurs à consommer certaines boissons : par exemple, le nombre de jetons nécessaires pour acheter du vin a été ramené de six à trois, afin d'encourager « un mode de consommation plus méditerranéen ».

Le système de rationnement a eu des effets à la fois positifs et négatifs. Un problème immédiat a été l'émergence d'un marché secondaire des jetons. Une feuille de 72 jetons se vendait jusqu'à 1 200 couronnes (150-200 dollars américains à l'époque), ce qui signifiait que les buveurs irréguliers pouvaient tirer profit de la revente de leurs jetons. Des points de vente ont été mis en place (avec même une signalisation visible), y compris à l'extérieur des supermarchés.

Les poursuites judiciaires pour le commerce de jetons étaient « rares, voire inexistantes ».

On a également constaté une augmentation des vols parmi les personnes qui buvaient beaucoup (qui devaient désormais acheter de l'alcool et des jetons supplémentaires), ainsi qu'une utilisation accrue d'essence à briquet et d'autres substituts à l'alcool. Les effets négatifs

du système de points ont frappé le plus durement les plus pauvres. L'agence de probation du Groenland a constaté que de nombreux clients vulnérables se retrouvaient dans une situation de « besoin social », du fait qu'ils disposaient d'un revenu disponible encore plus faible qu'auparavant. La contrebande d'alcool et la fabrication d'alcool à domicile ont également augmenté. Malgré sa popularité initiale, le système de rationnement est devenu très impopulaire et a finalement été abrogé par un gouvernement confronté à une réélection et à un déficit des finances publiques. Après l'abrogation, le déficit s'est transformé en excédent, l'augmentation considérable des ventes d'alcool ayant permis de dégager une manne de 12,9 millions de dollars.

Malgré ces problèmes, il y a eu des résultats positifs. Entre 1978 et 1980, la consommation d'alcool a chuté de 32 %, tandis que les dépenses de consommation ont augmenté dans les domaines de l'habillement et de l'électronique. Entre 1978 et 1980, les meurtres ont diminué de plus de moitié (de 15 à 7), les « querelles domestiques » ont chuté de 20 %, les crimes sexuels ont baissé de 19 % et les agressions de 27 %. Bien entendu, cette corrélation n'est pas synonyme de causalité et ces évolutions peuvent également être liées à l'évolution des rapports à l'alcool qui a précédé le rationnement.

Après l'abrogation (et malgré le lancement d'une campagne de marketing sur la consommation modérée), les taux de consommation déclarés ont augmenté d'environ 60 % au cours des quelques mois qui ont suivi. Les crimes sexuels dans la capitale ont triplé et les incidents domestiques ont doublé en 1983, les tentatives de meurtre sont passées de 26 à 34, les cas d'agression ont augmenté de 405 à 449 et les admissions aux urgences ont triplé en l'espace de deux mois. La question reste ouverte quant à savoir combien de ces tendances, positives ou négatives, étaient directement dues à des changements dans la politique d'alcool.

Il n'est pas certain non plus que la politique d'alcool eut pu être amendée de façon à être plus efficace. : si davantage de jetons avaient été disponibles, les effets auraient pu être moindres sur les gros consommateurs.

Toutefois, cela aurait été contraire à l'objectif déclaré du système dans son ensemble.

Les systèmes de rationnement de l'alcool peuvent fournir un certain éclairage sur le rationnement potentiel des drogues stimulantes. Le rationnement a représenté une intervention radicale dans un domaine de consommation sociale auparavant peu régulé. En effet, cela souligne peut-être la plus grande faiblesse de la comparaison entre la politique en matière d'alcool et la future politique en matière de stimulants : dans la plupart des sociétés modernes, l'alcool est consommé – et socialement intégré – à une échelle qui est presque incomparable à celle de tout autre stimulant, à l'exception de la caféine. C'est pourquoi le rationnement de l'alcool est difficilement applicable aux stimulants ; la régulation des stimulants devrait prendre une voie totalement différente.

Toutefois, l'expression « une seule transaction » a posé quelques problèmes. Au Colorado, le propriétaire d'un commerce a été inculpé pour avoir facilité le « looping » (des clients achetant la quantité maximale de cannabis, puis revenant simplement plus tard pour en acheter d'autres). Certains États ont été plus clairs dans leur réglementation : en Oregon, la limite s'applique « à tout moment ou au cours d'une journée », tandis que la réglementation californienne précise expressément « au cours d'une seule journée ». Toutefois, cette politique est plus difficile à mettre en œuvre efficacement sans licence d'achat ou un autre moyen fiable de suivre les achats individuels.

En réalité, il est peu probable que le rationnement actuel du cannabis ait un impact significatif sur la consommation. Les limites d'achat sont déjà relativement généreuses et les personnes qui cherchent à consommer plus que ces limites peuvent simplement faire des achats multiples, recourir à des ventes secondaires ou à des fournisseurs illégaux, ou cultiver leur propre cannabis. Il en va probablement de même pour les personnes qui consomment des stimulants. Le rationnement peut donc contribuer à modérer la consommation dans une certaine mesure, mais pour les personnes dont la consommation est plus importante ou dépendante, il peut y avoir des conséquences négatives involontaires, notamment le détournement vers des sources illégales plus problématiques.

Le rationnement est toutefois susceptible d'être plus utile pour prévenir les achats en gros à grande échelle en vue d'une revente illégale sur les marchés secondaires. Il peut également faciliter des contacts plus fréquents avec des vendeurs spécialisés, offrant ainsi de meilleures possibilités de conseils ciblés en matière de réduction des risques. Il convient néanmoins de trouver un juste équilibre, car l'obligation d'effectuer des achats plus fréquents pourrait inciter certaines personnes à se tourner à nouveau vers les fournisseurs illégaux.

Une autre question à prendre en compte lors de la fixation de limites d'achat est que les niveaux de consommation peuvent varier considérablement

d'une personne à l'autre. Par exemple, l'enquête mondiale sur les drogues suggère qu'environ trois quarts des personnes qui consomment de la cocaïne le font 10 fois par an ou moins – et consomment entre un demi et un gramme par occasion. Cela suggère qu'un gramme par mois conviendrait à la majorité des gens. En autorisant jusqu'à 12 grammes par an, mais avec un palier à 2 grammes maximum par mois pour permettre un approvisionnement plus important à certaines périodes, pourrait constituer une limite raisonnable de rationnement.

Toutefois, si cette limite peut répondre à la demande de la majorité des consommateurs de cocaïne, la plupart de la cocaïne est consommée par les 20% restants, c'est-à-dire les plus gros consommateurs. Ce « principe de Pareto » est observé pour la plupart des consommations de drogues – ce qui signifie que la politique ne peut pas simplement viser à façonner la consommation moyenne, mais elle doit tenir compte de la consommation (et, ce qui est crucial, les dommages) telle qu'elle est répartie dans la population réelle. Pour les plus gros consommateurs de cocaïne (et ceux qui prennent le plus de risques), un gramme par mois ne répondrait manifestement qu'à une petite partie de leurs besoins.

Licences d'achat et systèmes d'accès basés sur l'adhésion

Le modèle de licence d'achat présente à la fois des avantages et des inconvénients. Du côté positif, il permet de restreindre l'accès aux personnes qui répondent à des critères spécifiques – le plus évident étant l'âge, mais aussi, comme dans le modèle uruguayen du cannabis, la résidence locale ou nationale, afin d'empêcher le « tourisme de la drogue ». L'obtention d'un permis d'acheteur pourrait également être subordonnée à la participation à un programme d'éducation sur les drogues (similaire à l'obligation de passer un test sur le code de la route pour obtenir un permis de conduire). À cet égard, le droit d'accès au marché légal serait subordonné à la compréhension des risques et à une utilisation responsable. Bien entendu, de telles

exigences seraient contre-productives si elles ne faisaient que dissuader les gens de se tourner vers le marché légal.

Une licence d'acheteur similaire aux bases de données pharmaceutiques existantes (par exemple Pharmanet) permettrait un rationnement plus sophistiqué que de simples limites aux achats individuels. Elle pourrait autoriser un niveau d'achat maximal par semaine, par mois ou par an et empêcher les achats multiples auprès du même point de vente ou de points de vente différents. Il pourrait également signaler les achats plus fréquents au vendeur, qui pourrait éventuellement offrir des conseils ciblés. Des données anonymes sur les habitudes d'achat et d'utilisation au sein de différentes populations seraient également extrêmement utiles pour la recherche en santé et en sciences sociales, ce qui permettrait d'élaborer des interventions plus efficaces en matière de politique des médicaments et de soutenir l'évolution des modèles de régulation à l'avenir.

L'Uruguay a adopté un modèle similaire pour le cannabis, dans le but de limiter l'accès aux résidents uruguayens de plus de 18 ans et de restreindre les achats individuels à 40 grammes par mois. Pour faire respecter cette règle, les acheteurs sont tenus de s'enregistrer auprès de l'autorité de régulation compétente. Des assurances ont été données sur le fait que le système utilisera des cartes d'enregistrement anonymes et que l'anonymat est garanti en vertu d'une loi nationale existante mise en place pour superviser les bases de données gouvernementales.

Bien entendu, ces assurances ne calmeront pas les inquiétudes de tout le monde et, pour qu'un tel système fonctionne, il faudrait des garanties solides que les données ne seront pas, au moment de leur utilisation ou ultérieurement, utilisées d'une manière préjudiciable à la personne qui a souscrit à une licence. Il s'agit là, sans aucun doute, du principal risque d'un système d'acheteur sous licence. Là encore, le problème concerne à la fois les principes et les aspects pratiques. En principe, les gens peuvent se demander pourquoi l'État devrait surveiller leur consommation de certaines drogues et pas d'autres (ou même de n'importe quelle drogue).

En pratique, si les préoccupations relatives aux données personnelles l'emportent sur celles concernant l'achat illégal, l'approche est d'ores et déjà vouée à l'échec. La protection des données (et l'utilisation abusive des données personnelles) est un problème très réel et légitime, qui n'est pas près de disparaître. En outre, qu'advierait-il des données des acheteurs si la législation était modifiée ? Les dossiers de consommation de drogues peuvent, à l'heure actuelle, avoir une incidence négative sur l'emploi, les conflits familiaux, l'assurance, les voyages, etc. Comment cela se passerait-il si une base de données des consommateurs enregistrés était détenue par un gouvernement qui choisissait de pénaliser à nouveau les drogues ?

Une deuxième question clé concerne le pouvoir conféré aux autorités chargées de l'octroi des licences. Comment l'équité sociale peut-elle être garantie en ce qui concerne les candidats à l'obtention d'une licence, qui ces décisions pourraient-elles exclure et quelles pourraient être les conséquences d'une telle exclusion ? Il existe un risque réel que des populations déjà marginalisées se retrouvent exclues directement ou indirectement, ou que le système constitue un moyen supplémentaire de surveillance et d'intrusion dans les affaires privées. En outre, si des données sont collectées sur le comportement d'achat, des préoccupations légitimes apparaîtront quant aux identifiants sociaux inclus (par exemple, la race, le sexe, la sexualité) et à la manière dont ils sont utilisés.

Un système avec licence d'acheteur est également susceptible d'exclure les visiteurs de courte durée et les touristes. Cela présente l'avantage d'aider à prévenir le « tourisme de la drogue », mais pourrait également encourager les ventes illégales.

Une troisième préoccupation est la question plus pratique du coût et de la bureaucratie. La mise en place d'un système de licence d'achat serait coûteux, tout comme sa maintenance sécurisée. Ces coûts seraient nécessairement répercutés sur les consommateurs – ou sur le contribuable en général. Cela pourrait contribuer à l'exclusion des personnes à faible revenu

(si les coûts sont pris en compte dans les frais de licence) ou être politiquement insoutenable s'ils sont intégrés à la fiscalité générale. Ce défi pourrait être atténué en veillant à ce que l'accès soit suffisamment facilité (en termes de coûts, de temps ou de charge administrative lors de la demande), et par une sensibilisation et une éducation proactives. Cependant, il semble

Comment garantir l'équité sociale en ce qui concerne les candidats à l'obtention d'un permis, les personnes que ces décisions pourraient exclure et les conséquences de l'exclusion de ces personnes ?

difficile d'envisager comment cela pourrait soutenir les individus les plus marginalisés, y compris les personnes sans domicile, ou les migrants et/ou les personnes déplacées dont le statut de résidence est précaire.

Une quatrième préoccupation consiste simplement à savoir si l'État a le droit d'exiger un permis pour l'achat ou la consommation de toute substance psychoactive. Le principe du permis de conduire, par exemple, repose sur le fait que la conduite d'une voiture représente, dans tous les cas, un risque potentiel pour d'autres personnes. Ce n'est pas le cas de la consommation de drogues. Bien qu'elle puisse devenir un risque, ce n'est pas inévitable. Par conséquent, l'imposition d'une restriction préalable – et la soumission des personnes qui consomment des stimulants à une surveillance préalable de l'État – est problématique.

Il convient de noter que tout modèle d'accès légal est susceptible d'être mis en œuvre après une décriminalisation plus large de la possession personnelle et de la consommation de drogues. Cela aura un impact sur la manière dont la consommation de drogues est traitée dans la loi, ainsi que sur les perceptions culturelles et la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues. Ainsi, les craintes concernant l'impact sur la vie actuelle de l'inclusion dans une base de données de licences d'achat de drogues pourraient être infondées lorsqu'elles sont transposées dans un avenir post-décriminalisation. Néanmoins, les préoccupations discutées ici sont

importantes et ne sauraient être balayées, même si elles peuvent être atténuées grâce à une conception minutieuse de la politique.

Garantir l'intégration de dispositions strictes dans la législation pour empêcher l'accès ou l'utilisation abusive des données par les autorités, ou recourir à des technologies de bases de données anonymisées, comme la *blockchain*, pourrait apporter des garanties supplémentaires. Toutefois, les questions de principe et les risques pour l'équité sociale demeurent.

Un autre modèle serait celui des clubs d'acheteurs basés sur l'adhésion et s'inspirant des clubs sociaux du cannabis en Espagne et en Uruguay³⁶. Les clubs de ce type permettent d'intégrer les éléments clés d'un modèle de licence d'achat, mais sans la surveillance onéreuse de l'État. Comme c'est le cas pour l'alcool dans de nombreuses régions du monde, le club lui-même est régulé en tant que vendeur agréé, mais dans ce cas, les gestionnaires seraient chargés de superviser le rationnement. Les données relatives aux membres et aux achats devront toujours être collectées, mais elles pourront rester privées (au sein du club, du moins).

La gestion d'un système de rationnement efficace soulève des questions difficiles sur la manière d'équilibrer la nécessité d'empêcher une intrusion excessive ou oppressive de l'État dans le domaine privé avec la nécessité de garantir que tout système de réglementation traite efficacement les risques et les vulnérabilités identifiés et promeut la santé et le bien-être. Les préoccupations relatives à un modèle de licence d'achat doivent également être mises en balance avec les préoccupations relatives à l'impact d'autres modèles de vente au détail plus ouverts.

Il n'y a pas de solution parfaite et, selon certains points de vue, il s'agit plutôt de choisir l'option la moins mauvaise. Compte tenu des défis, il est difficile de voir comment un système complet de licence d'acheteur pourrait être

³⁶ Voir : Murkin, G. (2015). *Cannabis social clubs in Spain: legalisation without commercialisation*. Transform Drug Policy. <https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/cannabis-in-spain-briefing-2018.pdf>

introduit sans des garanties supplémentaires et des stratégies d'atténuation considérables concernant la protection des données et l'équité sociale. Toutefois, ces questions pourraient être abordées par le biais d'essais pilotes et de tests de faisabilité dans le cadre d'une évolution préliminaire vers la décriminalisation.

Contrôle des lieux d'utilisation autorisés

Lorsque les ventes sont autorisées pour la consommation hors murs, la question de la manière dont la consommation effective devrait être régulée demeure. On craint souvent que la disponibilité légale des drogues rende la consommation beaucoup plus visible et intrusive sur le plan social. En réalité, de nouveaux régimes réglementaires permettraient à la consommation de drogues d'être moins visible qu'aujourd'hui. Il existe déjà une série de contrôles de la consommation de drogues, notamment :

- Locaux autorisés à la consommation (comme c'est le cas pour l'alcool dans les pubs et les bars)
- Zones fumeurs extérieures désignées
- Lois limitant la consommation d'alcool et le tabagisme dans certains espaces publics et privés

Les fonctions de ces restrictions diffèrent. Les restrictions relatives au tabagisme sont généralement justifiées par les effets connus de la fumée sur la santé des fumeurs et des personnes dans leur entourage direct ; la consommation publique d'alcool est plus souvent restreinte pour des raisons d'ordre public et, dans une moindre mesure, en raison des déchets et de l'impact sur la qualité de l'environnement public.

Lorsqu'elles bénéficient d'un large soutien, ces restrictions sont généralement bien respectées. L'expérience montre que, lorsqu'elle est appliquée efficacement, une telle réglementation peut contribuer à l'émergence

de nouvelles normes sociales, garantissant ainsi une application moins contraignante au fil du temps.

Avant l'introduction de l'interdiction de fumer dans les lieux publics au Royaume-Uni en 2007, le soutien à cette mesure était mitigé : au printemps 2004, seuls 51% des citoyens y étaient favorables³⁷. Toutefois, l'interdiction a non seulement entraîné un respect généralisé des règles (98,2% au cours des 18 premiers mois), mais elle a également été associée à des réductions de la prévalence, et 20% des fumeurs ont déclaré que l'interdiction avait eu un effet positif sur leur santé³⁸.

Des restrictions similaires pourraient, à juste titre, être appliquées à d'autres drogues s'il existe un consensus sur le fait que la consommation publique est susceptible d'être perturbatrice, antisociale ou un risque pour la santé d'autrui. A cet égard, les interdictions de consommation en public pourraient s'étendre à la consommation de toute drogue. Les restrictions sur l'intoxication et le trouble de l'ordre public, qui existent déjà pour l'ivresse, pourraient, par souci de cohérence, s'appliquer également à toute forme d'intoxication, y compris celle causée par des stimulants

D'autre part, il est irréaliste de penser que la consommation de certains stimulants puisse (ou doive nécessairement) être contrôlée comme le sont actuellement le tabagisme et la consommation d'alcool. Avaler une pilule, par exemple, est à la fois impossible à restreindre et – en soi – ne constitue pas un risque pour l'ordre public ou l'espace public. L'acte de consommation est bref et les effets peuvent ne pas se faire sentir avant un certain temps, ce qui rend le contrôle de la consommation largement inapplicable.

Le fait de sniffer est plus facilement comparable à la consommation publique d'alcool. L'une des justifications des contrôles de la consommation

³⁷ Action on Smoking and Health (2005). Major new poll shows public support across UK for comprehensive smoke free law. 30 décembre. (lien indisponible)

³⁸ Trigg, N. (2017). Pub smoking ban: 10 charts that show the impact. BBC News 1er juillet. <https://www.bbc.com/news/health-40444460>

en public (quelle que soit l'opinion personnelle de chacun) est que les usagers de l'espace public ne souhaitent tout simplement pas être témoins de la consommation manifeste de drogue dans des espaces partagés. En outre, en raison de la rapidité de l'effet, on peut affirmer que le fait de sniffer en public est plus susceptible d'entraîner des nuisances publiques que d'autres types de consommation.

En réalité, cependant, l'application de ces règles peut être difficile en pratique, en particulier si les gens utilisent des cuillères, des dispositifs de sniff de type balle ou des vaporisateurs nasaux. Il se peut également que l'application de toute mesure de contrôle de la consommation ou de l'intoxication en public puisse être dirigée de manière disproportionnée vers les communautés marginalisées.

Comme nous le verrons plus loin, la consommation simultanée d'alcool et de cocaïne constitue un risque particulier que la régulation devrait s'efforcer de minimiser. Mais cela est difficile, voire impossible dans la plupart des contextes sociaux, étant donné l'omniprésence de l'alcool. C'est également très difficile du point de vue de l'octroi de licences pour les établissements, étant donné l'omniprésence de la vente d'alcool sous licence. Les règles interdisant l'usage de stimulants dans les débits de boissons et les bars resteraient probablement des conditions d'octroi de licences d'alcool, voire de lieux de vente de cannabis de type *coffee shop*.

Moore et al. ont proposé la possibilité de créer des lieux sans alcool «adaptés à la MDMA», en se basant notamment sur les expériences de la MDMA dans les sections de la scène informelle des raves³⁹. Mais ce qui pourrait fonctionner pour la MDMA semble moins viable pour la cocaïne, étant donné que sa consommation avec de l'alcool est à la fois plus courante et plus activement recherchée. On peut également s'interroger sur la viabilité commerciale des lieux sans alcool qui tolèrent d'autres drogues. Si un

³⁹ Moore, K., Wells, H. et Feilding, A. (2019). Roadmaps to Regulation: MDMA. Beckley Foundation. pp.106-111. <https://www.beckleyfoundation.org/mdma-report/>

lieu tolère la consommation de stimulants, mais ne tire pas profit de leur vente (qui – selon les propositions du « modèle standard » de ce livre – serait effectuée à l'avance par un pharmacien spécialisé) et ne gagne pas non plus d'argent en vendant de l'alcool, il devra compter sur les droits d'entrée, les boissons non alcoolisées, la nourriture (à laquelle les consommateurs de stimulants sont de toute façon moins susceptibles de s'intéresser), ou d'autres formes de vente au détail ou d'animation. La viabilité commerciale d'un tel modèle pose de grandes questions, certainement pour de nombreux établissements existants.

Fumer ou s'injecter des stimulants, bien que ne représentant qu'une petite partie de la consommation totale de stimulants, pose un défi de régulation disproportionné. Les personnes consommant des stimulants par voie inhalée ou injectée, qui comportent des risques plus élevés, doivent faire l'objet d'une attention particulière afin de protéger leur santé et leur bien-être et d'atténuer l'impact de la consommation publique sur les communautés locales. Il peut sembler raisonnable d'interdire de fumer ou de s'injecter des stimulants en public, mais ces mesures ne parviendront probablement à réduire les dommages réels que si des mesures plus générales de réduction des dommages sont également mises en place. Celles-ci comprennent :

- Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues accessibles
- Les traitements à bas seuil et les services de réduction des risques, y compris les centres de prévention des surdoses (également appelés *safer drug* ou « drogues plus sûres »)⁴⁰
- Les programmes de sensibilisation
- L'accès à l'aide sociale et à l'assistance, y compris le droit fondamental au logement

⁴⁰ Voir : Transform Drug Policy Foundation (2020). Safer Drug Consumption Rooms or Overdose Prevention Centres (OPCs). <https://transformdrugs.org/drug-policy/uk-drug-policy/overdose-prevention-centres>

En l'absence de telles politiques, les interdictions de consommer en public, tout en protégeant les infrastructures publiques, risquent d'exacerber les coûts pour les sans-abris, les personnes lourdement dépendantes et d'autres groupes à haut risque qui n'ont peut-être guère d'autre choix. La protection du public et la réduction des risques ne sont pas des entreprises distinctes; ce sont les deux faces d'une même médaille et elles doivent être traitées comme telles d'un point de vue politique (voir le chapitre 7).

Monopole d'État dans le secteur du commerce de détail

La vente au détail de toutes les drogues, à l'exception de celles qui présentent le risque le plus faible (niveau 1), serait, dans la plupart des cas, réglementée par l'octroi d'une licence. Cette approche repose sur le principe selon lequel l'État impose des conditions à la vente du médicament en fonction des risques particuliers qu'il présente, mais laisse le marché ouvert. L'octroi de licences est une forme de gouvernance à distance: le marché fonctionne selon les mêmes principes que ceux de n'importe quelle autre marchandise, mais avec des limitations imposées par l'État sur des aspects spécifiques des opérations de vente au détail – généralement dévolues aux autorités réglementaires locales. Dans les systèmes de licence standard, les autorités locales imposent des conditions sur la manière, le moment et le lieu où les détaillants peuvent opérer.

Dans le même temps, des limitations générales peuvent être imposées, par exemple, au contenu du matériel publicitaire (comme c'est le cas pour l'alcool et le tabac dans les États membres de l'UE).

En outre, les codes volontaires de bonnes pratiques supervisés par les acteurs commerciaux couvrent souvent des questions telles que la formation des vendeurs.

La clé de ces systèmes est l'hypothèse selon laquelle, à la base, le marché reste commercial et les entreprises privées sont libres d'opérer, bien que dans le cadre de contraintes fixées par le gouvernement. Un autre modèle, cependant, consiste à ce que l'État lui-même contrôle tout ou partie du marché, en agissant en tant que producteur, importateur et/ou détaillant. Dans ce modèle, les points de vente ne sont pas simplement soumis à des conditions réglementaires par les autorités locales : ils sont détenus et gérés par des organismes publics.

De tels monopoles d'État sur les marchés de la drogue sont moins fréquents, mais ils sont loin d'être inconnus. Par exemple, ils existent pour la vente au détail d'alcool dans la plupart des pays scandinaves et dans un certain nombre de provinces canadiennes (sur des distinctions techniques, on parle parfois de monopoles d'État)⁴¹. La justification des monopoles d'État repose sur le principe selon lequel les substances psychoactives peuvent (dans certains cas, mais pas dans tous) entraîner une dépendance, des dommages à long terme pour la santé et une série d'externalités négatives (par exemple, la violence liée à l'alcool). Par conséquent, elles ne sont pas considérées comme des marchandises « ordinaires » pouvant être laissées à un marché caractérisé par des dynamiques commerciales habituelles – telle qu'une concurrence agressive sur les prix, une commercialisation à grande échelle et le développement non réglementé de nouveaux produits. Les modèles de « monopole d'État » reconnaissent explicitement que le produit réglementé est qualitativement différent des autres marchandises, tant en ce qui concerne les risques individuels que les risques pour la société. À tel point qu'ils devraient être soumis à un niveau de réglementation nettement plus intensif.

Les monopoles d'État sont moins souvent appliqués à la production (notamment parce que l'alcool et le tabac sont souvent importés). Les principaux risques pour la santé publique découlant de la commercialisation se

⁴¹ Borland, R. (2003). A strategy for controlling the marketing of tobacco products: a regulated market model. *Tobacco Control* 12, p.377. tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/12/4/374.full.pdf

manifestent davantage au niveau de la vente au détail plutôt qu'à celui de la production. Des monopoles d'État ont existé dans le domaine de la production (l'industrie chinoise du tabac par exemple, ou l'industrie russe de la vodka jusqu'en 1992), mais le modèle le plus courant est celui des produits commerciaux vendus au détail par un monopole d'État, comme c'est le cas pour les ventes d'alcool dans les pays nordiques, et pour le cannabis non médical en Nouvelle-Écosse et au Québec.

La notion d'État agissant directement en tant que fournisseur de drogues comme les stimulants soulève de nombreuses questions. On peut faire valoir que la propriété de l'État de quelque marché qu'il soit est une erreur fondamentale, et que la vente au détail de toute marchandise devrait être du ressort exclusif de l'entreprise privée. D'autres, sans s'opposer au contrôle direct des marchés par l'État en soi, peuvent être mal à l'aise avec l'idée d'un contrôle de l'État sur les marchés des drogues à usage non médical en particulier. Cette réticence a été observée dans d'autres contextes, par exemple dans le cadre de l'opposition au financement étatique de la thérapie de substitution aux opiacés et de la thérapie assistée par l'héroïne. L'idée que l'État facilite en quelque sorte la consommation de drogues à risque ou, dans les cas extrêmes les plus sensationnalistes, qu'il devienne le «trafiquant de drogue en chef», est difficile à accepter pour beaucoup de personnes.

Comme mentionné précédemment, les monopoles d'État sur l'alcool ne sont toutefois pas inhabituels et étaient plus fréquents au début du 20^e siècle.

De nombreuses provinces canadiennes ont adopté des modèles de vente au détail avec monopole d'État pour le cannabis. Dans tous les cas, cette approche a été principalement justifiée par des considérations de santé publique.

En développant un modèle pour une meilleure régulation de la vente de tabac au détail, le professeur Ron Borland a proposé un système dans



La Société québécoise du cannabis

exerce un monopole sur la vente au détail de cannabis au Québec

PHOTO: Jeangagnon. Wikimedia Commons. bit.ly/3IUHuq4.

Shared under a CC BY-SA 4.0 licence (creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en).

lequel l'État n'est pas propriétaire de la production, mais agit comme seul opérateur à partir de l'achat en gros. Selon ce modèle, «les entreprises privées conserveraient le droit de fabriquer, mais une agence [de l'État] serait créée pour commercialiser les produits du tabac»⁴². Les entités commerciales pourraient être en concurrence pour des contrats de production de substances psychoactives (en l'occurrence du tabac), mais dans le cadre de paramètres strictement définis concernant la puissance, la préparation, l'emballage, etc.

L'Uruguay a adopté un modèle similaire (y compris la vente au détail pour les particuliers enregistrés via des pharmacies), dans le cadre de son marché légal et régulé de cannabis.

Borland propose que les détaillants commerciaux soient toujours autorisés à exploiter un système de vente à but lucratif, mais que leur contrat

⁴² Borland, R. (2003). A strategy for controlling the marketing of tobacco products: a regulated market model. *Tobacco Control* 12, p.377. tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/12/4/374.full.pdf

soit conclu avec l'organisme étatique qui fournit le produit, et non avec les producteurs privés. En d'autres termes, plutôt que d'imposer des conditions aux détaillants sur la vente de produits achetés à des producteurs privés (comme c'est le cas pour l'alcool dans de nombreux pays), les détaillants concluraient des contrats d'approvisionnement directement avec le gouvernement.

Il existe de nombreuses variantes du concept général de monopole d'État et de nombreux défis à relever. La dépendance du gouvernement à l'égard des revenus des ventes peut fausser la politique, en particulier lorsque les flux de revenus sont importants et bien établis. En l'absence de concurrence sur le marché, la disponibilité peut devenir insuffisante pour atteindre des objectifs clés (tels que la suppression du marché illégal), ou manquer de la flexibilité nécessaire pour répondre à l'évolution de la demande. Les marchés régulés des stimulants seraient toutefois très différents des marchés de l'alcool et du tabac où de tels enjeux ont émergé par le passé. Ces marchés seraient de taille plus modeste mais également conçus et mis en œuvre dès le départ dans le cadre d'un modèle de santé publique visant à modérer l'usage et à minimiser les dommages, plutôt que dans le cadre d'un modèle commercial visant à maximiser les profits. En ce sens, un modèle de monopole d'État pourrait servir de « coupe-circuit stratégique » afin d'établir de nouvelles normes sociales pour le marché légal ⁴³.

Principes généraux

Le présent chapitre a exposé certaines des idées et des principes généraux qui sous-tendent les modèles de régulation proposés dans les chapitres suivants. En réalité, des travaux supplémentaires considérables seraient nécessaires pour élaborer la législation précise requise dans un contexte

⁴³ Seddon, T. (2020). Immoral in Principle, Unworkable in Practice: Cannabis Law Reform, The Beatles and the Wootton Report. *The British Journal of Criminology*. p.15. <https://academic.oup.com/bjc/article-abstract/60/6/1567/5859382?redirectedFrom=fulltext>

donné. Cette exploration ne constitue en aucun cas une conclusion loin s'en faut. Toutefois, certains principes fondamentaux ont été établis :

- La régulation des stimulants doit être conçue avant tout pour protéger la santé publique, réduire les inégalités sociales, protéger et promouvoir les droits de l'homme et assurer une réduction plus efficace des risques et des dommages (voir également les principes de régulation au chapitre 1).
- Les modèles de licence existants peuvent, moyennant adaptation, être utilisés pour la vente au détail contrôlée de stimulants.
- La prudence s'impose dès les premières étapes de la régulation, même si l'intention est d'assouplir les restrictions par la suite.
- La recherche d'un équilibre entre autonomie et responsabilité de l'État en matière de réduction des dommages exigent des choix difficiles, souvent imparfaits, mais ces décisions ne sont pas complexes au point de rendre le projet impossible.

Des décennies de prohibition des drogues rendent difficiles à la fois l'imagination et la planification de scénarios alternatifs. Nous ne devrions pas sous-estimer la difficulté de cette tâche. Il n'est pas facile de mettre en place une nouvelle infrastructure de régulation pour un marché aussi complexe que celui des stimulants, ni d'envisager comment la rendre praticable. Cependant, le statu quo ne peut être toléré plus longtemps et il est donc crucial que ces alternatives ne soient pas seulement décrites, mais aussi débattues, développées et explorées avec le plus grand sérieux.

Le modèle standard

Il n'existe pas (et, compte tenu des différences locales et régionales, il ne devrait pas y en avoir) de modèle unique pour une régulation efficace des drogues, et il existe une gamme de modèles qui pourraient – s'ils sont mis

en œuvre avec soin – répondre aux principes clés d'une bonne politique en matière de drogues établis au chapitre 1. Toutefois, compte tenu de la situation actuelle en termes de pressions commerciales, de pratiques en matière de régulation et de la nécessité de mettre en place des systèmes susceptibles de recueillir un soutien le plus large possible, nous estimons que la régulation des stimulants de niveau de risque 2 doit être différente de ce qui a généralement été le cas pour l'alcool et le tabac.

Plus particulièrement, nous concluons que la meilleure option pour trouver un équilibre entre les besoins d'accès et la nécessité d'empêcher une commercialisation excessive est d'établir un monopole d'État, au minimum sur la vente au détail des produits stimulants de niveau 2. En d'autres termes, plutôt que de simplement autoriser des opérateurs privés à vendre des stimulants sur le marché libre, l'État devrait posséder et réglementer directement les points de vente. En outre, en ce qui concerne les stimulants, le principal type de point de vente devrait être une pharmacie spécialisée.

L'intensité de la régulation doit toujours refléter les risques associés à la drogue faisant l'objet du contrôle. Il s'agit notamment des risques de santé à court et à long terme, ainsi que d'autres facteurs sociétaux et comportementaux. Sur cette base, bien que toutes les options de régulation présentent des forces et des faiblesses, nous estimons qu'un monopole public de vente au détail est la manière la plus pratique et la plus efficace de réguler les stimulants de niveau 2, compte tenu du contexte économique, politique et social plus large dans lequel elle s'inscrirait.

Un modèle de monopole d'État sur la vente au détail permet un contrôle total et direct sur les principaux leviers réglementaires exercés par les autorités agissant pour le bien public. Cela permet de contrôler les prix, la disponibilité et la commercialisation tout en évitant la nécessité d'une infrastructure de mise en conformité et d'application complexe et lourde afin d'empêcher les entités commerciales d'exploiter les faiblesses de la structure réglementaire.

En termes pratiques, alors que les monopoles sur l'alcool ont été, dans presque tous les cas, imposés sur des marchés précédemment réglementés par l'octroi de licences, il s'agirait ici de partir de zéro en matière de régulation. Compte tenu des alternatives (un marché illégal non contrôlé à un extrême, un marché commercial à peine contrôlé à l'autre), nous pensons qu'un monopole d'État est la meilleure option disponible.

Nous concluons également que, dans la plupart des cas, les stimulants devraient être vendus par des pharmacies spécialisées. Nous examinons plus en détail comment ce principe s'applique et varie selon les drogues spécifiques dans les chapitres suivants. Cependant, notre modèle global propose que les ventes soient destinées à une consommation hors des lieux de vente, dans des points de vente spécialisés de type pharmacie, avec un personnel formé capable de fournir des conseils en matière de réduction des risques.

Ce « modèle standard » résume le modèle de régulation que nous préférons pour les préparations pharmaceutiques de MDMA, de cocaïne et d'amphétamines. Les produits stimulants à base de plantes moins puissants, comme la feuille de coca, seraient régulés selon un modèle commercial moins restrictif, et les produits fumés ou injectés, plus risqués, seraient gérés selon un modèle de réduction des risques sans vente au détail.

Il est également important d'examiner comment le développement d'un marché légalement régulé pour les stimulants affectera le développement international. Ces questions sont examinées au chapitre 7, où nous formulons d'autres recommandations pour faire en sorte que le développement durable soit une priorité essentielle de la réforme de la politique en matière de drogues.

Modèle standard de régulation

Modèle de marché global

- Les entreprises pharmaceutiques agréées produiraient des médicaments conformément aux paramètres établis par une agence de réglementation des drogues (ARD)
- Les entreprises se disputent les contrats de production de l'ARD
- L'ARD est le seul acheteur et distributeur auprès des points de vente physiques ou en ligne. La vente se ferait dans le cadre d'un modèle de monopole d'État, seules les pharmacies spécialisées gérées par l'État étant autorisées à vendre des drogues spécifiques
- Toutes les recettes/taxes de vente au détail reviendraient au gouvernement local ou national

Contrôles de la production

- Les médicaments spécifiés par l'ARD seraient produits par des entreprises pharmaceutiques sous licence de l'ARD
- Les questions de contrôle de la qualité et de sécurité liées à la production et au transit des drogues s'effectueraient dans le cadre des procédures existantes ou équivalentes pour les médicaments (qui englobent déjà la cocaïne, les amphétamines et la MDMA à des fins médicales et scientifiques), étendues et adaptées de manière appropriée

Contrôle des produits

Préparation/dosage

- Unités de dosage standardisées pour les préparations sous forme de pilules ou de poudre (informations sur les risques/le dosage relatifs à ces unités)
- Quantité de médicament en milligrammes inscrite sur les pilules individuelles
- Les pilules sont sécables pour permettre une division facile en unités de dosage plus petites
- Poudre fournie dans des flacons transparents avec des lignes d'étalonnage du dosage (contrôle du dosage approximatif via la cuillère de mesure fournie)

Prix

- Prix fixés par l'ARD – avec la possibilité d'une certaine variation par les autorités régionales/locales/municipales
- Les prix sont initialement fixés à des niveaux proches de ceux du marché illégal.
- Flexibilité pour modifier les prix sur la base d'une expérimentation prudente – uniquement par petits paliers à des intervalles soigneusement espacés, accompagnées d'une évaluation et d'un suivi étroits.
- Évaluation de la réglementation des prix en tenant compte de l'impact sur la prévalence et les habitudes de consommation (fréquence, produits consommés/déplacement, utilisation à haut risque) et de la taille relative des marchés parallèles légaux/illégaux et des revenus

Packaging

- Emballage de type pharmaceutique sans marque
- Normes d'information obligatoires sur le contenu et avertissements sanitaires bien visibles
- Sécurité enfants / inviolabilité
- Normes de durabilité en matière de production d'emballages et de déchets

Contrôles des vendeurs et des points de vente

Type de points de vente

- Des points de vente physiques à fonction unique vendant au détail des drogues à usage non médical uniquement, sur le modèle des pharmacies/dispensaires, soutenus par des points de vente en ligne à fonction unique pour les mêmes drogues. Les points de vente au détail fonctionneraient dans le cadre d'un monopole d'État
- Possibilité de vente en ligne avec livraison

Emplacement et densité des points de vente

- Emplacement des points de vente physiques déterminé par les autorités locales ou municipales, dans le respect des paramètres établis par l'ARD (concernant la densité maximale ou minimale des points de vente) ou d'autres restrictions (telles que la proximité d'écoles).

Signalisation du point de vente

- Aspect extérieur et signalisation minimaux et purement fonctionnels

Responsabilités et exigences en matière de formation

- Les vendeurs travaillant dans le cadre d'un monopole d'État (employés de l'État) sont tenus d'appliquer les restrictions réglementaires, notamment les contrôles d'accès en fonction de l'âge, l'interdiction de vendre à des personnes en état d'ébriété et les limites d'achat.
- Les vendeurs doivent en outre posséder une qualification professionnelle et une formation leur permettant d'offrir aux consommateurs des informations et des conseils adaptés en matière de santé et de réduction des risques, y compris l'orientation vers les services d'aide et de lutte contre la dépendance.

Contrôles des acheteurs / consommateurs

Âge de l'acheteur

- L'âge minimum est déterminé au niveau national – il ne doit pas être inférieur à 18 ans. Il peut être impératif de l'aligner sur l'âge d'accès à l'alcool si celui-ci est supérieur à 18 ans dans certaines juridictions

Rationnement des ventes

- La disponibilité par achat doit être limitée à une quantité raisonnable, réservée à un usage personnel uniquement (voir la discussion sur le rationnement et les licences d'acheteur ci-dessus)

Lieux d'utilisation autorisés

- Les questions relatives à la consommation dans les espaces publics seraient traitées dans le cadre de la législation existante (ou modifiée en conséquence) relative à l'ivresse sur la voie publique ou au comportement antisocial.
- La consommation pourrait être formellement tolérée dans certains espaces sociaux commerciaux, même si les drogues n'y étaient pas disponibles à la vente et que leur commercialisation restait interdite.

Marketing

Emballage

- Emballage sans marque de type pharmaceutique, avec un contenu obligatoire et des informations/mises en garde sur la santé/les risques bien visibles

Vendeurs / points de vente

- Pas d'activité de marketing ou de promotion pour les points de vente physiques ou en ligne, à l'exception des informations fonctionnelles sur la disponibilité et les prix destinées aux clients adultes

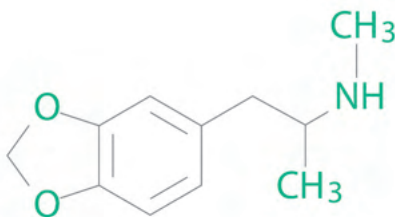


3

MDMA

L'histoire de la MDMA
montre qu'il est
inutile de placer la
répression, ciblant les
consommateurs ou les
fournisseurs, au premier
plan de la politique de
lutte contre les drogues.

Qu'est-ce que la MDMA ?



MDMA méthylenedioxy-méthylamphétamine C₁₁H₁₅NO₂

La MDMA est l'abréviation de **M**ethylene**D**ioxy-**M**ethyl**A**mphetamine (méthylène-dioxy-méthylamphétamine), un membre d'un groupe plus large de drogues appelées les phénéthylamines¹. Sa structure moléculaire est similaire à celle de son proche parent, la méthamphétamine, mais la variation apparemment minime de la structure moléculaire fait que ses propriétés de stimulant du système nerveux central (SNC) de type amphétamine sont complétées par d'autres effets psychologiques très particuliers qui la distinguent de la plupart des autres stimulants. La MDMA, communément appelée « ecstasy », est connue pour créer un sentiment d'empathie ou d'intimité, de communion et d'ouverture émotionnelle qui explique sa popularité durable dans le milieu festif et son utilisation médicale dans des contextes thérapeutiques.

¹ Décrit par l'European Union Drugs Agency (EUDA) comme une « [s]ubstance chimique comprenant un groupe phényle attaché à une chaîne linéaire composée de deux atomes de carbone et se terminant par un groupe amino. Le nom complet est 2-phényléthylamine. La famille des phénéthylamines comprend diverses substances qui peuvent être des stimulants, des entactogènes ou des hallucinogènes. » EUDA (sans date). Fiches drogues : Petit glossaire de termes chimiques et biochimiques. https://www.euda.europa.eu/publications/drug-profiles/glossary_fr#

Il existe un certain nombre de drogues dans le groupe des phénéthylamines, avec des structures moléculaires et des effets similaires, notamment la MDA (méthyl-énedioxyamphétamine), la MDEA (méthylénedioxyéthylamphétamine) et la MBDB (N-méthyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butanamine). Ces substances ont des effets similaires à ceux de la MDMA et ont déjà été vendues sur le marché illégal sous le nom d'«ecstasy», mais elles n'ont jamais atteint le même niveau de popularité et sont beaucoup plus rares que la MDMA sur les marchés illégaux d'aujourd'hui.

L'histoire

La MDMA a été synthétisée pour la première fois en 1912 par la société pharmaceutique Merck². Cependant, ses effets distinctifs sur les humains sont restés méconnus pendant des décennies jusqu'à ce qu'elle soit redécouverte par le psychopharmacologue expérimental Alexander Shulgin. Shulgin a re-synthétisé la drogue et l'a expérimentée sur lui-même, publiant le premier rapport sur les effets de la MDMA sur l'être humain en 1978, notant qu'elle produisait «un état de conscience altéré facilement contrôlable avec des connotations émotionnelles et sensuelles»³.

À la fin des années 1970 et au début des années 1980, l'usage de la MDMA était largement confiné à l'arène thérapeutique expérimentale. Au cours de cette première phase, on estime qu'un demi-million de doses ont été administrées dans le seul cadre psychothérapeutique en Amérique du Nord, malgré l'absence d'essais cliniques rigoureux visant à établir l'innocuité et l'efficacité de la MDMA⁴. Cette première phase de recherche a effective-

² Freudenmann, R. W., Öxler, F. et Bernschneider Reif, S. (2006). The origin of MDMA (ecstasy) revisited: the true story reconstructed from the original documents. *Addiction* 101.9. pp.1241-1245; Bernschneider-Reif, S., Öxler, F., & Freudenmann, R. W. (2006). The origin of MDMA («ecstasy») – separating the facts from the myth. *Die Pharmazie – An International Journal of Pharmaceutical Sciences* 61.11. pp.966-972.

³ Shulgin, A.T. et Nichols, D.E. (1978). Characterization of Three New Psychotomimetics. In: Stillman, R.C. et Willette, R.E. (1978). *The Psychopharmacology of Hallucinogens*. New York: Pergamon. pp.74-83.

⁴ Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS). (2019). Investigator's Brochure (11^{ème} édition). p.49. <https://maps.org/wp-content/uploads/2021/08/MDMA-Investigator-Brochure-1B-11thEdition-MAPS-2019-07-10-2.pdf>



Cristal de MDMA

PHOTO: The Loop / Sam De Neijis

ment pris fin en 1985 lorsque la MDMA a été inscrite comme une drogue du Tableau 1 aux États-Unis. La question de l'interdiction est devenue mondiale lorsque la MDMA a été inscrite au Tableau 1 de la Convention des Nations unies sur les substances psychotropes de 1971, en 1986.

Au début des années 1980, la MDMA a également commencé à s'implanter dans certaines scènes festives américaines plus spécialisées, notamment les *Deadheads* (adeptes des *Grateful Dead*), la scène *house* de Chicago et certaines scènes gays localisées, notamment au Texas. Mais elle s'est fait connaître de façon spectaculaire lorsqu'elle a été étroitement associée à la scène européenne émergente des rave parties à la fin des années 1980, établissant un lien avec la danse électronique underground, puis grand public, et la culture des clubs, qui perdure encore aujourd'hui.

Culture rave

La culture rave européenne s'est d'abord caractérisée par des événements festifs alternatifs, parfois spontanés et souvent gratuits. La MDMA est devenue la drogue de prédilection dans des lieux ad-hoc tels que des entrepôts, des granges, des champs et d'autres espaces semi-abandonnés et en










plein air (souvent dépourvus de vente d'alcool et de marketing). Les pilules étaient relativement faciles à transporter et produisaient des effets adaptés aux fêtes nocturnes.

À mesure qu'elle s'est démocratisée à la fin des années 1990 et au début des années 2000, la nouvelle culture de la *dance music* s'est commercialisée, les entrepreneurs y voyant une opportunité de plus en plus lucrative. La popularisation de la scène était en partie le déplacement classique d'une sous-culture vers la culture *mainstream*, avec l'exploitation commerciale prévisible qui s'ensuit. Cependant, elle s'est également produite malgré des efforts déterminés de répression, motivés non seulement par la panique morale qui accompagne souvent l'émergence de nouvelles cultures de la drogue, mais aussi par le ciblage commercial de la culture par l'industrie de l'alcool. Au Royaume-Uni, par exemple, alors que la fameuse loi sur la justice pénale et l'ordre public (1994) cherchait à supprimer les raves gratuites (voir ci-dessous), les établissements de vente d'alcool – bars et boîtes de nuit – ont commencé à cibler le nouveau marché, à la fois en réaménageant les lieux pour y inclure des pistes de danse, des DJ, des éclairages de style club, etc. et en développant de nouvelles boissons (souvent appelées *alco-pops*) qui étaient commercialisées en utilisant une imagerie sciemment *clubby*⁵.

La pénétration rapide de la consommation de MDMA dans des segments importants de l'économie nocturne européenne au cours des années 1990 a déclenché une épidémie de couverture médiatique par les tabloïds, qui, au Royaume-Uni, s'est caractérisée par des reportages très médiatisés sur les décès liés à la MDMA – en particulier chez les jeunes femmes. Bien que relativement peu nombreux, les décès liés à la MDMA ont fait l'objet d'une couverture médiatique extrêmement disproportionnée par rapport aux décès liés à d'autres drogues – et surtout par rapport à l'alcool. Comme indiqué sur la droite du tableau suivant, alors que 9% des

⁵ Voir Nicholls, J. (2009). *The politics of alcohol: a history of the drink question in England*. Manchester University Press. p.224 ; et Hadfield, P. (2006). *Bar wars: contesting the night in contemporary British cities*. Oxford University Press. p.51.

Décès par empoisonnement à la drogue au Royaume-Uni (2008) et couverture par la presse populaire

| Substances psychoactives | Décès | Rapports de presse | % de décès déclarés |
|--|-------|--|---------------------|
| MDMA | 44 |  47 | 106% |
| solvants | 12 |  10 | 83% |
| cocaïne | 235 |  157 | 66% |
| ISRS (de type Prozac) antidépresseurs | 116 |  16 | 13% |
| héroïne et morphine | 897 |  83 | 9% |
| paracétamol | 260 |  19 | 7% |
| antidépresseurs | 381 |  19 | 5% |
| méthadone | 378 |  10 | 2% |
| alcool | 685 |  14 | 2% |

ADAPTATION DE McCandless, D. (2009). Drugs and the BNP: introducing Information is Beautiful.

The Guardian 6 November. www.theguardian.com/news/datablog/2009/nov/06/drugs-bnp.

Chiffres tirés de: Guardian Datastore, Office for National Statistics, Google News Timeline, Daily Mail.



Les médias à sensation attisent les craintes concernant la menace que représente la MDMA pour les jeunes

source : Franklin, S. (1988). *The Sun*. 2 November.

décès dus à l'héroïne et 2% des décès dus à l'alcool ont été couverts par les médias en 2008, 66% des décès liés à la cocaïne et 106% des décès liés à l'ecstasy (certains décès non liés ayant été identifiés à tort comme étant dus à la MDMA) ont fait l'objet d'un reportage dans les médias. Dans le même ordre d'idées, des recherches antérieures sur des journaux écossais ont également révélé que la couverture des décès dus à la drogue «peut être biaisée en faveur des cas impliquant certaines drogues ou certains types de consommateurs» - en particulier les décès d'adolescents, et en particulier les décès dus à la MDMA⁶.

⁶ Forsyth, A.J. (2001). Distorted? A quantitative exploration of drug fatality reports in the popular press. *International Journal of Drug Policy* 12. p.450. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(01\)00092-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(01)00092-5)

L'expansion rapide de l'usage de la MDMA et de la couverture médiatique de ses conséquences négatives a conduit à une série de réponses politiques souvent opposées les unes aux autres.

D'une part, des approches pragmatiques de réduction des risques ont vu le jour, axées sur la création d'environnements festifs plus sûrs et sur la diffusion d'informations encourageant des habitudes et des modes de consommation plus sûrs. D'autre part, une série de mesures répressives visant l'approvisionnement en MDMA et l'interdiction de ses précurseurs ont été lancées, parallèlement à l'intensification des politiques de « tolérance zéro » dans les boîtes de nuit et les festivals de musique afin d'empêcher l'entrée ou la consommation de drogues sur le place.

Des mesures législatives ont également été prises pour limiter les raves alimentées par la consommation de MDMA. Au Royaume-Uni, la loi sur la justice pénale et l'ordre public (1994) a conféré à la police le pouvoir de disperser les participants des raves, d'empêcher l'accès à des rassemblements suspectés d'être des raves et de confisquer le matériel de sonorisation. Cette loi justifiait ses mesures en les appliquant à des rassemblements de 100 personnes ou plus (depuis abaissé à 20 en Angleterre et au Pays de Galles) où « de la musique amplifiée est diffusée pendant la nuit... [et]... est susceptible de causer des nuisances graves aux riverains ».

Tous les types de rassemblements musicaux n'étant pas visés, il a été notamment précisé que la « musique » comprend les sons « entièrement ou principalement caractérisés par l'émission d'une succession de rythmes répétitifs »⁷.

La législation a été interprétée comme une tentative de lutte contre la « menace... pour l'ordre social » que constituent les rave parties, considérées comme infiltrant les campagnes idylliques et en contradiction avec les

⁷ United Kingdom: Criminal Justice and Public Order Act 1994, Part V Public Order: Collective Trespass or Nuisance on Land, §63–66: Powers in relation to raves. Notre traduction. www.legislation.gov.uk/ukpga/1994/33/part/V/crossheading/powers-in-relation-to-raves

valeurs sociales, de la même manière que l'engouement pour les nouvelles drogues illégales peut souvent être caractérisé par la perception d'une infiltration d'un « autre » dans la société civilisée⁸. Cette législation a joué un rôle clé dans les évolutions observées au Royaume-Uni qui ont parallèlement marqué «la commercialisation et la criminalisation de l'espace de danse du milieu des années 1990»⁹.



Efforts pour assurer la sécurité des personnes qui consomment des drogues dans le cadre de festivals et de fêtes, souvent en réponse à des préjugés exacerbés par l'offre illégale et la criminalisation

PHOTOS: Steve Rolles, 2017

Parmi les législations adoptées ailleurs, citons la loi américaine nommée sans complexe *Reducing Americans' Vulnerability to Ecstasy* (RAVE). Cette

⁸ Hill, A. (2002). Acid House and Thatcherism: noise, the mob, and the English countryside. *British Journal of Sociology*. 53. 1. pp.94-95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11958680/>

⁹ Measham, F. (2004). Play space: historical and socio-cultural reflections on drugs, licensed leisure locations, commercialisation and control. *International Journal of Drug Policy* 15. p.340. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.08.002>

loi fait référence aux « dizaines de milliers de jeunes gens [...] initiés [apparemment sans qu'ils aient leur mot à dire] à la culture de la drogue lors de soirées ou d'événements *rave* (soirées dansantes sans alcool qui durent toute la nuit et se caractérisent généralement par une *dance music* forte et rythmée) ». La loi poursuit en indiquant que « de nombreux promoteurs de rave se donnent beaucoup de mal pour essayer de présenter leurs événements comme des fêtes sans alcool qui sont des



endroits sûrs où les jeunes adultes peuvent aller danser avec leurs amis ». En instaurant des amendes substantielles à l'encontre de toute personne permettant l'utilisation d'espaces pour des raves, la loi visait spécifiquement les « promoteurs de raves », dépeints comme profitant des jeunes en les convainquant que la consommation de drogues était sans danger, puis en leur vendant de l'eau et des bâtons lumineux à un prix excessif¹⁰.

Au Royaume-Uni et aux États-Unis, la MDMA et la culture de la *dance* ont été confondues en un seul ennemi - la culture « rave » - considéré comme

¹⁰ US Library of Congress, 107th Congress (2001–2002), §2633 — Reducing Americans' Vulnerability to Ecstasy (RAVE) Act. <https://www.congress.gov/bill/107th-congress/senate-bill/2633>

sapant les valeurs traditionnelles et menaçant la capacité d'agir des jeunes. L'effet principal de ces réponses a été moins de supprimer la culture rave que d'accélérer le déplacement de cette culture vers les espaces commerciaux des clubs¹¹. Un autre effet de la commercialisation de la culture *dance*/MDMA a été la «réapparition de l'alcool». Avant la criminalisation des raves au Royaume-Uni, il existait un «préjugé anti-alcool»: en effet, à cette époque, l'alcool était considéré par une partie des jeunes comme une drogue pour personnes plus âgées – et donc pas très cool¹². D'où la réaction rapide du marketing, facilitée par le déplacement de la culture *dance* dans les espaces commerciaux, par laquelle les sociétés d'alcool ont cherché à «plaire à une nouvelle génération de buveurs» grâce à de nouveaux produits, de nouveaux espaces et de nouvelles formes de promotion¹³.

Malgré cela, la scène *dance* a continué à croître et à se diversifier, bien que l'alcool ait largement été réintégré comme substance psychoactive dans cette culture. À mesure que la gamme de genres et sous-genres s'élargissait, et malgré la «capture» réussie de certains éléments de la culture *dance* par l'industrie de l'alcool via des parrainages à grande échelle d'événements, la MDMA est restée indélébilement associée à cette scène.

À partir des années 2010, on peut dire que l'industrie s'est totalement mondialisée, en particulier sous le nom d'EDM (*Electronic Dance Music*). Les clubs ont vu leur taille augmenter considérablement, des destinations entières sont devenues des lieux de tourisme axé sur la danse, des festivals ont émergé à travers le monde, et des événements se sont transformés en spectacles à grande échelle, remplissant des stades, avec des prix correspondants élevés. Bien qu'une scène underground de plus petite échelle ait continué à exister en parallèle, une culture indissociablement liée à

11 Moore, K., Wells, H. and Feilding, A. (2019). *Roadmaps to Regulation: MDMA*. Beckley Foundation p.36. http://beckleyfoundation.org/wp-content/uploads/2019/12/MDMA_Roadmap_To_Regulation-Digital-Copy-0512.pdf

12 Pour un exemple plus ancien, voir: Mass-Observation (1940). *The Pub and the People*. Londres: Victor Gollancz.

13 Measham, F. (2004). Play space: historical and socio-cultural reflections on drugs, licensed leisure locations, commercialisation and control. *International Journal of Drug Policy* 15. p.342. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.08.002>; Reynolds, S. (1998). *Energy flash: A journey through rave music and dance culture*. Londres: Macmillan. pp.43, 45.

l'utilisation et à l'imagerie visuelle de la MDMA était devenue un phénomène mondial.

Réponses répressives

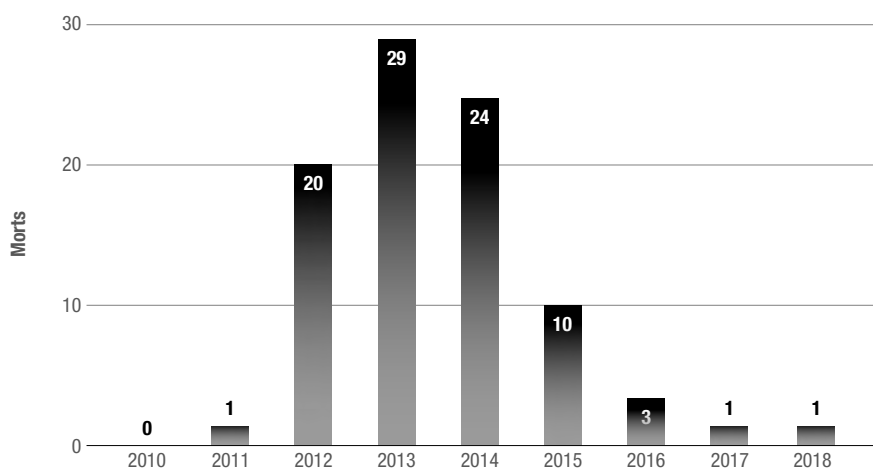
Les tentatives visant à dissuader ou à empêcher physiquement la consommation de MDMA dans les lieux de vie nocturne et de fête ont largement échoué. Les pilules et les drogues en poudre sont petites et faciles à dissimuler, ce qui signifie que seule une proportion relativement faible sera interceptée, même par les mesures de sécurité les plus draconiennes. Cette réalité doit être prise en compte par tout régime futur de réglementation et constitue un argument important en faveur d'une gestion des espaces liés à l'économie nocturne qui intègre les considérations de sécurité autour de la MDMA (et d'autres drogues). Étant donné la réalité de la consommation, la question n'est pas de savoir comment l'arrêter, mais comment la gérer pour en minimiser les risques.

Les tentatives visant à dissuader ou à empêcher physiquement la consommation de MDMA dans les lieux de vie nocturne et les festivals ont largement échoué

S'il s'est avéré difficile d'empêcher les drogues d'entrer dans les boîtes de nuit et les salles de concert, cela s'est avéré impossible pour les festivals et événements en plein air de grande envergure. Les tentatives d'application de la « tolérance zéro » en matière d'octroi de licences ont cependant souvent contribué à accroître les risques de manière inattendue, notamment par :

- Une offre d'environnements « sûrs » limitée et un manque de services de réduction des risques de la part d'organisateur réticents à reconnaître publiquement que la consommation de drogues existe au sein de leurs événements ;

- Les incidents où des personnes, préoccupées par les contrôles à l'entrée (parfois à l'aide de chiens renifleurs), consomment toutes leurs drogues en une seule fois avant d'entrer ;
- Les personnes qui cherchent à se soustraire aux contrôles à l'entrée en achetant auprès de revendeurs inconnus sur place plutôt qu'auprès de sources établies plus fiables ;
- Les personnes qui consomment des substances psychoactives en cachette pour éviter d'être détectées, ce qui rend la gestion des doses plus difficile.



Décès liés à la PMA en Angleterre et au Pays de Galles, 2011-18

SOURCE : Office for National Statistics (2019). *Deaths related to drug poisoning by selected substances*. www.ons.gov.uk/

Des expériences récentes en Australie montrent également à quel point une réponse disproportionnée à la « menace » de la consommation de MDMA peut conduire à des résultats vraiment inquiétants. En Nouvelle-Galles du Sud, la pratique des fouilles corporelles intégrales et forcées, souvent sur des enfants de moins de 16 ans et à l'approche de festivals, a suscité l'indignation. Dans ce cas, la prévention de l'usage de la MDMA

semble justifier des comportements qui, dans toute autre circonstance, serait décrit comme un abus sexuel¹⁴.

Les mesures de répression visant la production et la distribution de MDMA se sont avérées tout aussi inefficaces, maladroites ou contre-productives face à l'augmentation de la demande.

Au début des années 2000, la répression visant la production d'huile de safrole en Chine – le principal précurseur pour la fabrication de MDMA à l'époque – a entraîné un déplacement de la production vers le Cambodge, où les contrôles étaient moins stricts. Les saisies ont augmenté au Cambodge à partir de 2006, jusqu'à ce qu'une série de descentes dans des scieries et d'énormes saisies en 2008 – totalisant plus de 30 tonnes d'huile, soit assez pour fabriquer des centaines de millions de pilules de MDMA – réduise considérablement la production¹⁵. Cela a provoqué une pénurie mondiale de MDMA qui a duré plusieurs années. Bien qu'elle ait été saluée comme un grand succès en matière de répression, cette opération a eu un certain nombre de conséquences néfastes, tant du point de vue de la répression que de celui de la santé publique. Le vide créé sur le marché par la pénurie de MDMA a rapidement été exploité par des entrepreneurs qui ont développé ou introduit toute une série de nouvelles substances psychoactives (NPS) ayant des effets stimulants similaires à ceux de la MDMA, mais avec des effets inconnus et potentiellement plus toxiques – dont beaucoup ont été vendues à tort comme de la MDMA.

En 2009, les données sur les saisies dans l'UE suggéraient que la majorité des pilules de MDMA en circulation ne contenaient que peu ou pas de MDMA du tout. À cette époque, ce que Smith et al. décrivent comme le « repositionnement de l'ecstasy en tant que produit plus cher et de

14 Voir, par exemple, McGowan, M. (2019). Why is this happening? Shocking evidence builds pressure for strip-search reform in NSW. *Guardian* 6 décembre. <https://www.theguardian.com/australia-news/2019/dec/07/why-is-this-happening-shocking-evidence-builds-pressure-for-strip-search-reform-in-nsw>

15 Barron, L. (2015). Lack of safrole can't stop menace. *The Phnom Penh Post* 8 janvier. www.phnompenhpost.com/national/lack-safrole-cant-stop-menace

meilleure qualité» sous forme de cristaux ou de poudre a commencé à apparaître, capitalisant sur le «désenchantement à l'égard des pilules d'ecstasy bon marché, facilement disponible, mais de mauvaise qualité»¹⁶.



Pilules de MDMA

PHOTOS: The Loop / Sam De Neijs

Parmi les NPS apparus au cours de cette période figurent les pipérazines (TMFP, mCPP et BZP – voir l'étude de cas sur la BZP) qui, en 2009, étaient «présentes dans la plupart des comprimés d'ecstasy vendus en Europe», ainsi que la méphédronne, qui a rapidement gagné en popularité en 2009 en tant que substitut de la MDMA¹⁷. La méphédronne et les pipérazines ont été disponibles légalement pendant un certain temps dans de nombreux pays, les législations nationales en matière de contrôle des drogues ayant du mal à suivre le rythme de la gamme croissante de NPS arrivant sur le marché. Contrairement à la plupart des autres substituts, qui sont depuis largement tombés dans l'oubli, le marché de la méphédronne a survécu dans une certaine mesure à la réapparition de la MDMA en 2011-2013; ses effets sont suffisamment distincts de ceux de la MDMA pour lui permettre d'établir sa propre niche chez les personnes qui consomment des substances, notamment dans le milieu festif gay.

Un autre NPS parfois vendu à tort comme de la MDMA pendant cette période était le PMA/PMMA, qui a des effets stimulants similaires à ceux

¹⁶ Smith, Z., Moore, K. et Measham, F. (2009). MDMA powder, pills and crystal: the persistence of ecstasy and the poverty of policy. *Drugs and Alcohol Today* 9.1. p.14. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17459265200900004/full/html>

¹⁷ EMCDDA (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.8. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

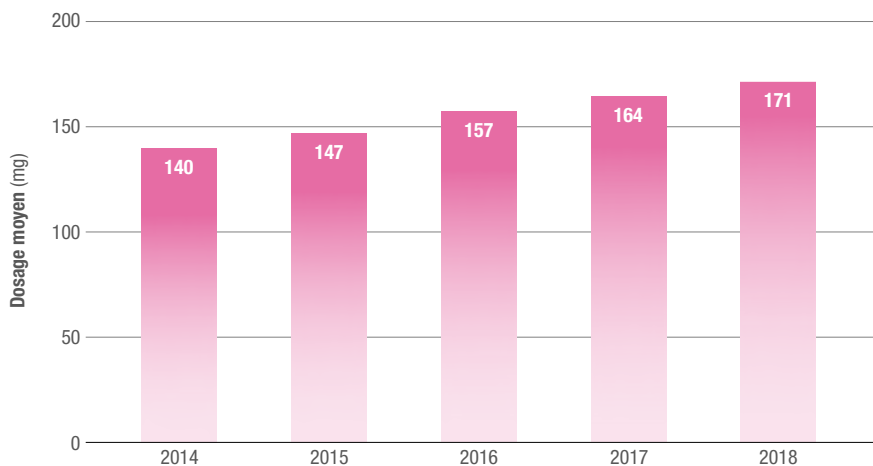
de la MDMA, mais qui est nettement plus toxique et porteur de risques. Comme il agit plus lentement (il faut deux heures pour que ses effets se fassent sentir, soit deux fois plus longtemps que la MDMA), les gens le redosent souvent en pensant qu'il s'agit d'une pilule de MDMA faible, ce qui entraîne des surdoses, des situations d'urgence et, parfois, la mort. Les décès liés à la PMA/PMMA en Angleterre et au Pays de Galles suivent en proportion inverse la pénurie de MDMA, ne diminuant qu'avec le retour significatif de cette dernière sur le marché après 2013.

En 2010, toutefois, la demande soutenue de MDMA et les possibilités de profit qu'elle offrait ont conduit les entrepreneurs du marché illégal à mettre au point un nouveau processus de production. Ce nouveau procédé utilise un nouveau précurseur, appelé PMK-méthyl-glycidate, qui permet de se passer complètement du safrole, précurseur interdit au niveau international. Cette innovation, dont on peut dire qu'elle est une conséquence directe du « succès » de l'interdiction de l'huile de safrole, a permis de disposer d'une offre abondante et bon marché de MDMA de haute qualité. Cela a entraîné une baisse des prix et une augmentation de la pureté et de la teneur en MDMA des pilules, qui a commencé en 2011-2012 et s'est accélérée à partir de 2013.

L'usage de la MDMA a également augmenté à partir de ce moment, et a coïncidé avec des taux de saisie plus élevés : 2,2 millions de doses de MDMA ont été saisies au Royaume-Uni en 2018/19, contre 0,43 million en 2012/13¹⁸. Cette augmentation de la consommation de MDMA s'est apparemment faite au détriment de nombreux NPS qui ont afflué sur le marché pendant la pénurie de MDMA.

Le PMK-méthyl-glycidate et ses dérivés ont été tardivement interdits par la Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants

¹⁸ UK Home Office (2019). *Seizures of drugs, England and Wales, financial year ending 2019*. 2ème édition. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5e5fbad8e90e077e3477e4a3/seizures-drugs-mar2019-hosb3119.pdf>; Coleman, K. (2019). *Home Office Statistical Bulletin: Seizures of drugs in England and Wales, 2012/13*. Ministère de l'Intérieur du Royaume-Uni. 31 octobre. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7cae34ed915d7c983bc424/1213_seizure_drugs_statistical_bulletin.pdf



Dosage moyen de MDMA dans les pilules d'ecstasy

source : Institut néerlandais de la santé mentale et des addictions (Trimbos Instituut) (2018). Rapport annuel 2018 : Système d'information et de surveillance des médicaments (DIMS). assets-sites.trimbos.nl/docs/bdb79228-d2eb-45ea-8f1a-671456a3ad16.pdf.

et de substances psychotropes de 1988 en mars 2019, mais il semble peu probable que cela modifie à court terme son rôle désormais établi dans la production de MDMA¹⁹.

Aujourd'hui

Alors que la vente déguisée d'autres drogues sous forme de pilules de MDMA a diminué, ce qui aurait pu être une évolution positive à certains égards (une plus grande certitude pour les consommateurs quant à la substance qu'ils achètent et une réduction des adjuvants et de la vente frauduleuse), ce progrès a été contrecarré par les risques croissants liés à la forte concentration des pilules et de la poudre de MDMA. Le rapport sur les tendances émergentes de l'EUDA note que « plus de la moitié (53 %) de tous les comprimés d'ecstasy testés en 2015 [par le système néerlandais

¹⁹ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2019). Nine substances and three precursors 'scheduled' at the 62nd Session of the Commission on Narcotic Drugs. *UNODC*, Mars 2019. <https://www.unodc.org/LSS/Announcement/Details/abeb2ba9-3788-4a67-a80a-19e098b4476b>

d'information et de surveillance des drogues (*DIMS*), qui teste plus de 10 000 pilules par an] contenaient plus de 140 milligrammes de MDMA, contre seulement 3% en 2009»²⁰.

En 2018, 72% des échantillons contenaient plus de 150 milligrammes de MDMA, avec une moyenne de 171 milligrammes par pilule – ce qui est considérablement plus élevé que la moyenne de 50 à 80 milligrammes observée en Europe dans les années 1990 et 2000, et en augmentation constante depuis 2014²¹. Ces dernières années ont également vu l'apparition de « super pilules » – avec une fourchette de 270 à 340 milligrammes – jusqu'à quatre fois la dose normale d'un adulte²². Des producteurs rivaux, disposant de matières premières à bas prix, se font concurrence pour commercialiser les pilules les plus puissantes (même si, au-delà d'un certain point, il n'est pas certain que ce soit ce que les consommateurs souhaitent réellement).

L'augmentation de la quantité moyenne de MDMA contenue dans les pilules, combiné à l'émergence de pilules très puissantes, a été identifié comme un facteur clé de l'augmentation rapide des urgences médicales et des décès liés à la MDMA depuis 2013.

La MDMA a également développé une niche importante sur les marchés en ligne du *darknet*, accessibles via des navigateurs TOR dédiés et payés à l'aide de crypto-monnaies comme le *bitcoin*. Selon les estimations des études de marché du *darknet* réalisées en 2015, la MDMA était la troisième drogue la plus achetée (après le cannabis et les produits pharmaceutiques) sur le *darknet*, représentant 25% des ventes de substances psychoactives²³. Parmi les personnes ayant déclaré avoir obtenu de la MDMA dans le

20 EMCDDA (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.8. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

21 Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (Trimbos Instituut) (2018). *Annual Report 2018: Drugs Information and Monitoring System (DIMS)*. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1643-jaarbericht-nationale-drug-monitor-2018.pdf>

22 EMCDDA (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.7. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

23 OEDT (2019). *Rapport européen sur les drogues : Tendances et développements*. p.35. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf; EMCDDA (2016). *Recent changes in*

cadre de l'Enquête mondiale sur les drogues de 2019, 67% ont déclaré l'avoir obtenue sur le *darknet*, ce qui est plus élevé que pour toute autre drogue. Ce chiffre est en hausse par rapport à 2015 (48,7%), où le pourcentage était également plus élevé que pour toute autre drogue²⁴.

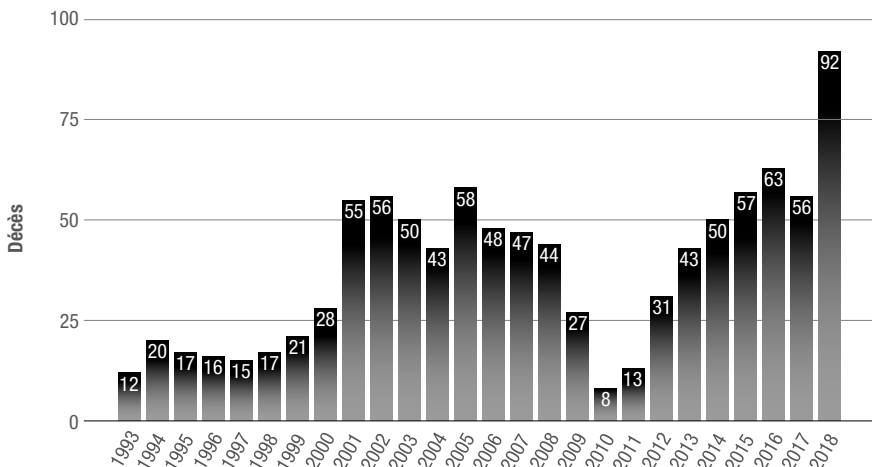
L'EUDA a également indiqué en 2019 que «les transactions portant sur des quantités de comprimés de MDMA correspondant au niveau intermédiaire du marché représentent plus du double des recettes des ventes de quantités au détail»²⁵. Cela contraste fortement avec d'autres drogues vendues sur le *darknet*, comme le cannabis et la cocaïne, pour lesquelles les ventes comparatives se font «en grande majorité au niveau de la vente au détail». Les témoignages d'utilisateurs suggèrent que la MDMA achetée sur le *darknet* est perçue comme étant de meilleure qualité que l'approvisionnement sur les marchés de revendeurs plus conventionnels – peut-être en partie en raison du système d'évaluation des produits et des vendeurs par les utilisateurs, de type eBay, qui agit comme un système informel de contrôle de la qualité et de responsabilisation accrue des vendeurs²⁶. Si l'on peut s'inquiéter de la facilité avec laquelle les jeunes consommateurs potentiels pourraient accéder à la MDMA (et à d'autres drogues) via le *darknet* (les barrières techniques du marché sont relativement faciles à franchir pour les personnes qui s'y connaissent en technologie), il est également possible de réduire les risques grâce à des contrôles informels de qualité et, pour les personnes qui n'ont pas accès à des vendeurs de confiance mieux établis, de réduire l'interaction avec des revendeurs inconnus.

Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study. p.6-7. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

24 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. p.165. <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>

25 OEDT (2019). Rapport européen sur les drogues : *Tendances et développements*. p.32. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

26 EMCDDA (2017). *Drugs and the darknet: Perspectives for enforcement, research and policy*. p.25. https://www.euda.europa.eu/event/2017/11/drugs-and-darknet-perspectives-enforcement-research-and-policy_de



Décès liés à la MDMA en Angleterre et au Pays de Galle

source : Office for National Statistics (2019). *Décès liés à une intoxication médicamenteuse, Angleterre et Pays de Galles*.
www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2018registrations/relateddata

Les facteurs d'attraction du *darknet* dans le marché illégal actuel mettent en évidence des défis importants pour un marché réglementé. Il existe des options pour les futures ventes en ligne réglementées, mais elles doivent tenir compte de problèmes tels que l'absence d'interaction directe avec un vendeur (et la perte potentielle d'une réduction des dommages essentielle et personnalisée qui peut être donnée en personne), et l'application significative des contrôles de l'âge.

Enseignements tirés

L'histoire récente de la MDMA offre plusieurs enseignements utiles. Le plus évident est peut-être qu'elle démontre, une fois de plus, l'inefficacité de baser la réponse politique en matière de drogues sur la répression, qu'elle vise les consommateurs ou les fournisseurs. Comme c'est souvent le cas, les interventions répressives n'ont pas réussi à freiner l'augmentation de la consommation, ni à empêcher durablement l'approvisionnement. Elles se sont contentées de déplacer temporairement les habitudes



MDMA / Ecstasy

HARM REDUCTION

The easiest way to stay safe is by not taking drugs.
However, if you still decide to use MDMA:

Consider just ¼ of a pill, or a small dab of powder

Wait at least one hour before taking any more
Many pills in circulation contain a large amount of MDMA - sometimes up to 3x an average adult dose. Pills that look the same, even from the same batch, may have different contents. It may take longer to feel the effects.
Always start with a small dose and wait for the effects to hit, this can take 90 minutes or more

Avoid mixing with other drugs
Mixing with alcohol & other drugs (eg. cocaine & ketamine) increase the risk
Mixing drugs increases their risk to you - be aware of any interactions between drugs including alcohol & prescription medications including antidepressants (e.g. SSRIs).
Mixing with stimulants like cocaine and MDMA increases the risk to your heart.

Sip water regularly
Aim to drink around 1/2 pint per hour
MDMA makes it difficult to urinate and makes you feel thirsty. This means it's easy to drink too much. If you don't urinate enough this can cause **overhydration** which is dangerous. If you are sweating a lot you will lose essential electrolytes your brain and body need. Drink slowly and replenish these! Sports drinks are a good choice because they contain electrolytes.

Take frequent breaks to cool down
Pay attention to your body & be mindful of heatstroke
MDMA makes it hard for your body to control temperature. If you are in a hot, crowded environment it can be easy to overheat. Take regular breaks from dancing in a cool area - your body will thank you the next day.

Ask for help if needed
Be aware of the signs of an emergency and know when to get help
Look out for: excessive sweating, disorientation, agitation, people who are hot to the touch or so hot they have stopped sweating.
Pace yourself, know your limits & look after yourself and those around you.

The easiest way to stay safe is by not taking drugs; this guide is intended to minimise harm for those who decide to anyway. Every effort has been made to ensure that the information in this infographic is in keeping with the latest harm reduction advice. However, please use your own judgement & supplement with your own research whenever possible.
<https://wearetheloop.org/crush-dab-wait>

Oral MDMA Dosages, provided by www.Erowid.org
Light 40 - 75 mg
Common (small or sensitive people) 60 - 90 mg
Common (most people) 75 - 125 mg
Common (large or less sensitive people) 110 - 150 mg

www.WeAreTheLoop.org

Additional Resources:
• rollsafe.org
• drugsand.me
• erowid.org
• psychonautwiki.org
• drugs.trippit.me
• drugs-science.org.uk

Affiche sur la réduction des risques liés à la MDMA

source: The Loop

Un cadre plus sûr

Les conditions d'octroi de licences pour les lieux et les événements doivent refléter la réalité de la consommation de drogues dans un contexte social. Les dispositions relatives à la «tolérance zéro» sont contre-productives, car elles augmentent souvent les risques et créent des obstacles à une réduction efficace des risques. Les normes d'octroi de licences devraient imposer les éléments suivants, les autorités chargées de l'octroi des licences fournissant des conseils sur les meilleures pratiques et veillant au respect de ces normes par le biais d'inspections et de contrôles :

- **Contrôle de la température** : ventilation adéquate pour les sites intérieurs, zones ombragées pour les événements en plein air, mise à disposition d'espaces de détente avec suffisamment de places assises.
- **Une offre suffisante d'eau fraîche gratuite** : des recharges d'eau fraîche accessibles, clairement signalées, en libre-service et sans file d'attente dans les bars, ainsi que des bouteilles d'eau et des boissons non alcoolisées à des prix abordables.
- **Fourniture d'informations sur la santé et la réduction des risques** : y compris la réduction ciblée des risques liés à la consommation de drogues dans les milieux festifs, la sensibilisation, et les alertes en ligne sur les réseaux sociaux.
- **Formation du personnel** : tout le personnel doit recevoir une formation de base pour comprendre et gérer les risques liés aux substances psychoactives, et pour réagir aux problèmes de santé ou aux situations d'urgence liés à ces substances.
- **Dispositions adéquates en matière de bien-être et d'urgence** : tous les lieux d'une capacité de plus de 2 000 personnes devraient disposer sur place de services paramédicaux et de services de réduction des risques proportionnels à la taille et à la capacité du lieu.
- **Sécurité axée sur la réduction des risques** : la sécurité à la porte et sur le site devrait privilégier la réduction des risques plutôt que de cibler les personnes en possession de substances psychoactives pour leur usage personnel. Cela devrait inclure : une formation de base sur les substances pour le personnel de sécurité ; une collaboration avec le personnel de l'évènement, les services paramédicaux pour orienter les clients vers des services de soutien sur place et/ou hors site ; une politique adaptée concernant les consommateurs vulnérables ; et des pratiques responsables concernant la sortie des lieux pour les personnes vulnérables et/ou intoxiquées.

Pour une discussion plus détaillée sur la vie nocturne plus sûre et les questions connexes (bien que ces discussions soient cadrées par l'environnement juridique/politique existant), voir : Fisher, H., Measham, F. (2018). *Night Lives ; Reducing Drug-Related Harm in the Night Time Economy*. volteface.me/app/uploads/2018/07/Night-Lives-PDF.pdf; The Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project (NEWIP) newip.safenightlife.org/safer-nightlife-1; and Webster, R. (2020). *Safer nightlife online resources*. www.safenightlife.info/

de consommation et à faire évoluer le marché de manière à accroître les effets nocifs sur la santé.

Il est clair que la MDMA jouit d'une popularité beaucoup plus durable que n'importe quel autre stimulant de type amphétamine ou drogue de synthèse apparu sur le marché au cours de l'histoire récente. Non seulement un nombre important de personnes apprécient les effets de la MDMA et sont prêtes à prendre des risques connus (sanitaires et juridiques) pour en profiter, mais elles semblent la préférer à la plupart des substituts disponibles.

Le déplacement de la MDMA vers d'autres stimulants qui a eu lieu pendant la pénurie de MDMA de 2008-2012 démontre toutefois que consommateurs des stimulants dans les contextes festifs et nocturnes sont souvent prêts à passer d'une drogue à l'autre, même pour des options qu'ils considèrent comme inférieures, plutôt que de simplement s'abstenir. La demande de stimulants dans les environnements sociaux semble être globalement résiliente, même face à de tels chocs du marché. Cela montre que les interventions réglementaires pourraient aider à orienter la consommation vers des produits plus sûrs et des comportements plus responsables.

L'adaptation des comportements des consommateurs de MDMA montre qu'ils sont capables et même désireux de minimiser leur exposition aux risques dans la mesure du possible. L'utilisation croissante du *darknet* et l'adoption de services de réduction des risques comme la vérification de la sécurité des drogues en sont des indicateurs clairs. La réduction des risques n'est pas un principe que les décideurs politiques devront imposer aux personnes qui consomment de la MDMA ou d'autres substances psychoactives dans les contextes festifs et nocturnes. S'ils en ont la possibilité, il est clair que les consommateurs de MDMA et d'autres substances psychoactives adopteront les approches de réduction des risques et soutiendront leur développement. Si elles disposent des informations et des possibilités adéquates, la plupart des personnes qui consomment des

substances psychoactives prendront des décisions rationnelles en matière de gestion des risques.

Contrairement à leur image de consommateurs hédonistes prenant des risques, les consommateurs de substances psychoactives récréatives recherchent et partagent des stratégies de réduction des risques, souvent parallèlement à des stratégies de « maximisation du plaisir » (ces dernières nécessitant souvent une connaissance approfondie de la recherche, de la politique et de la pratique en matière de drogues). Par exemple, de nombreuses personnes qui consomment des substances psychoactives à des fins récréatives utilisent des ressources en ligne pour obtenir et échanger des conseils et des informations sur leurs substances de prédilection, avec des utilisateurs expérimentés offrant fréquemment leur « savoir expérimentiel » aux jeunes qui découvrent la scène des clubs²⁷.

Aux Pays-Bas, les possibilités d'une offre légale réglementée de MDMA pour un usage non médical ont été évoquées, sur la base des informations fournies par un groupe d'experts interdisciplinaire néerlandais indépendant (n=18) utilisant une analyse de décision multicritère dynamique. L'analyse prend en compte les impacts des différentes options politiques sur une série de résultats afin de développer un nouveau modèle politique optimisé pour l'ecstasy. Le modèle optimal se caractérise par la réglementation de la production et de la vente de MDMA, ainsi que par la réduction de la criminalité organisée liée à la MDMA et des dommages causés à l'environnement. Le modèle comprend des mesures de précaution liées au contrôle des produits et à la fourniture d'informations sur l'utilisation sans risque de l'ecstasy²⁸.

²⁷ Smith, Z., Moore, K. et Measham, F. (2009). MDMA powder, pills and crystal: the persistence of ecstasy and the poverty of policy. *Drugs and Alcohol Today* 9.1. p.16. <https://doi.org/10.1108/17459265200900004>

²⁸ van Amsterdam, J. et al. (2021). Developing a new national MDMA policy: Results of a multi-decision multi-criterion decision analysis. *Journal of psychopharmacology*, 35(5), 537–546. <https://doi.org/10.1177/0269881120981380>

Effets

Outre les effets stimulants de type amphétamine et certains effets psychédéliques légers, la MDMA crée généralement un sentiment d'empathie ou d'intimité, de communion et d'ouverture émotionnelle dans des situations sociales. La combinaison de ces effets empathiques et stimulants créant l'effet euphorique ou extatique de la MDMA, en particulier dans des contextes sociaux ou festifs intenses sur le plan sensoriel, lui a valu d'être connue, ou du moins commercialisée, sous le nom d'«ecstasy». La nature empathique particulière de l'expérience lui a valu d'être également appelée «empathogène» ou, plus tard (pour éviter les connotations négatives involontaires d'un «pathogène»), le terme «entactogène», défini de manière similaire.

Lorsqu'elle est prise par voie orale (ce qui est le plus souvent le cas), les effets de la MDMA commencent à se faire sentir entre 30 minutes et une heure après la consommation et atteignent généralement leur maximum après environ deux heures, bien que cela puisse varier en fonction de la biodisponibilité des différentes pilules, gélules, enveloppes ou poudres/cristaux, et selon qu'elle est consommée à jeun (plus rapide) ou non (plus lente). Les principaux effets durent environ 3 heures (de 1 à 4 heures après l'ingestion), certains effets étant ressentis pendant 7 à 8 heures après leur apparition, voire plus longtemps avec des doses plus élevées (la demi-vie dans le plasma sanguin est de 6 à 7 heures).

La tolérance à la MDMA se développe rapidement, ce qui rend sa consommation naturellement plus autolimitée que celle de nombreux autres stimulants. Bien qu'il soit possible de re-doser au cours d'une fête lorsque le pic initial a commencé à s'estomper, le mode d'action de la MDMA (qui libère la sérotonine des réserves plus rapidement qu'elle ne peut être reconstituée) signifie que le re-dosage et la consommation excessive ont des effets rapidement décroissants. Le re-dosage a également tendance à avoir un effet stimulant plus amphétaminique, avec moins d'effets euphorisants du type de ceux recherchés propres à la MDMA. Cela vaut également

Effets de la MDMA

Bavard et sociable
 Augmentation de l'énergie
 Sentiment de confort et d'appartenance
 Empathie accrue
 Appréciation accrue de la musique
 Plaisir accru du sens du toucher
 Amélioration de l'humeur



Diminution de l'appétit

Distorsion visuelle : hallucinations légères

Mouvements oculaires involontaires rapides

Émotions inattendues

Impact sur la fonction sexuelle, positif et négatif compris

- augmente l'intensité du plaisir
- troubles érectiles
- difficulté à avoir un orgasme

Forte envie de reprendre de la MDMA lors de la redescende

Serrage extrême de la mâchoire, mastication de la langue et des joues et grincements de dents.

Difficulté à se concentrer

Altération de la faculté à mettre au point la vision / vision floue

Incapacité à s'endormir même fatigué

Augmentation de la température corporelle, déshydratation, nausée et vomissements

ADAPTÉ DU texte original, Effects of MDMA, *Drugs and Me*. drugsand.me/en/drugs/mdma/

pour des périodes de plusieurs jours, et dans une moindre mesure, de plusieurs semaines ou mois (voir les risques chroniques ci-dessous).

Habitudes de consommation

La MDMA est le plus souvent consommée par voie orale sous forme de pilules, bien que la MDMA sous forme de poudre ou de cristaux soit de plus en plus populaire. Comme nous l'avons vu plus haut, l'évolution vers la poudre de cristaux s'est inscrite dans le cadre d'un changement d'image, les pilules étant délaissées au profit d'un produit de qualité supérieure²⁹. La MDMA en poudre/cristal est généralement consommée par voie orale – léchée du bout du doigt ou avalée à l'intérieur d'une capsule, d'un papier de soie ou d'un papier à rouler les cigarettes (les capsules de poudre sont la forme la plus courante de MDMA en Australie). La poudre et le cristal peuvent également être sniffés, bien que cela soit moins courant. Des rapports font état de pilules broyées et sniffées, mais comme les liants et les agents de remplissage représentent environ 40 à 70 % du poids des

²⁹ Smith, Z., Moore, K. et Measham, F. (2009). MDMA powder, pills and crystal: the persistence of ecstasy and the poverty of policy. *Drugs and Alcohol Today* 9.1. p.14. <https://doi.org/10.1108/17459265200900004>

Utilisations thérapeutiques de la MDMA

L'utilisation thérapeutique de la MDMA a fait l'objet de recherches continues, y compris des applications potentielles pour le traitement de la dépression, de l'anxiété et du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), ainsi qu'en tant qu'outil de psychothérapie (y compris la thérapie de couple). Des recherches plus récentes ont réexaminé l'utilisation de la MDMA pour traiter la dépendance à l'alcoolⁱ. L'exploration de ce potentiel thérapeutique a toutefois été considérablement entravée par la désignation légale de la MDMA dans le Tableau 1 aux États-Unis en 1986, ainsi que par les inquiétudes suscitées par son utilisation illégale à des fins récréatives. Si la recherche sur la MDMA n'a pas été impossible, les obstacles bureaucratiques à l'obtention de licences de recherche l'ont fortement limitée.

Les recherches sur les applications thérapeutiques de la MDMA, en particulier pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT), ont connu des développements significatifs ces dix dernières années. La *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* (MAPS) a mené des essais cliniques de phase 3 pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie assistée par la MDMA dans le traitement du TSPTⁱⁱ et ⁱⁱⁱ. En 2017, la *Food and Drug Administration* (FDA) des États-Unis a accordé à cette thérapie le statut de *Breakthrough Therapy Designation* suite aux résultats prometteurs des essais de phase 2^{iv}. Cependant, en août 2024, la FDA a refusé d'approuver la thérapie assistée par la MDMA, invoquant des préoccupations concernant la sécurité des patients, l'intégrité des données et des biais potentiels dans les essais cliniques^v.

Malgré ces revers, la recherche sur la psychothérapie assistée par la MDMA se poursuit. D'autres organisations continuent d'explorer son potentiel thérapeutique, et des études supplémentaires sont en cours pour répondre aux préoccupations soulevées par la FDA. Par exemple, en juillet 2023, l'Australie est devenue le premier pays à approuver l'utilisation légale de la psychothérapie assistée par la MDMA pour le traitement de la dépression et du TSPT.^{vi}

ⁱ Sessa, B., Sakal, C., O'Brien, S. and Nutt, D. (2019). First study of safety and tolerability of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy in patients with alcohol use disorder: preliminary data on the first four participants. *BMJ Case Reports* 12:e230109. casereports.bmj.com/content/12/7/e230109

ⁱⁱ MAPS (Undated). MDMA-Assisted Psychotherapy Study Protocols. *MAPS*. maps.org/research/mdma

ⁱⁱⁱ Collier, Victoria (2023). MDMA's Latest Trial Results Offer Hope for Patients with PTSD. UC San Francisco 18 septembre. <https://www.ucsf.edu/news/2023/09/426116/mdma-latest-trial-results-offer-hope-for-patients-ptsd>

^{iv} Burns J. (2017). FDA Designates MDMA As 'Breakthrough Therapy' For Post-Traumatic Stress. *Forbes* 28 août. <https://www.forbes.com/sites/janetwburns/2017/08/28/fda-designates-mdma-as-breakthrough-therapy-for-post-traumatic-stress/>

^v Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research (2024). *Final Summary Minutes of the Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee Meeting*. <https://www.fda.gov/media/180463/download>

^{vi} Carpenter, D. E. (2023) Australia The First Nation To Approve The Legal Use Of MDMA And Psilocybin. *Forbes* 6 février. <https://www.forbes.com/sites/davidcarpenter/2023/02/06/australia-the-first-nation-to-approve-the-legal-use-of-mdma-and-psilocybin/>

pilules, cette pratique est moins attrayante et donc plus rare. Certains rapports font également état de l'injection de MDMA en solution, mais cette pratique est extrêmement rare³⁰.

L'ONUDC a estimé qu'en 2018, 0,4 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans avait consommé de la MDMA au cours de l'année écoulée. Une prévalence d'usage plus élevée a été enregistrée en Australie et en Nouvelle-Zélande (2,2 %), en Amérique du Nord (0,9 %) ainsi qu'en Europe occidentale et centrale (0,8 %)³¹. Selon l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA), environ 2,2 millions de jeunes adultes en Europe (âgés de 15 à 34 ans) ont consommé de la MDMA en 2018 (1,8 % de ce groupe d'âge), les estimations nationales allant de 0,2 % (Portugal et Roumanie) à 7,4 % (Pays-Bas). Les pays ayant les taux de consommation les plus élevés sont les suivants : les Pays-Bas, la République tchèque, le Royaume-Uni et la Bulgarie³².

Dans ses analyses des marchés de la drogue de l'UE pour l'année 2017, l'EUDA a estimé qu'environ 60 millions de comprimés de MDMA avaient été consommés dans l'UE³³.

Selon le *Global Drug Survey*, parmi les personnes ayant consommé de la MDMA au cours des 12 derniers mois, 13,4 % n'en ont consommé qu'une seule fois, la majorité (59,3 %) en ayant consommé de 2 à 10 fois au cours de l'année écoulée³⁴. L'auto-identification et l'analyse des eaux usées montrent que la consommation se concentre sur les week-ends³⁵. La consommation

³⁰ Voir, par exemple : EMCDDA (2019). *Drugs in syringes from six European cities: Results from the ESCAPE project 2017*. p.5. https://www.euda.europa.eu/publications/rapid-communications/drugs-in-syringes-from-six-european-cities_en

³¹ UNODC (2020). *World Drug Report 2020. Booklet 2: Drug Use and Health Consequences*. p.24. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

³² OEDT (2019). *Rapport européen sur les drogues : Tendances et développements*. p.50. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

³³ Voir : EMCDDA (2019). *Technical Report: Estimating the size of the main illicit retail drug markets in Europe: an update*. p.6. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12174/TD0219965ENN.pdf

³⁴ Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. pp. 59, 62. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

³⁵ EMCDDA (2015). *Wastewater analysis and drugs: A European multi-city study*. https://www.euda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

est considérablement plus importante dans les clubs que dans les bars, en particulier dans les salles EDM ; en 2016, l'EUDA a indiqué que la prévalence de la consommation de MDMA au cours de l'année écoulée était 25 fois supérieure (37 %) parmi les personnes entre 15 et 34 ans disant fréquenter régulièrement des boîtes de nuits que parmi la population générale en Europe (1.5%)³⁶. Il s'agit d'une tendance à long terme : en 2004, Measham a noté que si « le taux de prévalence au cours de la vie pour la consommation de toute drogue illicite est de 12 % chez les 16-29 ans dans la population générale dans l'enquête britannique sur la criminalité de 2000 [...] le taux de prévalence au cours de la vie chez les clubbers varie de 52 % à 81 %, en fonction de l'emplacement du club, de la région, de la politique musicale et de la base sociodémographique de la clientèle »³⁷.

La MDMA est toutefois souvent utilisée en combinaison avec d'autres drogues au sein d'environnements sociaux, ce qui peut augmenter considérablement les risques³⁸. Elle est le plus souvent, et peut-être aussi le plus problématiquement, utilisée avec de l'alcool – en grande partie à cause de l'omniprésence de l'offre d'alcool dans l'économie nocturne. Une étude portant sur 8 781 cas de consommation problématique présentés aux services d'urgence entre 2008 et 2014 à proximité de lieux de fête à Ibiza a révélé que 46 % d'entre eux concernaient la MDMA ; l'alcool et la MDMA est la combinaison de drogue la plus courante parmi tous les cas présentés³⁹. Une étude de l'EUDA et du Réseau européen des urgences en matière de drogues (Euro-DEN) portant sur les cas de consommation problématique liés à la MDMA entre 2014 et 2017 a révélé dans presque tous les cas (plus de 95 %) un usage simultané de plusieurs drogues, la co-ingestion avec

³⁶ Measham, F. et Moore, K. (2009). Repertoires of distinction: Exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy. *Criminology & Criminal Justice* 9.4. p.453. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1748895809343406> ; OEDT (2019). *Rapport européen sur les drogues : Tendances et développements*. p.56. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

³⁷ Measham, F. (2004). Play space: historical and socio-cultural reflections on drugs, licensed leisure locations, commercialisation and control. *International Journal of Drug Policy* 15. p.339. notre traduction <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.08.002>. Les citations internes ont été supprimées.

³⁸ Sumnall, H.R., et al. (2004). A behavioural economic analysis of alcohol, amphetamine, cocaine and ecstasy purchases by polysubstance misusers. *Drug and Alcohol Dependence* 76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.04.006>

³⁹ EMCDDA (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.12. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

l'alcool représentant 70 % des cas de consommation problématique liés à la MDMA où plus d'une drogue avait été consommée⁴⁰.

La MDMA est également utilisée avec d'autres stimulants, notamment la cocaïne et les amphétamines et, dans des plus petites niches culturelles, avec la kétamine et le LSD.

Risques

Selon la plupart des critères, la MDMA est moins risquée que d'autres stimulants couramment utilisés. Cependant, elle est associée à un certain nombre de risques aigus (en particulier lorsqu'elle est utilisée dans le cadre de la vie nocturne/sociale) ainsi qu'à des risques chroniques notables, mais plus difficiles à quantifier.

Malgré une longue histoire d'utilisation thérapeutique dans des environnements contrôlés, il n'y a pas eu suffisamment d'essais cliniques chez l'homme pour établir les risques et la toxicologie de la MDMA par rapport à la littérature médicale plus abondante sur les amphétamines et la cocaïne. Comme le note l'EUDA : « la plupart des preuves cliniques [sur les risques de la MDMA] proviennent de rapports de cas, d'un petit nombre d'études d'observation prospectives, d'audits rétrospectifs et d'analyses de dossiers de patients »⁴¹.

La plupart des analyses des risques liés à la MDMA proviennent donc d'études portant sur des approvisionnements illégaux non réglementés. Ces données sont évidemment problématiques, car les personnes qui déclarent avoir consommé de la MDMA disposent rarement de données précises sur la quantité qu'elles ont consommée, ou sont rarement en

⁴⁰ EMCDDA (2020). *Technical Report: Drug-related hospital emergency presentations in Europe: Update from the Euro-DEN Plus expert network*. p.16. <https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf>

⁴¹ EMCDDA (2016). EMCDDA (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.11. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

mesure de dire s'il s'agit d'une drogue frelatée ou même d'une autre drogue vendue à tort comme étant de la MDMA. Il est donc difficile de démêler les risques intrinsèques à la pharmacologie et à la toxicologie de la MDMA, des risques liés aux habitudes de consommation (par exemple, la polyconsommation dans les lieux de vie nocturne) et des risques créés ou exacerbés par la prohibition (contrôle du dosage, falsification, offre inadéquate de réduction des risques). Les services de dépistage des drogues font désormais la lumière sur la nature de ce qui est consommé sous forme de MDMA et sur son évolution dans le temps. Le fournisseur de services d'analyse de drogues, *The Loop*, a découvert qu'environ un échantillon de MDMA sur cinq testé au Royaume-Uni était en fait constitué d'autres substances⁴². Une grande partie de ce que nous savons du risque lié à la MDMA dans les lieux de vie nocturne est, en réalité, basée sur la consommation d'une variété de drogues non réglementées, souvent consommées avec de l'alcool. Nous ne pouvons donc que faire des estimations du niveau de risque que la consommation de MDMA peut présenter dans un environnement réglementé.

Risques aigus

Comme pour toutes les drogues, l'ampleur du risque associé à la consommation de MDMA est déterminée par la relation entre sa pharmacologie de base et les vulnérabilités particulières de l'individu, ses habitudes de consommation et l'environnement dans lequel il consomme. Les femmes semblent plus vulnérables à certains facteurs de risque que les hommes, mais pour des raisons qui ne sont pas encore tout à fait claires (la masse corporelle, la rétention d'eau, les hormones, les facteurs comportementaux et génétiques peuvent tous entrer en jeu)⁴³. Selon l'enquête mondiale sur les drogues, les femmes qui ont consommé de la MDMA étaient deux

⁴² Measham, F.C. (2019). Drug safety testing, disposals and dealing in an English field: Exploring the operational and behavioural outcomes of the UK's first onsite 'drug checking' service. *International Journal of Drug Policy* 67. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.001>

⁴³ Moritz, M.L., Kalantar-Zadeh, K. et Ayus, J.C. (2013). Ecstasy-associated hyponatremia: why are women at risk? *Nephrology Dialysis Transplantation* 28.9. <https://doi.org/10.1093/ndt/gft192>

fois plus susceptibles que les hommes de demander un traitement médical d'urgence à la suite de leur consommation, bien que dans les deux cas le chiffre soit faible (0,7% des hommes ayant consommé de la MDMA au cours des 12 derniers mois, contre 1,7% des femmes)⁴⁴.

La toxicité subaiguë peut se manifester par des effets désagréables relativement courants, mais généralement gérables, à différents moments de l'expérience. Il s'agit notamment d'agitation ou d'anxiété, de nausée (généralement pendant la phase initiale de « montée »), de maux de tête, de vision floue, de transpiration, de crispation des mâchoires, de grincement des dents, d'augmentation du rythme cardiaque et de la pression artérielle, et d'insomnie. L'étude Euro-DEN sur les consultations hospitalières impliquant de la MDMA a enregistré des cas d'agitation et d'agression dans 33% des cas et des cas d'anxiété dans 27% des cas⁴⁵.

Des doses plus élevées augmentent le risque d'une toxicité plus grave ou plus aiguë. La régulation de la température corporelle et de l'hydratation lors de l'utilisation de la MDMA présente une série de risques aigus interdépendants, en particulier lorsqu'elle est consommée dans le cadre de la vie nocturne ou d'une fête :

- **Hyperthermie :** La consommation de MDMA génère une constriction des vaisseaux sanguins qui fait s'élever la température corporelle en augmentant la production de chaleur métabolique et en réduisant sa dissipation. Ces effets thermiques sont comparables à l'élévation de la température corporelle observée lors d'un exercice physique et sont observés même dans des conditions de laboratoire. Les symptômes d'hyperthermie peuvent inclure la confusion, des maux de tête, des crampes musculaires, des vertiges et des évanouissements et, dans des cas extrêmes, le coma et la mort. Le risque d'hyperthermie est considérablement accru

44 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. p.20. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

45 EMCDDA (2020). *Technical Report: Drug-related hospital emergency presentations in Europe: Update from the Euro-DEN Plus expert network*. p.16. <https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf>

lorsqu'on danse par temps chaud en été lors de festivals ou en boîte de nuit avec des températures élevées, une ventilation insuffisante et l'absence d'espace de détente plus frais. Ce facteur contribue de manière significative aux épisodes d'urgence et à la mortalité liés à la MDMA lors de ce type d'évènements. L'étude Euro-DEN a enregistré une hyperthermie dans 2,4% des cas d'hospitalisation liés à la MDMA⁴⁶.

- **L'hyponatrémie** (ou intoxication par l'eau) peut résulter d'une consommation excessive d'eau (généralement dans le but d'éviter la déshydratation ou d'étancher la soif provoquée par la consommation de stimulants). Cela peut réduire les concentrations de sodium dans le corps et entraîner un gonflement du cerveau. La MDMA est également un antidiurétique (elle fait uriner moins), ce qui augmente la rétention d'eau, en particulier chez les femmes. Les symptômes de l'hyponatrémie peuvent inclure des maux de tête, des nausées, des vertiges et, à l'extrême, le coma et la mort.
- À l'inverse **l'hypernatrémie** (ou déshydratation) peut survenir lorsque l'on ne boit pas suffisamment pour compenser l'eau perdue par la transpiration due à l'élévation de la température corporelle, en particulier lorsque l'on danse dans des environnements chauds. La présence simultanée de risques liés à l'hypernatrémie et à l'hyponatrémie souligne la nécessité de mettre à disposition des informations précises et utiles en matière de réduction des risques.
- **Syndrome sérotoninergique** : La MDMA entraîne la libération de sérotonine, un neurotransmetteur qui, dans des circonstances extrêmes (dosage élevé ou lorsque la MDMA est utilisée en combinaison avec d'autres stimulants ou médicaments qui affectent la libération de sérotonine) peut entraîner de l'agitation et une hypertension artérielle dangereusement élevée, et contribuer à l'hyperthermie.

⁴⁶ EMCDDA (2020). *Technical Report: Drug-related hospital emergency presentations in Europe: Update from the Euro-DEN Plus expert network*. p.16. <https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf>

- **Problèmes cardiovasculaires** : La MDMA augmente le rythme cardiaque et la pression artérielle, ce qui peut accroître le risque d'événements cardiovasculaires indésirables, en particulier chez les personnes vulnérables ou en présence d'autres facteurs de risque. L'étude Euro-DEN a enregistré des palpitations dans 14 % des cas, de l'hypertension dans 9 % et des cas de douleurs thoraciques dans 8,5 % des cas⁴⁷.

Risques chroniques

Il est particulièrement difficile de comprendre les risques chroniques liés à la MDMA, car il n'existe pas d'études longitudinales qui ne soient pas faussées par le fait que la consommation a lieu dans un environnement non réglementé. Il est donc très difficile de distinguer clairement les dommages imputables à la MDMA de ceux liés à d'autres drogues ou à des variables comportementales⁴⁸. La MDMA est également utilisée à grande échelle depuis moins longtemps que la cocaïne et les amphétamines. Il est donc possible que certains dommages chroniques à long terme n'aient pas encore émergé, bien que, 35 ans après la première vague significative d'utilisation, cela semble de moins en moins probable. Néanmoins, les indications de dommages chroniques semblent être généralement faibles chez les consommateurs modérés, comparé à ceux qui en font un usage intensif et prolongé. La mesure dans laquelle les dommages physiologiques ou psychologiques sont réversibles, après l'arrêt de la consommation, n'est pas claire.

Les effets décroissants de la MDMA lorsqu'elle est utilisée de manière répétée à court terme (même séance) ou à moyen terme (dans les prochains jours, semaines ou mois) signifient que les modes d'utilisation compulsifs ou

47 EMCDDA (2020). *Technical Report: Drug-related hospital emergency presentations in Europe: Update from the Euro-DEN Plus expert network*. p.16. <https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf>

48 Rogers, G. et al. (2009). The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence. NIHR Health Technology Assessment Programme: Executive Summaries. NIHR Journals Library <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56825/>; Gouzoulis-Mayfrank, E. and Daumann, J. (2006). The confounding problem of polydrug use in recreational ecstasy/MDMA users: a brief overview. *Journal of Psychopharmacology* 20.2. <https://doi.org/10.1177/0269881106059939>

dépendants qui peuvent se développer avec d'autres stimulants tels que l'amphétamine et la cocaïne, sont rarement observés. Le rapport sur les tendances émergentes de l'EUDA note que «la dépendance ou la tolérance à la MDMA n'est pas courante»⁴⁹. Un rapport de 2008 du Conseil consultatif britannique sur le mésusage de substances psychoactives, basé sur une analyse documentaire approfondie des risques liés à la MDMA, note que «la MDMA ne semble pas avoir une forte propension à la dépendance ou aux réactions de sevrage»⁵⁰. L'EUDA note en outre que «les problèmes liés à la MDMA sont rarement signalés comme motif d'entrée dans les services spécialisés en addictologie, cette substance psychoactive étant responsable de moins de 1% (environ 800 cas) des premières entrées en traitement signalées en Europe en 2014»⁵¹.

Il existe des preuves que l'utilisation chronique de fortes doses peut endommager le système sérotoninergique ou, d'une autre manière, affecter négativement le cerveau à long terme, entraînant une altération de la mémoire et des fonctions cérébrales, ainsi que des impacts potentiels sur la santé mentale, notamment en contribuant à la dépression, à l'anxiété et à la psychose. L'EUDA note toutefois que «les données appuyant ces associations sont contradictoires»⁵². Le rapport de l'ACMD a conclu que :

*Il existe actuellement peu de preuves d'effets nocifs à long terme sur le cerveau, que ce soit au niveau de sa structure ou de sa fonction. Cependant, il existe des preuves d'un léger déclin dans divers domaines, y compris la mémoire verbale, même à de faibles doses cumulées. L'ampleur de ces déficits semble faible et leur pertinence clinique n'est pas claire*⁵³

49 EMCDDA (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.11. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

50 Advisory Council on the Misuse of Drugs (2008). *MDMA ('ecstasy'): a review of its harms and classification under the Misuse of Drugs Act 1971*. p.28. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7ad072e5274a34770e74e6/mdma-report.pdf>

51 EMCDDA (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.11. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

52 EMCDDA (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.11. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

53 Advisory Council on the Misuse of Drugs (2008). *MDMA ('ecstasy'): a review of its harms and classification under the Misuse of Drugs Act 1971*. p.28. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7ad072e5274a34770e74e6/mdma-report.pdf>

MDMA : principaux risques et vulnérabilités

| Risques et vulnérabilités | Indications pour la réduction des risques et la réglementation |
|---|--|
| Jeunesse — risques aigus accrus | <ul style="list-style-type: none">● Retarder l'âge de l'initiation en tant qu'objectif de prévention et de santé publique● Mise en place de contrôles d'accès en fonction de l'âge au niveau du commerce de détail● Cibler la prévention fondée sur des données probantes et la réduction des risques sur les populations de jeunes vulnérables |
| Utilisateurs novices — risques aigus accrus | <ul style="list-style-type: none">● Cibler les utilisateurs novices en leur fournissant des informations sur la réduction des risques.*● Inclure des informations spécifiquement ciblées sur l'emballage, avec des liens vers des informations plus détaillées |
| Dosage — La dose optimale pour obtenir l'effet désiré varie d'un individu à l'autre. Un dosage plus élevé est associé à des risques accrus d'effets nocifs aigus. | <ul style="list-style-type: none">● Éduquer les utilisateurs, en particulier les plus jeunes et les novices, sur les effets du dosage et les risques.● Mettre à disposition des conseils personnalisés pour les individus avant et pendant l'achat, et dans les environnements d'utilisation (en tenant compte de facteurs tels que la masse corporelle, le sexe, les conditions de santé préexistantes, l'environnement d'utilisation, le statut d'utilisateur novice, etc.)● Veiller à ce que les consommateurs de MDMA connaissent la quantité qu'ils prennent (et la biodisponibilité – vitesse d'apparition) grâce à des produits clairement étiquetés.● Limiter l'achat individuel à un dosage à usage unique |
| Fréquence d'utilisation — une fréquence accrue augmente le risque de dommages chroniques | <ul style="list-style-type: none">● Informer les personnes qui consomment de la MDMA des effets, de la tolérance et des risques chroniques — encourager la modération et laisser suffisamment de temps entre les prises● Possibilité de rationnement des ventes en vue d'un achat à usage unique sur une période déterminée |
| Hyperthermie — en particulier dans la vie nocturne, les festivals et les fêtes | <ul style="list-style-type: none">● Profiter des occasions qui se présentent (dans les points de vente ou dans les lieux de consommation) pour fournir des informations de base sur la gestion de la température corporelle en vue de réduire les risques● Mettre en place une réglementation et un contrôle des lieux de vie nocturne et autres environnements festifs afin de garantir une ventilation adéquate, des espaces de détente, un approvisionnement en eau gratuit, des services sociaux/médicaux, etc● Encourager les personnes à veiller sur leurs amis – éduquer sur les signes d'alerte et les soins de base● Réduire la stigmatisation et les obstacles à l'accès aux services médicaux |
| Régulation de l'hydratation — déshydratation et intoxication par l'eau) | <ul style="list-style-type: none">● Assurer un approvisionnement adéquat en eau gratuite dans les lieux commerciaux où la MDMA est consommée.● Fournir des conseils sur la manière de réguler l'hydratation |
| Polyconsommation | <ul style="list-style-type: none">● Explorer les espaces de vie nocturne/de fête sans alcool (ou avec peu d'alcool) qui sont tolérants à la MDMA● Cibler l'éducation à la réduction des risques sur des risques spécifiques liés à la polyconsommation |

* Voir : Winstock, A. (2018). Thinking of using MDMA for the first time? Here's our checklist to help you stay safe. *Global Drug Survey*. www.globaldrugsurvey.com/wp-content/uploads/2018/05/MDMA-first-time-use-list.pdf

Un effet largement rapporté est le « blues du milieu de semaine », ou humeur dépressive dans les jours qui suivent la consommation de MDMA pendant le week-end. On ne sait pas très bien dans quelle mesure ce phénomène est lié aux effets neuropharmacologiques de la MDMA (comme l'épuisement de la sérotonine) et dans quelle mesure il peut résulter de la consommation d'autres drogues, du manque de sommeil, de l'épuisement physique, d'une mauvaise alimentation ou d'autres facteurs culturellement associés à la consommation de MDMA. Peu de personnes à qui l'on a administré de la MDMA dans un cadre thérapeutique ont enregistré de tels effets⁵⁴. Inversement, dans une étude récente, il a même été suggéré que les participants ressentaient un *afterglow*, c'est-à-dire qu'ils continuaient à se sentir positifs jusqu'à une semaine après chaque séance de psychothérapie à la MDMA⁵⁵.

Modèle de réglementation proposé

Suggérer que la MDMA est une drogue à risque relativement faible, ne serait-ce qu'en comparaison avec d'autres stimulants, peut être interprété comme irresponsable dans le contexte des urgences médicales et des décès qui dominent souvent la couverture médiatique. En 2009, le professeur David Nutt a été limogé de son poste de président de l'*Advisory Council on the Misuse of Drugs* (ACMD), un comité d'experts indépendants du gouvernement britannique, pour avoir précisément fait cette suggestion⁵⁶. Il est bien sûr important de préciser que l'expression « risque relativement faible » ne doit pas être interprétée comme « sans danger ». Cependant, lorsqu'il s'agit de réfléchir aux réponses politiques, il est

⁵⁴ Vollenweider, F.X., Gamma, A., Liechti, M. et Huber, T. (1988). Psychological and cardiovascular effects and short-term sequelae of MDMA (« ecstasy ») in MDMA-naïve healthy volunteers. *Neuropsychopharmacology* 19.4. <https://www.nature.com/articles/1395197>

⁵⁵ Sessa, B., Sakal, C., O'Brien, S. et Nutt, D. (2019). First study of safety and tolerability of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) – assisted psychotherapy in patients with alcohol use disorder: preliminary data on the first four participants. *BMJ Case Reports* 12:e230109. p.3. <https://casereports.bmj.com/content/12/7/e230109>

⁵⁶ Tran, N. (2009). Government adviser David Nutt sacked. *Guardian* 30 octobre. <https://www.theguardian.com/politics/2009/oct/30/drugs-adviser-david-nutt-sacked>

également important de reconnaître que les risques aigus liés à la MDMA – qui constituent la préoccupation principale dans l'analyse de son profil global de risques – sont en grande partie créés et aggravés par le contexte légal dans lequel l'usage a lieu. Le fait que la MDMA soit illégale signifie que le dosage est souvent inconnu, imprévisible ou d'une puissance inattendue ; cela encourage la vente abusive, l'adultération et peut conduire à la consommation involontaire de substances beaucoup plus dangereuses. L'illégalité empêche également la mise à disposition d'informations sur le contenu, le dosage et la réduction des risques, que ce soit au moment de l'achat ou dans les lieux de consommation. Cela génère également une réticence, de la part des gérants de boîtes de nuit ou des organisateurs de festivals, à promouvoir un usage plus sûr ou à faciliter des mesures efficaces de réduction des risques. Dans le pire des cas, elle peut même conduire à la criminalisation des propriétaires de lieux qui soutiennent des pratiques d'usage plus sûres⁵⁷.

Même en l'absence d'un grand nombre de dommages créés ou exacerbés par la prohibition, il subsiste des risques que la réglementation doit cibler et atténuer. La nature des effets de la MDMA et son profil de tolérance signifient toutefois qu'elle n'est pas associée aux schémas d'usage régulier fonctionnel ou à une consommation chronique et dépendante, comme on observe plus fréquemment avec la cocaïne et les amphétamines, en particulier sous des formes fumables ou injectables. Il n'existe pas non plus de préparation à faible dose comparable à la feuille de coca ou à l'éphédra. L'usage de la MDMA est plus étroitement limité à une consommation récréative moins fréquente, avec des risques se concentrant principalement sur les effets aigus, particulièrement associés à certains comportements à risque dans des contextes sociaux. Si les risques spécifiques de la MDMA soulignent l'importance cruciale de l'éducation à la réduction des risques et des dommages pour les utilisateurs (sur l'emballage, au point de vente et par d'autres canaux) et de la gestion de la sécurité dans les

⁵⁷ Voir, par exemple, Harrison, A. (2018). How a city closed a nightclub and destroyed its owners lives. *Vice* 28 juin. <https://www.vice.com/en/article/how-a-city-closed-a-nightclub-and-destroyed-its-owners-lives/>

environnements récréatifs, ils justifient également des contrôles stricts sur la disponibilité au détail.

Ainsi, les recommandations générales pour régler la disponibilité au détail de la MDMA suivent le même « modèle standard » proposé pour les autres produits classés dans la catégorie de risque 2 dans le chapitre 2 (pilules d'amphétamine et cocaïne en poudre). Les propositions de politiques spécifiques à la MDMA – concernant la préparation, les prix et le rationnement – sont examinées ci-dessous.

Contrôles de la préparation

Forme

La MDMA serait disponible uniquement sous forme de comprimés ou de capsules. Bien qu'une part importante du marché illégal de la MDMA dans certaines régions se présente sous forme de poudre ou de cristal, la forme de comprimé présente des avantages certains en matière de sécurité, notamment en termes d'hygiène, de contrôle du dosage, de réduction du risque d'adultération et de modération de la vitesse d'apparition des effets. Les inconvénients liés à la non-disponibilité sous forme de poudre semblent modestes, un produit de qualité sous forme de comprimé pouvant répondre à la grande majorité de la demande.

Dosage

Le contrôle du dosage est un moyen essentiel de modérer les risques. Les doses de MDMA consommées dans des contextes sociaux varient généralement entre 80 et 200 milligrammes (parfois avec une prise supplémentaire après le pic de la dose initiale). L'approvisionnement au détail se ferait à un dosage destiné à un usage unique par l'acheteur (afin de limiter, sans toutefois empêcher totalement, le stockage ou

le partage) et viserait raisonnablement à limiter la consommation en une seule session à moins de 150 milligrammes. Un achat unique pourrait donc constituer en une plaquette de 4 à 5 comprimés de 30 milligrammes sous forme de barre facilement divisible en unités clairement délimitées de 15 milligrammes. Cela permettrait une calibration adaptée du dosage pour différents utilisateurs, basée sur des informations fournies dans la notice, sur l'emballage et grâce aux conseils donnés par le vendeur.

Une autre option consisterait à préparer des doses de MDMA spécifiques à chaque utilisateur sous forme de capsules. La dose serait déterminée pour chaque consommateur en fonction de son poids, de son sexe, de ses expériences de consommation et d'autres variables et vulnérabilités potentielles. La préparation de doses adaptées à l'utilisateur serait décidée en consultation avec le vendeur spécialisé et pourrait être particulièrement utile dans le cas d'un premier achat en pharmacie, la consultation donnant l'occasion de fournir des informations personnalisées en matière de réduction des risques et des dommages, adaptées à la situation particulière de l'acheteur.

La densité et la vitesse de décomposition des comprimés affectent leur biodisponibilité (c'est-à-dire la rapidité avec laquelle ils sont absorbés lorsqu'ils sont pris par voie orale). Des comprimés plus tendres auront un effet plus rapide que des comprimés plus denses. De même, les capsules contenant de la poudre peuvent présenter différents profils de libération dans le temps. Les enjeux consistent à éviter une libération très rapide susceptible d'accroître les risques, et à permettre aux utilisateurs de savoir à quoi s'attendre. Le fait de fournir ces informations de manière claire aux consommateurs et de garantir une uniformité entre les comprimés (ce qui est souvent absent dans la production non régulée d'un marché illégal) permet le développement de comportements plus sûrs.

Les prix de la MDMA sont généralement bas comparés à ceux d'autres stimulants ou substances psychoactives consommés dans le cadre de l'économie nocturne, et sa consommation est, en règle générale, relativement peu fréquente et auto-limitante

Contrôle des prix

Les prix de la MDMA sont généralement bas comparé à ceux d'autres stimulants ou substances psychoactives consommés dans le cadre de l'économie nocturne (y compris l'alcool), et sa consommation, comme nous l'avons vu, est en règle générale

relativement peu fréquente et auto-limitante, de sorte qu'elle ne nécessite pas habituellement de dépenses financières importantes. Selon l'enquête mondiale sur les drogues, le prix moyen mondial est de 10 euros pour un comprimé – dont les versions les plus fortes peuvent contenir suffisamment de MDMA pour deux, voire trois personnes. Un gramme de poudre de MDMA – suffisant pour cinq à quinze doses – coûte en moyenne 40 euros, mais il est désormais couramment disponible sur le *darknet* pour moins de 20 euros⁵⁸. Il n'est donc pas surprenant que les consommateurs de MDMA lui attribuent un excellent rapport qualité-prix par rapport à d'autres substances psychoactives⁵⁹.

Des recherches antérieures ont montré que les consommateurs d'alcool, d'amphétamines, de cocaïne et de MDMA réagissent aux variations de prix (c'est-à-dire qu'ils ont tendance à consommer moins d'une substance donnée lorsque son prix augmente). De plus, ils ont souvent tendance à passer d'une substance à l'autre en fonction de celle qui est perçue comme offrant le meilleur rapport qualité-prix⁶⁰. Étant donné le faible coût par dose (ou coût par heure d'effet psychoactif ou par intoxication ressentie – unité utilisée par certains universitaires pour comparer les substances

⁵⁸ Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. p.65-66. <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>

⁵⁹ Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). GDS2019: Are drugs good value for money? <http://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/gds2019-are-drugs-good-value-for-money/>

⁶⁰ Sumnall, H.R., et al. (2004). A behavioural economic analysis of alcohol, amphetamine, cocaine and ecstasy purchases by polysubstance misusers. *Drug and Alcohol Dependence* 76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.04.006>

psychoactives), combiné à l'utilisation généralement peu fréquente de la MDMA, il est raisonnable de supposer que le prix joue un rôle moins déterminant dans les décisions d'achat que pour des drogues plus chères (par exemple la cocaïne) ou des substances consommées plus fréquemment (par exemple l'alcool ou le tabac). Si c'est le cas, d'autres variables, notamment le contrôle de la qualité, sont susceptibles de prendre le pas sur de modestes écarts de prix pour privilégier une offre régulée par rapport à un marché illégal parallèle. Ainsi, l'impératif de concurrencer ou d'égaliser les prix du marché illégal actuel pourrait être moins urgent que pour d'autres substances. Ce qui importe le plus est de convaincre les acheteurs potentiels qu'un produit légal présente des avantages sur le plan de la sécurité. Néanmoins, étant donné les incertitudes concernant la manière dont les consommateurs réagiront aux différences de prix entre les marchés légal et illégal (et à d'autres variables), il sera manifestement nécessaire de procéder avec prudence, de surveiller de près l'impact des prix et de leurs variations, et d'ouvrir le marché avec un régime de prix qui ne soit pas trop différent de celui du marché illégal local existant (voir la discussion sur les prix dans le chapitre 2).

Rationnement

Nous proposons que la MDMA soit vendue de manière rationnée par achat, sous forme d'unités de dosage uniques (comme mentionné ci-dessus), avec des mesures visant à prévenir les achats multiples par un même individu. La détermination précise des limites d'achat est une question complexe. D'après des rapports empiriques, une tolérance accrue à la MDMA se développe de manière problématique si elle est consommée plus de quatre fois par an – et cette tolérance pourrait devenir plus marquée encore au-delà de 10 à 12 consommations par année. Si un seuil maximal de rationnement était fixé à ce niveau, par exemple une seule dose unique par mois, cela permettrait de répondre à la demande de la majorité des utilisateurs

(l'enquête *Global Drug Survey* suggère qu'environ 75 % des utilisateurs de MDMA consomment 10 fois ou moins par an)⁶¹.

Le respect de ces limites est toutefois difficile et serait facilité par l'adoption d'un système de licence d'achat. C'est particulièrement le cas lorsque les limites prévues sont mensuelles, plutôt que quotidiennes ou même hebdomadaires. À cet égard, les arguments en faveur de l'octroi de licences d'achat pourraient être plus solides dans le cas de la MDMA que dans celui d'autres stimulants. Toutefois, pour les raisons exposées au chapitre 2, un tel système comporte des risques en matière de protection des données, d'équité sociale et d'application. Un système de licence d'acheteur peut présenter certains avantages en matière de réduction des risques : par exemple, le suivi des achats pourrait inciter le vendeur à fournir des informations ciblées sur les risques liés à des périodes de consommation plus intensive. Cependant, si un tel système devait être largement rejeté, le risque est grand que l'approvisionnement illégal vienne simplement combler le vide.

Encore une fois, il n'existe pas de solution parfaite, mais plutôt des compromis entre lesquels il faut choisir. En l'absence d'un système de licence pour les acheteurs, la MDMA pourrait néanmoins être vendue dans des limites strictes par achat et sous forme d'unités de dosage unique (comme mentionné ci-dessus). Toutefois, il faudrait redoubler d'efforts pour fournir les informations et les conseils nécessaires afin d'éviter que les consommateurs ne s'exposent à des risques inutiles, ainsi que pour soutenir les détaillants dans la prévention des achats multiples. Compte tenu des habitudes de consommation de la MDMA (en particulier la probabilité beaucoup plus faible de consommation excessive épisodique), ce risque restera toutefois relativement faible.

⁶¹ Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. pp.59, 62. <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>

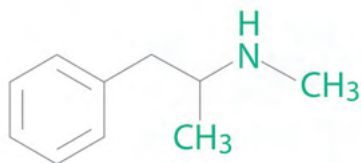


4

Amphétamines

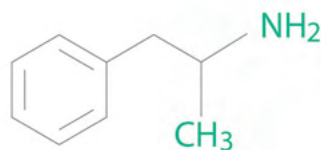
Les types d'amphétamines consommées, les habitudes et les motivations de consommation varient considérablement d'une région à l'autre. Ces tendances ont des implications importantes pour l'élaboration des politiques et des réglementations

Qu'est-ce que les amphétamines ?



Amphétamine

$C_9H_{13}N$



Méthamphétamine

$C_{10}H_{15}N$

Il existe un certain nombre de drogues apparentées qui entrent dans le groupe des amphétamines. L'amphétamine elle-même (nom dérivé de sa dénomination chimique complète : **Alpha-MéthylPHénETHylAMINE**) est le composé de base d'un grand nombre de dérivés, chacun ayant une forme moléculaire légèrement différente. L'amphétamine et la méthamphétamine – qui font l'objet du présent chapitre car elles représentent la majorité des amphétamines consommées – sont fonctionnellement très similaires. Par conséquent, leurs usages se recoupent largement. Elles sont également régulièrement retrouvées dans les enquêtes sur les substances

Mis à part la puissance supérieure de la méthamphétamine, il existe peu de différences entre l'amphétamine et la méthamphétamine sur le plan des effets pharmacologiques.

psychoactives et dans de nombreuses analyses de la politique en matière de drogues.

Les amphétamines sont des psychostimulants qui augmentent la quantité de dopamine, de noradrénaline et de sérotonine dans des zones du système nerveux telles que celles impliquées dans la récompense/le plaisir, le mouvement et la cognition (entre autres).

Les effets des amphétamines sont à la fois

physiques (augmentation du rythme cardiaque, de la pression sanguine et de la respiration) et psychologiques (augmentation de la confiance en soi, de l'énergie, de la vigilance et diminution de l'appétit).

Les autres dérivés des amphétamines comprennent : les bêta-cétoamphétamines, telles que la cathine et la cathinone (les substances actives du khat) ; l'éphédrine et la pseudoéphédrine (deux des substances actives de l'éphédra) ; la méthcathinone ; la méphédronne ; la fénéthylline (plus connue sous le nom de captagon) ; la MDMA ; et les pseudo-amphétamines, y compris le méthylphénidate (plus connu sous le nom de ritaline). Ces substances sont parfois appelées collectivement « stimulants de type amphétamine » (STA), bien que certains aient affirmé que ce terme était quelque peu arbitraire car il excluait le stimulant non synthétique qu'est la cocaïne, et qu'il pouvait conduire à une surestimation de l'ampleur de la consommation d'amphétamines¹.

Il existe deux variantes moléculaires de l'amphétamine : la lévoamphétamine et la dextroamphétamine. L'amphétamine fait techniquement référence à la base libre racémique, qui est composée à parts égales de

¹ Hart et al. notent que « la cocaïne n'est pas un STA parce qu'elle n'est pas fabriquée synthétiquement, bien qu'elle soit classée comme stimulant ». D'un point de vue comportemental ou neuropharmacologique, le regroupement des STA n'a guère de sens. Le méthylphénidate (Ritaline) et la cocaïne produisent des effets similaires sur le comportement humain et sur les neurotransmetteurs monoaminergiques, qui modulent l'humeur et d'autres fonctions. Pourtant, seul le méthylphénidate est inclus dans les STA : Hart, C., Csete, J. et Habibi, D. (2014). *Methamphetamine: Fact vs. Fiction and Lessons from the Crack Hysteria*. Open Society Foundations. p.5, notre traduction. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/methamphetamine-dangers-exaggerated>

lévoamphétamine et de dextroamphétamine, sous leurs formes amines pures. Mais le terme «amphétamine» fait généralement référence à toute combinaison, ou à l'une ou l'autre d'entre elles seule. Les deux sont des stimulants du système nerveux central (SNC), bien que la dextroamphétamine soit plus puissante.

En tant que médicament légal, il est disponible sous forme de comprimés ou de capsules, dans différents ratios de lévoamphétamine et de dextroamphétamine, sous différentes marques (dont Adderall, Eveko et Zenedi), ainsi que sous forme de liquide ou de suspension (ProCentra, Dyanavel XR).

En tant que substance illégale, elle est généralement vendue sous la forme d'une poudre blanche – généralement du sulfate d'amphétamine, bien qu'elle soit parfois disponible sous la forme d'une huile ou d'une pâte dans sa forme de base (plus souvent au niveau du marché de gros). Contrairement



Comprimés de Pervitin, une marque de méthamphétamine

фото: Ordercrazy. Wikimedia Commons. [bit.ly/2Hh0eSF](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ordercrazy_Pervitin.jpg). Creative Commons CC0 1.0 Universal Public Domain Dedication (creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/deed.en).

au sel de chlorhydrate de la méthamphétamine, le sulfate d'amphétamine n'est pas suffisamment volatil pour être fumé.

La méthamphétamine que l'on trouve sur le marché illégal en Europe est généralement un mélange de d-méthamphétamine et de l-méthamphétamine (toutes deux psychoactives et dotées de propriétés stimulantes) en proportions égales.

La méthamphétamine existe sous deux formes : la base (qui, sous sa forme pure, est une huile claire, insoluble dans l'eau) et le sel (qui est un solide cristallin soluble dans l'eau). La base pure peut être transformée en chlorhydrate de méthamphétamine, la forme la plus courante de sel de méthamphétamine. L'*ice* ou *crystal meth* est constitué de gros cristaux de chlorhydrate de méthamphétamine, ainsi nommés en raison de leur apparence. La méthamphétamine en poudre est constituée de cristaux granulés, qui sont ensuite généralement mélangés à d'autres ingrédients, souvent de la caféine².

En tant que médicament légal, la méthamphétamine est disponible sous forme de comprimés sous son nom générique ainsi que sous des marques telles que Methedrine et Desoxyn.

Mis à part la puissance supérieure de la méthamphétamine, il existe peu de différences entre l'amphétamine et la méthamphétamine sur le plan des effets pharmacologiques. L'EUDA note que « la méthamphétamine en poudre que l'on trouve sur le marché des substances illicites est similaire à l'amphétamine en poudre à bien des égards, y compris la pureté et l'apparence, et les deux sont souvent impossibles à distinguer, tant pour les utilisateurs que pour les revendeurs »³.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014). *Exploring methamphetamine trends in Europe*. p.2. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/787/TDAU14001ENN_460800.pdf

³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014). *Exploring methamphetamine trends in Europe*. p.2. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/787/TDAU14001ENN_460800.pdf

Comme l'a fait remarquer le professeur Carl Hart :

Dans des études de laboratoire strictement contrôlées sur des participants humains, la d-amphétamine et la méthamphétamine produisent des effets physiologiques et comportementaux presque identiques... Elles augmentent toutes deux la pression artérielle, le pouls, l'euphorie et le désir de consommer la substance en fonction de la dose. Il s'agit essentiellement de la même substance⁴.



Inhalateur de benzédrine

PHOTO : Nigel Brunson (2020). nigelbrunson.com

Les principales différences entre les comportements, les effets et les risques liés à la consommation d'amphétamines et de méthamphétamines sont liées à leur préparation, à leur disponibilité et à leurs modalités de consommation. En particulier, la méthamphétamine peut être plus facilement fabriquée à partir de médicaments en vente libre. En outre, alors que l'amphétamine et la méthamphétamine peuvent être sniffées ou ingérées par voie orale sous forme de poudre, ou dissoutes dans l'eau et injectées,

⁴ Hart, C., Csete, J. et Habibi, D. (2014). *Methamphetamine: Fact vs. Fiction and Lessons from the Crack Hysteria*. Open Society Foundations. p.6, notre traduction. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/methamphetamine-dangers-exaggerated>

la méthamphétamine (contrairement à l'amphétamine) est suffisamment volatile pour être fumée, le plus souvent sous sa forme cristalline, à l'aide d'une pipe en verre.

L'histoire

L'amphétamine a été synthétisée pour la première fois en 1887 par le chimiste roumain Lazar Edeleanu, qui la nomme phénylisopropylamine. Pendant près de 40 ans, son potentiel médical est resté inexploré jusqu'aux expériences menées par un chimiste de Los Angeles, Gordon Alles, en 1929. Alles travaillait pour la société pharmaceutique Eli Lilly, à la recherche d'un médicament qui améliorerait l'éphédrine, un décongestionnant et bronchodilatateur qui s'était révélé être un traitement efficace et lucratif contre l'asthme, le rhume et les allergies. Alles renomme le médicament amphétamine, fait breveter le sulfate d'amphétamine et le chlorhydrate d'amphétamine en 1932 et conclut un accord avec une autre société pharmaceutique, *Smith, Kline and French* (SKF). En 1934, ces derniers mettent sur le marché le premier médicament à base d'amphétamine pour la congestion sous la forme d'un inhalateur de la marque « Benzédrine ».

La méthamphétamine a suivi une chronologie similaire, ayant été synthétisée pour la première fois au Japon par le chimiste organique Nagai Nagayoshi. Nagayoshi a d'abord isolé l'éphédrine de la plante *Ephedra sinica* en 1885, puis conçu une méthode de synthèse de l'éphédrine, avant de synthétiser la méthamphétamine à partir de l'éphédrine en 1893.

Seconde Guerre mondiale

L'usage médical et non médical des médicaments à base d'amphétamine s'est rapidement développé dans les années 1930 et 1940. Fin 1938, SKF

affirmait avoir expédié plus de 10 millions d'inhalateurs de Benzédrine⁵. Le sulfate de benzédrine est devenu disponible sous forme de comprimés en 1937 et, pendant la Seconde Guerre mondiale, il a été largement utilisé comme stimulant par les forces britanniques et américaines. On estime que 150 millions de comprimés ont été utilisés pendant le conflit⁶. Les forces allemandes, quant à elles, utilisaient massivement les comprimés de méthamphétamine de la marque Pervitin. Pervitin intéressait les commandants allemands car leur célèbre tactique militaire, la Blitzkrieg, exigeait rapidité et surprise, mais était compromise par des soldats humains qui avaient besoin de repos et de sommeil réguliers⁷. L'historien de la médecine, Dr Peter Steinkamp, a suggéré que « le Blitzkrieg était guidé par la méthamphétamine ». Autrement dit, la « guerre éclair » était fondée sur la méthamphétamine⁸. L'utilisation fonctionnelle des amphétamines se poursuit encore aujourd'hui au sein des forces américaines, notamment lors des conflits en Irak et en Afghanistan⁹.

La consommation d'amphétamines était également très répandue dans les populations civiles d'Europe pendant la Seconde Guerre mondiale. C'était particulièrement le cas au Royaume-Uni et en Suède, où l'on estime que 200 000 personnes, soit environ 3 % de la population, consommaient des amphétamines en 1942-1943¹⁰. On estime, de manière prudente, qu'à la fin de 1945, la production totale de Benzédrine (et d'autres imitateurs contre-faisant des brevets) s'élevait en moyenne à environ 750 millions de

5 Hicks, J. (2012). Fast Times: The Life, Death, and Rebirth of Amphetamine. *Science History Institute* 14 avril. <https://www.sciencehistory.org/stories/magazine/fast-times-the-life-death-and-rebirth-of-amphetamine/>

6 Bett, W.R. (1946). Benzedrine sulphate in clinical medicine: A survey of the literature. *Postgrad Med J* 22. pp.205–218. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2478360/>

7 Andreas, P. (2020). How Methamphetamine Became a Key Part of Nazi Military Strategy. *Time* 7 janvier. <https://time.com/5752114/nazi-military-drugs/>

8 Témoignage oral, voir : Ohler, N. (2016). *Le IIIe Reich, les Allemands et la drogue*. Paris : La Découverte, publication originale en allemand par Kiepenheuer & Witsch en 2015. p. 89

9 Burkeman, O. and Norton-Taylor, R. (2003). US pilots blame drug for friendly fire deaths. *The Guardian* 4 janvier. <https://www.theguardian.com/world/2003/jan/04/afghanistan.richardnortonaylor>; Hicks, J. (2012). Fast Times: The Life, Death, and Rebirth of Amphetamine. *Science History Institute* 14 avril. <https://www.sciencehistory.org/stories/magazine/fast-times-the-life-death-and-rebirth-of-amphetamine/>

10 Svensson, B. (2009). Problem amphetamine and methamphetamine use, related consequences and responses. In : Swedish National Institute of Public Health. *2009 National Report (2008 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Chapitre 12, pp.90–118. https://www.euda.europa.eu/html.cfm/index142822EN.html_el

comprimés par an¹¹. La diffusion des amphétamines à usage non médical dans le grand public pendant les premières années suivant la guerre a été étroitement liée au détournement des stocks d'après-guerre.

L'après-guerre

Dans les décennies d'après-guerre, les amphétamines sont devenues un traitement médical populaire de l'obésité, des symptômes de la maladie de Parkinson, de la dépression légère et de la narcolepsie. Bien que, à l'exception de la narcolepsie, les amphétamines soient aujourd'hui rarement utilisées pour ce type de traitement, leur usage s'est développé au cours

“...if the individual is depressed...”

“... if the individual is depressed or anhedonic ... you can change his attitude ... by physical means just as surely as you can change his digestion by distressing thought ... In other words, drugs and physical therapeutics are just as much psychic agents as good advice and analysis and must be used together with these latter agents of cure.”

WATSON, A. ... *Archives of General Psychiatry*, July, 1933.

When this was written—in 1922—the only stimulant drugs employed in the treatment of simple depression were of limited effectiveness.

BENZEDRINE SULFATE TABLETS
(normal amphetamine sulfate)

SMITH, KLINE & FRENCH LABORATORIES, PHILADELPHIA, PA.

XIII

IN MILD PSYCHOGENIC DEPRESSIVE STATES ...

this
IN MINUTES!
... WITH

RAPHETAMINE PHOSPHATE
Brand of Amphetamine Phosphate

CHEERFULNESS
MENTAL ALERTNESS
OPTIMISM

Smooth, fast-acting Raphetamine Phosphate aids in restoring mental alertness, cheerfulness and optimism in mild psychogenic depressive states ... and in the management of obesity.

With contraindications chiefly limited to hyperemesis, cardiac deficits, or hypersensitivity to sympathomimetic compounds, benefits may be prolonged.

Newly accepted *parenteral* Raphetamine Phosphate can successfully be used in treating habituation because of its immediate action.

Clinical supply of both dosage forms available on request. Write to Medical Service Department, E. J. Strassburgh Co., Rochester 14, N. Y.

Tablets: Raphetamine Phosphate tablets containing 5 mg. amphetamine sulfate equivalent phosphate per tablet are available in bottles of 100, 500 and 1000.

parenteral: Raphetamine Phosphate, *parenteral*, containing 10 mg. amphetamine sulfate equivalent phosphate per cc. is available in 10 cc. multiple vials.

Strassburgh
founded in 1848

Le sulfate de benzédrine fait l'objet d'une publicité pour lutter contre la dépression

GAUCHE: *California Western Medicine* 62 (April 1945): 33 (advertising section) and *American Journal of Psychiatry* 101 (March 1945): xiii (advertising section) DROITE: *Journal of the American Medical Association* 147 (1951): 19 (advertising section)

11 Rasmussen, N. (2008). *On Speed: The Many Lives of Amphetamine*. New York: New York University Press.

des dernières décennies en tant que traitement clé du Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH), pour lequel les stimulants ont un effet calmant contre-intuitif : ils réduisent l'impulsivité et favorisent la concentration. L'utilisation des amphétamines reste très répandue dans le traitement du TDAH, principalement par le biais de médicaments combinés tels que l'Adderall, qui contient plusieurs sels d'amphétamine, ainsi que le méthylphénidate, une pseudo-amphétamine (vendue sous le nom commercial de « Ritaline », entre autres). C'est particulièrement le cas aux États-Unis, où l'utilisation s'est considérablement développée au milieu des années 1990 et au début des années 2000, représentant 83,1% du volume mondial de médicaments contre le TDAH en 2003, alors que le pays compte moins de 5% de la population mondiale¹². L'utilisation de médicaments contre le TDAH a continué de croître ces dernières années¹³.

L'usage non médical des amphétamines a fluctué depuis 1945, bien que des périodes distinctes d'augmentation de l'usage puissent être observées dans les pays du Nord à la fin des années 1960, dans les années 1990 et au début des années 2000, ainsi qu'à nouveau de nos jours¹⁴.

L'usage récréatif des amphétamines n'a jamais atteint le cachet glamour de la cocaïne, ni l'impact culturel communautaire de la MDMA, mais il a néanmoins pénétré et influencé un large éventail de la culture populaire. Les premiers usages non médicaux consistaient à ouvrir la Benzédrine et d'autres inhalateurs pour accéder à la drogue qu'ils contenaient. John Lennon a raconté que « la première drogue que j'ai prise, j'étais encore à l'école d'art, avec le groupe – nous la prenions tous ensemble – c'était de la Benzédrine contenue dans un inhalateur »¹⁵. L'écrivain Jesse Hicks

¹² Scheffler, R.M., Hinshaw, S.P., Modrek, S. et Levine, P. (2007). The global market for ADHD medications. *Health Affairs* 26.2. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.26.2.450>

¹³ Raman, S.R., Man, K.K.C., Bahmanayar, S. et al. (2018). Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. *The Lancet* 5.10. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30293-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30293-1/fulltext)

¹⁴ Rasmussen, N. (2008). America's First Amphetamine Epidemic 1929–1971. A Quantitative and Qualitative Retrospective With Implications for the Present. *American Journal of Public Health* 98.6. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2377281/>

¹⁵ The Beatles (2000). *Anthology*. Chronicle Books.

a également noté que « jusqu'en 1959, date à laquelle la *Food and Drug Administration* les a interdits, ces inhalateurs offraient une ivresse légale et bon marché, ce qui a incité des sommités beatniks comme Jack Kerouac et Allen Ginsberg à en prendre de façon régulière »¹⁶.

Les amphétamines ont également été largement utilisées à des fins fonctionnelles. Un marché informel florissant de comprimés d'amphétamine est apparu aux États-Unis dans les années 1950 et 1960 parmi les chauffeurs routiers, en raison des longues heures de travail et des pressions concurrentielles intenses au sein de l'industrie¹⁷. À la fin des années 1960, la *Food and Drug Administration* a estimé que jusqu'à la moitié des 8 à 10 milliards de comprimés d'amphétamine produits légalement aux États-Unis étaient détournées des circuits médicaux¹⁸.

L'amphétamine n'a pas échappé à l'hostilité croissante à l'égard de l'usage récréatif des drogues qui a accompagné l'émergence de la contre-culture des années 1960 aux États-Unis et en Europe, avec l'apparition de nouveaux récits sur les *speed freaks* (le terme *speed* étant un surnom populaire pour l'amphétamine) dans le discours populaire. En 1971, alors que Nixon s'appretait à déclarer sa nouvelle « guerre contre la drogue », l'amphétamine (et la méthamphétamine) a été inscrite au Tableau II de la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes, en raison des inquiétudes croissantes concernant la dépendance à cette substance et d'autres risques pour la santé. Les amphétamines ont été soumises à des contrôles similaires dans la législation nationale à travers une grande partie du monde ; elles ont été placées dans le Tableau II aux États-Unis en vertu du *Controlled Substances Act* (Loi sur les substances contrôlées ; définies comme ayant un potentiel élevé d'abus et de dépendance, mais avec

¹⁶ Hicks, J. (2012). Fast Times: The Life, Death, and Rebirth of Amphetamine. *Science History Institute* 14 avril. <https://www.sciencehistory.org/stories/magazine/fast-times-the-life-death-and-rebirth-of-amphetamine/>

¹⁷ Riley, K. (2014). Driving on speed: Long-haul truck drivers and amphetamines in the postwar period. *Labor* 11.4. <https://read.dukeupress.edu/labor/article-abstract/11/4/63/14650/Driving-on-Speed-Long-Haul-Truck-Drivers-and>

¹⁸ Voir note de bas de page 14.

un usage médical accepté), et classées en Classe B en vertu du *Misuse of Drugs Act* (la loi britannique de 1971 sur l'abus des drogues).

Il n'est pas surprenant que la décision de soumettre les amphétamines à un contrôle international n'ait pas empêché leur usage non médical répandu. Les amphétamines ont conservé une forte présence sur les scènes musicales, du punk à la musique électronique (EDM), et se sont ancrées dans la culture des consommateurs de stimulants de l'économie nocturne et de la scène des clubs en général.

Méthamphétamine

La consommation de méthamphétamine est restée importante aux États-Unis à partir des années 1970, bien qu'elle soit relativement rare dans la plupart des pays européens. Dans les années 1980, la consommation de méthamphétamine aux États-Unis se limitait principalement aux hommes blancs de la classe ouvrière – souvent des chauffeurs routiers ou des ouvriers du bâtiment – et était sniffée sous forme de poudre. À la même époque, la consommation a commencé à augmenter dans certains États en raison de l'importation de cristaux de méthamphétamine des Philippines et de l'Asie du Sud-Est. Dans les années 1990, la méthamphétamine produite à domicile à partir de remèdes contre le rhume en vente libre s'est répandue, avec l'apparition de *superlabs* dans le sud de la Californie et le nord du Mexique. L'augmentation de l'échelle de production a permis à la drogue d'être disponible à grande échelle et à bas prix dans les années 2000¹⁹.

La méthamphétamine a fait l'objet de vagues d'inquiétude de la part du public, faisant écho et se superposant à celles vécues autour du crack aux États-Unis, souvent liées à des récits classistes la dépeignant comme une drogue de *white trash*²⁰. La stigmatisation a été renforcée en particulier par

19 Gonzales, R., Mooney, L. and Rawson, R. (2010). The Methamphetamine Problem in the United States. *Annual Review of Public Health* 31. pp.385–398. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4440680/>

20 Critcher, C. (2017). Moral panics. Oxford Research Encyclopaedias: Criminology and Criminal Justice. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264079.013.155>; Linnemann, T. (2009). Mad Men, Meth Moms, Moral Panic:



Cristaux de méthamphétamine

PHOTO : Wikimedia Commons, [bit.ly/33JDnXD](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:33JDnXD). Shared under a CC BY-SA 4.0 licence (creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

des campagnes telles que *Faces of Meth*, un projet du bureau du shérif du comté de Multnomah dans l'Oregon, où des photos d'identité d'individus avant et après avoir consommé de la méthamphétamine sont utilisées comme méthode de prévention basée sur le choc²¹. L'association stigmatisante entre méthamphétamine, défor-

mation physique et répulsion sociale s'est tellement ancrée dans la culture populaire qu'au cours des années 2010, des applications pour smartphones ont même été développées pour recréer les transformations physiques « avant et après » de l'usage de méthamphétamine pour les selfies²².

Ces vagues de panique morale et la diabolisation des consommateurs de méthamphétamine ont à leur tour été exploitées pour justifier des sanctions sévères à l'encontre de la production et de la distribution de cette substance aux États-Unis²³.

En Asie de l'Est et du Sud-Est, la méthamphétamine était également considérée comme une drogue de la classe ouvrière. Dans les années 1960 et 1970, la méthamphétamine était principalement utilisée sous forme de comprimés par les chauffeurs routiers et les ouvriers d'usine pour améliorer leurs performances. Dans les années 1990, la consommation de méthamphétamine était plus diversifiée, les comprimés étant utilisés à des

Gendering Meth Crimes in the Midwest. *Critical Criminology* 18. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10612-009-9094-8>; Linnemann, T. et Wall, T. (2013). 'This is your face on meth': The punitive spectacle of 'white trash' in the rural war on drugs. *Theoretical Criminology* 17.3. p.318. <https://doi.org/10.1177/1362480612468934>

²¹ Hall, K. *Faces of Meth, 10 years later: Anti-drug campaign endures, as does effect on addicts' lives*. Oregon Live 27 décembre. https://www.oregonlive.com/portland/2014/12/faces_of_meth_10_years_later_a.html

²² Noble, F. (2015). From youthful clear skin to the scabby face of an ice addict in six months: Terrifying new app showshow the drug destroys your looks. *Daily Mail Australia* 11 novembre. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-3312655/From-youthful-clear-skin-scabby-face-ice-addict-six-months-New-app-shows-drug-destroys-looks.html>

²³ Drug Policy Alliance (2019). *Rethinking the 'Drug Dealer'*. pp.34–35. https://drugpolicy.org/wp-content/uploads/2023/05/Rethinking_the_Drug_Dealer_Report.pdf

fins récréatives par les jeunes et les étudiants. Le cristal de méthamphétamine, en revanche, était souvent considéré comme une drogue de plus haut standing, associée à des « professionnels de haut rang éduqués et bien connectés » en raison de son prix comparativement élevé²⁴. La consommation de méthamphétamine a gagné en popularité au Myanmar, en Thaïlande et dans certaines parties de la Chine dans les années 2010, avec des saisies de drogues et des arrestations en augmentation, accompagnées d'une hausse des prix. L'accès au traitement pour les personnes souffrant d'une consommation problématique de méthamphétamine est toutefois resté « insuffisant et inadapté »²⁵.

Il est difficile de quantifier l'ampleur du marché actuel de la méthamphétamine, en particulier dans les régions où la surveillance est insuffisante. Toutefois, l'ONUDC signale que le marché s'est rapidement développé ces dernières années, les saisies ayant été multipliées par sept, passant de 25 tonnes en 2008 à 228 tonnes en 2018. L'EUDA a signalé des saisies combinées d'amphétamine et de méthamphétamine, au niveau mondial, encore plus importantes, dépassant les 300 tonnes en 2017²⁶.

Effets

Les effets des amphétamines sont ressentis différemment selon les individus, en fonction d'une série de variables, notamment le dosage, la fréquence et la méthode de consommation, les effets négatifs devenant plus apparents lors d'une consommation plus intense.

24 UNODC (2018). *Global Smart Update*, Volume 20. Methamphetamine continues to dominate synthetic drug markets. p.10. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

25 Cachia, R. et Myint Lwin, T. (2019). Methamphetamine use in Myanmar, Thailand, and Southern China: assessing practices, reducing harms. *Transnational Institute*. https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_50_eng_16022019_web_2.pdf

26 UNODC (2019). *Global Smart Update*, Volume 22. The ATS market — 10 years after the 2009 Plan of Action. pp.4,5,7. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf; UNODC (2020). *World Drug Report 2020*, Booklet 3: Drug Supply. p.37. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf; EMCDDA (2019). *EU Drug Markets Report: 2019*. p.152. https://www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/drug_markets_report_2019.pdf

Effets des amphétamines

Bavard et sociable
Euphorie
Diminution de la fatigue
Sentiment d'énergie
Confiance accrue
Vigilance accrue

Intérêt personnel accru
Excès de confiance
Diminution de l'appétit
Bouche sèche
Altération des mouvements
Comportements répétitifs
Sueurs
Accélération du rythme cardiaque
Pupilles dilatées

Agressivité et comportements à risque
Mâchoire serrée / grincement de dents
Éternuements, écoulement
Congestion nasale et saignement de nez
Anxiété
Paranoïa
Migraines
Agitation
Insomnies
Nausées

ADAPTÉ DE texte original, Effects of Amphetamines, *Drugs and Me*. drugsand.me/en/drugs/amphetamines/

La vitesse d'apparition varie en fonction de l'ingestion : environ 15 minutes si la substance est reniflée, 30 à 90 minutes si elle est prise par voie orale (moins longtemps si elle est consommée à jeun), et presque immédiatement si elle est fumée ou injectée. La durée des effets dépend de la dose, mais est généralement de 3 à 8 heures, bien que les effets secondaires puissent durer plus longtemps. La période de « descente » après la consommation d'amphétamines peut durer quelques jours. L'intensité de l'expérience dépend également de la dose, mais peut laisser les individus fatigués, confus, déprimés, irritables et anxieux. Certaines personnes peuvent également souffrir d'insomnie et d'agitation, de spasmes musculaires, de douleurs musculaires ou de variations de température. À des doses très élevées, les effets secondaires peuvent être plus graves, comprenant vomissements et diarrhée.

Habitudes de consommation

Selon l'ONUDD, les amphétamines représentent la troisième drogue illégale la plus consommée après le cannabis et les opioïdes. Elles sont généralement plus consommées que la cocaïne et la MDMA, même si ce n'est

Qu'est-ce que le captagon ?

Le Captagon était à l'origine un médicament de marque utilisé principalement dans le traitement de la narcolepsie et du TDAH dans les années 1960. Son principal ingrédient actif, la fénéthylline, se métabolise en amphétamine et en théophylline (un stimulant léger de la famille de la caféine) après ingestion. Toutefois, ces dernières années, les tests effectués sur les comprimés de « captagon » vendus sur le marché illégal « montrent systématiquement que l'amphétamine est la principale substance psychoactive présente, souvent associée à d'autres substances »¹.

ⁱ EMCDDA (2018). *Captagon : understanding today's illicit market*. p.3, 5.
www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

pas le cas partout. L'ONUDC a estimé qu'en 2018, 27 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans, soit 0,5% de la population adulte, ont consommé des amphétamines au cours de l'année écoulée²⁷.

Les taux de prévalence les plus élevés, pour lesquels des données fiables sont disponibles, se trouvent en Amérique du Nord, avec 2,3% de la population ayant consommé des amphétamines, ainsi qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande, avec 1,3%²⁸. En Europe, l'EUDA signale des taux de consommation de 1% (soit 1,3 million) chez les jeunes adultes (15-34 ans) au cours de l'année écoulée, le taux le plus élevé étant enregistré aux Pays-Bas (3,9%). On estime que 3,7% des adultes (âgés de 15 à 64 ans), soit 12,4 millions de personnes dans l'UE, ont essayé les amphétamines au cours de leur vie²⁹.

Les données sur la consommation en dehors de l'Amérique du Nord et de l'Europe sont généralement médiocres, en raison des capacités de recherche limitées, des difficultés intrinsèques liées à la recherche sur les populations marginalisées et des obstacles à l'enquête créés par la peur et

²⁷ UNODC (2020). *World Drug Report 2020, Booklet 2: Drug Use and Health Consequences*. pp.18-19.
https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

²⁸ Voir note de bas de page 27.

²⁹ OEDT (2019). *Rapport européen sur les drogues 2019: Tendances et évolutions*. p.53
https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

la stigmatisation de la criminalité. L'ONUDC estime toutefois la prévalence à 0,5% pour l'Asie, ce qui, tout en étant comparable à la moyenne mondiale, représenterait près de la moitié du total mondial des consommateurs d'amphétamines, soit 12,7 millions³⁰. Les types d'amphétamines consommées, les habitudes et les motivations de consommation varient considérablement d'une région à l'autre³¹. Ces tendances ont des implications importantes pour la conception des politiques et des réglementations.

Tendances géographiques

Captagon au Moyen-Orient

On pense également que les niveaux de consommation d'amphétamines sont élevés au Moyen-Orient, en particulier de captagon, mais les données issues des enquêtes sont insuffisantes et la prévalence est principalement déduite des taux de saisie élevés et de quelques études de recherche. Une étude réalisée en 2015 en Irak a révélé que les consommateurs de substances psychoactives ont signalé qu'il était « très difficile » de se procurer du cannabis, mais qu'il était « très facile » d'obtenir de la méthamphétamine et du captagon³². Des taux de saisie élevés de captagon ont été signalés à plusieurs reprises par des pays du Moyen-Orient ces dernières années. Plus de 15 millions de comprimés de captagon ont été saisis au Liban en 2015, tandis que les Émirats arabes unis en ont saisi 45 millions en 2017³³. Entre 2010 et 2014, l'Arabie saoudite a saisi plus de 325 millions de comprimés – probablement du captagon, mais officiellement seulement de l'amphétamine. Ces dernières années ont également vu la saisie de comprimés

30 UNODC (2020). *World Drug Report 2020, Booklet 2: Drug Use and Health Consequences*. p.19. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

31 Degenhardt, L. et al. (2014). The global epidemiology and burden of psychostimulant dependence: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Drug and Alcohol Dependence* 137. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.025>

32 UNODC (2020). *World Drug Report 2020, Booklet 4: Cross-cutting Issues*. p. 25. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_4.pdf

33 EMCDDA (2018). *Captagon: understanding today's illicit market*. p.6. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF; UNODC (2020). *World Drug Report 2020, Booklet 3: Drug Supply*. p.59. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

de captagon transitant par des pays européens, souvent destinés à l'exportation vers le Moyen-Orient ; en 2017, les autorités françaises ont saisi 350 000 comprimés destinés à l'exportation vers l'Arabie saoudite³⁴. En raison des quantités importantes saisies en Arabie saoudite, les estimations officielles de prévalence de seulement 0,4 % par l'ONUDC sont « trop basses... [et] probablement sous-estimées »³⁵. Il a été estimé séparément que le captagon est consommé par 40 % des personnes qui consomment des substances psychoactives en Arabie saoudite, principalement des jeunes hommes³⁶. Une raison possible de cette consommation généralisée est la perception selon laquelle le captagon aurait une valeur fonctionnelle ou médicinale, ce qui le rendrait moins stigmatisé que d'autres substances illégales.

De grandes quantités de précurseurs d'amphétamine semblent avoir été importées au Moyen-Orient ces dernières années, notamment du BMK (benzylméthylcétone, également connu sous le nom de phénylacétone), le principal précurseur de l'amphétamine. Par exemple, il a été rapporté qu'entre 2008 et 2011, « un total de 98 tonnes de BMK a été importé en Jordanie, principalement pour être réexporté vers l'Irak », ce qui représente « plus de deux tiers du commerce mondial de BMK au cours de cette période ». L'EUDA estime qu'une telle quantité de précurseurs « aurait pu produire entre 55 et 65 tonnes d'amphétamine si elle avait été utilisée pour la synthèse de substances psychoactives ». Ces chiffres corroborent les taux élevés de saisie de stimulants de type amphétamine dans la région au cours de la même période³⁷.

Bien qu'il n'y ait pas de « données qualitatives solides » concernant l'utilisation du captagon, on peut conclure provisoirement que la production de

34 UNODC (2020). *World Drug Report 2020, Booklet 3: Drug Supply*. p.59. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

35 Voir note de bas de page 33. p.6.

36 Al-Imam, A., Santacroce, R., Roman-Urrestarazu et al. (2016). Captagon: use and trade in the Middle East. Wiley: Special issue on Novel Psychoactive Substances. p.2. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/hup.2548>

37 EMCDDA (2018). Captagon: understanding today's illicit market. p.9. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

captagon s'est déplacée vers le Moyen-Orient, « où se trouve le principal marché »³⁸. L'utilisation du captagon a été signalée dans des situations de conflit, de la même manière que l'amphétamine a été historiquement utilisée par les soldats pour améliorer leur vigilance (voir plus haut)³⁹.

Méthamphétamine

Des taux croissants de consommation de méthamphétamine (et en particulier de méthamphétamine en cristaux) ont été signalés en Amérique du Nord et en Asie orientale et du Sud-Est au cours des dernières années. En 2020, l'ONUDC a indiqué que :

*Plus d'un tiers (9,9 millions de personnes) du nombre estimé de consommateurs d'amphétamines au niveau mondial se trouve en Asie orientale et du Sud-Est. L'augmentation de la consommation de méthamphétamine, sous forme de comprimés et de méthamphétamine cristalline, continue d'être signalée dans la sous-région*⁴⁰

La région a connu des baisses de prix observables qui ont coïncidé avec une augmentation des saisies et des arrestations. En Thaïlande, le prix des comprimés de méthamphétamine est passé de 6-10 dollars en 2008 à 3-5 dollars en 2018, la pureté restant stable. Le prix de la méthamphétamine en cristaux a baissé, la pureté restant très élevée, à environ 90 %. En 2018, presque tous les pays de la région ont déclaré que la méthamphétamine

³⁸ EMCDDA (2018). *Captagon: understanding today's illicit market*. p.6. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

³⁹ International Narcotics Control Board (INCB) (2017). *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*. p.18. https://www.incb.org/documents/PRECURSORS/TECHNICAL_REPORTS/2017/E_ebook_with_annexes.pdf; Griffiths, J. (2017). What is Captagon? Isis drug dubbed 'chemical courage' intended to treat sleeping disorders abused by terrorists. *The Sun* 18 août <https://www.thesun.co.uk/living/3688057/captagon-isis-drug-chemical-courage-sleep-disorders-terrorists/>; EMCDDA (2018). *Captagon: understanding today's illicit market*. p.15. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

⁴⁰ UNODC (2020). *World Drug Report 2020, Booklet 2: Drug Use and Health Consequences*. p.21. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

était leur principale source de préoccupation en matière de drogue, contre seulement cinq en 2008⁴¹.

La méthamphétamine est également largement disponible en Australie et en Nouvelle-Zélande. Une enquête en ligne menée en 2017-2018 en Nouvelle-Zélande a révélé que la méthamphétamine était perçue comme « plus disponible que le cannabis dans toutes les régions de Nouvelle-Zélande », 54 % des personnes ayant consommé de la méthamphétamine au cours des six derniers mois ayant déclaré qu'elles considéraient que cette drogue était « très facile » à obtenir⁴². En Australie, l'enquête du système de signalement des drogues illicites de la Nouvelle-Galles-du-Sud a constaté en 2019 que « parmi les personnes qui pouvaient se prononcer, 94 % considéraient que la méthamphétamine en cristaux était “facile” ou “très facile” à obtenir »⁴³.

Amphétamines en Europe

En revanche, la consommation d'amphétamines en Europe occidentale et centrale est restée relativement stable depuis 2000. Il existe des variations régionales en Europe, avec une augmentation de la consommation en Finlande, mais des baisses à plus long terme au Danemark, en Espagne et au Royaume-Uni, peut-être liées à une plus grande consommation de cocaïne, de MDMA et de nouvelles substances psychoactives⁴⁴.

41 UNODC (2019). *Global Smart Update, Volume 22. The ATS market — 10 years after the 2009 Plan of Action*. pp. 6,10. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf

42 Wilkins, C. (2018). What drug is more available in New Zealand: Cannabis or Methamphetamine? *Shore and Whariki Research Centre. Bulletin 1*. <https://static1.squarespace.com/static/59152c88b8a79bdb0e644f2a/t/5aa6de3ec830250430d734c2/1520885320086/Bul>; UNODC (2018). *Global Smart Update, Volume 20. Methamphetamine continues to dominate synthetic drug markets*. p.15. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

43 UNODC (2019). *Global Smart Update, Volume 22. The ATS market — 10 years after the 2009 Plan of Action*. pp.6, 10. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf; EMCDDA (2019). *EU Drug Markets Report: 2019*. p.152. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12078/20192630_TD0319332ENN_PDF.pdf

44 OEDT (2019). *Rapport européen sur les drogues 2019: Tendances et évolutions*. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

L'analyse des eaux usées réalisée en 2017 a révélé des variations significatives de la consommation d'amphétamines en Europe.

Les niveaux les plus élevés sont observés dans les villes du nord et de l'est de l'Europe, et les niveaux plus faibles dans les villes du sud de l'Europe⁴⁵.

L'EUDA note que le sulfate d'amphétamine peut être « considéré comme une drogue typiquement européenne », car il reste le stimulant synthétique le plus populaire en Europe, alors qu'il reste relativement rare dans le reste du monde par rapport à la méthamphétamine⁴⁶. En Europe, la consommation de méthamphétamine a toujours été largement limitée à la République tchèque et à la Slovaquie, bien que ces dernières années, des augmentations aient été enregistrées dans le nord de l'Europe, notamment en Suède et en Norvège⁴⁷.

Une enquête en ligne menée en 2017-2018 en Nouvelle-Zélande a révélé que la méthamphétamine était perçue comme « plus disponible que le cannabis »

Les données provenant des services européens d'analyse des drogues montrent que la MDMA, la cocaïne et l'amphétamine sont les trois substances les plus fréquemment soumises aux tests, avec toutefois des variations significatives entre les pays. Par exemple, les amphétamines étaient rarement soumises à des tests en Belgique et au Portugal, mais représentaient plus de 25 % des échantillons analysés en Italie et en Autriche. Les analyses ont

45 EMCDDA (2019). *Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study*. https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/13735_en.pdf?809062

46 EMCDDA et Europol (2011). *Amphetamine: a European Union perspective in the global context*. p.5. https://www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/emcdda-europol_amphetamine-a_european_union_perspective_in_the_global_context.pdf

47 OEDT (2019). Rapport européen sur les drogues 2019: Tendances et évolutions. https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf; EMCDDA (2014). *Exploring methamphetamine trends in Europe*. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b6cea208-9862-488a-b6f0-d28aa6d868af/language-en>

également révélé que la caféine était le principal adjuvant, présent dans près de 60 % des échantillons d'amphétamine⁴⁸.

Modèles des habitudes de consommation

Utilisation récréative

Les amphétamines sont depuis longtemps utilisées dans un cadre récréatif, le plus souvent inhalées ou prises par voie orale sous forme de poudre ou de comprimés. Elles sont couramment utilisées en substitution d'autres stimulants, notamment la cocaïne et la MDMA, bien que le rapport européen sur les tendances émergentes suggère qu'elles sont généralement perçues comme une option de second choix, lorsque d'autres substances psychoactives ne sont pas disponibles ou trop chères⁴⁹. L'analyse des eaux usées montre que, comme pour la cocaïne et la MDMA, la consommation d'amphétamines est concentrée sur les week-ends⁵⁰.

Les amphétamines sont également couramment utilisées en combinaison avec d'autres substances : stimulants et déprimeurs, y compris les opioïdes, les benzodiazépines et l'alcool. L'usage conjoint avec l'alcool pose un problème particulier dans les contextes sociaux, car, à l'instar de la cocaïne, elle facilite une plus grande consommation d'alcool sur une période plus longue. De même, l'alcool peut encourager une consommation accrue d'amphétamines, en raison d'une réduction des inhibitions et d'un désir de contrer les effets déprimeurs de l'alcool.

Dans certains pays, la méthamphétamine est communément associée à la scène *chemsex*; elle est souvent utilisée en combinaison avec d'autres

48 OEDT (2019). *Rapport européen sur les drogues 2019: Tendances et évolutions*. p.52
https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

49 EMCDDA (2014). *Exploring methamphetamine trends in Europe*.
<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b6cea208-9862-488a-b6f0-d28aa6d868af/language-en>

50 EMCDDA (2019). *Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study*.
https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/13735_en.pdf?809062

substances psychoactives (dont le GHB et la méphédrone) pour augmenter la libido, le plaisir et l'endurance chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Une enquête menée auprès de plus d'un millier d'hommes gays et bisexuels à Londres a révélé qu'un cinquième d'entre eux avaient pratiqué le *chemsex* au cours des cinq dernières années et un dixième au cours des quatre dernières semaines⁵¹.

Utilisation fonctionnelle

Plus que tout autre stimulant, à l'exception peut-être de la caféine, les amphétamines ont des schémas d'utilisation fonctionnelle établis. Comme nous l'avons vu plus haut, cela s'est traduit historiquement par l'utilisation de comprimés par les chauffeurs routiers aux États-Unis (appelées *peps pills*) et en Asie orientale et du Sud-Est (appelées *diligent drug*), ainsi que par les forces armées. Les personnes qui consomment des amphétamines sur leur lieu de travail le font souvent pour soulager la fatigue, fournir de l'énergie, favoriser l'éveil et améliorer la concentration sur des périodes prolongées⁵². Pour ces effets, les amphétamines sont également devenues populaires auprès des étudiants, dans les environnements de travail compétitifs et sous haute pression, ainsi que parmi les travailleurs de nuit, les ouvriers, les manœuvres et les chauffeurs de taxi.

Utilisation dépendante

Outre les habitudes de consommation à risque, une consommation récréative ou fonctionnelle fréquente et soutenue peut entraîner une dépendance. En 2011, les amphétamines étaient considérées comme la principale substance de consommation dans environ 5% de toutes les demandes de

⁵¹ Bourne, A., Reid, D., Hickson, F. et al. (2014). *The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*. Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2197245/1/report2014a.pdf>

⁵² Sur les raisons de la consommation d'amphétamines en général (mais en mettant l'accent sur ces motivations), voir : Boys, A., Marsden, J. et Strang, J. (2001). Understanding reasons for drug use among young people: a functional perspective. *Health Education Research* 16. <https://doi.org/10.1093/her/16.4.457>

traitement dans l'Union européenne⁵³. Plus récemment, l'EUDA a indiqué qu'en 2017 environ 30 000 patients entrant en traitement spécialisé en Europe ont déclaré que les amphétamines étaient leur drogue principale.

En Allemagne, en Lettonie, en Pologne et en Finlande, les personnes consommant principalement des amphétamines représentaient plus de 15 % des personnes entrant pour la première fois en traitement⁵⁴. Les admissions en traitement ont également fortement augmenté pour la consommation de méthamphétamine ailleurs dans le monde, notamment en Thaïlande, où les admissions ont doublé, passant de 87 659 en 2009 à 172 847 en 2017⁵⁵.

Les amphétamines fumées et injectées peuvent avoir un profil similaire à celui de l'héroïne injectée ou du crack fumé parmi les populations marginalisées et sans domicile présentant des vulnérabilités multiples. Le fait que la méthamphétamine soit facile à fabriquer à l'aide de « guides culinaires » en ligne et de produits relativement faciles à obtenir (notamment l'éphédrine ou la pseudoéphédrine contenues dans les remèdes contre le rhume vendus sans ordonnance) l'a rendue particulièrement accessible aux groupes marginalisés et à faibles revenus. La facilité de production, les caractéristiques démographiques du marché et les risques accrus liés à son usage expliquent en partie la réputation différente de la méthamphétamine par rapport au sulfate d'amphétamine, en dépit de leurs similitudes sur le plan pharmacologique. En comparaison avec la

Les amphétamines fumées et injectées peuvent avoir un profil similaire à celui de l'héroïne injectée ou du crack fumé parmi les populations marginalisées et sans domicile présentant des vulnérabilités multiples

53 EMCDDA et Europol (2011). *Amphetamine: a European Union perspective in the global context*. p.21. https://www.europol.europa.eu/cms/sites/default/files/documents/emcdda-europol_amphetamine-a_european_union_perspective_in_the_global_context.pdf

54 OEDT (2019). *Rapport européen sur les drogues 2019: Tendances et évolutions*. p.54 https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

55 UNODC (2019). *Global Smart Update, Volume 22. The ATS market — 10 years after the 2009 Plan of Action*. p.11. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf

méthamphétamine, l'amphétamine a tendance à avoir un profil médiatique et culturel relativement faible, même en Europe, où sa consommation est beaucoup plus répandue.

Les personnes ayant des habitudes de consommation de stimulants et d'opioïdes problématiques à long terme peuvent souvent consommer des amphétamines dans le cadre d'une combinaison de substances, soit mélangées ensemble, soit consommées successivement. En 2017, le réseau ESCAPE (*European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise*) a trouvé des traces de stimulants (cocaïne, amphétamines et cathinones synthétiques) dans une forte proportion des 1288 seringues jetées qui ont été testées dans six villes européennes, la moitié des seringues contenant deux drogues ou plus, le plus souvent un mélange de stimulants et d'opioïdes⁵⁶. L'ONUDC fait également état de l'ampleur croissante de la « consommation de méthamphétamine en combinaison avec des opioïdes » en Afghanistan et en Iran⁵⁷. Aux États-Unis, une enquête de 2015 sur les personnes qui s'injectent des substances psychoactives a révélé que la moitié d'entre elles s'étaient injecté à la fois de la méthamphétamine et de l'héroïne au cours des 12 derniers mois, soit nettement plus que celles qui ne s'étaient injecté qu'une seule de ces deux substances.

Cette tendance correspond à une augmentation spectaculaire des surdoses signalées chez les personnes qui s'injectent à la fois de l'héroïne et de la méthamphétamine⁵⁸.

56 EMCDDA (2019). *Results from the ESCAPE project 2017: Drugs in syringes from six European cities*. <https://www.drugsandalcohol.ie/30599/1/EMCDDA.pdf>

57 UNODC (2018). *Global Smart Update, Volume 20*. Methamphetamine continues to dominate synthetic drug markets. p.8. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

58 Al-Tayyib, A. et al. (2017). Heroin and Methamphetamine Injection: An Emerging Drug Use Pattern. *Substance Use and Misuse* 52.8. pp.1051–1058. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1271432>; UNODC (2018). *Global Smart Update, Volume 20*. Methamphetamine continues to dominate synthetic drug markets. p.13. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

Risques

Risques aigus

La toxicité subaiguë peut se manifester par des effets désagréables relativement courants, et généralement gérables, tels que l'accélération du rythme cardiaque, l'agitation, la confusion, la paranoïa, l'impulsivité et l'agressivité. Ces effets sont plus souvent associés à la consommation par inhalation ou injection où ils se manifestent beaucoup plus rapidement et où les doses ont tendance à être plus élevées.

En raison de son effet vasoconstricteur, de l'augmentation de la pression artérielle, du rythme cardiaque et de la température corporelle, l'amphétamine présente des risques cardiaques potentiellement graves à forte dose. Ces risques sont amplifiés par l'apparition rapide des effets liée à l'inhalation ou à l'injection. Les douleurs thoraciques, les palpitations, la tachycardie et l'hypertension sont les plaintes les plus courantes chez les consommateurs d'amphétamines qui se présentent aux services d'urgences. Les décès dus à des accidents vasculaires cérébraux ou à des crises cardiaques provoqués par les amphétamines sont rares, mais peuvent survenir en cas de fortes doses, en particulier lorsqu'elles sont mélangées à d'autres substances, ou lorsqu'elles sont consommées par des personnes présentant des vulnérabilités particulières sur le plan de la santé. Une étude réalisée en 2008 a estimé que la consommation d'amphétamines était responsable de 0,2% des crises cardiaques dans l'État américain du Texas⁵⁹.

Prises à des doses suffisamment élevées, les amphétamines peuvent induire une psychose transitoire, qui peut durer des jours ou des semaines. Les symptômes psychotiques peuvent inclure des pensées paranoïaques, des délires et des hallucinations. Les personnes ayant des antécédents

⁵⁹ Westover, A. N., Nakonezny, P. A. Haley, R. W. (2008). Acute myocardial infarction in young adults who abuse amphetamines. *Drug and Alcohol Dependence* 96.1. pp.49-56. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.027>

familiaux ou préexistants de problèmes de santé mentale sont plus vulnérables.

Dans l'enquête mondiale sur les drogues de 2019, la méthamphétamine a été signalée comme la deuxième substance psychoactive la plus répandue chez les personnes demandant un traitement médical d'urgence (derrière l'héroïne), tandis que les amphétamines, de manière plus générale, se situaient au huitième rang. Les résultats de l'enquête indiquent également un clivage entre les sexes : alors que la méthamphétamine était également la deuxième substance la plus consommée par les femmes en quête d'un traitement, elle occupait la quatrième place chez les hommes⁶⁰.

60 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J., et al. (2019). *Global Drug Survey: Key Findings Report*. pp.20–21. <http://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>

Amphétamines : principaux risques et vulnérabilités

Risques et vulnérabilités

Les jeunes —
Augmentation des
risques aigus

Indications pour la réduction des dommages et la réglementation

- Retarder l'âge de l'initiation en tant qu'objectif de prévention et de santé publique
- Mettre en place des contrôles d'accès en fonction de l'âge au niveau de la vente au détail
- Cibler les informations pertinentes pour les populations vulnérables, novices et jeunes

Dosage —
un dosage plus élevé est
associé à des risques accrus
d'effets nocifs aigus

- Éduquer les utilisateurs, en particulier les novices, sur les effets du dosage et les risques.
- Fournir des conseils personnalisés aux individus avant et pendant l'achat, et dans les lieux de consommation (en tenant compte de facteurs tels que la masse corporelle, le sexe, les conditions de santé préexistantes, le lieu de consommation, le statut d'utilisateur novice, etc.)
- Veiller à ce que les personnes qui consomment des amphétamines aient connaissance de la quantité de substance qu'elles absorbent (et la biodisponibilité – vitesse d'action des différentes préparations) grâce à des produits clairement étiquetés.
- Priorité à la disponibilité de produits oraux moins puissants et à libération plus lente



| | |
|---|--|
| <p>Fréquence d'utilisation — une fréquence accrue augmente le risque de dommages chroniques</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Éduquer les personnes qui consomment des amphétamines sur les effets, la tolérance et les risques chroniques – encourager la modération et laisser suffisamment de temps entre les consommations. ● Disponibilité de rations pour une utilisation modérée |
| <p>Préparation/modes d'administration (influencés par les préparations disponibles) : l'effet est plus rapide lorsque la substance est inhalée. Le fait de fumer (méthamphétamine) ou de s'injecter la substance augmente les risques aigus et chroniques.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Contrôler l'accès aux différentes formes de préparation afin d'encourager l'utilisation de produits oraux plus sûrs plutôt que les poudres (souvent utilisées pour l'inhalation ou l'injection) ou les cristaux. |
| <p>Hyperthermie — régulation de l'hydratation (déshydratation et intoxication par l'eau).</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Profiter des occasions qui se présentent (dans les points de vente et dans les lieux de consommation) pour fournir des informations de base sur la gestion de la température corporelle en vue de réduire les risques. ● Mettre en place une réglementation et un contrôle des lieux de vie nocturne et autres environnements festifs afin de garantir une ventilation adéquate, des espaces de détente, un approvisionnement en eau gratuit, des services sociaux/médicaux, etc. ● Encourager les gens à veiller sur leurs amis, les informer sur les signes d'alerte et les soins de base. ● Réduire la stigmatisation et les obstacles à l'accès aux services médicaux ● Assurer un approvisionnement adéquat en eau gratuite ● Fournir des conseils sur la manière de réguler l'hydratation dans le cadre de la réduction des risques |
| <p>Polyconsommation</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Explorer les lieux de vie nocturne et de fête sans alcool (ou avec peu d'alcool) ● Cibler l'éducation à la réduction des risques sur des risques spécifiques liés à la polyconsommation |

Risques chroniques

Les amphétamines ont un effet renforçateur similaire à celui de la cocaïne et présentent un risque relativement élevé de dépendance ou d'usage compulsif. Le cristal de méthamphétamine, généralement plus pur et plus souvent injecté ou fumé que d'autres formes d'amphétamines, possède un potentiel de dépendance plus élevé (bien que, comme nous l'avons vu, cela ne soit pas intrinsèquement lié aux pharmacologies relatives, mais plutôt à sa plus grande puissance). L'arrêt d'une consommation intensive d'amphétamines peut entraîner des symptômes de sevrage, notamment une dépression sévère, une léthargie et de l'anxiété.

Une consommation importante ou prolongée d'amphétamines peut également être associée à une série de troubles mentaux, notamment la psychose, la dépression, le comportement suicidaire, l'anxiété et l'agressivité⁶¹. Une consommation prolongée d'amphétamines peut contribuer au risque de maladie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral.

Les effets coupe-faim de l'amphétamine peuvent entraîner une perte de poids chez les consommateurs réguliers et contribuer à une négligence générale de la santé. La mauvaise santé dentaire – parfois malencontreusement présentée dans les médias comme la « bouche à méthamphétamine » – est davantage liée à la négligence qu'à des effets pharmacologiques spécifiques de la méthamphétamine (elle n'est pas signalée comme un problème pour les personnes qui reçoivent régulièrement des prescriptions quotidiennes contrôlées d'amphétamines ou de méthamphétamines).

Des études menées chez l'homme et chez l'animal montrent que la consommation prénatale d'amphétamines peut augmenter le risque d'effets indésirables pendant la grossesse, notamment de fentes, d'anomalies cardiaques et de déficits de réduction de la croissance fœtale⁶².

⁶¹ Darke, S., Kaye, S., McKetin, R. et Duffou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review* 27. pp.253-62. <https://doi.org/10.1080/09595230801923702>

⁶² Plessinger, M.A. (1998). Prenatal exposure to amphetamines. Risks and adverse outcomes in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 25.1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9547763/>

Modèle de réglementation proposé

Comme la cocaïne, la consommation d'amphétamines couvre un large éventail de produits, d'habitudes de consommation et de risques (les trois niveaux de risque identifiés au chapitre 2), de sorte qu'un éventail tout aussi large de réponses politiques sera nécessaire. L'usage fonctionnel plus étendu des amphétamines dans les environnements professionnels nécessite une attention particulière, tout comme leur usage récréatif dans des contextes sociaux, ainsi que leur usage à haut risque et dépendant, en particulier lorsqu'elles sont fumées ou injectées.

À l'extrémité inférieure du spectre de risque, l'éphédra – qui inclut l'éphédrine et la pseudoéphédrine – est l'équivalent le plus proche des amphétamines par rapport aux produits dérivés de la feuille de coca. Elle est utilisée depuis longtemps comme plante médicinale et comme stimulant léger en Asie, le plus souvent sous forme de thé. Même si elle est vendue ou commercialisée en tant que produit de marque sans licence, le thé à l'éphédra a probablement moins d'intérêt en tant que substitut potentiel de réduction des risques pour l'amphétamine pharmaceutique que les produits à base de feuilles de coca pour remplacer la cocaïne en poudre.

Cependant, l'éphédra présente une variabilité significative dans sa teneur en principes actifs et suscite des préoccupations accrues concernant les risques cardiovasculaires associés à une utilisation régulière, comparativement à d'autres substances de faible risque comme les produits à base de feuille de coca ou les boissons caféinées.

L'éphédrine pharmaceutique était, jusqu'à récemment, largement disponible sans ordonnance sous forme de comprimés dans les pharmacies de nombreux pays. Bien qu'elle soit utilisée comme stimulant fonctionnel, elle n'a jamais atteint qu'un marché relativement restreint et son utilisation en tant que drogue récréative était relativement rare, bien qu'elle soit peu coûteuse et disponible légalement (elle a par la suite fait l'objet de

contrôles beaucoup plus stricts en raison des préoccupations liées à son utilisation dans la fabrication de méthamphétamine).

La grande majorité de la demande d'amphétamines est principalement satisfaite par des variantes de produits sous forme de comprimés à faible risque. Nous proposons que ces produits soient réglementés de manière appropriée en utilisant le modèle standard décrit au chapitre 2, avec des adaptations spécifiques au produit et déterminées au niveau local, qui seront explorées ci-dessous.

À l'extrémité supérieure du spectre des risques, les amphétamines injectées ou la méthamphétamine fumée posent des défis similaires à ceux associés à la cocaïne injectée ou au crack fumé. Nous ne proposons pas de modèle de vente au détail pour les produits amphétaminiques à inhaler ou injectables, mais suggérons plutôt que leur consommation soit gérée dans un cadre global de réduction des risques, incluant une prescription de substitution ou de maintien (étudiée au chapitre 7).

La grande majorité de la demande d'amphétamines est satisfaite de la manière la plus pratique par des variantes de produits à moindre risque sous forme de pilules orales.

Contrôles de la préparation

Formulaire

Nous proposons, pour commencer, que la dexamphétamine soit disponible au détail uniquement sous forme de comprimés ou de capsules. Alors qu'une part importante du marché illégal de l'amphétamine dans certaines régions se présente sous forme de poudre (bien qu'une grande partie soit en fait consommée par voie orale), les comprimés présentent des avantages certains en termes d'hygiène, de contrôle de la dose et de modération de la vitesse d'apparition des effets, ainsi que de réduction du risque d'adultération. L'un des principaux objectifs de la réglementation serait

de répondre à la demande autant que possible, tout en encourageant une consommation orale plus sûre par rapport à des méthodes plus risquées telles que l'inhalation, la fumée ou l'injection.

Si la dexamphétamine était mise à disposition sous forme de comprimés, il ne serait pas nécessaire de rendre la méthamphétamine également disponible sous forme de comprimés, étant donné que les effets subjectifs sont largement indiscernables lorsqu'ils sont ajustés en fonction de la puissance relative et de la durée d'action. En outre, il existe déjà une variété de préparations de dexamphétamine disponibles sous forme de comprimés pour un usage médical étendu, dans le cadre de paramètres de sécurité bien établis. D'autres options de comprimés existent également dans des préparations qui ne peuvent pas être réduites en poudre, tout comme les préparations de lisdexamphétamine, qui sont inefficaces lorsqu'elles sont injectées.

Dosage

Il existe déjà une gamme de préparations à base de dexamphétamine à différents dosages, allant généralement de 5 à 20 milligrammes (bien que certaines préparations à dosage plus élevé soient également disponibles), et offrant différents niveaux de libération contrôlée, procurant un effet qui peut durer au moins quatre heures, et jusqu'à 12 heures pour certaines préparations à libération lente. Le dosage et la préparation appropriés pour un consommateur donné dépendent de ce qu'il attend de la substance. Une préparation à action plus courte et plus rapide sera probablement plus souhaitable pour un usage festif récréatif, tandis qu'un produit à faible dose et à libération lente pourrait être recherché pour des usages fonctionnels.

La santé et les circonstances propres de chaque consommateur sera également une variable importante. La compréhension de ces problèmes et la capacité à répondre aux questions qui se posent sont précisément les raisons pour lesquelles les pharmacies spécialisées qui sont au cœur du modèle standard sont si utiles – elles offrent la possibilité d'éduquer les

consommateurs, d'éclairer la prise de décision, d'encourager des comportements moins risqués et de réduire les dommages.

Contrôle des prix

Les amphétamines sont bon marché à produire en grandes quantités, ce qui se traduit par leur prix bas à la fois sur le marché médical légal et sur le marché non médical illégal. La méthamphétamine est généralement plus chère. Les prix varient considérablement sur le marché illégal, mais peuvent dépasser 100 dollars le gramme, bien que la pureté soit généralement bien supérieure à celle de la dexamphétamine⁶³. En revanche, les comprimés de méthamphétamine en Asie du Sud-Est peuvent être disponibles pour seulement 2 dollars sur le marché illégal⁶⁴.

Le prix de la dexamphétamine légale destinée à un usage non médical devrait refléter les prix actuellement bas du marché illégal et la grande disponibilité due à son usage médical étendu. Si l'on peut supposer que le prix d'un produit légalement réglementé dont la provenance est connue soit plus élevé, plus ce prix dépasserait les niveaux existants sur le marché illégal, plus l'incitation pour ces marchés illégaux à le sous-estimer serait grande, ou pour les produits prescrits à être détournés vers des marchés secondaires. Les prix peu élevés des amphétamines à l'heure actuelle suggèrent que les changements de prix pourraient avoir un impact relativement faible sur les niveaux de consommation, en particulier pour les utilisateurs occasionnels.

Un facteur plus important est probablement le prix par rapport à d'autres produits, dont le plus évident est la cocaïne, pour laquelle l'amphétamine est souvent considérée comme un substitut budgétaire. Cela montre que la fixation du prix des stimulants ne se fait pas de manière isolée ; lors de la

63 Voir : EMCDDA (2019). Statistical Bulletin 2019 — price, purity and potency. https://www.euda.europa.eu/data/stats2019/ppp_en

64 UNODC (2018). *Global Smart Update, Volume 20*. Methamphetamine continues to dominate synthetic drug markets. p.11. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

fixation du prix des amphétamines, le prix de la cocaïne devra également être pris en compte.

Le maintien d'une disparité de prix entre la cocaïne et les amphétamines serait utile pour encourager l'utilisation d'amphétamines orales plutôt que de cocaïne inhalée. De telles considérations pourraient également avoir des implications sur l'ordre dans lequel et le moment où les différents stimulants sont rendus légalement disponibles.

À court terme, et à l'instar d'autres stimulants, nous proposons que les prix du marché légal soient proches des prix équivalents du marché illégal local et qu'ils ne changent que progressivement afin d'atteindre les objectifs de la réglementation, sous réserve d'un contrôle minutieux. Les produits moins puissants pourraient être privilégiés en les rendant comparative-ment moins chers.

Rationnement

En premier lieu, les ventes de comprimés de dexamphétamine devraient être limitées à des quantités à usage unique par achat. Le dosage spécifique d'un usage unique serait déterminé lors d'une discussion entre le consommateur et le détaillant spécialisé en pharmacie – mais il pourrait raisonnablement s'agir de 4 pilules de 10 milligrammes pour un usage récréatif afin de permettre un calibrage différent du dosage, ou d'un seul comprimé à libération lente pour d'autres usages plus fonctionnels. Si les inquiétudes concernant la constitution de stocks ou les ventes secondaires ne se concrétisent pas, des seuils de rationnement moins restrictifs pourraient être envisagés.

Comme nous l'avons vu ailleurs, un modèle de licence d'achat faciliterait la mise en œuvre de limites d'achat, mais il s'accompagne de nombreux compromis. Un système de licence d'achat donnerait aux régulateurs une meilleure capacité à lutter contre le détournement des amphétamines

pour des ventes secondaires, et pourrait également aider à gérer la vente aux personnes qui utilisent les amphétamines à des fins fonctionnelles, qui peuvent nécessiter des quantités plus importantes (plus en accord avec un modèle de prescription médicale, pour lequel les utilisateurs quotidiens pourraient recevoir régulièrement plus de 30 pilules). Des seuils de rationnement plus élevés pour ces consommateurs pourraient être conditionnés à des suivis plus réguliers avec le pharmacien détaillant ou à un bilan de santé annuel. Toutefois, tout avantage du rationnement serait fortement compromis si les licences d'achat devaient dissuader les consommateurs d'amphétamines d'adhérer à un tel modèle et les encourager à continuer de s'approvisionner sur le marché illégal.

ÉTUDE DE CAS

BZP :

La réglementation révolutionnaire d'un stimulant légal

La BZP (Benzylpiperazine) est un stimulant synthétique qui est apparu en Nouvelle-Zélande entre le début et le milieu des années 2000. Elle faisait partie d'une vague de nouvelles substances psychoactives (NPS), qui n'étaient pas encore interdites par les lois nationales ou internationales dans de nombreuses juridictions, et qui étaient sans doute les premières à s'implanter durablement sur le marché. Elle a été largement commercialisée comme une drogue festive « légale » aux effets similaires à ceux de l'ecstasy, bien que ses effets soient objectivement plus proches de ceux des amphétamines⁶⁵. Elle a également été présentée par les producteurs comme une alternative légale plus sûre à la méthamphétamine, dont la consommation augmentait en Nouvelle-Zélande à l'époque, dans un

⁶⁵ Law Commission (2011). Controlling and Regulating Drugs: A Review of the Misuse of Drugs Act 1975. Report 122. p.56. <https://www.lawcom.govt.nz/assets/Publications/Reports/NZLC-R122.pdf>

contexte d'inquiétude croissante de la part du public. Souvent associée à la TFMPP (3-Trifluorométhylphénylpipérazine, une autre drogue apparentée de la famille des pipérazines), la BZP était vendue sous forme de comprimés sous des noms de marque séduisants tels que *Frenzy*, *Rapture* et « Charge »⁶⁶

La BZP a également connu une brève période de popularité parmi les jeunes dans d'autres pays, notamment au Royaume-Uni, où elle était disponible dans les *head shops*, auprès de fournisseurs en ligne et dans les stands de *legal high* des festivals et des clubs, le plus souvent sous le nom de la marque *p.e.p pills*⁶⁷. Cependant, sa forte prévalence d'utilisation en Nouvelle-Zélande représentait un phénomène unique ; entre 2002 et 2006, environ 20 millions de comprimés combinant BZP et TFMPP ont été vendus. À l'instar de nombreux NPS qui ont suivi, la BZP a d'abord été commercialisée à tort comme un « complément alimentaire » pour éviter des problèmes juridiques potentiels liés à la législation sur les stupéfiants. En conséquence, elle a été largement vendue par les détaillants d'alcool, les stations-service et les magasins de proximité, avec peu ou pas de restrictions sur la publicité ou l'âge d'achat, à l'exception des contrôles volontaires limités proposés par les fabricants de produits⁶⁸.

Les effets de la BZP sont autorégulés, avec des effets secondaires désagréables à des doses plus élevées, en cas de re-dosage ou d'usage trop fréquent, ce qui permet de modérer la consommation et d'empêcher le développement de schémas de consommation plus risqués et plus intenses.

Les effets indésirables plus graves liés à la consommation de la BZP semblent « être limités à une minorité d'utilisateurs dans des circonstances

⁶⁶ Kerr, J.R. et Davis, L.S.. (2011). Benzylpiperazine in New Zealand: brief history and current implications. *Journal of the Royal Society of New Zealand* 41.1. pp.156-158. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03036758.2011.557036>

⁶⁷ Voir : Transform Drug Policy Foundation (2006). Piperazines – how to regulate an emerging recreational drug not covered by existing legislation. Archivé à : https://web.archive.org/web/20080705141918/www.tdpf.org.uk/Policy_General_Piperazines.htm

⁶⁸ The Expert Advisory Committee on Drugs (2004). Advice to the Minister on: Benzylpiperazine (BZP). p.7. Archivé à : <https://web.archive.org/web/20060526032716/www.ndp.govt.nz/committees/eacd/BZPpaper20045663.pdf>



Une sélection de « pilules festives » à base de BZP
vendues en Nouvelle-Zélande dans les années 2000

PHOTO : NZ Drug Foundation

particulières, et liés à un certain nombre d'autres facteurs», tels que la polyconsommation et le mauvais dosage⁶⁹.

Régulation de la BZP

Malgré son faible niveau de risque par rapport à d'autres stimulants, il était clair que l'absence de réglementation officielle des drogues pour la BZP n'était pas viable. En 2004, le Comité consultatif d'experts sur les drogues (EACD) du gouvernement néo-zélandais a examiné la BZP et a conclu qu'elle présentait un faible risque, qu'il n'y avait eu aucun décès lié à la BZP et qu'elle avait un faible potentiel de dépendance. Le comité a noté que :

⁶⁹ Hutton, F. (2016). BZP-'Party pills', populisme et prohibition: Exploring global debates in a New Zealand context. *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 0.0. p.14. <https://doi.org/10.1177/0004865816638906>

...le défi pour les professionnels de la santé publique et les régulateurs est de savoir comment répondre à ces nouvelles substances de manière à promouvoir la santé publique tout en protégeant les droits individuels...

Lors de la première distribution, cette approche a permis aux utilisateurs de sortir du marché illicite, avec ses risques inhérents et ses drogues souvent de mauvaise qualité. La substitution des drogues illicites par les pipérazines se produit principalement parmi les utilisateurs qui craignent les conséquences qu'une condamnation pourrait avoir sur leur vie et qui souhaitent également normaliser la transaction nécessaire pour acheter la substance récréative de leur choix. Cependant, n'étant pas réglementés à l'heure actuelle, ces substances sont promues dans le cadre du marché libre, dont la force motrice est la génération de profits... Contrairement aux nouveaux aliments ou aux nouveaux médicaments, ces produits sont commercialisés sans évaluation scientifique adéquate de la sécurité, car les distributeurs ne sont pas tenus d'obtenir une autorisation réglementaire préalable à la mise sur le marché par une agence de régulation⁷⁰.

Sur la base de ce rapport, le gouvernement néo-zélandais a décidé de réglementer légalement la BZP, plutôt que de l'interdire et de risquer une criminalisation accrue des jeunes et un détournement vers des stimulants plus dangereux du marché illégal. La législation néo-zélandaise sur les drogues a été modifiée pour établir une nouvelle annexe 4 (officieusement appelée « classe D » car elle a été ajoutée au système de classification à trois niveaux A-B-C existant, sur le modèle de la loi britannique sur l'abus de drogues) en vertu de laquelle la vente de substances psychoactives qui présentent « un risque de dommage plus faible que modéré » pourrait être légalement

⁷⁰ The Expert Advisory Committee on Drugs (2004). Advice to the Minister on: Benzylpiperazine (BZP). p.8. Archivé à : <https://web.archive.org/web/20060526032716/www.ndp.govt.nz/committees/eacd/BZPpaper20045663.pdf>

réglementée dans des conditions spécifiques⁷¹. La législation a confié à l'EACD la responsabilité statutaire de formuler des recommandations sur les substances à inclure. Cela signifie qu'en théorie, d'autres NPS pourraient être réglementées en tant que drogues de l'annexe 4. Cependant, la BZP est la seule substance à avoir été incluse⁷².

La nouvelle législation établit des exigences légales en ce qui concerne la vente des substances psychoactives de l'annexe 4, notamment

- Contrôle de l'âge de l'acheteur (pas de vente à des personnes de moins de 18 ans)
- Restrictions sur les lieux de vente (par exemple, pas près des écoles)
- Réglementation des doses, des concentrations et des quantités (basées sur une évaluation des risques)
- Restrictions en matière de publicité (par exemple, aucune publicité à la télévision, à la radio ou dans les journaux)
- Exigences en matière d'emballage et d'étiquetage
- Informations à fournir au client au point de vente (y compris les informations sur les interactions possibles avec d'autres médicaments)⁷³

Les exigences imposées aux fournisseurs, fabricants et importateurs comprenaient des garanties sur le dosage, la qualité et la composition du produit, la tenue de registres de contrôle et la capacité à rappeler les produits en cas de besoin. La promotion était interdite et passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 10 000 dollars. Des dispositions ont également

71 Law Commission (2010). Controlling and Regulating Drugs. Issues Paper 16, p.82. <https://www.lawcom.govt.nz/assets/Publications/Reports/NZLC-R122.pdf>; New Zealand Legislation (2005). Misuse of Drugs Amendment Act 2005. Loi n° 81. <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2005/0081/latest/DLM356224.html>

72 Law Commission (2011). *Controlling and Regulating Drugs: A Review of the Misuse of Drugs Act 1975*. Report 122, p.92. <https://www.lawcom.govt.nz/assets/Publications/Reports/NZLC-R122.pdf>

73 Législation néo-zélandaise (2005). Misuse of Drugs Amendment Act 2005. Loi n° 81. Partie 3 (abrogée depuis). <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2005/0081/latest/DLM356224.html>

été prises pour interdire à des personnes (ou à des entreprises) de participer à l'industrie en cas de condamnation pour deux infractions relevant de cette législation⁷⁴.

Nouveaux défis

La réglementation relative à la BZP partait d'une bonne intention et répondait aux principales préoccupations relatives à la régulation, mais elle était inadéquate dans des domaines clés. Aucune exigence n'a été formulée quant à la formation des personnes ou à l'obtention d'une licence avant qu'elles ne puissent vendre le produit. La BZP est restée largement disponible dans toute une série de points de vente, y compris les détaillants d'alcool et les stations-service, mal équipés pour fournir d'importantes informations sanitaires sur le produit. Plus grave encore, les réglementations existantes étaient souvent mal appliquées. La publicité est restée courante sur les panneaux d'affichage, les prospectus, les sites web et par le biais de parrainages. De nombreux produits mis sur le marché ne respectaient pas les exigences de dosage, avec peu de réactions de la part des autorités de régulation. La consommation de BZP est restée élevée pendant la période de marché régulé, mais, malgré cela, certains indicateurs de succès ont pu être observés : une étude portant sur des personnes qui avaient consommé de la BZP avant la réglementation a révélé que 9% d'entre elles avaient arrêté depuis parce qu'elles étaient trop jeunes pour l'acheter, ce qui indique une certaine efficacité des contrôles de l'âge⁷⁵.

Selon les procès-verbaux des réunions de l'EACD, «l'absence d'une capacité significative d'administration et d'application de la loi, comme celle existant pour les produits pharmaceutiques et pour les substances psychoactives

⁷⁴ Législation néo-zélandaise (2005). Misuse of Drugs Amendment Act 2005. Loi n° 81. §42, §52 et §54 (abrogés depuis). <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2005/0081/latest/DLM356224.htm>

⁷⁵ Wilkins, C. et Sweetsur, P. (2013). The impact of the prohibition of benzylpiperazine (BZP) 'legal highs' on the prevalence of BZP, new legal highs and other drug use in New Zealand. *Drug and Alcohol Dependence* 127. p.76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22819869/>

légales, le tabac et l'alcool» était l'une de ses principales préoccupations quant à la viabilité du modèle de réglementation légale⁷⁶. En raison de préoccupations pratiques et politiques croissantes, l'EACD a examiné en 2006 de «nouvelles preuves» et a déterminé dans une lettre adressée au ministre «que, sur la base des informations disponibles, la BZP présentait un «risque modéré» et devait être reclassée en tant que substance contrôlée de classe C1 (équivalente au cannabis) – rendant la vente ou la possession de BZP illégale»⁷⁷. Cette lettre a été critiquée parce qu'elle faisait référence à des recherches non évaluées par des pairs et parce qu'elle soulevait des inquiétudes quant au processus de prise de décision de l'EACD⁷⁸.

L'EACD a réitéré sa position l'année suivante, après que le ministre associé de la santé a présenté un projet de loi recommandant la reclassification de la BZP dans la classe C1⁷⁹. Les discussions clés qui ont eu lieu lors de la lecture du projet de loi étaient davantage alignées sur des récits prohibitionnistes historiques que sur le pragmatisme initial de l'EACD. Elles incluaient notamment des préoccupations selon lesquelles la BZP pourrait avoir un «effet passerelle», qu'elle était trop facilement accessible aux jeunes et qu'elle contribuait à une «culture de la pilule» plus large en Nouvelle-Zélande. Une réflexion alternative, explorant les possibilités d'une meilleure application des réglementations existantes ou améliorées, a été largement absente⁸⁰. En 2008, un amendement a été adopté pour reclasser la BZP dans la catégorie C des drogues interdites⁸¹.

76 Law Commission (2010). *Controlling and Regulating Drugs*. Issues Paper 16. pp.136, 161. <https://www.lawcom.govt.nz/assets/Publications/Reports/NZLC-R122.pdf>

77 Kerr, J.R. et Davis, L.S. (2011). Benzylpiperazine in New Zealand: brief history and current implications. *Journal of the Royal Society of New Zealand* 41.1. p.160. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03036758.2011.557036>

78 Hutton, F. (2016). BZP-'Party pills', populism and prohibition: Exploring global debates in a New Zealand context. *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 0.0. p.14. <https://doi.org/10.1177/0004865816638906>

79 Kerr, J.R. and Davis, L.S. (2011). Benzylpiperazine in New Zealand: brief history and current implications. *Journal of the Royal Society of New Zealand* 41.1. p.160. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03036758.2011.557036>

80 Hutton, F. (2016). BZP-'Party pills', populism and prohibition: Exploring global debates in a New Zealand context. *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 0.0. pp.8, 12, 14. <https://doi.org/10.1177/0004865816638906>

81 Kerr, J.R. et Davis, L.S. (2011). Benzylpiperazine in New Zealand: brief history and current implications. *Journal of the Royal Society of New Zealand* 41.1. p.160. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03036758.2011.557036>

Enseignements tirés

La *New Zealand Police Association* a affirmé que l'interdiction de la BZP, suite à sa reclassification, a entraîné une augmentation du prix de la substance sur le marché noir et une diminution de la disponibilité⁸². Ces affirmations sont corroborées par une étude qui a révélé que la prévalence annuelle de l'usage de BZP est passée de 15,3 % à 3,2 % entre 2006 et 2009 (cette période incluant toutefois celle où la BZP était encore réglementée). Parmi les individus interrogés, 43 % ont déclaré avoir cessé de consommer de la BZP parce que la substance était désormais illégale, et 24 % parce qu'elles ne savaient plus où l'acheter⁸³.

Toutefois, il n'est pas certain que la réduction de l'usage de la BZP soit principalement due à l'interdiction de son approvisionnement ou à un effondrement de la demande, car de nombreux consommateurs se sont simplement tournés vers d'autres marchés établis de stimulants illégaux après l'interdiction de la BZP. Certains éléments indiquent que l'attrait pour la BZP était dû en grande partie à son statut légal (avant et pendant la réglementation) par rapport à d'autres stimulants illégaux, plutôt qu'à une préférence pour ses effets⁸⁴. Contrairement à la méphédronne (un autre stimulant NPS brièvement disponible en tant que *legal high* dans de nombreuses juridictions), l'usage de la BZP a presque complètement disparu là où elle a été interdite, avec une demande résiduelle quasi nulle sur le marché illégal.

Le cas de la BZP en Nouvelle-Zélande fournit un exemple important de la manière dont la réglementation d'un stimulant à usage récréatif peut réduire certains risques et ne conduit pas inévitablement à un désastre, même si elle n'est pas correctement mise en œuvre. Les gens peuvent

82 Law Commission (2010). *Controlling and Regulating Drugs*. Issues Paper 16. p.103. <https://www.lawcom.govt.nz/assets/Publications/Reports/NZLC-R122.pdf>

83 Wilkins, C. et Sweetsur, P. (2013). The impact of the prohibition of benzylpiperazine (BZP) 'legal highs' on the prevalence of BZP, new legal highs and other drug use in New Zealand. *Drug and Alcohol Dependence* 127. pp.72-76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22819869/>

84 Wilkins, C., Girling, M., Sweetsur, et al. (2006). *Legal party pill use in New Zealand: Prevalence of use, availability, health harms and 'gateway effects' of benzylpiperazine (BZP) and trifluoromethylphenylpiperazine (TFMPP)*. Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation. p.8. <https://fyi.org.nz/request/13899/response/52670/attach/6/3.BZP%20Research%20Results.doc.pdf>

rationnellement choisir une substance réglementée, plus sûre, plutôt qu'une autre non réglementée et plus risquée, même si les effets sont moins désirables. Cependant, cela souligne également que, pour être efficace, une réglementation doit être à la fois bien conçue et correctement appliquée. La réglementation des BZP, en revanche, s'est révélée insuffisante. L'incapacité du système réglementaire à évoluer en réponse à ses faiblesses évidentes a produit des résultats sous-optimaux et a permis l'émergence de perceptions négatives. Cela a, à son tour, ouvert la voie aux opposants politiques pour contester cette approche novatrice et plaider en faveur de son abandon.

Ce qui peut être considéré comme une expérience ratée à certains égards a toutefois eu un impact durable sur le débat relatif à la politique des drogues en Nouvelle-Zélande, ce qui a conduit à la convocation d'une commission d'enquête indépendante, la *Law Commission Inquiry*. Le rapport pragmatique de la Commission, intitulé « *Controlling and Regulating Drugs: A Review of the Misuse of Drugs Act 1975* » a remodelé le discours national et a conduit directement à la loi sur les substances psychoactives, la *Psychoactive Substances Act*, de 2013 – un cadre réglementaire complet pour les NPS, adopté par consensus entre les partis, qui représente une évolution de la pensée réglementaire par rapport aux lacunes du modèle BZP⁸⁵. Bien que cette loi ait elle-même rencontré des difficultés politiques – se trouvant actuellement en suspens législatif – elle représente néanmoins un niveau d'engagement dans la réglementation des substances psychoactives non médicales qui n'a pas encore été observé ailleurs dans le monde.

⁸⁵ Law Commission (2011). *Controlling and Regulating Drugs: A Review of the Misuse of Drugs Act 1975*. Report 122. p.103. <https://www.lawcom.govt.nz/assets/Publications/Reports/NZLC-R122.pdf>; Ministère de la santé, Nouvelle-Zélande. (2019). Psychoactive substances regulation. <https://www.health.govt.nz/regulation-legislation/psychoactive-substances>

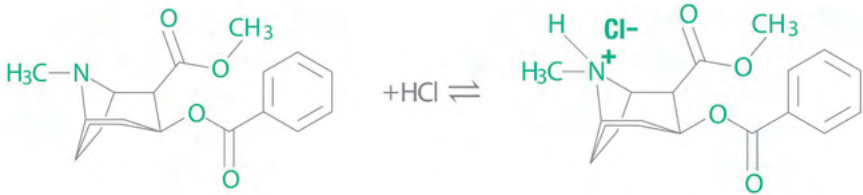
5

Cocaïne et produits à base de coca



Une approche de la
régulation de la cocaïne axée
sur la santé publique doit
se concentrer pleinement
sur la réduction des risques
potentiels liés à son usage

Qu'est-ce que la cocaïne ?



Cocaïne (base libre)
C₁₇H₂₁NO₄

Cocaïne hydrochloride (sel)
C₁₇H₂₂ClNO₄

La cocaïne est un stimulant synthétique dérivé des feuilles du cocaier – *Erythroxylum coca* et *Erythroxylum novogranatense*. Les feuilles de coca sont utilisées comme stimulant léger depuis des millénaires par les populations indigènes des Andes et du bassin amazonien. Elles constituent la base d'une série de dérivés dont la puissance et les effets varient.

Feuille de coca et produits à base de feuille de coca

La feuille de coca non transformée peut être mâchée (avec un alcali tel que la cendre de quinoa) ou consommée séchée sous des formes peu transformées telles que le thé. Elle a un léger effet stimulant (la feuille contient moins de 1% d'alcaloïde de cocaïne), sans risque significatif connu, et présente certains avantages nutritionnels et fonctionnels, tels que la lutte contre le mal des montagnes et l'augmentation de l'endurance pour le travail physique.

La coca a une longue tradition d'utilisation non problématique parmi les populations indigènes des Andes. En plus d'être consommée sous sa forme brute, la feuille de coca peut aussi être légèrement transformée en une série de produits ayant un effet stimulant doux similaire à celui de la mastication de la feuille. Ces produits comprennent diverses boissons, des bonbons et des pastilles, des farines et des préparations plus originales. Il existe également une large gamme de produits à base de coca qui n'ont pas d'effets stimulants.

Poudre de cocaïne

Le chlorhydrate de cocaïne est l'alcaloïde raffiné extrait de la feuille de coca. Il est produit légalement pour un usage médical, et illégalement pour un usage non médical. La cocaïne illégale est invariablement coupée avec des adultérants tels que la lidocaïne, la caféine, les amphétamines et le lévamisole, ainsi qu'avec des agents de charge. La pureté varie donc considérablement, de moins de 10% à plus de 80%.

Son point de fusion élevé signifie que la cocaïne en poudre ne peut pas être fumée efficacement et qu'elle est le plus souvent sniffée – avec un effet se manifestant au bout de 2 à 3 minutes et une biodisponibilité d'environ 30%. Plus rarement, elle peut être mélangée à de l'eau et injectée, avec un effet apparaissant au bout de 30 secondes environ et une biodisponibilité de 100%. Une consommation modérée ou occasionnelle présente relativement peu de risques, tandis qu'une consommation fréquente, importante ou par injection est associée à une série de risques potentiellement graves, notamment la surdose et l'addiction.

Cocaïne sous forme de crack

Le crack est une forme d'alcaloïde de cocaïne « libérée » du sel de chlorhydrate. Il s'agit donc de la « base » ou « *freebase* » de la cocaïne. Le crack est préparé à partir de la poudre de chlorhydrate de cocaïne selon une

procédure simple qui consiste à chauffer (« cuire ») la cocaïne avec du bicarbonate de soude ou de l'ammoniaque, afin de créer des « cailloux » de crack. Ces cailloux peuvent ensuite être fumés (la forme de base de la cocaïne est volatile à des températures beaucoup plus basses), ce qui signifie que la vitesse de l'effet est beaucoup plus rapide (8-10 secondes) et l'intensité beaucoup plus grande (mais de plus courte durée) que dans le cas de la cocaïne en poudre sniffée. Les risques sont donc plus importants, et le crack est plus susceptible de conduire à des modes de consommation addictifs, problématiques ou risqués que la cocaïne en poudre. Le crack peut également être préparé pour l'injection s'il est mélangé à un acide, ce qui le transforme en un sel de cocaïne soluble dans l'eau comme le chlorhydrate de cocaïne.

Paco, basuco, pasta base

Le *paco*, *basuco* ou *pasta base* (parfois également appelé *crack* ou *Pasta Base* de Cocaïne – PBC) est un produit brut intermédiaire de la transformation de la feuille de coca en chlorhydrate de cocaïne. La *pasta base* contient de la cocaïne *freebase* (chimiquement identique au crack mais à un stade plus précoce de la transformation) et est fumée (généralement avec du tabac ou du cannabis). Elle contient également des produits chimiques utilisés pour la transformation, tels que le kérosène et d'autres solvants, ainsi que des substances de coupe, comprenant souvent de la caféine, qui sont censés renforcer les effets de la cocaïne. Le niveau élevé d'impuretés et de substances de coupe contribue à accroître les risques liés à la consommation de cocaïne.

La *pasta base* a généralement été associée au micro-traffic urbain plutôt qu'à des opérations de criminalité organisée à grande échelle comme la cocaïne en poudre. Son prix moins élevé a également contribué à une consommation plus importante parmi certaines populations urbaines marginalisées et à faibles revenus, dans les régions de production et de transit de la cocaïne en Amérique latine.

Aperçu historique

L'alcaloïde actif (appelé plus tard « cocaïne ») est isolé pour la première fois en 1855 par Friedrich Gaedcke. À partir des années 1880, la cocaïne est promue comme médicament par les sociétés Pfizer et Merck, entre autres. Celles-ci envoient des échantillons au jeune Sigmund Freud, qui devient l'un des premiers à adopter la cocaïne et devient en quelque sorte un évangéliste de cette « substance magique » pour le traitement de la dépression. En 1884, Freud publie « *Über Coca* », décrivant « l'excitation la plus magnifique » lors de la première prise, ainsi qu'une « exaltation et une euphorie durable » – notant également la suppression de la fatigue et de la faim¹. Freud adopta par la suite un point de vue moins positif lorsqu'il apprit certains des effets secondaires potentiels à plus long terme.

Freud participe également au développement de la cocaïne en tant qu'anesthésique local (elle resserre les vaisseaux sanguins et réduit les saignements) dans la chirurgie oculaire, un usage qui perdure encore aujourd'hui. Aux États-Unis, la cocaïne faisait partie de la formulation originale du Coca-Cola, et était incluse avec enthousiasme dans une gamme de médicaments brevetés.

Le succès initial de la cocaïne s'explique par le fait qu'il s'agissait d'un médicament dont l'efficacité avait été démontrée, dans un marché envahi par des produits inefficace. Cependant, tout juste deux décennies après la généralisation de sa production, une combinaison de facteurs a conduit aux premières interdictions de la cocaïne aux États-Unis. Au tournant du siècle, le corps médical réclame de plus en plus de contrôles sur la cocaïne (ainsi que sur les deux autres substances psychoactives à base de plantes apparues à la même époque : les opiacés et le cannabis). Ces appels sont en partie motivés par des préoccupations professionnelles légitimes concernant les ventes non réglementées liées à l'augmentation des cas de dépendance à la cocaïne et les problèmes de santé associés, et visent une réglementation

¹ Freud, S. (1885). *Über Coca*. M. Perles.

Coca Cola

Inventé en 1886, le Coca-Cola contenait à l'origine de la coca, y compris une petite quantité de cocaïne (environ 60 milligrammes dans une bouteille). Il a été créé comme une alternative sans alcool à des boissons telles que le Vin Mariani (un vin tonique à base de coca), à une époque où le mouvement de tempérance était très répanduⁱ. La cocaïne a été retirée en 1903, en raison des préoccupations croissantes concernant l'abus de cocaïne, mais l'arôme de coca continue à être utilisé.

La coca utilisée aujourd'hui pour produire cet arôme est achetée auprès de fournisseurs sud-américains au Pérou par la société *Stepan Chemicals Company*, qui est présente sur le marché depuis plus de 60 ans. Il s'agit de la seule entreprise à détenir une licence fédérale américaine délivrée par la *Drug Enforcement Agency* (DEA) pour ce type d'activité. Les feuilles importées sont traitées dans un laboratoire situé à Maywood, dans le New Jerseyⁱⁱ. Le produit décaféiné est ensuite expédié à la société Coca-Cola, tandis que la cocaïne extraite est vendue à Mallinckrodt Inc., un fabricant de produits pharmaceutiques de St. Louis qui est la seule société des États-Unis autorisée à purifier le produit pour un usage médicalⁱⁱⁱ. Les Pays-Bas sont le seul autre pays à importer actuellement de la feuille de coca et à produire de l'arôme de coca décaféiné et du chlorhydrate de cocaïne à usage médical ces dernières années, bien que dans des volumes nettement inférieurs à ceux des États-Unis; les 200 kilogrammes qu'ils ont importés à cette fin en 2012 et 2013 étaient bien inférieurs aux 300 000 kilogrammes importés par les États-Unis au cours de la même période^{iv}.

Le volume et la destination de la cocaïne produite à des fins médicales sont publiés chaque année par l'Organe international de contrôle des stupéfiants des Nations-Unies.

Un certain nombre de marques de produits plus modestes utilisent également des arômes de coca, dont beaucoup (contrairement à Coca-Cola) construisent spécifiquement leur marketing autour de la feuille de coca en tant qu'ingrédient, bien que leurs boissons ne contiennent aucune trace active de cocaïne dérivée de la coca. Il s'agit notamment de Kdrink (Espagne) et, pendant un certain temps, de Red Bull Cola (arrêtée en 2011), ainsi que de divers spiritueux et liqueurs, comme Agwa et Cocalero.



Publicité pour le vin Mariani

Un vin tonique à base de coca

ⁱ Orr, T. (2014). *The Truth About Cocaine (Drugs & Consequences)*. New York: The Rosen Publishing Group, Inc.

ⁱⁱ Separation of the cocaine and flavouring involves a fairly elaborate process in which the leaf is 'ground up, mixed with sawdust, soaked in bicarbonate of soda, percolated with toluene, steam blasted, mixed with powdered Kola nuts, and then pasteurized', voir: University of Illinois (1999). *The Legal Importation of Coca Leaf, Class module 9.3*.

ⁱⁱⁱ May, C.D. (1998). How Coca-Cola Obtains Its Coca. *New York Times* 1 July. www.nytimes.com/1988/07/01/business/how-coca-cola-obtains-its-coca.html

^{iv} International Narcotics Control Board (2017). *Narcotic Drugs 2017: Estimated World Requirements for 2018*. pp.178-9. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2017/Narcotic_drugs_technical_publication_2017.pdf



Pastilles de cocaïne contre les maux de gorge datant des années 1940, France

PHOTO : Nigel Brunsdon (2020), nigelbrunsdon.com/

plus stricte des promotions, des ventes et des allégations médicales, plutôt qu'une interdiction pure et simple.

Cependant, un nouveau discours politisé sur la cocaïne émerge également, alimenté par la xénophobie et les préjugés raciaux. Ce récit ouvertement raciste est amplifié par des reportages sensationnalistes établissant un lien entre consommation de cocaïne et comportements violents chez les Afro-Américains. Un article du *New York Times* de 1914 rapporte que « Les “démons” nègres de la cocaïne sont une nouvelle menace pour le Sud : les meurtres et la folie augmentent parmi les Noirs des classes inférieures parce qu'ils se sont mis à “sniffer” depuis qu'ils ont été privés de whisky par la Prohibition »².

² Williams, E.H. (1914). Negroes cocaine 'fiends' are a new southern menace. *New York Times*, 8 février. <https://www.nytimes.com/1914/02/08/archives/negro-cocaine-fiends-are-a-new-southern-menace-murder-and-insanity.html>

Le médecin auteur de l'article suggère que : « Le “démon” s’imagine qu’il entend des gens se moquer de lui et le maltraiter, ce qui l’incite souvent à commettre des attentats meurtriers sur des victimes innocentes qui ne se doutent de rien. » Non seulement on prétend que ces « démons » sont de meilleurs tireurs, mais on lance également le mythe des stimulants comme offrant une sorte d’immunité surhumaine aux balles : « Les balles tirées dans des parties vitales qui feraient succomber un homme sain d’esprit, échouent à éliminer le “démon” »³. La même année, la loi Harrison de 1914 interdit de facto la cocaïne et l’opium.

Malgré cela, l’usage non médical de la cocaïne augmente dans les années 1920, pour chuter à nouveau dix ans plus tard lorsque les amphétamines apparaissent sur le marché, offrant un stimulant alternatif moins coûteux et plus facile à produire, aux effets quelque peu similaires⁴. L’usage de la cocaïne reste relativement faible jusque dans les années 1960, décennie qui voit l’émergence d’une nouvelle contre-culture de la jeunesse dans une grande partie du monde développé, associée à une augmentation de la consommation de substances illégales.

Bien que le suivi de la consommation de drogues avant les années 1980 ait été médiocre, les données de l’enquête nationale américaine sur la consommation de drogues et la santé (*NSDUH*) suggèrent que la consommation de cocaïne aux États-Unis atteint un pic autour de 1985, lorsqu’elle est consommée par 3 % de la population, avant de tomber à moins de 1 % en 1990 et de fluctuer entre 0,5 et 1 % depuis lors⁵. Cependant, ce que les données de prévalence américaines ne révèlent pas, c’est que même lorsque la popularité de la cocaïne en poudre commence à décliner, les schémas de

3 Voir : Williams, E.H. (1914). Negros cocaine 'fiends' are a new southern menace. *New York Times* 8 février. <https://www.nytimes.com/1914/02/08/archives/negro-cocaine-fiends-are-a-new-southern-menace-murder-and-insanity.html>

4 Julien, M. (1997). *A Primer of Drug Action*. Freeman : New York.

5 Voir : United States Department of Health and Human Services: National Institute on Drug Abuse (1985). *National Household Survey on Drug Abuse, 1985 : Codebook*. p.18. <https://www.samhsa.gov/data/system/files/media-puf-file/NHSDA-1985-DS0001-info-codebook.pdf>; United States Department of Health and Human Services: National Institute on Drug Abuse (1990). *National Household Survey on Drug Abuse, 1990 : Codebook*. p.48. <https://www.icpsr.umich.edu/web/NAHDAP/studies/9833/versions/V5>. Voir également les enquêtes ultérieures sur le site Substance Abuse & Mental Health Data Archive (SAMHSA) de 1990 à aujourd’hui : <https://www.samhsa.gov/data/>

forte consommation individuelle se poursuivent et l'utilisation du crack émerge. Bien que ces tendances touchent une population plus restreinte, elles ont des conséquences sociales et sanitaires plus graves. Consommé sous forme inhalable, ayant des effets plus rapides et plus intenses, le crack facilite également la vente de cocaïne à des coûts unitaires moindres, ce qui la rend accessible à un marché plus vaste. Une étude réalisée en 1994 par la société RAND note que :

L'épidémie de cocaïne qui sévit actuellement aux États-Unis a commencé à la fin des années 1960, s'est accélérée dans les années 1970 et se poursuit encore au début des années 1990. Le nombre de consommateurs a atteint son maximum au début des années 1980, avec environ 9 millions de personnes, et a progressivement diminué pour atteindre un peu plus de 7 millions de personnes aujourd'hui [1994]. Toutefois, cette tendance à la baisse du nombre total de personnes consommatrices est trompeuse car la diminution du nombre d'usages occasionnels [au moins une fois par an, mais moins d'une fois par semaine] a masqué une augmentation du nombre d'usages réguliers [une fois par semaine ou plus]. Les gros consommateurs consomment la cocaïne à un rythme environ huit fois supérieur à celui des petits consommateurs, de sorte que la tendance à la hausse de la consommation des gros consommateurs neutralise la tendance à la baisse des petits consommateurs⁶.

Les réactions des médias face à l'expansion rapide du crack dans les années 1980 et 1990 font écho à celles suscitées par la cocaïne en poudre au début du siècle : toutes deux sont, pour citer le professeur Carl Hart, « imprégnées d'un récit de race et de pathologie » dès le départ⁷. Tout comme les « démons » de la cocaïne du début du siècle, le crack est largement associé dans le discours médiatique et politique à la violence et à la dépendance

⁶ Rydell, C.P., Everingham, S.S. (1994). Controlling Cocaine: Supply Versus demand Programs. Santa Monica: RAND. Notre traduction. https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR331.html

⁷ Hart, C. (2014). How the Myth of the 'Negro Cocaine Fiend' Helped Shape American Drug Policy. *The Nation* 29 janvier. <https://www.thenation.com/article/archive/how-myth-negro-cocaine-fiend-helped-shape-american-drug-policy/>



Chlorhydrate de cocaïne

produit légalement pour un usage médical courant

фото: Paravis. bit.ly/3IW15GA. Partagé sous une licence Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 licence (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.en>).

chez les Afro-Américains, tandis que la cocaïne en poudre devient un symbole de luxe et d'aisance parmi les Blancs.

Le débat autour du crack est émaillé d'un « thème codé selon lequel le crack pouvait ruiner la chasteté des femmes blanches »⁸. Ce nouveau narratif basé sur la peur voit même réapparaître des mythes sur une supposée invulnérabilité aux balles. Bien que le racisme manifeste de l'époque précédente ait été moins répandu, les termes comme « jeunes urbains », quartiers « en difficulté », « centres-villes » et « ghettos » servent en grande partie de codes raciaux implicites pour désigner les Afro-Américains dans la plupart des reportages médiatiques.

⁸ Dvorak, R. (2000). Cracking the Code: De-Coding' Colorblind Slurs during the Congressional Crack Cocaine Debates. *Michigan Journal of Race and Law* 5.2. p.660. <https://repository.law.umich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1224&context=mjrl>

En 1986, le Congrès américain adopte la loi anti-drogue (*Anti-Drug Abuse Act*), qui prévoit des sanctions notoires 100 fois plus sévères pour le crack que pour la cocaïne en poudre, la distribution de 5 grammes de crack étant passible d'une peine minimale de cinq ans d'emprisonnement au niveau fédéral, contre 500 grammes pour la cocaïne en poudre⁹.

Bien que la majorité des consommateurs de crack soient blancs, 85 % des personnes condamnées en 2010 pour des infractions liées au crack en vertu de ces peines étaient noires, ce qui a contribué à alimenter l'explosion de la population carcérale, qui comprend de manière disproportionnée des Afro-Américains¹⁰. Cette disparité des peines a été partiellement corrigée en 2010, l'administration Obama ayant légiféré pour réduire la disparité de 100:1 à 18:1. Comme l'a fait remarquer le professeur Carl Hart, « cent ans après que le mythe du “démon noir de la cocaïne” ait contribué à faire adopter la loi Harrison par le Congrès, son héritage perdure »¹¹.

Le ciblage racial de la politique antidrogue, l'utilisation de cette politique pour contrôler les populations minoritaires et contrôler la dissidence politique, sont bien connus des historiens. En 2016, un article du Harper's Magazine a rapporté des commentaires prétendument faits lors d'une interview par John Erlichman, conseiller en politique intérieure de Richard Nixon, qui ont révélé une grande partie de la motivation politique derrière la politique américaine en matière de drogues, et la célèbre déclaration de Nixon d'une « guerre contre la drogue » en particulier.

La campagne de Nixon en 1968, et la Maison Blanche de Nixon par la suite, avaient deux ennemis : la gauche anti-guerre et les Noirs. Vous comprenez ce que je veux dire ? Nous savions que nous ne

⁹ Vagins, D. J., McCurdy, J., (2006) *Cracks in the System: Twenty Years of the Unjust Federal Crack Cocaine Law*. ACLU. <https://www.aclu.org/documents/cracks-system-20-years-unjust-federal-crack-cocaine-law>

¹⁰ American Civil Liberties Union (ACLU). (2014). *Written Submission of the American Civil Liberties Union on Racial Disparities in Sentencing Hearing on Reports of Racism in the Justice System of the United States Submitted to the Inter-American Commission on Human Rights (153rd Session)*. p.5. https://www.aclu.org/sites/default/files/assets/141027_iachr_racial_disparities_aclu_submission_0.pdf

¹¹ Hart, C. (2014). How the Myth of the 'Negro Cocaine Fiend' Helped Shape American Drug Policy. *The Nation* 29 janvier. <https://www.thenation.com/article/archive/how-myth-negro-cocaine-fiend-helped-shape-american-drug-policy/>

pouvions pas rendre illégal le fait d'être contre la guerre ou d'être noir, mais en amenant le public à associer les hippies à la marijuana et les noirs à l'héroïne, et en criminalisant fortement les deux, nous pouvions perturber ces communautés. Nous pouvions arrêter leurs dirigeants, faire des descentes dans leurs maisons, interrompre leurs réunions et les vilipender nuit après nuit dans les journaux télévisés du soir. Savions-nous que nous mentionnons à propos des drogues ? Bien sûr¹².

La cocaïne n'a pas été interdite qu'aux États-Unis, bien entendu. Les inquiétudes suscitées par l'augmentation de la prévalence et la panique morale liée à la stigmatisation des consommateurs de cocaïne ont conduit à l'interdiction mondiale de la cocaïne – et de tous les autres produits à base de coca. Le fait que la prohibition de la cocaïne soit inextricablement liée à d'autres formes de contrôle social et à la marginalisation des minorités « dangereuses » n'est en rien unique : il en va de même pour presque toutes les autres drogues, et cela a été le cas pour la prohibition de l'alcool pendant ces années-là¹³. Cependant, cela rappelle une fois de plus que notre approche actuelle des drogues est ancrée dans des motivations bien éloignées, voire totalement déconnectées, de la réduction des risques.

L'histoire de la législation sur la cocaïne est étroitement liée à l'histoire des préjugés raciaux et de l'oppression : elle a servi à diaboliser, stigmatiser et à justifier une surveillance policière appuyée des personnes racisées.

Si la prohibition peut, d'un certain point de vue, sembler une réponse rationnelle à l'augmentation de la prévalence et des dommages, les réalités du contexte historique montrent qu'elle est apparue en grande partie comme un moyen de contrôler les minorités à l'intérieur des pays et d'imposer une pression politique sur les régions productrices.

¹² Baum, D. (2016). Legalize it all: how to win the war on drugs. *Harper's Magazine*, avril 2016, notre traduction. <https://harpers.org/archive/2016/04/legalize-it-all/>

¹³ Nicholls, J. et Berridge, V. (2020). Substance use, dangerous classes and spaces: a historical perspective. In Macgregor, S. et Thom, B. (eds). *Risk and substance use: framing dangerous people and dangerous places*. Routledge.

Effets

La poudre de cocaïne présente des caractéristiques qui la rendent attrayante dans divers contextes sociaux :

- Son action est relativement courte, avec des effets qui s'estompent après 45 minutes à 2 heures, et prévisible, ce qui rend l'expérience relativement facile à gérer et à contrôler ; elle ne nécessite pas un engagement majeur, contrairement à la MDMA ou aux amphétamines qui peuvent entraîner une expérience intense de 4 à 7 heures.
- Elle procure de l'énergie, de la vivacité et de la confiance en soi dans les environnements sociaux et peut contrecarrer les effets déprimeurs de l'alcool.
- À des doses modérées, qui sont les plus couramment utilisées, elle ne provoque pas d'intoxication visible, ce qui permet d'éviter les effets comme la mâchoire serrée (gurning) et les pupilles dilatées, souvent associés à la MDMA ou aux amphétamines, qui peuvent rendre la consommation de substances psychoactives plus visible et être peu attractif pour ceux qui cherchent à partager des photos ou des vidéos d'eux-mêmes sur les réseaux sociaux.

Le crack, qui a les mêmes effets que la cocaïne en poudre, mais de manière nettement plus intense et de courte durée, est abordé plus loin dans ce chapitre.

Les effets de la cocaïne sont ressentis différemment selon les individus, en fonction d'une série de variables personnelles, environnementales et comportementales, les effets négatifs apparaissant avec l'intensité de la consommation (les risques aigus et chroniques sont examinés ci-dessous).

Effets de la cocaïne

Bavard et sociable

Euphorie

Gain d'énergie

Confiance en soi

Sentiment de lucidité

Vigilance accrue

Excitation sexuelle
chez certains

Réduction du besoin
de sommeil

Contrecarre les effets sédatifs
des drogues dépressives telles
que l'alcool et les opioïdes

Intérêt personnel

Excès de confiance

Diminution de l'appétit

Bouche sèche

Altération des mouvements

Comportements répétitifs

Transpiration

Augmentation du rythme
cardiaque / de la pression
artérielle

Acouphènes (bourdonnements,
ronflements, grincements,
sifflements, sifflement
dans les oreilles)

Comportement agressif et
prise de risques

Écoulement nasal, congestion
nasale et saignement de nez
(en cas d'inhalation)

Migraines

Agitation

Insomnie

Nausée

Descente

Craving

ADAPTÉ DU texte original, Effects of Cocaine, *Drugs and Me*. drugsand.me/en/drugs/cocaine/

Habitudes de consommation

La cocaïne est fréquemment utilisée dans des contextes sociaux pour ses effets stimulants. Des estimations récentes de l'EUDA suggèrent qu'environ 2,6 millions de jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans) dans l'Union européenne ont consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée (2,1% de ce groupe d'âge), les estimations nationales allant de 0,2% à 4,7%¹⁴.

La cocaïne est désormais le stimulant le plus fréquemment saisi dans un certain nombre de pays d'Europe du Sud et de l'Ouest¹⁵. Le Rapport mondial sur les drogues 2020 de l'ONUDC estime, probablement de manière prudente, que 19 millions de personnes ont consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée¹⁶.

14 OEDT (2019). *Rapport européen sur les drogues 2019: Tendances et évolutions*. p.15
https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

15 EMCDDA (2018). *Rapport européen sur les drogues 2018: Tendances et évolutions*. p.25.
https://www.euda.europa.eu/system/files/media/attachments/documents/8906/HighlightsEDR2018_FR_Final_web.pdf

16 UNODC (2020). *World Drug Report 2020 Booklet 2: Drug Use and Health Consequences*. p.25.
https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

Ce qui était autrefois considéré comme une drogue exclusive et plus glamour a pénétré un ensemble beaucoup plus large d'environnements démographiques et sociaux, et ce depuis les années 1990. Les données britanniques, par exemple, montrent qu'en 2000, l'usage de cocaïne était deux fois plus répandu à Londres qu'ailleurs au Royaume-Uni, mais les taux étaient similaires partout dix ans plus tard¹⁷. En 2019, alors que Londres consommait toujours plus de cocaïne en quantité que n'importe quelle autre ville d'Europe, elle était dépassée par Bristol en termes de cocaïne consommée par habitant¹⁸.

Toutefois, il n'est pas utile de faire des généralisations sur la population qui consomme de la cocaïne. Comme pour toutes les substances psychoactives, il existe toute une série de comportements, de motivations et, par conséquent, de risques liés à sa consommation. Une étude mondiale détaillée de l'usage de la cocaïne entreprise par l'Organisation mondiale de la santé et l'Institut interrégional de recherche des Nations unies sur la criminalité et la justice (UNICRI) et daté de 1995 a noté que :

Le rapport mondial sur les drogues 2020 de l'ONUDC estime, de manière probablement prudente, que 19 millions de personnes ont consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée.

Il n'est pas possible de décrire un « consommateur moyen de cocaïne ». Une grande variété a été trouvée dans les types de personnes qui consomment de la cocaïne, la quantité de drogue consommée, la fréquence de la consommation, la durée et l'intensité de la consommation, les motifs de la consommation et tous les problèmes associés qu'ils ou elles rencontrent¹⁹.

17 London Health Observatory (2000, archived 2013). Drug use reported in the British Crime Survey 2000. Archivé à : <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130315185742/www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=7752>

18 Farrell, J. (2019). Revealed: How much cocaine Londoners are taking every day. Sky News 12 octobre. <https://news.sky.com/story/revealed-how-much-cocaine-londoners-are-taking-every-day-11830741>

19 World Health Organization (WHO) and United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI) (1995). *The Cocaine Project*. Notre traduction. https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=64306

Le rapport décrit un continuum d'habitudes de consommation : usage expérimental, usage occasionnel, usage spécifique à une situation, usage intensif et usage compulsif/dysfonctionnel, en notant que « l'usage expérimental et l'usage occasionnel sont de loin les types d'usage les plus courants, et l'usage compulsif/dysfonctionnel l'est beaucoup moins »²⁰.

L'étude Trendspotter de l'EUDA de 2018 note « une acceptabilité et une normalisation croissantes de la consommation de cocaïne en poudre dans divers groupes sociaux, qui se manifestent par une consommation plus excessive et plus visible ». L'augmentation de la pureté et de la disponibilité de la cocaïne au cours des dernières années, à des prix similaires ou en baisse, semble également avoir été un facteur clé de cette tendance. La cocaïne est devenue moins chère et plus accessible, tout en conservant apparemment une partie de son statut culturel « haut de gamme ». La même étude a noté une tendance à passer à la cocaïne plutôt qu'à des stimulants de « seconde classe » moins chers comme les amphétamines ou les cathinones synthétiques²¹.

L'usage social de la cocaïne est mis en évidence par sa consommation accrue les week-ends. Les données européennes issues de l'analyse des eaux usées et des admissions d'urgence dans les hôpitaux suggèrent que l'usage de la cocaïne est plus répandu le week-end, ce qui indique une tendance générale à l'usage récréatif (et contraste notamment avec les données relatives aux admissions de crack dans les hôpitaux, qui sont réparties uniformément tout au long de la semaine)²². Cependant, l'usage de la cocaïne est également, pour la plupart des consommateurs, un phénomène occasionnel : selon l'enquête mondiale sur les drogues, la personne typique qui consomme de la cocaïne n'en a pris que 2 à 10 jours au cours de l'année écoulée. Les données de l'enquête soulignent que 64,5 % des

²⁰ Voir note de bas de page 19

²¹ EMCDDA (2018). *Recent changes in Europe's cocaine market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. pp.12–13. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/eb651d5a-028c-11e9-adde-01aa75ed71a1>

²² EMCDDA (2018). *Recent changes in Europe's cocaine market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.11. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/eb651d5a-028c-11e9-adde-01aa75ed71a1>

Le rapport étouffé de l'Organisation mondiale de la santé sur la cocaïne

Au début des années 1990, l'Organisation mondiale de la santé des Nations Unies (OMS) a réalisé ce qu'elle a appelé « la plus grande étude mondiale jamais menée sur la cocaïne », en collaboration avec l'Institut interrégional des Nations Unies pour la criminalité et la justice²³. Ses conclusions, fondées sur une étude exhaustive des données disponibles, indiquaient que « peu d'experts décrivent la cocaïne comme étant invariablement nocive pour la santé » et que « l'usage occasionnel de cocaïne n'entraîne généralement pas de problèmes physiques ou sociaux graves, voire mineurs », notant que « l'usage des feuilles de coca ne semble pas avoir d'effets négatifs sur la santé et à des fonctions thérapeutiques, sacrées et sociales pour les populations indigènes andines ».

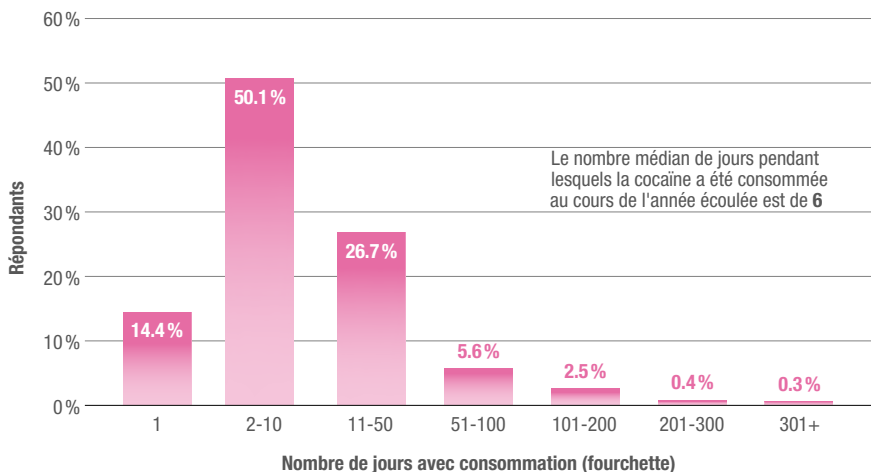
Le rapport soulignait également l'inefficacité des approches de réduction de l'offre, y compris l'éradication des cultures, et « les approches nationales et locales qui mettent trop l'accent sur les mesures punitives de contrôle des drogues », allant même jusqu'à dire qu'elles « peuvent en réalité contribuer au développement de problèmes liés à la santé ». Lorsqu'il abordait les facteurs motivant la consommation de la substance, le rapport mentionnait (entre autres) « la pauvreté généralisée ou la vulnérabilité sociale dans des pays tels que les États-Unis ».

Avant que le rapport ne soit publié, le représentant des États-Unis auprès des Nations Unies a demandé à l'OMS de « se dissocier des conclusions de l'étude ». Il a insisté sur le fait que « si les activités de l'OMS relatives aux drogues ne soutenaient pas les approches éprouvées en matière de lutte contre les drogues, les fonds alloués aux programmes concernés devraient être réduits ». Cette tentative d'étouffer la plus grande évaluation mondiale des preuves concernant la cocaïne a finalement été couronnée de succès, soulignant l'engagement des États-Unis envers le dogme de la guerre contre la drogue ainsi que leur pouvoir hégémonique dans les affaires internationales à l'époque.

Rapport obtenu à l'origine par le Transnational Institute. World Health Organization (WHO) and United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI) (1995). *The Cocaine Project*. web.archive.org/web/20090624103532/www.tdcpf.org.uk/WHOleaked.pdf; Transform Drug Policy Foundation (2009). *The WHO cocaine report the US didn't want you to see*. transform-drugs.blogspot.com/2009/06/report-they-didnt-want-you-to-see.html

personnes ayant déclaré avoir consommé de la cocaïne l'ont fait dix fois par an ou moins, tandis que 8,8 % seulement en ont consommé chaque semaine, ou plus souvent – à raison de 0,5 gramme en moyenne²³. Toutefois, ces données soulignent également que des modes de consommation plus réguliers existent chez une minorité de consommateurs.

²³ Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. pp.71–3. <http://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>



Consommation quotidienne de cocaïne

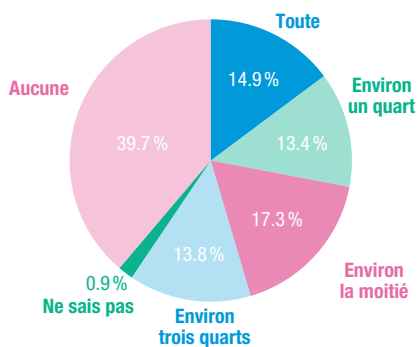
source : Winstock A. et al. (2019). Global Drug Survey 2019: Key Findings Report. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

La cocaïne est également régulièrement partagée entre amis et connaissances. Dans le cadre de l'Enquête européenne en ligne sur les drogues de 2017-2018, la source la plus fréquente de cocaïne dans plusieurs pays était l'obtention par l'intermédiaire d'amis²⁴.

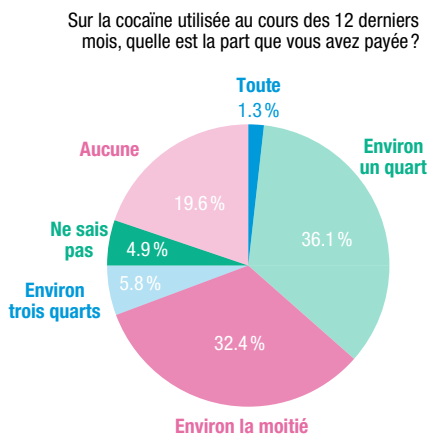
L'enquête mondiale sur les drogues de 2018 a révélé des comportements similaires, la majorité des consommateurs de cocaïne partageant au moins une partie de leur consommation avec d'autres personnes :

Comme pour toutes les autres substances psychoactives, il est difficile d'estimer le nombre de consommateurs occasionnels de cocaïne qui développeront des habitudes de consommation régulières ou dépendantes. Les déterminants d'usage problématique sont plus souvent liés à l'histoire personnelle ou aux conditions sociales actuelles qu'à une caractéristique spécifique de la substance elle-même. Comme pour les autres substances psychoactives, la grande majorité des personnes qui consomment de la cocaïne ne développeront pas de problèmes psychologiques ou

²⁴ EMCDDA (2018). *Recent changes in Europe's cocaine market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.12. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/eb651d5a-028c-11e9-adde-01aa75ed71a1>



Sur la cocaïne achetée personnellement au cours des 12 derniers mois, quelle est la part que vous avez partagée ?



Cocaïne: acheter sa propre drogue et la partager avec d'autres

source : Winstock, A. et al. (2018). *Global Drug Survey 2018*. www.globaldrugsurvey.com/gds-2018/

physiologiques importants²⁵. Cependant, dans certains cas, une consommation occasionnelle peut évoluer vers des modes de consommation qui répondent aux critères du trouble de l'usage de la cocaïne.

L'EUDA signale que, pour la grande majorité des personnes qui consomment de la cocaïne et qui entrent en traitement, «l'aide n'est généralement recherchée qu'après que le consommateur ait développé de graves problèmes sociaux et de santé apparaissant suite à une consommation plus fréquente ou plus importante». Elle note qu'un cinquième des personnes entrant en traitement pour la première fois déclarent consommer de la cocaïne quotidiennement, et que la grande majorité d'entre elles sont des hommes. L'alcool fait souvent partie des habitudes de consommation des personnes en traitement ; l'EUDA signale qu'il s'agit du problème

²⁵ Lopez-Quintero, C. et al. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence* 115:1-2. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3069146/pdf/nihms-258354.pdf>; Chen, C-Y and Anthony, J.C. (2004). Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology (Berl)* 172:1. <https://doi.org/10.1007/s00213-003-1624-6>

secondaire le plus souvent signalé par les personnes qui demandent un traitement pour la cocaïne²⁶.

Risques

Comme pour toutes les drogues, les risques liés à la cocaïne dépendent du dosage, de la fréquence de consommation et du mode d'administration. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, les produits contenant de la cocaïne couvrent les trois niveaux de risque utilisés dans cet ouvrage : les produits à base de coca figurent parmi les risques les plus faibles (niveau 1) et le crack parmi les risques les plus élevés (niveau 3). La discussion ici porte principalement sur la cocaïne en poudre, que nous avons classée dans le niveau de risque 2.

Risques aigus

Les données de la recherche européenne sur les consultations dans les services d'urgence pour des troubles liés à la cocaïne ont révélé que les caractéristiques cliniques les plus courantes étaient la tachycardie (41 %), l'anxiété (32 %), les douleurs thoraciques (18 %) et les palpitations (17 %). La tachycardie était plus fréquente dans les cas de cocaïne en poudre (43 %) que dans les cas de crack (28 %), tout comme l'anxiété (32 % contre 18 %). En revanche, les problèmes liés à la fréquence respiratoire et à la pression artérielle systolique étaient plus fréquents dans le cas de consultations liées au crack. Des médicaments sédatifs ont été administrés dans environ un tiers des cas de cocaïne. La co-consommation d'alcool a été notée dans 60 % des cas, la consommation d'autres drogues étant également fréquente

²⁶ EMCDDA (2018). *Recent changes in Europe's cocaine market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p. 13. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/eb651d5a-028c-11e9-adde-01aa75ed71a1>

Lorsqu'elle est consommée à des doses suffisamment élevées, la cocaïne peut entraîner une toxicité aiguë importante, dont les effets comprennent généralement l'agitation, l'anxiété, l'agitation, l'insomnie, la paranoïa et l'hypersensibilité auditive.

– 22 % des personnes interrogées ayant déclaré une consommation parallèle d'amphétamines²⁷.

Les adultérants et les agents de charge utilisés dans la cocaïne illégale peuvent présenter des risques supplémentaires²⁸. Une série de substances peuvent être ajoutées à différents stades de la chaîne d'approvisionnement, de sorte qu'il est difficile de généraliser, mais les adultérants courants (toutes les poudres

blanches avec des profils de risque variables) comprennent : la benzoïne et la lidocaïne (qui produisent un effet engourdisant semblable à celui de la cocaïne, mais sans les effets agréables ou stimulants) ; la caféine ; le lévamisole (un médicament vermifuge couramment utilisé comme agent de coupe pour des raisons qui restent obscures) ; l'acide borique ; et le glucose²⁹. L'augmentation de la pureté de la cocaïne observée sur de nombreux marchés ces dernières années a entraîné une réduction des risques liés aux adultérants, bien que les risques naturellement liés à la puissance aient augmenté en conséquence. Le crack est fabriqué à partir de cocaïne et contient donc le même profil d'adultérants, bien que le processus de conversion puisse le purifier dans une certaine mesure, ce qui réduit la teneur en adultérants.

La *pasta base*/le *paco* sont généralement moins purs et plus souvent coupés avec d'autres substances, notamment de la caféine, et contiennent

²⁷ EMCDDA (2020). Technical Report: Drug-related hospital emergency presentations in Europe: Update from the Euro-DEN Plus expert network. pp.17–18. <https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf>

²⁸ Cole, C., Jones, L., McVeigh, J. et al. (2010). CUT: A guide to Adulterants, Bulking agents and other Contaminants found in illicit drugs. Centre for Public Health — Faculty of Health and Applied Social Sciences — Liverpool John Moores University. https://www.drugsandalcohol.ie/13119/1/Cut_a_guide_to_adulterants.pdf

²⁹ Kiley, B. (2010). The Mystery of the Tainted Cocaine. *The Stranger* 19 août. <https://www.thestranger.com/features/2010/08/19/4683741/the-mystery-of-the-tainted-cocaine>

des produits chimiques issus des premières étapes de la production de cocaïne.

Risques chroniques

La consommation de cocaïne à long terme augmente le risque de mortalité³⁰. Selon une étude longitudinale espagnole de 2018, la mortalité annuelle était quatre fois plus élevée chez les consommateurs de cocaïne à long terme et plus de dix fois plus élevée chez ceux qui consommaient à la fois de la cocaïne et des opioïdes, par rapport à la population générale. Bien entendu, il existe probablement d'autres facteurs de risque individuels ou sociaux liés à la mortalité et à la consommation de drogues, et de nombreux consommateurs d'opioïdes et de cocaïne utilisent du crack plutôt que de la cocaïne en poudre³¹. De la même manière que la cocaïne provoque l'engourdissement du nez lorsqu'elle est prise par voie nasale en bloquant les signaux nerveux, elle provoque les mêmes effets dans d'autres parties du corps, mais dans une moindre mesure. Le cœur, cependant, est particulièrement sensible à la perturbation de la signalisation nerveuse et ce blocage des signaux nerveux crée un risque d'arythmie (un problème avec la fréquence ou le rythme des battements cardiaques) qui augmente avec la dose. Combiné à la capacité de la cocaïne à rétrécir les vaisseaux sanguins, réduisant ainsi l'apport d'oxygène, cela crée un risque plus élevé de problèmes cardiaques aigus par rapport à de nombreux autres stimulants. La cocaïne présente également des risques pour la santé mentale, notamment une humeur dépressive et une anxiété à court ou moyen terme (généralement des symptômes de sevrage) et des symptômes dépressifs à plus long terme.

Le fait de sniffer régulièrement de la cocaïne peut entraîner des lésions, voire une perforation de la cloison nasale (le cartilage qui sépare les

³⁰ Degenhardt, L. et al. (2015). Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence* 113. pp.2-3. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.026>

³¹ Colell, E., Domingo-Salvany, A., Espelt, A., et al. (2018). Differences in mortality in a cohort of cocaine use disorder patients with concurrent alcohol or opiates disorder. *Addiction* 113. <https://doi.org/10.1111/add.14165>



Kit de réduction des risques pour un sniffage plus sûr, distribué dans les festivals

PHOTO : Steve Rolles

narines). L'utilisation gingivale répétée peut endommager les gencives et les lèvres. L'injection peut être associée à des lésions tissulaires, à des infections et à la transmission de virus véhiculés par le sang lorsque le matériel d'injection est partagé.

Un certain nombre de risques ont été associés à la consommation de cocaïne pendant la grossesse, notamment l'insuffisance pondérale à la naissance, les naissances prématurées, les fausses couches et les déficits cognitifs chez les enfants dont la mère consomme de la cocaïne. Ce dernier risque a fait l'objet de la panique américaine du « bébé crack » dans les années 1980 qui était, pour citer l'Institut national américain sur l'abus des drogues, « grossièrement exagérée » (et, comme d'autres l'ont noté, également grossièrement raciste), car les études de suivi n'ont pas trouvé les effets attendus chez les enfants³². Il est difficile de déterminer dans quelle

³² National Institute on Drug Abuse (2016). How does cocaine use affect pregnancy? <https://nida.nih.gov/research-topics/cocaine#pregnancy>; Editorial board of the New York Times (2018). Slandering the unborn. *New York Times* (28 décembre 2018). <https://www.nytimes.com/interactive/2018/12/28/opinion/crack-babies-racism.html>

mesure les associations de risques identifiées sont le résultat de la toxicité de la cocaïne seule ou d'autres facteurs environnementaux ou comportementaux liés, par exemple, à la consommation d'autres substances, à de mauvais soins prénataux ou à une mauvaise alimentation.

La question de savoir dans quelle mesure la cocaïne provoque des symptômes physiologiques de dépendance (développement d'une tolérance, symptômes d'affaiblissement) fait l'objet d'un long débat, mais la cocaïne – en raison de son caractère agréable et de son effet sur le système nerveux central – a sans aucun doute une forte action de renforcement, qui peut conduire à une dépendance psychologique et à des modes de consommation problématiques. Une étude de Lopez et al. a montré que le pourcentage de personnes qui deviennent dépendantes après avoir essayé la cocaïne est comparable à celui de l'alcool, nettement inférieur à celui de la nicotine et nettement supérieur à celui du cannabis. Cependant, l'étude a également montré que 7,1 % des personnes ayant consommé de la cocaïne ont développé une dépendance au cours de la première année, contre moins de 2 % des personnes ayant consommé de l'alcool, de la nicotine ou du cannabis³³.

Comme pour toutes les drogues, les variables environnementales – telles que des antécédents d'adversité durant l'enfance et/ou de pauvreté – constituent les principaux facteurs prédictifs du développement de la dépendance. Celle-ci n'est jamais une simple conséquence de la consommation; elle découle de l'ensemble complexe de facteurs sociaux et psychologiques qui interagissent lorsqu'un individu consomme une substance. Bien que la cocaïne entraîne indubitablement une plus grande probabilité d'établissement de schémas de consommation dépendants que beaucoup d'autres drogues, et qu'elle doive être reconnue comme plus « risquée » à cet égard, ces schémas de consommation doivent toujours être compris dans un contexte plus large.

33 Lopez-Quintero, C. et al. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence* 115:1–2. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004>

L'incidence de la dépendance est plus prononcée pour le crack, dont l'effet est beaucoup plus rapide, et qui a tendance à impliquer un dosage plus élevé par consommation et une exposition totale plus importante, mais dont la consommation est également plus concentrée dans les populations vulnérables. Certaines estimations suggèrent que la dépendance est 2 à 3 fois plus probable que pour la cocaïne en poudre³⁴. En revanche, le risque est négligeable pour les produits à base de feuilles de coca. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une dépendance au sens clinique du terme, certaines personnes peuvent également en venir à dépendre de la cocaïne dans des contextes sociaux et se sentir incapables ou peu désireuses de s'engager dans certaines interactions sociales sans les effets de la cocaïne. Cependant, il est certain qu'une seule consommation de cocaïne, y compris sous forme de crack, ne conduit pas nécessairement à une dépendance.

Mélange avec de l'alcool et d'autres drogues

La cocaïne est souvent consommée avec d'autres drogues dans un cadre social, le plus souvent avec de l'alcool, ce qui crée un ensemble de risques supplémentaires et de défis politiques. Comme indiqué plus haut, l'étude *Trendspotter* de l'EUDA a révélé que l'ingestion concomitante d'alcool a été notée dans 57% des cas d'hospitalisation d'urgence liés à la cocaïne³⁵. Ces risques sont particulièrement importants à prendre en compte du point de vue de la réglementation, car l'alcool est omniprésent dans l'économie nocturne et rien n'indique que cela ne changera de sitôt. Les effets stimulants de la cocaïne contrebalancent les effets dépresseurs de l'alcool, ce qui maintient la vigilance et la sociabilité tout en permettant – et en rendant plus probable – une consommation d'alcool plus importante et souvent prolongée. La consommation d'alcool, à son tour, rend également plus probable une consommation accrue de cocaïne, car les consommateurs

34 Chen, C-Y et Anthony, J.C. (2004). Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology* (Berl) 172:1. <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14598014/>

35 EMCDDA (2018). *Recent changes in Europe's cocaine market: Results from an EMCDDA trendspotter study*, p.15. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/eb651d5a-028c-11e9-adde-01aa75ed71a1>

d'alcool cherchent à réduire la somnolence et l'ivresse, à compenser la baisse des inhibitions et des contrôles personnels ou sociaux, ou encore pour atténuer les effets de « descente » associés à la cocaïne³⁶.

L'augmentation de la consommation d'alcool et de cocaïne et les risques pour la santé qui en découlent lorsqu'ils sont consommés ensemble sont encore compliqués par le fait qu'une troisième substance, le cocaéthylène, est produite dans le foie lorsque la cocaïne est métabolisée en présence d'alcool. Le cocaéthylène a ses propres effets psychoactifs, notamment l'euphorie, mais avec une durée d'action plus longue que la cocaïne. Les utilisateurs peuvent, même inconsciemment, rechercher les effets du

³⁶ Pakula, B., Macdonald, S., Stockwell, T. et Sharma, R. (2009). Simultaneous use of alcohol and cocaine: a qualitative investigation, *Journal of Substance Use* 14.2 <https://doi.org/10.1080/14659890802624279>

Cocaïne : principaux risques et vulnérabilités

Risques et vulnérabilités

Indications pour la réduction des dommages et la réglementation

Jeunesse —

risques sanitaires accrus / vulnérabilité

- Retarder l'âge de l'initiation en tant qu'objectif de prévention et de santé publique
- Mise en place de contrôles d'accès en fonction de l'âge au niveau du commerce de détail
- Cibler les ressources de prévention et de réduction des risques fondées sur des données probantes sur les populations de jeunes vulnérables

Dosage —

Un dosage plus élevé est associé à une augmentation des risques aigus, en particulier cardiovasculaires.

- Mettre à disposition des informations adaptées/ciblées (par le biais de programmes d'éducation à la santé publique, avant et pendant l'achat, sur les emballages et dans les environnements d'utilisation) sur les effets et les risques liés au dosage.
- Veiller à ce que les risques cardiovasculaires soient mis en évidence dans les ressources et les campagnes d'éducation au risque, ainsi que par l'intermédiaire des vendeurs et d'autres services de médicaments en face à face.
- Inclure des options pour la cocaïne en poudre moins puissante – avec des prix préférentiels (et des seuils de rationnement potentiellement plus généreux).
- Inclure des options pour des produits oraux de coca moins puissants dans les informations sur la réduction des risques, et dans tous les points de vente de cocaïne en poudre – avec des barrières d'accès réduites et des prix préférentiels.

Fréquence d'utilisation —

une fréquence accrue augmente le risque de dépendance et d'autres effets nocifs chroniques

- Mettre à disposition des informations adaptées/ciblées sur les risques de l'usage très fréquent, y compris le risque accru de dépendance, en faisant de la modération et des périodes d'abstinence des messages clés de réduction des risques.
- Rationner les ventes aux particuliers par achat ou par période (éventuellement selon le modèle de la licence d'achat) afin de modérer la consommation et d'aider à établir des normes sociales autour de limites raisonnables d'utilisation plus sûre.
- Contrôler les prix pour éviter une baisse rapide des prix qui pourrait inciter à une utilisation plus fréquente.

Polyconsommation —

augmente les risques aigus

- Mettre à disposition des informations adaptées/ciblées sur les risques liés à la polyconsommation (y compris le risque cardiovasculaire accru en cas de consommation de cocaïne avec d'autres stimulants) et sur la réduction des dommages qui en découle.
- Mettre en place une réglementation et un contrôle des lieux de vie nocturne et autres environnements festifs afin de garantir la diffusion d'informations sur la réduction des risques, ainsi qu'une ventilation adéquate, des espaces de détente, de l'eau gratuite, des services d'aide sociale et médicale, etc.
- Encourager les gens à veiller sur leurs amis – partager des informations sur la réduction des risques, éduquer sur les signes d'alerte et les soins de base.
- Réduire la stigmatisation et les obstacles à l'accès aux services médicaux.

Utilisation avec de l'alcool —

augmente une série de risques aigus, chroniques et comportementaux

- Mettre à disposition des informations adaptées/ciblées sur les risques particuliers liés à la consommation d'alcool, y compris dans les points de vente d'alcool et les bars.
- Explorer les espaces de vie nocturne/de fête sans alcool (ou avec peu d'alcool) qui sont tolérant à la cocaïne.

Cocaïne injectée ou fumée (crack) —

- Mettre en œuvre une approche globale de réduction des dommages pour la consommation de cocaïne à haut risque et y consacrer des ressources suffisantes (voir chapitre 7).

cocaéthylène aussi bien que ceux de la cocaïne ou de l'alcool³⁷. Des études suggèrent que le cocaéthylène peut être sensiblement plus toxique pour le foie et le cœur que la cocaïne ou l'alcool pris isolément³⁸. Les effets combinés de la cocaïne et de l'alcool sur le corps permettent aux utilisateurs de

37 Hearn W.L., Flynn, D.D., Hime, G.W. et al. (1991) Cocaethylene: a unique cocaine metabolite displays high affinity for the dopamine transporter. *Journal of Neurochemistry* 56.2. <https://doi.org/10.1111/j.1471-4159.1991.tb08205.x>

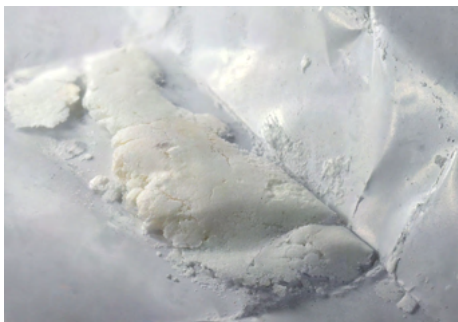
38 Andrews, P. (1997). Cocaethylene toxicity. *Journal of Addictive Diseases* 16.3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9243342/>; Pennings, E., Leccese, A.P. et Wolff, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction* 97.7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12133112/>

consommer davantage des deux substances sans que les signaux d'alerte habituels – comme l'anxiété pour la cocaïne ou la somnolence pour l'alcool – ne les incitent à s'arrêter. Cela leur permet d'ingérer de plus grandes quantités de chacune des substances, entraînant ainsi une plus grande toxicité globale.

Modèle de régulation proposé pour la cocaïne en poudre

La cocaïne est peut-être la drogue qui pose le plus de problèmes en matière de réglementation. Le défi est d'autant plus complexe qu'il existe un large éventail de produits et de préparations à base de coca – de la feuille de coca non transformée à la poudre de cocaïne hautement transformée, en passant par le crack. Ces produits varient énormément en termes de puissance, de mode d'utilisation et de risques associés, occupant les trois niveaux de risque identifiés au chapitre 2 et nécessitant par conséquent une série de réponses réglementaires différentes.

La production et la chaîne d'approvisionnement de la cocaïne sont extrêmement complexes. Contrairement à la plupart des autres substances abordées dans cet ouvrage, la cocaïne est issue d'une plante cultivée – souvent par des personnes travaillant dans certaines des régions les plus pauvres du monde. Par conséquent, la réglementation des produits à base de coca a des implications importantes pour le développement international, pour les droits des agriculteurs et pour la politique intérieure des pays producteurs. Elle est également liée à des enjeux de sécurité, notamment à la géopolitique des régions productrices, de manière comparable à la production d'opium. La régulation de la coca englobe donc des aspects uniques liés à la production et au transit. La manière dont ces produits sont réglementés peut avoir des implications beaucoup plus larges, affectant des communautés diverses et, dans certains cas, l'environnement (par



Cocaïne frelatée avec du lévamisole

PHOTO: The Loop, 2020

exemple, à travers les politiques de fumigation aérienne), bien au-delà de ce que l'on observe avec d'autres substances.

La cocaïne occupe également une position culturelle complexe: elle est associée de manière stéréotypée, d'une part, à la recherche du plaisir dans l'opulence et, d'autre part, à certaines des formes les plus stigmatisées de consommation de drogues. Bien entendu, aucun de ces clichés ne reflète les réalités complexes des contextes et des manières dont les stimulants à base de coca sont réellement utilisés.

Il est certain que dans certaines parties du monde, la cocaïne est consommée par une partie bien plus large de la population que ne le laissent supposer les clichés. A mesure qu'elle devient moins coûteuse et plus largement disponible, le défi de la réglementer efficacement devient plus pressant.

La réglementation de la cocaïne doit se concentrer sur la réduction des risques et des dommages potentiels associés à sa consommation. Comme l'alcool et certaines amphétamines, la cocaïne présente un ensemble de dommages potentiels qui touchent au comportement, à la santé physique et au bien-être psychologique. La consommation peut, dans certains cas, provoquer de l'agressivité et des dommages consécutifs pour des tiers. Elle peut également causer des problèmes de santé physique, allant de troubles spécifiques à des impacts liés à une consommation prolongée et excessive. Enfin, elle peut conduire à une dépendance modérée ou sévère. Les modes de consommation et les motivations varient énormément selon les individus. Une réglementation efficace doit tenir compte de la complexité des usages et des motivations propres à des populations diverses. Toute approche doit prendre en compte les risques liés à la consommation et les vulnérabilités qui sous-tendent les comportements à haut risque, et

proposer une série d'interventions simultanées pour les cibler et les atténuer. En parallèle, les principes de santé publique doivent guider un modèle réglementaire qui équilibre les besoins des personnes recherchant les effets de la cocaïne avec l'impératif de minimiser les dommages liés à la consommation et aux marchés illégaux qui la fournissent actuellement.

Pour commencer, il est important de préciser ce qui ne fonctionne pas. Étant donné les problèmes de santé et les impacts sociaux très médiatisés associés à l'usage et aux marchés illégaux de la cocaïne, l'idée de rendre la cocaïne légalement accessible pour un usage non médical sous quelque forme que ce soit peut inquiéter de nombreuses personnes. Cependant, l'argument en faveur d'une réglementation de la cocaïne repose sur une réponse pragmatique à l'échec de la politique actuelle. La réglementation ne devrait pas conduire à une situation de libre accès généralisé ; bien au contraire.

Comme l'ont dit les anciens présidents de la Colombie et du Mexique – qui se sont battus en première ligne dans la guerre contre la drogue – ainsi que l'ancien président de la Suisse : « En fin de compte, le choix est simple. Nous pouvons confier le contrôle aux gouvernements ou aux organisations criminelles. Il n'y a pas de troisième voie »³⁹.

Les propositions que nous détaillons ci-dessous s'appuient sur la discussion plus générale de la réglementation des substances psychoactives présentée dans la section introductive – en appliquant cette réflexion aux risques spécifiques et aux habitudes de consommation associés à la cocaïne, afin de répondre à chaque défi réglementaire. Le « modèle standard » décrit au chapitre 2 (monopole d'État pour la vente au détail par l'intermédiaire de pharmacies spécialisées, produits sans marque avec interdiction totale de marketing, un contrôle sur les prix et une limitation des ventes par rationnement) est considéré comme approprié pour la vente au détail de

³⁹ Santos, J.M., Zedillo, E. et Dreifuss, R. (2019). Legalization Is the Only Viable Drug Policy. *Project Syndicate* 19 mars. <https://www.project-syndicate.org/commentary/drug-legalization-regulation-only-viable-policy-by-juan-manuel-santos-et-al-2019-03>

la cocaïne sous forme de poudre. En outre, les défis spécifiques liés à la préparation, à la fixation des prix et au rationnement sont examinés ci-dessous. Les questions spécifiques concernant le développement durable dans la production de coca et de cocaïne, ainsi que les marchés internationaux, sont abordées au chapitre 6.

Contrôles de la préparation

Dosage et forme

La cocaïne de qualité pharmaceutique pourrait théoriquement approcher les 100 % de pureté. Cela est quasiment inexistant sur le marché illégal actuel et représenterait une augmentation significative de la puissance du produit, ce qui est connu pour être associé à une exposition accrue et à des risques accrus. Une approche réglementée viserait à fournir un produit plus sûr permettant de modérer la consommation. Ainsi, la cocaïne en poudre réglementée serait un produit de qualité pharmaceutique, mais dont la pureté initiale de 100 % serait réduite grâce à des agents de coupe sûrs et non toxiques.

Une réduction trop importante de la pureté risquerait de rendre le produit légal peu attrayant, ce qui pourrait permettre au marché illégal de poursuivre l'approvisionnement en produits de haute pureté. Il pourrait donc être utile d'étudier les possibilités de rendre la poudre de cocaïne disponible à différents niveaux de pureté. Des marchés de cocaïne à plusieurs niveaux se sont déjà développés sur les marchés illégaux de nombreux pays, en réponse à une demande diversifiée, où les consommateurs sont prêts à payer davantage pour des produits de pureté supérieure lorsqu'ils en recherchent spécifiquement les effets⁴⁰. On peut en conclure qu'une structure de marché légale proposant différents niveaux de pureté et de prix

⁴⁰ Daly, M. (2007). *Bash Street Kids*. *Druglink* septembre/octobre. Disponible à l'adresse suivante: <https://www.drugwise.org.uk/wp-content/uploads/Bash-street-kids.pdf>

pourrait également répondre à une demande. Comme point de départ (et sous réserve d'un suivi attentif et d'une évaluation de l'impact), des options à pureté variable, de 35 à 70 %, pourraient être proposées. Le contrôle des prix pourrait être utilisé pour rendre les produits de moindre pureté relativement plus attractifs afin d'encourager une consommation modérée.

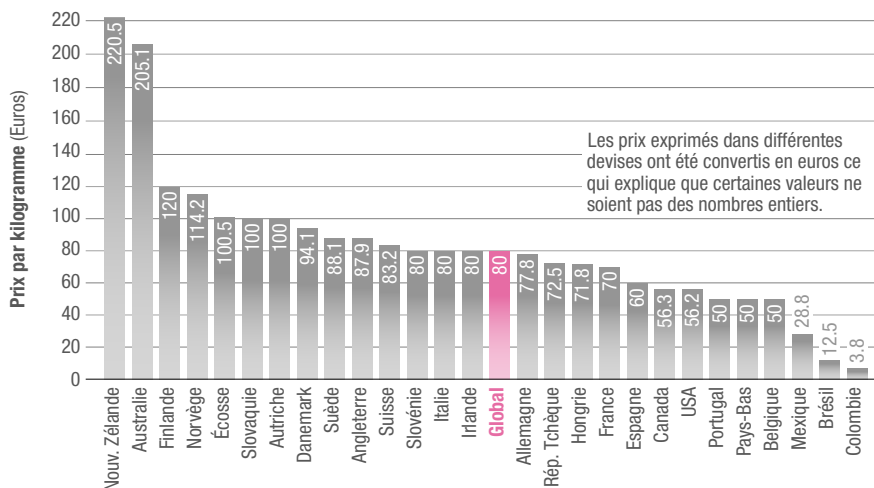
L'option consistant à rendre la cocaïne disponible en solution sous forme de spray nasal (de type médical) permettant d'administrer une dose unique fixe (de 20 milligrammes par exemple) pourrait également être étudiée. L'ingestion de cocaïne au moyen d'une solution liquide serait potentiellement moins dommageable pour le nez. Bien qu'elle ne soit pas présente sur le marché illégal ou parmi les produits médicaux légaux, la cocaïne pourrait également être prise sous forme de comprimé. La biodisponibilité orale n'est pas très différente de celle de la cocaïne sniffée, mais l'action du comprimé est plus lente ce qui permettrait d'obtenir un produit à action plus longue, à libération plus lente et ceci à plus faible dose.

Contrôle des prix

Les prix de la cocaïne varient énormément d'un pays à l'autre. Comme le montrent l'enquête mondiale sur les drogues et les données de l'ONUDC, le prix d'un gramme de cocaïne varie de 4 dollars en Colombie à plus de 200 dollars en Nouvelle-Zélande et en Australie. En Europe occidentale et centrale, ainsi qu'aux États-Unis, les prix se situent entre 50 et 100 dollars le gramme⁴¹. Cette variation aura un impact important sur toute politique de prix potentielle au niveau local. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, le contrôle des prix peut avoir un impact direct sur les taux de consommation, car il se traduit par le caractère abordable et attrayant d'un produit donné par rapport à d'autres alternatives plus chères ou moins chères.

41 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. p.74. <http://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>; UNODC (2017). Heroin and cocaine prices in Europe and USA. https://dataunodc.un.org/drugs/heroin_and_cocaine_prices_in_eu_and_usa-2017

De nombreux consommateurs sont prêts à payer un certain prix pour la cocaïne, malgré son coût relatif.



Prix médian du gramme de cocaïne, Global Drug Survey 2019

source : Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. p.74.
www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

L'augmentation récente de la consommation en Europe semble être liée, du moins en partie, à la baisse des prix et à l'augmentation de la pureté, ce qui contribue à la perception d'un meilleur rapport qualité-prix. Dans l'enquête mondiale sur les drogues de 2014, la cocaïne était classée comme la drogue présentant le « plus mauvais rapport qualité-prix », avec une note moyenne de 3,4/10. Dans l'enquête mondiale sur les drogues de 2019, cette note est passée à 4,9/10⁴². Aux États-Unis, cependant, la chute rapide de la prévalence de la consommation de cocaïne en poudre au milieu des années 1980 s'est accompagnée d'une baisse des prix, alors même que la consommation

⁴² Winstock, A.R. (2014). The Global Drug Survey 2014 Findings: Reflections on the results of the world's biggest ever drug survey by Dr Adam Winstock. *Global Drug Survey*. <http://www.globaldrugsurvey.com/past-findings/the-global-drug-survey-2014-findings/>; Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. pp.126–127. <http://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>; UNODC (2017). Heroin and cocaine prices in Europe and USA. https://data.unodc.un.org/drugs/heroin_and_cocaine_prices_in_eu_and_usa-2017

de crack augmentait dans des populations extrêmement différentes. Cela montre clairement que d'autres variables sociales et culturelles peuvent être tout aussi importantes, voire plus, que le prix seul pour déterminer les habitudes de consommation⁴³.

La cocaïne produite légalement serait certainement beaucoup moins chère dans un scénario de marché libre. Le fait qu'il existe un marché rentable en Colombie, où la cocaïne de haute qualité est disponible pour moins de 5 dollars le gramme, en est la preuve, tout comme au Brésil, où elle est disponible pour 15 dollars le gramme⁴⁴. En effet, les coûts de production dans un marché industrialisé à plus grande échelle pourraient facilement tomber bien en dessous de 5 dollars le gramme. Une certaine forme de contrôle des prix serait donc nécessaire pour éviter une chute rapide des prix à la suite d'un passage à l'offre légale et des changements probables, mais imprévisibles, dans les habitudes de consommation. Les modalités et le niveau du contrôle des prix varierait d'un état à l'autre, mais certains éléments clés seraient à prendre en considération :

- Le contrôle des prix serait plus facile à mettre en œuvre dans le cadre d'un monopole d'État sur la vente au détail, où les incitations et les opportunités de détournement vers un marché parallèle sont réduites. De plus, les marges bénéficiaires significatives potentielles reviendraient directement à l'État, plutôt qu'à des entreprises privées.
- Un prix de départ égal ou proche des prix du marché (en notant à nouveau que ceux-ci varient considérablement d'un pays à l'autre) permettrait d'éviter un choc des prix et des changements de comportement imprévisibles. Haden a initialement proposé de fixer les prix à 80 % des prix actuels du marché illégal, mais de permettre une réduction progressive des prix « jusqu'à ce que le marché illégal

43 US Drug Enforcement Administration (DEA) (1991). *DEA History Book: The Crack Epidemic*. Archivé à : <https://web.archive.org/web/20060823024931/www.usdoj.gov/dea/pubs/history/1985-1990.html>

44 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. p.74. <http://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>

cesse de fonctionner ou qu'il soit considérablement réduit au point de ne produire que des dommages minimes»⁴⁵.

- Une approche prudente par défaut consisterait à commencer à 100 % des prix actuels et à ne réduire les prix que par petits paliers. Les variables autres que le prix (contrôle de la qualité, évitement des marchés illégaux, achat auprès d'un vendeur agréé et formé, production éthique, etc.) signifieraient qu'un produit légal pourrait bénéficier d'une certaine majoration de prix par rapport à son équivalent illégal. L'enquête mondiale sur les drogues, par exemple, a révélé qu'une majorité de consommateurs de cocaïne seraient prêts à payer 25 % de plus pour de la cocaïne d'origine éthique⁴⁶.
- Le contrôle des prix pourrait être un moyen de faire en sorte que les préparations de moindre pureté présentent un meilleur rapport qualité-prix (en termes de coût ajusté par gramme), incitant ainsi à la modération en rendant plus attractifs les produits à faible risque.

Rationnement

Le fait que la cocaïne soit souvent consommée en *binges* (contrairement à la MDMA) rend les systèmes de régulation visant à en modérer l'usage particulièrement importants. Mais comment modérer l'usage d'une substance psychoactive qui se prête à une consommation immodérée ? Le rationnement des ventes est un moyen d'y parvenir. Toutefois, il est difficile de trouver un équilibre entre réduction de la disponibilité et nécessité d'éloigner les consommateurs des sources illégales. Les risques spécifiques liés à une consommation excessive et épisodique plaident en faveur d'une forme de rationnement, incluant notamment l'option d'un modèle basé sur une licence d'achat. Cependant, ce type de modèle soulève

⁴⁵ Haden, M. (2008). Controlling illegal stimulants: a regulated market model. *Harm Reduction Journal* 5.1. <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-5-1>

⁴⁶ Winstock, A., Snapp, Z. and Quintero, J. (2019). GDS2019: Most consumers of cocaine support a fair trade and would be willing to pay more. *Global Drug Survey*. <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/gds2019-most-consumers-of-cocaine-support-a-fair-trade-and-would-be-willing-to-pay-more/>

plusieurs défis, tels que le risque de surveillance étatique problématique, des inégalités d'accès et la possibilité de compromettre les objectifs plus larges d'équité sociale, comme exploré dans le chapitre 2. Les restrictions plus simples sur le volume par achat pourraient empêcher l'achat en gros, mais elles seraient moins efficaces pour limiter les achats répétés (par exemple, plusieurs fois par jour). Par conséquent, les arguments en faveur de modèles pilotes de vente légale de cocaïne basés sur un rationnement par licence d'achat semblent plus pertinents que pour les autres stimulants abordés dans cet ouvrage.

Tout système de rationnement doit inclure des limites d'achat clairement établies et réalistes. Cependant, le partage répandu de cocaïne dans des contextes sociaux complique les efforts visant à modérer la consommation individuelle par le biais du rationnement. Cela rend également difficile la définition d'une quantité précise considérée comme acceptable sur une période donnée. Néanmoins, les données de l'Enquête mondiale sur les drogues suggèrent qu'un gramme par mois conviendrait à la majorité des consommateurs de cocaïne, qui en consomment 10 fois par an ou moins, et ingèrent en moyenne un demi-gramme⁴⁷. Toute quantité définie semblera faible pour certains et excessive pour d'autres. Toutefois, sur la base des données disponibles concernant l'usage occasionnel, un plafond de 1 gramme par mois constituerait un point de départ raisonnable.

Comme nous l'avons vu au chapitre 2, les problèmes liés aux limites personnelles se posent surtout pour la minorité de consommateurs dont l'usage est plus important ou plus fréquent, qui représentent la majorité de la consommation totale de cocaïne. Une limite de 1 gramme par mois serait insuffisante pour une personne souhaitant, même temporairement, consommer un gramme par semaine ou davantage. Dans ce cas, les seules options seraient de réduire la consommation ou de se tourner vers

⁴⁷ Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). *Global Drug Survey: 2019 Key Findings Report*. p.71. <http://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/>

des alternatives illégales. Nous ne pouvons pas partir du principe que tous opteraient pour la première solution.

Il serait donc nécessaire d'intégrer une certaine flexibilité dans le système, ce qui pourrait inclure, par exemple :

- Permettre une certaine flexibilité dans les limites d'achat pour tenir compte des périodes de consommation plus élevée ou plus modérée
- Mettre en place un système à plusieurs niveaux permettant des limites d'achat plus élevées, sous réserve d'une intervention brève et périodique du pharmacien spécialisé
- Exiger une licence d'achat pour accéder à des volumes plus importants
- Définir un seuil d'achat plus généreux pour les préparations de moindre pureté

Cela n'enlève rien à la nécessité de fournir une aide structurée aux personnes ayant une consommation élevée ou dépendante. À ces niveaux élevés, la consommation plus adéquatement gérée par des spécialistes du traitement dans un cadre de réduction des risques (voir chapitre 7).

Modèles de réglementation proposés pour les préparations de cocaïne moins fortes

Comme nous l'avons vu au chapitre 1, une partie de la stratégie plus large de réduction des risques liés aux stimulants consiste à mettre à disposition des produits alternatifs à moindre risque – qu'il s'agisse de substances psychoactives plus sûres ou de préparations plus sûres – et à utiliser à la fois des outils réglementaires, l'éducation aux risques et d'autres outils de santé publique disponibles pour encourager des comportements plus sûrs, une utilisation plus modérée et des méthodes d'administration plus sûres.

Dans la plupart des pays du monde – au-delà de la région andine – la cocaïne n'est disponible que sous ses formes les plus concentrées, à savoir la poudre, le crack ou la *pasta base*. Pourtant, une gamme de produits moins transformés, moins puissants et moins dangereux à base de feuilles de coca existe dans les régions andines traditionnellement consommatrices de coca. Ces produits n'ont jamais été disponibles dans le reste du monde (du moins pas à l'ère moderne) en raison des interdictions internationales et des impératifs économiques d'un commerce illégal qui donne la priorité aux préparations les plus transportables et les plus rentables. Il en résulte que si la poudre de cocaïne et le crack, qui présentent un risque plus élevé, sont facilement accessibles dans la majeure partie des pays développés et industrialisés, les préparations à base de plantes, plus sûres et plus douces, sont presque totalement inaccessibles. D'un point de vue pragmatique de réduction des risques, c'est une situation absurde, semblable à celle où des bars ne servent non seulement pas de boissons non alcoolisées ni de bières, mais où ils servent uniquement des spiritueux et des alcools de contrebande à très haute teneur en alcool.

Il existe clairement un potentiel pour rendre disponibles des produits de cocaïne moins puissants. De nombreux produits existent déjà et d'autres pourraient être développés, apportant à la fois des avantages en termes de réduction des risques pour les personnes qui consomment de la cocaïne, mais aussi des opportunités de développement économique pour les régions traditionnelles de culture de la coca (voir chapitre 6). Bien sûr, il est difficile de prédire comment une telle disponibilité légale pourrait affecter l'usage de la cocaïne en poudre ou de crack au fil du temps, et de nombreuses variables pourraient influencer de tels impacts. Mais il est parfaitement raisonnable de supposer que ces produits répondraient aux besoins d'au moins une partie des consommateurs actuels ou potentiels de cocaïne, mais de manière plus sûre. Ce processus d'orientation progressive des habitudes de consommation vers des produits et des comportements plus sûrs pourrait être soutenu par la réglementation, par exemple, en rendant les produits plus doux relativement moins chers ou relativement plus disponibles, en permettant une certaine forme de marketing ou

de *branding* pour ces produits, en autorisant leur utilisation en public ou dans des contextes sociaux tels que les cafés ou les bars. L'usage de ces produits pourrait également être encouragé par l'éducation à la réduction des risques et par d'autres outils de santé publique.

Feuille de coca

L'utilisation de la feuille de coca dans les communautés indigènes andines est spécifique à la région et à la culture (elle est utile pour lutter contre le mal de l'altitude et fournit des nutriments qui ne sont pas facilement disponibles dans d'autres aliments locaux)⁴⁸. Il semble peu probable qu'il existe un marché substantiel pour la mastication traditionnelle de la feuille de coca dans le reste du monde, même en l'absence d'obstacles juridiques à sa production et à son exportation. D'autres stimulants spécifiques à une culture ou à une région, tels que le khat et la noix de bétel, n'ont pas non plus trouvé de débouchés importants à l'échelle mondiale, même s'ils ne sont pas soumis aux interdictions mondiales qui frappent la feuille de coca. Néanmoins, les produits disponibles pour la mastication pourraient être mis à disposition d'un marché de niche, tandis que d'autres produits à base de feuille de coca pourraient être adaptés pour un public plus large.

Thé de coca et autres boissons à base de coca

Dans les régions andines, le thé de coca est utilisé de la même manière que le café et le thé conventionnel dans la majeure partie du reste du monde. Il n'y a aucune raison pour qu'il ne soit pas plus largement disponible ailleurs. Dans un premier temps, la consommation restera probablement concentrée dans la région andine, mais le thé de coca pourrait trouver sa place sur le marché mondial des thé rares. Il n'y a aucune raison particulière de

⁴⁸ Troyano Sanchez, D.L., et Restrepo, D. (2018). *Coca Industrialization: A Path to Innovation, Development and Peace in Colombia*. pp.16-19.
<https://www.opensocietyfoundations.org/publications/coca-industrialization-path-innovation-development-and-peace-colombia>

penser qu'il remplacera ou empiétera sérieusement sur les marchés traditionnels du café et du thé là où ils sont établis.

Il est plus probable que de nouvelles boissons à base de coca apparaissent pour concurrencer le marché lucratif des boissons non alcoolisées à base de caféine, notamment les boissons au cola et les boissons énergisantes comme le Red Bull. Des inquiétudes légitimes ont été exprimées quant au fait que les boissons énergisantes à base de caféine attirent les adolescents et sont délibérément commercialisées à leur intention. En outre, nombre de ces boissons à la caféine ont été activement commercialisées pour leurs propriétés stimulantes, en les associant à la santé, à la vitalité et à des styles de vie glamour, par exemple par le biais d'une stratégie de valorisation et de parrainage de célébrités, de sports extrêmes et d'événements musicaux. Les réglementations devraient être conçues pour lutter contre ce type de marketing pour toutes les boissons à base de coca.

Bien que la teneur active du thé de coca soit naturellement limitée, des boissons plus élaborées pourraient contenir des quantités plus importantes de coca/cocaïne. Les boissons plus puissantes devraient être soumises à des niveaux de réglementation supplémentaires, afin de limiter la teneur en substances actives, de contrôler l'étiquetage, l'emballage et la publicité, et de mettre en place des restrictions d'accès en fonction de l'âge – comme cela a commencé à se produire pour certaines boissons énergisantes contenant de la caféine.

Certains pays européens ont introduit de nouveaux contrôles sur les boissons énergisantes à forte teneur en caféine, en limitant par exemple la vente aux plus de 16 ans⁴⁹. Les boissons à base de coca dépassant un certain niveau de puissance devraient faire l'objet d'un contrôle plus strict, car la

⁴⁹ BBC News (2018). Energy drinks: UK supermarkets ban sales to under-16s. BBC 5 March. www.bbc.co.uk/news/uk-43287125; World Health Organization (2014). Energy drinks cause concern for health of young people. WHO 14 October. www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2014/10/energy-drinks-cause-concern-for-health-of-young-people; Breda, J.J., Whiting, S.H., Encarnaçã, R. et al. (2014). Energy drink consumption in Europe: a review of the risks, adverse health effects, and policy options to respond. *Frontiers in Public Health* 2, p.3. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197301/pdf/fpubh-02-00134.pdf

cocaïne n'est pas autorégulatrice comme l'est la caféine dont les effets désagréables et la tolérance se manifestent relativement rapidement au-delà d'une dose active standard. Une limite supérieure de la teneur en cocaïne par volume de boisson et par portion pour adulte empêcherait la mise au point de préparations plus puissantes, comme certains produits de type *energy shots* à base de caféine. La vente de toute boisson énergisante à base de coca dépassant un certain seuil de puissance devrait être soumise à une réglementation supplémentaire, incluant notamment l'obligation pour les vendeurs de détenir une licence.



Thé de coca servi dans un café à Cuzco, Pérou

Sachets de thé à la coca

GAUCHE : Arturoramos. Wikimedia Commons. [bit.ly/3kGFF0B](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Arturoramos_-_Cuzco_-_Peru_-_2019_01_10_10_00_00.jpg). Partagé sous licence CC BY-SA 4.0 (creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en). DROITE : Steve Rolles, 2019

Bien que les boissons à base de coca offrent une préparation de cocaïne plus sûre, plus douce et plus lentement absorbée, la réglementation devrait tenir compte des risques liés à la consommation de ces produits en combinaison avec d'autres substances psychoactives, en particulier l'alcool. Il s'agit d'un problème déjà rencontré avec les boissons énergisantes à base de caféine (par exemple les *Jägerbombs*, où le *Jägermeister* est mélangé



Red Bull sponsorise les courses aériennes et les courses de Formule 1

GAUCHE : tataquax. Flickr. [flic.kr/p/sKDjX7](https://www.flickr.com/photos/skdjx7/). Partagé sous licence CC BY-SA 2.0 (creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0/).

DROITE : iragazziredbull. Flickr. [flic.kr/p/6LJCZT](https://www.flickr.com/photos/6LJCZT/). Partagé sous licence CC BY-NC 2.0 (creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/).

à une boisson énergisante et vendu dans les bars). Certaines boissons combinées pré-mélangées ont également vu le jour, cherchant à tirer parti de cette tendance des cocktails caféine/alcool et ont suscité suffisamment d'inquiétude pour être interdites aux États-Unis.

Autres produits de la coca

Étant donné que la cocaïne est absorbée beaucoup plus efficacement par les gencives ou par voie sublinguale que par l'estomac, il existe un potentiel pour le développement de produits oraux à base de feuilles de coca plus faciles à consommer, qui seraient plus attrayants comme substitut à la cocaïne en poudre que la mastication de feuilles de coca ou le thé, pour les marchés non traditionnels. Il existe déjà de nombreuses variantes de ces produits dans la région andine, notamment des bonbons à base de sucre, des pastilles ou des sachets oraux.

Les sachets sont comparables aux produits du tabac à usage oral, comme le *snus* utilisé en Norvège et en Suède (appelé « bandits » aux États-Unis). Une quantité de feuilles de coca ou de farine de coca, plus un additif alcalin pour activer l'alcaloïde, est contenue dans un petit sachet perméable, semblable à un sachet de thé, qui se place dans la bouche entre la lèvre et la gencive ou sous la langue. Ce sachet libère une dose plus faible de cocaïne sur une période plus longue, de la même manière que la mastication traditionnelle de la coca.

L'apparition de l'effet est plus lente que pour la cocaïne sniffée, et l'effet est plus doux, mais également plus constant et de plus longue durée – évitant ainsi les hauts et les bas liés à des prises répétées de la poudre sniffée. Certains produits régionaux à base de coca, comme le *mambe* et le *coca machucada*, constituent déjà une avancée vers une consommation plus conviviale. Le *mambe* est une forme traditionnelle de consommation de coca qui se répand aujourd'hui en Colombie. Il s'agit de farine de coca pulvérisée pré-mélangée à de la cendre alcaline. La *coca machucada*, utilisée en Bolivie, consiste en des feuilles de coca mélangées à des arômes et à un alcalin, puis ramollies à l'aide d'un marteau, rendant la coca plus facile à mâcher.

Les produits oraux à base de coca peuvent également prendre la forme de pastilles, qui se placent entre la lèvre et la gencive et sont absorbées sur une période pouvant aller jusqu'à une heure ou plus. Ces deux types de produits ont un goût de coca prononcé, qui ne plaît pas à tout le monde, mais qui peut

Les risques liés aux mélanges de boissons alcoolisées et de stimulants: Four Loko

Le *Four Loko* est la plus célèbre d'une série de boissons gazeuses alcoolisées sucrées et caféinées qui ont fait leur apparition sur les marchés américains et mondiaux entre 2001 et 2010. Vendue en huit saveurs fruitées, *Four Loko* contenait jusqu'à 12 % d'alcool dans une canette de 0,7 litre, ce qui signifie qu'une canette contenait l'équivalent de 4 à 5 bouteilles de bière standard, ainsi que 156 milligrammes de caféine (soit l'équivalent de deux canettes de Red Bull). Le marketing de *Four Loko* ciblait les jeunes consommateurs par le biais d'une stratégie de marque axée sur le style de vie et le parrainage d'événements musicaux.

Vers 2009, ce phénomène a commencé à attirer l'attention des médias grand public lorsqu'il a été associée à des incidents marquants de consommation excessive d'alcool et d'hospitalisations parmi chez des adolescents et sur les campus universitaires. Surnommée « cocaïne liquide », « crack en canette » et « *blackout* en canette » par certains médias, elle a rapidement été interdite sur les campus, dans les chaînes de supermarchés, puis au niveau des états. Le *Four Loko* a finalement été retiré de la vente aux États-Unis par ses producteurs après que la FDA a déclaré que la caféine était un additif alimentaire non autorisé, soulevant des préoccupations de santé (le produit est revenu plus tard, sans la teneur en caféine).

être modifié dans une certaine mesure par l'ajout d'arômes. Les produits existants de ce type sont conçus pour les marchés locaux déjà familiarisés avec la coca, plutôt que pour les personnes qui consomment actuellement de la poudre de cocaïne. Toutefois, il est certainement possible de développer de tels produits en tenant compte des marchés d'exportation non traditionnels. La question de savoir dans quelle mesure ils pourraient satisfaire les consommateurs à la recherche des effets conventionnels de la cocaïne reste ouverte, et il se peut qu'ils ne jouent qu'un rôle mineur dans le remplacement de l'usage de cocaïne en poudre au fil du temps. Toute réponse à ces questions reste spéculative tant que ces produits ne seront pas mis sur le marché.

Ces produits ne nécessiteraient qu'une réglementation adaptée au risque relativement modeste qu'ils présentent, probablement comparable aux produits de remplacement de la nicotine, avec un modèle de vente en pharmacie réservé aux adultes et en vente libre. Ils seraient judicieusement mis à disposition et promus comme un substitut à moindre risque de la cocaïne en poudre.

Il faut reconnaître que l'introduction de produits moins puissants pourrait créer de nouvelles formes de consommation de cocaïne là où il n'y en avait pas auparavant, mais l'expérience du Pérou et de la Bolivie (où des marchés légaux de la coca existent, mais où les niveaux de consommation de cocaïne restent relativement faibles) suggère que cela demeure peu probable.

D'un point de vue de santé publique, il ne s'agit pas d'une préoccupation majeure, car ces produits présentent un risque relativement faible et pourraient simplement élargir le choix des consommateurs entre des produits (tels que le thé ou le café) qui présentent un risque comparablement faible, ou d'autres (comme le tabac) présentant un risque plus élevé. Il est toutefois possible que ces produits conduisent à des formes plus risquées de consommation de cocaïne chez certaines personnes qui, autrement, n'auraient pas choisi d'en faire l'expérience. C'est pour cette raison qu'une réglementation visant à atténuer ces risques, en particulier l'imposition



Chewing-gum à la coca, pastilles à la coca et Coca Mambe

PHOTOS : Steve Rolles, 2019, et (Mambe) Crista Castellanos. bit.ly/33JDKKZ. Partagé sous licence Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en>).

d'une limite d'âge sur les ventes, serait appropriée, même si la probabilité reste relativement faible.

Produits oraux améliorés à base de coca

Les produits fabriqués à partir de la coca sont naturellement limités dans leur puissance, car la coca elle-même contient environ 1% de cocaïne. Si les produits à base de coca procurent un léger effet de cocaïne, il reste un écart important, en termes d'intensité, entre ces produits et la poudre de cocaïne extraite. Il serait certainement possible de proposer des produits oraux plus puissants – sous forme de *snus*/sachets oraux ou de pastilles – qui fournissent une dose plus élevée de cocaïne que les produits à base de coca uniquement, tout en permettant une administration orale plus sûre et plus lente. Il pourrait s'agir de produits de coca purifiés, ou produits pour inclure un « booster » de l'alcaloïde extrait. Il pourrait aussi s'agir de produits pharmaceutiques à base de cocaïne (un peu comme les nouveaux *snus* sans tabac ou les pastilles de remplacement de la nicotine). Abandonner complètement la coca comme composant du produit aurait des implications pour la dimension du développement économique de cette discussion (voir chapitre 6).

L'augmentation de la puissance et du dosage des produits à base de coca améliorée entraîne inévitablement une augmentation des risques, même s'ils restent inférieurs à ceux de la cocaïne en poudre. Les modèles de réglementation de ces produits devraient en tenir compte et il faudrait déterminer le seuil de puissance à partir duquel différents niveaux de contrôle seraient appliqués. Ces produits ne pourraient être promus par les vendeurs de cocaïne que comme une alternative plus sûre à la cocaïne en poudre. Le rationnement pourrait être moins strict et les prix plus bas afin d'inciter les personnes qui consomment de la cocaïne à se tourner vers un produit plus sûr. Alors que les produits de coca les plus doux – comme le thé de coca – pourraient être vendus avec peu de restrictions (en dehors

d'un étiquetage clair du contenu), les produits plus forts devraient faire l'objet d'un contrôle plus strict.

Modèle de réglementation proposé pour le crack

Qu'est-ce que le crack ?

Le crack est de la cocaïne. Il s'agit de la même substance psychoactive que la cocaïne en poudre, mais sous une forme (en termes techniques, la base plutôt que le sel) qui permet un mode d'administration différent, c'est-à-dire fumée. Cela signifie que les effets sont les mêmes que ceux de la cocaïne, mais beaucoup plus intenses et de courte durée. Si l'on compare la cocaïne en poudre sniffée au crack fumé, on peut considérer qu'il s'agit de la même substance, mais que les effets sont ressentis immédiatement et d'un seul coup; ils sont concentrés dans un temps entre un cinquième à un dixième de la durée (5 à 10 minutes contre 45 à 120 minutes), de sorte que les niveaux de plasma sanguin atteignent un pic beaucoup plus élevé. Les effets de la cocaïne en poudre injectée sont d'une intensité similaire à ceux du crack fumé, bien qu'il n'y ait pas de perte due à l'expiration. Le crack est aussi parfois injecté – avec des effets indiscernables de ceux de la cocaïne en poudre injectée, car il se transforme à nouveau en sel lorsqu'il est préparé pour l'injection.

Les risques associés au crack sont plus importants en raison de la vitesse et de l'intensité accrues de l'exposition. Il existe également des risques supplémentaires liés au tabagisme et aux dommages causés au système respiratoire. Les dommages respiratoires liés à la consommation de crack, ou *pasta base*, sont accrues lorsque le crack est fumé à l'aide de pipes improvisées fabriquées à partir de canettes en aluminium ou de bouteilles en plastique, qui peuvent dégager des fumées toxiques lorsqu'elles sont

chauffées. L'utilisation de courtes pipes à crack en verre (sans embout en latex) a également été associée à des brûlures, des coupures et des infections des lèvres, et à une voie de transmission de maladies infectieuses telles que l'herpès, la tuberculose, l'hépatite et le Covid-19 en cas de partage.



Cocaïne sous forme de crack

PHOTO : iStock

Les modes de consommation du crack varient. L'enquête nationale américaine de 2018 sur la consommation de substances psychoactives et la santé a révélé que, bien qu'environ 9 millions de personnes âgées de plus de 12 ans aient déclaré avoir consommé du crack au moins une fois dans leur vie, seulement 757 000 l'avaient fait au cours de l'année écoulée, ce qui signifie que cela n'était pas le cas pour plus de 90 % des consommateurs. Moins de 5 % des consommateurs avaient consommé du crack au cours du dernier mois. Des chiffres très similaires ont été rapportés pour l'année 2017⁵⁰. La consommation occasionnelle de crack à des fins récréatives aux États-Unis serait devenue plus populaire ces dernières années chez les travailleurs à hauts revenus du secteur financier, ce qui semble aller à l'encontre des représentations médiatiques répandues et fortement racialisées qui dépeignent le crack comme uniquement associé à la pauvreté et à l'addiction autodestructrice⁵¹.

Le professeur Carl Hart a noté que « même au plus fort de la consommation, seuls 10 à 20 % des consommateurs de crack sont devenus dépendants »⁵². Cependant, il est également vrai que l'intensité de l'expérience du crack se prête à des schémas de consommation compulsive plus problématiques

50 SAMHSA (2019). 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Table 1.70. <https://www.samhsa.gov/data/report/2018-nsduh-detailed-tables>

51 Details (2013). Can People Smoke Crack Recreationally? Republié dans *Business Insider* le 11 novembre. <https://www.businessinsider.com/can-people-smoke-crack-recreationally-2013-11?r=US&IR=T>

52 Hart C. (2013). *High Price: Drugs, Neuroscience, and Discovering Myself*. Londres : Penguin.



Kit pour fumer du crack en toute sécurité

y compris pipe en verre, embout en caoutchouc, gaze, bâtonnet, baume à lèvres et préservatif

PHOTO : Ernesto Cortes

que ceux de la cocaïne en poudre. L'intensité et le détachement associés au crack présentent certaines similitudes avec l'héroïne : à la fois l'expérience profonde du plaisir et l'anxiété associée à la descente et au sevrage, à l'état de manque et à la consommation répétée. Pour le crack, l'atténuation de la descente implique souvent d'autres substances psychoactives telles que l'alcool, les benzodiazépines ou les opioïdes. Cependant, il est aussi beaucoup plus étroitement associé à une consommation épisodique importante que l'héroïne.

Le rapport de l'EUDA sur les tendances émergentes note que : « contrairement à l'héroïne, la dépendance au crack n'implique pas nécessairement une consommation quotidienne ; le crack est souvent consommé lors de *binges* qui peuvent durer des jours jusqu'à l'épuisement physique ou économique – bien que les personnes qui consomment à la fois du crack et de l'héroïne soient beaucoup plus susceptibles de prendre du

crack quotidiennement»⁵³. En ce qui concerne le profil des personnes qui consomment du crack, l'EUDA note que :

*...les consommateurs de crack sont souvent marginalisés, qu'il s'agisse de personnes vivant dans la rue ou de polyconsommation (Irlande), de migrants d'Europe de l'Est qui passent des amphétamines au crack (France), de migrants appartenant à des groupes ethniques minoritaires (France et Danemark) ou de ressortissants qui consomment du crack et d'autres drogues sur le long terme (Francfort)*⁵⁴.

Modèle de régulation proposé

La question « mais qu'en est-il du crack ? » n'est jamais loin lorsque l'on parle de réglementation légale de la cocaïne. Tenter de réglementer le crack, si souvent associé à des comportements à haut risque et à des dommages personnels et sociaux, peut sembler décourageant. La réponse est de commencer par dépasser les solutions trop simplifiées qui, au fil des ans, ont manifestement échoué à produire des résultats efficaces.

Plus de quatre décennies de répression pénale n'ont pas permis d'éradiquer la consommation de crack. Indépendamment de ce que l'on peut en penser, il faut accepter que certaines personnes veuillent consommer du crack, et qu'elles le fassent, malgré les efforts déployés pour les persuader du contraire. Il est contre-productif de nier ou d'ignorer le défi. Au lieu de cela, nous devons examiner les preuves disponibles. Celles-ci nous aideront à comprendre quels types d'intervention seront les plus efficaces pour réduire les dommages causés par le crack, tant pour les personnes qui en consomment que pour l'ensemble de la communauté. Il peut s'agir d'un objectif à long terme visant à réduire les niveaux globaux de consommation

⁵³ EMCDDA (2018), *Recent changes in Europe's cocaine market: Results from an EMCDDA trendspotter study*, p.13. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/eb651d5a-028c-11e9-adde-01aa75ed71a1>

⁵⁴ Voir note de bas de page 77.

de crack, tout en mettant l'accent sur la santé et le bien-être des personnes qui continuent à en consommer.

Il va de soi que nous ne préconisons pas un modèle dans lequel le crack serait vendu sous quelque forme que ce soit. Mais il n'y a aucun avantage à criminaliser et à diaboliser davantage les personnes qui en consomment. Au lieu de cela, nous avons besoin d'une réponse concertée de santé publique, combinée à un soutien social approprié. La décriminalisation de la possession de crack pour usage personnel (comme de toutes les drogues) et la prise en compte des conditions sociales qui sous-tendent l'usage le plus problématique du crack sont essentielles pour réduire les comportements à haut risque à long terme.

Les réponses de santé publique sont plus difficiles et moins bien établies pour le crack que pour l'héroïne. Alors que même les schémas de consommation d'héroïne les plus enracinés peuvent bien répondre à des prescriptions régulières, la consommation problématique de crack se caractérise souvent par des cycles de surconsommation et d'effondrement moins faciles à gérer. Les modes de consommation épisodiques ont tendance à conduire à un engagement sporadique auprès des programmes de traitement, ce qui complique l'offre d'un soutien approprié.

Alors que les personnes qui consomment de l'héroïne fournie illégalement peuvent être maintenues et stabilisées avec succès grâce à des préparations d'héroïne prescrites, ou accepter des prescriptions de substitution telles que la méthadone, la buprénorphine, l'hydromorphone ou même l'opium, il n'existe pas de modèle médical pour la prescription de crack. Certaines recherches ont exploré la prescription de stimulants de substitution tels que les amphétamines et le Modafinil, ou l'utilisation de préparations de cocaïne moins puissantes⁵⁵. Il a également été démontré que la prescription d'héroïne réduisait la consommation de crack chez les

⁵⁵ Kampman, K.M. (2008). The search for medications to treat stimulant dependence. *Addiction Science and Clinical Practice* 4.2. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2797110/>

personnes qui consomment à la fois du crack et de l'héroïne : les résultats des programmes de traitement assisté à l'héroïne en Suisse et au Royaume-Uni montrent une baisse significative de la consommation de crack chez les personnes qui peuvent accéder régulièrement à de l'héroïne sur ordonnance⁵⁶. Certains éléments indiquent que l'offre de cannabis est également efficace⁵⁷. L'augmentation de la consommation simultanée de crack et d'héroïne est une autre conséquence négative involontaire de la prohibition. Dans le cas du crack au Royaume-Uni, le marché illégal de l'héroïne, établi de longue date, a créé un réseau de distribution prêt à l'emploi et un marché réceptif pour le nouveau produit. Il s'agit d'un marché et d'une culture que la réglementation contribuerait activement et directement à démanteler, en apportant des avantages à court terme et en aidant à faire en sorte que toute « épidémie » de drogue future ait moins de chances de s'installer. Les avantages sociaux d'une réglementation sont particulièrement importants, car les consommateurs de crack appartiennent souvent à des communautés déjà défavorisées, confrontées à la pauvreté, à de mauvaises conditions de logement, à peu d'opportunités de travail et à des communautés fracturées.

La réglementation doit être proactive, en surveillant et en évaluant constamment les résultats afin de s'assurer que les risques et les dommages sont combattus et que la santé est une priorité

Nous devons accepter le fait que si la cocaïne en poudre est disponible – par le biais de canaux légaux de vente au détail ou de prescription – le crack restera également disponible.

56 The National Addictions Centre, King's Health Partners, et al. (2009). *Untreatable or just hard to treat? Results of the Randomised Injectable Opioid Treatment Trial (RIOTT)* <https://cdn.sanity.io/files/6u5teakk/production/a91b571f55074c62c63fc0760b808674f7f90138.pdf?dl=>; Killias, M. et Aebi, M. (2000). The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland. *Crime Prevention Studies* 11. https://live-cpop.ws.asu.edu/sites/default/files/library/crimeprevention/volume_11/04-Killias.pdf; Transform Drug Policy Foundation (2019). *Hitting Heroin and Crack Markets: Funding Heroin Assisted Treatment through increased Proceeds of Crime Act Money*. <https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/poca-funding-for-hat-briefing-2019.pdf>

57 WHO et UNICRI (1995). The Cocaine Project. p.16. <https://web.archive.org/web/20090624103532/www.tdcpf.org.uk/WHOleaked.pdf>; Socías, M.E., Kerr, T., Wood, E. (2017). Intentional cannabis use to reduce crack cocaine use in a Canadian setting: A longitudinal analysis. *Addict Behav* 72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28399488/>

La fabrication de crack à partir de cocaïne en poudre est une procédure de cuisine simple, qu'il est impossible d'empêcher. Il est évident que les personnes qui prennent des risques sur le marché illégal pour s'en procurer ne manqueraient pas de motivation pour en fabriquer à partir d'un approvisionnement légal de cocaïne en poudre. Par conséquent, il faut continuer à se concentrer sur la manière de réduire les risques autant que possible.

La réduction des risques est possible en ce qui concerne le crack, et les interventions dans ce domaine sont de mieux en mieux établies (voir chapitre 7). Par exemple, plusieurs lieux à Vancouver distribuent des kits de réduction des risques pour les consommateurs de crack, et certaines expérimentations ont également commencé avec des espaces de consommation supervisée pour l'usage du crack. Ces interventions s'orientent vers un modèle où, bien que le crack ne soit pas directement disponible, des mesures de réduction des risques sont mises en place pour ceux qui continuent à s'en procurer et à en consommer, qu'ils le fassent par des voies illégales ou quasi-légales.

Une approche pragmatique à trois niveaux

Il n'existe pas de réponse simple ou unique au défi que représente la réglementation des produits à base de coca dans toute leur diversité. La politique actuelle en matière de drogues ne permet absolument pas de refléter, dans la régulation, les différences de puissance et de risque entre ces produits. Notre proposition consiste à reconnaître ces distinctions et à mettre en place un système qui utilise toutes les options réglementaires disponibles – par le biais de l'octroi de licences, du contrôle des prix, du rationnement et des restrictions à la commercialisation – en établissant une approche à plusieurs niveaux pour atteindre les objectifs de la réglementation décrits au chapitre 1. En adaptant les éléments définis dans notre modèle de réglementation standard en fonction de la puissance des substances, il devient

possible de créer un marché viable qui n'encourage pas la consommation tout en évitant de la criminaliser.

Dans le cadre du modèle à plusieurs niveaux étudié dans ce chapitre, les produits de coca moins puissants seront plus facilement disponibles, tandis que l'offre de cocaïne en poudre sera strictement contrôlée et rationnée. Le crack, en revanche, sera géré par le biais d'une action spécifique de réduction des risques, comprenant des espaces de consommation supervisée. Bien entendu, aucun système n'est en mesure d'éradiquer tous les maux, et tous les systèmes présentent des failles qui peuvent être exploitées. La réglementation doit être proactive, en surveillant et en évaluant constamment les résultats pour s'assurer que les risques et les dommages sont combattus et que la santé est une priorité. En intégrant l'ensemble des préparations à base de coca dans un cadre réglementaire global, nous pouvons entamer ce processus et commencer à réparer les dommages causés par des décennies d'approvisionnement chaotique et incontrôlé.



6

Développement durable
et régulation équitable

Les futurs marchés
réglementés pour la
vente non médicale de ces
substances psychoactives
ne seraient pas
entièrement nouveaux.
Ils viseraient plutôt à
réguler de vastes marchés
illégaux existants.

EN SUPPOSANT QUE LES DÉFIS JURIDIQUES ET POLITIQUES PUISSENT ÊTRE RELEVÉS, la production réglementée de stimulants pour de futurs marchés légaux ne constitue pas, à première vue, un défi pratique majeur. Il n'y a aucun mystère quant à la production légale de cocaïne, d'amphétamines et de MDMA: ces substances sont déjà produites légalement des fins médicales et scientifiques. Les cadres existants peuvent donc servir de référence pour élaborer des réglementations pour la production non médicale.

Les futurs marchés réglementés pour la vente non médicale de ces substances ne seraient pas des marchés entièrement nouveaux. Ils viseraient plutôt à réguler de vastes marchés illégaux existants. Ces marchés assurent actuellement leur subsistance à des millions de personnes, dont beaucoup, en particulier dans le cas des marchés de la coca/cocaïne, vivent dans des conditions d'extrême vulnérabilité économique et dépendent de l'économie de la drogue illégale pour leur survie.

Il existe un danger réel que la réforme de la politique en matière de drogues conduise à une domination économique par les mêmes forces du Nord global qui ont été à l'origine de la prohibition mondiale. Ce risque s'est déjà manifesté dans le cas du cannabis, où des multinationales ont commencé à

« Les pays développés – principaux consommateurs – ont imposé des politiques néfastes aux pays producteurs de substances psychoactives. Ces politiques ont eu des conséquences désastreuses sur... le développement économique et la stabilité politique de ces pays producteurs... [L]a stratégie de “guerre contre la drogue” n'a pas eu d'impact significatif sur ses objectifs visant une augmentation du prix des substances psychoactives sur le marché illégal et une réduction de leur consommation. Au contraire, la prohibition a créé des incitations économiques favorisant l'émergence et la prospérité des trafiquants. »

Fernando Henrique Cardoso

34e président du Brésil 2010, membre de la Commission mondiale sur les drogues

Cardoso, F.H. (2010). Foreword. In: Keefer, P. and Loayza, N. (eds) (2010). *Innocent Bystanders: Developing Countries and the War on Drugs*. Washington, DC: Palgrave MacMillan et Banque Mondiale. documents.worldbank.org/curated/en/144831468154466729/pdf/536410PUB0Inno101Official0Use0Only1.pdf

exploiter les opportunités de production dans les communautés traditionnelles de cultivateurs. En l'absence d'une planification proactive, l'agenda du développement durable risque d'être à nouveau marginalisé. Le fardeau de la guerre mondiale contre la drogue a principalement pesé sur les populations marginalisées d'un point de vue économique, en particulier dans les régions de production primaire et de transit. Les bénéfices de la fin de la prohibition risquent d'être tout aussi inégalement répartis. Sans intervention active, les nouveaux marchés légaux de la drogue tomberont rapidement, par défaut, entre les mains des grandes entreprises pharmaceutiques et agroalimentaires mondiales, laissant à l'abandon ceux qui dépendent actuellement d'emplois précaires dans le commerce illégal.

Les marchés illégaux présentent un paradoxe en matière de développement : ils entravent activement le développement social et économique, tout en offrant simultanément un moyen de subsistance économique aux plus vulnérables. Comprendre les dynamiques de ce paradoxe est essentiel pour réfléchir à la manière de le gérer dans le cadre du processus de réforme.

La production et la distribution de substances psychoactives illégales sont imputoyablement motivées par la recherche du profit, mais elles échappent largement aux règles, à la responsabilité et aux institutions qui régissent les économies légales. Les organisations criminelles flexibles et opportunistes se tournent vers les lieux où elles peuvent opérer sans entraves. Elles se dirigent naturellement vers les communautés pauvres, vulnérables et marginalisées d'un point de vue géographique, des zones marquées par des d'inégalités structurelles profondes, des États fragiles dotés d'institutions affaiblies et des zones de conflit. Dans ces contextes, elles peuvent éviter les menaces que l'État fait peser sur leurs activités, minimiser les coûts de production et de transit, et maximiser leurs profits¹.

¹ Buxton, J. (2015). *Drugs and development: the great disconnect*. Université de Swansea (Observatoire mondial des politiques en matière de drogues). <https://www.swansea.ac.uk/media/Drugs-and-Development-The-Great-Disconnect.pdf>

« Les efforts déployés au niveau mondial pour lutter contre la drogue ont eu une conséquence involontaire dramatique : l'apparition d'un marché illégal criminel d'une ampleur stupéfiante. Le crime organisé est une menace pour la sécurité. Les organisations criminelles ont le pouvoir de déstabiliser la société et les gouvernements. Le commerce des drogues illicites représente des milliards de dollars par an, dont une partie sert à corrompre les fonctionnaires et à empoisonner les économies.

Les cartels de la drogue sèment la violence en Amérique centrale, au Mexique et dans les Caraïbes. L'Afrique de l'Ouest est attaquée par le narcotrafic. La collusion entre les insurgés et les groupes criminels menace la stabilité de l'Asie occidentale, des Andes et de certaines régions d'Afrique, en alimentant le trafic d'armes, le pillage des ressources naturelles et la piraterie. »

Office des Nations unies contre la drogue et le crime

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2009). World Drug Campaign — Security And Justice. Note : ce texte est apparu sur la page web de l'UNODC en 2009, mais a été retiré fin 2015. La page archivée est disponible ici : <https://web.archive.org/web/20090826182157/www.unodc.org/drugs/en/security-and-justice/index.html>



OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE



Objectifs de développement durable des Nations unies

source : UN Department of Economic and Social Affairs. www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/

Lorsque les institutions étatiques sont déjà, sous-développées et manquent de ressources financières, la vulnérabilité à la corruption liée au marché de la drogue ne fait qu'augmenter, car les groupes du crime organisé cherchent à ancrer et à étendre leur contrôle.

Dans une dynamique parallèle et tout aussi destructrice, la violence et l'intimidation peuvent souvent devenir les outils de régulation par défaut des économies des drogues illégales en l'absence d'infrastructure réglementaire légale. Lorsque la violence et l'intimidation font partie intégrante de la vie quotidienne, que la corruption devient endémique au sein de la police, du système judiciaire et de la politique, les citoyens risquent de perdre confiance dans les institutions qu'ils considèrent comme inefficaces et irresponsables, voire complices d'activités criminelles. L'État de droit s'en trouve gravement affaibli, renforçant davantage le crime organisé.

Les marchés illégaux de la drogue peuvent également nuire au développement économique de manière plus générale. Les profits tirés de la drogue,

le blanchiment d'argent et la corruption qui y sont liés engendrent de la concurrence déloyale et des distorsions sur le plan macroéconomique, tandis que la violence et l'instabilité liées à la drogue découragent les investissements et le tourisme. Dans certaines régions, les ressources que le crime organisé tire des profits de la drogue peuvent être égales, voire supérieures, à celles dont dispose le gouvernement. Dans ce cas extrême, l'économie illégale de la drogue devient une menace existentielle pour l'État lui-même, risquant de mener à la création de «narco-États», bloqués dans une spirale de sous-développement.

La corruption, la violence et la déstabilisation économique alimentées par la guerre contre la drogue – les «conséquences involontaires» si clairement identifiées par l'ONU DC – constituent de sérieux obstacles à la gouvernance démocratique. Elles rendent également difficile, voire impossible, la réalisation des Objectifs de développement durable à l'horizon 2030 des Nations unies pour de larges groupes de citoyens dans les régions les plus touchées.

Les objectifs de développement durable des Nations unies sont universels. La réflexion sur la dimension du développement durable dans la politique en matière de drogues ne devrait donc pas se limiter à des dichotomies simplistes entre Nord et Sud, pays développés et pays en développement, ou pays consommateurs riches et pays producteurs pauvres. La guerre contre la drogue a exacerbé la marginalisation et la vulnérabilité des communautés à travers le monde. Cependant, les impacts économiques de la prohibition (et les risques de voir se poursuivre, sous une forme différente, l'exploitation et l'oppression dans le cadre d'une régulation juridique) sont particulièrement prononcés dans les régions où les drogues d'origine végétale sont actuellement cultivées, et les pays par lesquels transitent les produits.

En ce qui concerne les stimulants, il s'agit principalement des régions d'Amérique du Sud où l'on cultive la coca et des pays de transit d'Amérique

centrale. Mais on parle aussi de toute la chaîne d'approvisionnement des amphétamines et de la MDMA.

Ce chapitre explore les implications du processus de réforme en matière de développement et examine comment les perspectives de développement peuvent, et doivent, être intégrées dans les cadres réglementaires émergents. La fin du chapitre explore les moyens de favoriser une justice sociale plus large, notamment au niveau de la vente au détail, en veillant à ce que les nouveaux marchés légaux profitent aux communautés impactées de manière disproportionnée par l'application de la loi dans le cadre de la prohibition.

Passage aux marchés régulés

Chacune des substances psychoactives stimulantes présentée dans ce livre soulève des questions très différentes en matière de développement et de justice sociale, et ce pour les différentes personnes impliquées dans chaque maillon de la chaîne d'approvisionnement : les personnes qui cultivent et produisent les substances, celles qui les acheminent, et celles qui les vendent et les consomment.

À chaque étape, cependant, on retrouve des thèmes communs d'inégalité, de vulnérabilité et d'exploitation. Très peu de personnes travaillant dans l'économie illégale de la drogue correspondent aux stéréotypes des gangsters riches qui font la une des journaux et des séries télévisées. En réalité, le marché des drogues illicites est profondément inéquitable, avec un nombre infime de « barons de la drogue » fortunés, et un nombre infiniment plus grand d'agriculteurs, de passeurs et de revendeurs de rue aux revenus modestes. Ces échelons inférieurs du marché de la drogue sont peuplés de manière disproportionnée par des personnes qui sont déjà socialement et économiquement marginalisées. Leur migration vers l'économie illégale de la drogue, tout en leur fournissant un moyen de survie économique à

court terme et leur permettant même un certain degré d'inclusion sociale, aura tendance à enraciner la pauvreté et la marginalisation à long terme en faisant de ces personnes des cibles de la répression, sujettes à la criminalisation, à l'incarcération et à la violence – ainsi qu'à l'exploitation et à l'intimidation de la part des groupes criminels organisés.

MDMA

Le marché illégal de la MDMA est, en valeur, relativement modeste comparé à ceux des amphétamines et de la cocaïne². Comme indiqué dans le chapitre sur la MDMA, jusqu'en 2008 environ, la fabrication illégale de MDMA impliquait un précurseur d'origine végétale (l'huile de safrole dérivée du sassafras en Chine et au Cambodge), mais cette production était modeste en termes d'ampleur et d'un point de vue de son impact économique. Depuis, la production illégale de MDMA destinée au marché mondial a été remplacée par un processus chimique entièrement synthétique. Relativement peu de personnes sont engagées dans la production, qui se concentre principalement au sein de l'Union européenne, en particulier aux Pays-Bas, bien que la production se soit diversifiée ces dernières années pour inclure d'autres pays comme le Canada et la Chine³.

La nature de la production de MDMA signifie que les enjeux de développement sont moins aigus. Sa petite échelle relative implique qu'un nombre restreint d'acteurs sous licence sont nécessaires pour répondre à la demande du marché. Néanmoins, tout modèle de régulation de la production doit être conçu en tenant compte de l'équité et de la justice sociales, en mettant en œuvre les principes de base énoncés au chapitre 1, notamment en évitant la mainmise excessive des entreprises et en garantissant

2 En 2005, l'ONUDC a estimé le marché de la cocaïne à 70 milliards de dollars par an, celui des amphétamines à 28 milliards de dollars par an et celui de l'ecstasy/MDMA à 16 milliards de dollars par an : ONUDC (2005), *Rapport mondial sur les drogues 2005 : Volume 1 : Analyses*. https://www.unodc.org/pdf/research/wdr_volume1_fr.pdf

3 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016). *Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. p.5. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/5c32bb40-10f1-11e6-ba9a-01aa75ed71a1/language-en>



La culture de l'éphédra

pour la production de méthamphétamine est de plus en plus répandue en Afghanistan

PHOTO : David Mansfield, 2020

une répartition équitable des licences.

Amphétamines

La production légale et illégale d'amphétamine est aujourd'hui essentiellement synthétique, utilisant le BMK (phénylacétone) comme principal précurseur, qui peut lui-même être relativement facilement synthétisé, en fonction des produits chimiques disponibles pour sa fabrication. La méthamphétamine peut également être synthétisée à partir de la phénylacétone, mais aussi de

l'éphédrine ou de la pseudoéphédrine – des substances que l'on trouve dans de nombreux médicaments contre le rhume en vente libre (la source d'une grande partie de la production de faible envergure de méthamphétamine), et dans la plante d'éphédra⁴.

L'éphédra a une longue histoire d'utilisation traditionnelle en Chine, en Inde et en Asie centrale, où il existe un marché légal important pour le thé à l'éphédra et les médicaments à base de plantes.

En Afghanistan, on observe également une tendance croissante à la culture de l'éphédra pour la production illégale de méthamphétamine, à la fois pour

⁴ Erowid (2004). Synthesis of Phenyl-2-Propanone (P2P). Archivé à : <https://erowid.org/archive/rhodium/chemistry/phenylacetone.html>

la consommation intérieure et pour l'exportation vers le marché mondial via l'Iran⁵.

Bien que les médicaments en vente libre contenant de l'éphédrine ou de la pseudoéphédrine ont offert une source de précurseur beaucoup plus facile pour la production de méthamphétamine à petite échelle, des tendances récentes signalées en Afghanistan montrent que certains producteurs sont passés à une variante sauvage de la plante d'éphédra, qui pousse dans les montagnes. Cette alternative permet de réduire les coûts de production de moitié et contribue à l'expansion de l'industrie régionale de la méthamphétamine⁶. Cependant, la nouveauté et la taille relativement petite de ce nouveau marché opportuniste suggèrent que les implications en termes de développement pour la transition vers une forme de production légale seraient relativement marginales.

Cette production à base de plantes est beaucoup moins importante sur le plan économique que la production illégale d'opium et de cannabis en Afghanistan, par exemple.

À l'échelle mondiale, cependant, les marchés de l'amphétamine et de la méthamphétamine sont énormes et intimement liés aux activités du crime organisé, ce qui a des impacts profonds sur la sécurité et le développement de la région. Le marché de l'Asie du Sud-Est s'est rapidement développé au cours de la dernière décennie, les saisies ayant été multipliées par sept pour la méthamphétamine et par deux pour l'amphétamine entre 2008 et 2017⁷. La production de méthamphétamine s'est également déplacée de manière

5 Mansfield, D., Soderholm, A. and Organisation for Sustainable Development and Research (2019). *Long Read: The unknown unknowns of Afghanistan's new wave of methamphetamine production*. LSE USCentre. <https://blogs.lse.ac.uk/usappblog/2019/09/30/long-read-the-unknown-unknowns-of-afghanistans-new-wave-of-methamphetamine-production/>; UNODC (2020). *World Drug Report 2020, Booklet 4: Cross-cutting Issues*. pp.26–27. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_4.pdf

6 Bathia, J. (2020). Literature review: Drugs and (dis)order in Afghanistan. *Drugs and (dis)order*. p.11. https://drugs-disorder.soas.ac.uk/wp-content/uploads/2020/04/Drugs-and-development-in-Afghanistan_Final.pdf; Power, M. (2019). Plant-Based Meth Is the Next Frontier of Afghanistan's Drug Trade. *Vice* 2 octobre. <https://www.vice.com/en/article/drug-lords-have-figured-out-how-to-make-meth-from-plants/>

7 UNODC (2019). *Global Smart Update, Volume 22. The ATS market — 10 years after the 2009 Plan of Action*. pp.4–5, 7. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf

Production d'amphétamines et conflits armés

Selon l'EUDA, il existe « une incertitude considérable quant aux niveaux actuels de production » d'amphétamine au Moyen-Orient, bien que « l'utilisation du captagon soit probablement assez fluide et puisse évoluer rapidement en fonction des situations de sécurité, politiques et économiques en constante évolution »ⁱ. Les conflits armés posent un défi particulier dans le contexte du développement, précisément en raison de ces situations qui s'intensifient rapidement.

Il existe également une tendance historique à l'utilisation d'amphétamines par les combattants. La production (et la consommation) en Syrie, au milieu d'une violente guerre civile, met en lumière un important défi en matière de développement. Il a été rapporté que le groupe armé Hezbollah, basé au Liban, fait partie de ceux qui profitent de la production et de la distribution de drogues, tandis que l'ONU DC note que le captagon reste « une source potentielle de revenus pour les groupes terroristes et insurgés de la sous-région »ⁱⁱ. L'EUDA est plus prudent et conclut que « si certains groupes terroristes peuvent exploiter le marché du captagon pour financer leurs activités et si certains terroristes peuvent parfois consommer du captagon ou d'autres substances psychoactives... les preuves disponibles n'indiquent pas de lien particulier entre le captagon et le terrorisme ».ⁱⁱⁱ

ⁱ EMCDDA (2018). *Captagon : understanding today's illicit market*. p.11,15. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

ⁱⁱ Henley, J. (2014). Captagon: the amphetamine fuelling Syria's civil war. *The Guardian* 13 January. www.theguardian.com/world/shortcuts/2014/jan/13/captagon-amphetamine-syria-war-middle-east; UNODC (2019). *World Drug Report 2019, Booklet 4 : Stimulants*. p.52. wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_4_STIMULANTS.pdf; voir aussi UNODC (2020). *World Drug Report 2020, Booklet 3 : Drug Supply*. p.58. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

ⁱⁱⁱ Voir note de bas de page i. p.15.

significative de la Chine, où des efforts concertés ont été déployés en matière de répression, vers des régions plus éloignées et moins surveillées du nord du Myanmar⁸. L'ONU DC souligne que, « comme toute entreprise, les entreprises criminelles transnationales recherchent des conditions favorables à leur rentabilité, et en Asie du Sud-Est, les conditions ont été favorables ». Ces conditions comprennent le sous-développement systémique – encore exacerbé par les marchés illégaux de la drogue – ainsi que l'offre de précurseurs et d'industries chimiques bien établies⁹.

⁸ Douglas, J. (2018) Asia's new methamphetamine hotspot fueling regional unrest. *CNN* 8 juin. <https://edition.cnn.com/2018/06/08/opinions/myanmar-shan-state-methamphetamine-intl/index.html>

⁹ UNODC (2019). *Transnational Organized Crime in Southeast Asia: Evolution, Growth and Impact*. Foreword. https://www.unodc.org/roseap/uploads/archive/documents/Publications/2019/SEA_TOCTA_2019_web.pdf

Ces dernières années, la majeure partie du commerce de précurseurs s'est orientée vers le Moyen-Orient. Entre 2008 et 2011, 98 tonnes de BMK (actuellement le principal précurseur de l'amphétamine et représentant plus de deux tiers du commerce mondial) ont été importées en Jordanie, « principalement pour être réexportées vers l'Irak ». L'EUDA signale que « le sort de



Production de méthamphétamine de haute qualité

en Afghanistan

PHOTO : David Mansfield, 2020

ces importations n'est pas clair» et que « seule une saisie de précurseur » a été officiellement signalée au Moyen-Orient entre 2006 et 2012. Comme le souligne l'EUDA, « même si un petit pourcentage de ce précurseur était détourné », de très grandes quantités d'amphétamine et de substances apparentées auraient pu être produites¹⁰. La « légitimité » de ces importations a été remise en question par l'Organe international de contrôle des stupéfiants, le BMK étant prétendument importé pour développer des produits de nettoyage, alors qu'il existe des alternatives¹¹.

Plus récemment, le « démantèlement » de laboratoires de synthèse d'amphétamine a été signalé au Liban et en Jordanie¹². Toutefois, seuls cinq laboratoires ont été démantelés au Moyen-Orient entre 2010 et 2018¹³.

¹⁰ EMCDDA (2018). *Captagon: understanding today's illicit market*. p.9. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/54b9de01-d5a4-11e8-9424-01aa75ed71a1>

¹¹ Organe international de contrôle des stupéfiants (2010). *Précurseurs et produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*. p.10. https://www.incb.org/documents/PRECURSORS/TECHNICAL_REPORTS/OLDER-REPORTS/2010/PrecursorsReport2010_F_V10579301.pdf

¹² Voir la note 9.

¹³ Voir la note 9.

Malgré ces fortes indications provenant des tendances du commerce des précurseurs, l'ampleur exacte de la production d'amphétamine au Moyen-Orient reste incertaine. L'EUDA suppose que la guerre civile syrienne a eu un impact sur la production de captagon.

Depuis 2011, les chaînes de production de captagon ont migré des réseaux criminels des Balkans dans les années 1990 et au début des années 2000, vers le Moyen-Orient au cours de ces dernières années. Le captagon était à l'origine une version médicamenteuse du stimulant fenethylamine, mais il apparaît aujourd'hui sur le marché illégal, principalement sous forme d'amphétamine (voir chapitre 4).

L'EUDA suggère que «la combinaison de juridictions faibles, d'une demande accrue de la part des combattants ou des populations affectées et de diverses factions cherchant à accéder à des fonds en s'engageant dans le commerce de la drogue, peut avoir eu pour effet d'inciter à augmenter la production de captagon dans la région»¹⁴.

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, les différents marchés et formes d'amphétamine pour lesquels il existe une demande mondiale constituent un défi unique pour la régulation. La production de Captagon semble s'être déplacée vers le Moyen-Orient, car c'est là que se trouve son principal marché¹⁵. La régulation des marchés internes existants au sein des régions est plus simple. Les questions les plus importantes en matière de régulation concerneront la production d'amphétamines destinée à la consommation dans d'autres parties du monde, ainsi que la garantie que la régulation de la production dans les pays «consommateurs» extérieurs ne prive pas de moyens de subsistance économique ceux qui dépendent de la production d'amphétamines pour les marchés illégaux existants.

¹⁴ EMCDDA (2018). Captagon: understanding today's illicit market. p.8.
www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

¹⁵ Voir la note 14 p.6.



Dès leur plus jeune âge, les enfants apprennent à utiliser des machettes pour préparer les plantes

prêtes à être semées dans un nouveau champ de coca. Hameau de La Playa, Colombie, 2003.
PHOTO : Carlos Villalon, villalonsantamaria.com

Cocaïne

La cocaïne pharmaceutique peut déjà être synthétisée entièrement à partir de précurseurs pouvant être obtenus légalement (y compris l'atropine, la tropinone et la carbométhox - ytropinone - dont aucun n'est actuellement contrôlé dans le cadre de la Convention des Nations unies sur les drogues de 1988). Le processus est complexe et actuellement beaucoup moins économique que l'extraction traditionnelle relativement simple à partir de la plante de coca, examinée au chapitre 5, et n'est pas connu pour être une source destinée au marché illégal¹⁶. Cette situation pourrait toutefois changer très rapidement grâce à des innovations technologiques majeures qui pourraient transformer radicalement les futurs marchés de la cocaïne, qu'ils soient légaux ou illégaux.

¹⁶ OEDT (sans date). Cocaïne et crack : fiche drogue. https://www.euda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine_fr

Bien qu'imprévisible, un tel développement n'est pas si éloigné de la réalité. Par exemple, des bioingénieurs ont récemment utilisé des levures génétiquement modifiées avec des gènes de pavot à opium pour produire de la noscapine, un alcaloïde présent naturellement dans le pavot à opium (utilisé comme antitussif non narcotique), et des rumeurs persistantes font état de tentatives de la part de scientifiques clandestins de réaliser quelque chose de similaire avec l'alcaloïde de la cocaïne¹⁷. Il s'agirait d'une inversion des tendances à d'innovation dans la production d'amphétamines, évoquées plus haut, qui, au contraire, voient une transition vers des méthodes de production à base de plantes dans certaines régions d'Afghanistan.

Entre-temps, la feuille de coca brute et la cocaïne pharmaceutique sont soumises à des contrôles internationaux stricts dans le cadre de la Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961¹⁸. Comme l'héroïne (diamorphine), dérivée du pavot à opium, la cocaïne est classée dans la catégorie la plus stricte, le tableau I du traité, bien qu'elle ne figure pas dans le tableau IV – qui est annexé à certaines désignations du tableau I pour indiquer qu'une substance psychoactive n'a pas d'utilisation médicale qui l'emporte sur son potentiel d'abus¹⁹. La culture légale de la coca et la production de cocaïne à des fins médicales se poursuivent en effet sous les auspices du traité. Mais compte tenu des applications médicales limitées de la cocaïne et des recherches restreintes menées jusqu'à présent sur la coca elle-même, la production se fait à une échelle beaucoup plus petite que la production légale d'opium; selon les estimations de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, la culture couvrirait environ 14 000 hectares en 2017²⁰.

17 Li, Y., Li, S., Thodey, K. et al. (2018). Complete biosynthesis of noscapine and halogenated alkaloids in yeast. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. pp.115–17. doi.org/10.1073/pnas.1721469115

18 Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants (1961). Telle que modifiée par le protocole de 1972 portant amendement de la convention unique sur les stupéfiants de 1961. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf

19 United Nations (UN) (1961). *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*. (As amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961). www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

20 International Narcotics Control Board (2017). *Narcotic Drugs 2017: Estimated World Requirements for 2018*. p.105. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2017/Narcotic_drugs_technical_publication_2017.pdf

ÉTUDE DE CAS

Guinée-Bissau

La demande croissante de cocaïne en Europe, combinée à une surveillance accrue des routes de transit dans les Caraïbes, a déplacé les filières d'approvisionnement de l'Amérique latine vers l'Afrique de l'Ouest.

La réduction de l'activité liée aux substances psychoactives illicites dans une région est compensée par une augmentation correspondante dans une autre région. La Guinée-Bissau, déjà confrontée à une gouvernance fragile, à une pauvreté endémique et à des infrastructures policières limitées, a été particulièrement touchée, avec des conséquences graves pour l'un des pays les moins développés de la planète²¹.

En 2006, le PIB total de la Guinée-Bissau s'élevait à 304 millions de dollars, soit l'équivalent de six tonnes de cocaïne vendues en gros en Europe²². En 2008, on estimait que 50 tonnes de cocaïne passaient par l'Afrique de l'Ouest chaque année, dont au moins 30 tonnes en Guinée-Bissau²³. La disparité de richesse entre les organisations de trafiquants et les autorités a facilité l'infiltration et la corruption de la faible infrastructure étatique existante. Les enquêtes relèvent une implication massive de la police, de l'armée, de ministres et même de la famille présidentielle dans le commerce de la cocaïne. L'arrivée de cette drogue a également provoqué une forte augmentation de la consommation de cocaïne et de crack au sein de la population²⁴.

21 Loewenstein, A. (2019). How the Drug Trade Transformed a Peaceful Tropical Country into a Narco State. Vice 12 December www.vice.com/en_us/article/gyzn/x/how-the-drug-trade-transformed-a-peaceful-tropical-country-into-a-narco-state; voir aussi : Loewenstein, A. (2019). Pills, Powder, and Smoke: inside the bloody war on drugs. Scribe.

22 ONUDC (2008). *Le trafic de cocaïne en Afrique de l'Ouest. Une menace pour la stabilité et le développement*. p.10. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/west_africa_cocaine_report_2007-12_fr.pdf

23 Mallinder, L. (2018). Still a narco-state? Guinea-Bissau's illegal drug economy. *Global Initiative against Transnational Organized Crime* 27 mars. globalinitiative.net/guinea-bissau-illegal-drug-economy/

24 ONUDC (2007). Rapport sur la situation du trafic de cocaïne en Afrique de l'Ouest. <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Cocaine-trafficking-Africa-fr.pdf>

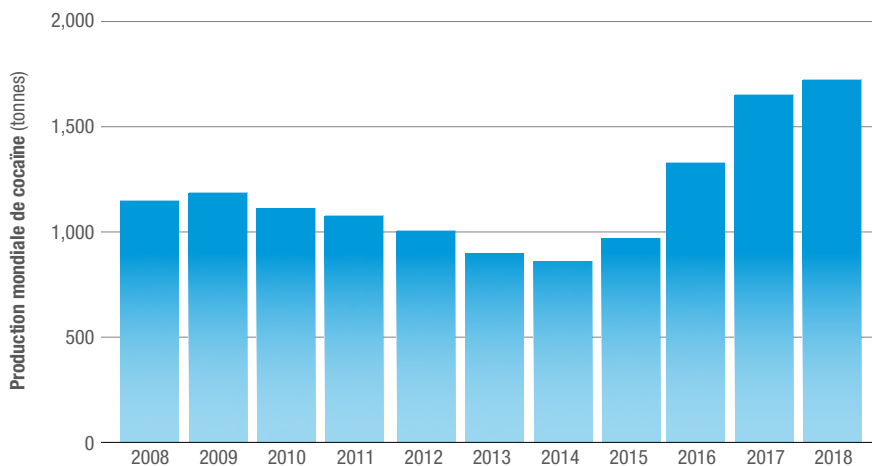
Les autorités bissau-guinéennes étaient tragiquement sous-équipées pour faire face à l'afflux du crime organisé. En 2019, le président de la Guinée-Bissau a déclaré : « Nous n'avons pas d'avions, nous n'avons pas de bateaux, nous n'avons pas de radars qui nous permettraient de contrôler notre [...] zone économique », pour répondre à la puissance des trafiquants de drogues²⁵. Les responsables de l'armée qui s'attaquent au problème déclarent n'avoir que des téléphones portables comme moyens de communication. Toutefois, la réponse officielle est également fortement compromise par l'ampleur de la corruption, qui a été à son tour exacerbée par l'intérêt soudain du crime organisé international pour le pays. En 2013, l'Agence américaine de lutte contre la drogue s'est emparée du problème, ce qui a conduit à l'arrestation d'un ancien chef de la marine bissau-guinéenne en 2013, cette démarche s'étant révélée « infructueuse en fin de compte »²⁶.

La guerre contre la drogue a transformé la Guinée-Bissau d'un État fragile en un narco-État défaillant en moins d'une décennie, créant un environnement institutionnel dans lequel les processus de développement naissants sont freinés ou inversés. D'autres pays d'Afrique de l'Ouest sont également touchés ou menacés, comme tous les états fragiles susceptibles d'être utilisés comme pays producteurs ou de transit. La fermeture d'une ligne de distribution entraîne l'ouverture d'une autre, et le sous-développement offre aux trafiquants de drogue des opportunités à exploiter.

Contrairement à la MDMA et à l'amphétamine synthétiques, la cocaïne est toujours produite exclusivement à partir de la feuille de coca (la synthèse chimique est possible mais n'est pas encore économiquement viable). Il en résulte une série de problèmes de développement plus aigus. Les chiffres les plus récents de l'ONU DC suggèrent que la production illégale mondiale

²⁵ Mallinder, L. (2019). President worried about drug trade as Guinea-Bissau votes. *Al Jazeera* 10 mars. www.aljazeera.com/indepth/features/key-vote-guinea-bissau-president-worried-drug-trade-190308224352266.html

²⁶ Loewenstein, A. (2019). How the Drug Trade Transformed a Peaceful Tropical Country into a Narco State. *Vice* 12 décembre. www.vice.com/en_us/article/gyznx/how-the-drug-trade-transformed-a-peaceful-tropical-country-into-a-narco-state



Production mondiale de cocaïne

source : UNODC (2020). Rapport mondial sur les drogues 2020, Brochure 3 : Approvisionnement en drogues. p.82–83. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

de cocaïne a atteint un niveau record en 2018, avec plus de 240 000 hectares cultivés en cocaïer dans le monde, et environ 1 723 tonnes de cocaïne fabriquées, soit près du double des valeurs équivalentes de 2013²⁷.

L'ONUDC a également fait état de saisies record de cocaïne en 2018, soit 1 311 tonnes. On peut en déduire que la consommation mondiale pour 2018 – ou du moins, la cocaïne disponible pour la consommation – était d'environ 412 tonnes²⁸. Toutefois, les données relatives à la production et aux saisies soulèvent d'importantes questions, car elles sont compilées à partir d'une série de sources incertaines d'un point de vue méthodologique, dont l'imagerie satellite de milliers de petites parcelles, et le rapport annuel de l'ONUDC basé sur les questionnaires adressés aux États membres.

²⁷ ONUDC (2020). *Rapport mondial sur les drogues 2020, Brochure 3 : Approvisionnement en drogues*. pp.21, 23. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

²⁸ La production mondiale est estimée à 1 723 tonnes. La cocaïne disponible pour la consommation est estimée comme étant la cocaïne fabriquée, moins la cocaïne saisie. Selon cette estimation, 412 tonnes seraient disponibles pour la consommation : ONUDC (2020). *Rapport mondial sur les drogues 2020, Livret 3 : Approvisionnement en drogues*. pp.21, 23, 26. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

Ces données ne peuvent être facilement ajustées pour tenir compte des rendements des cultures, de la pureté de la pâte de coca ou de cocaïne, d'un éventuel double comptage ou de sous-déclarations, et ne génèrent ainsi que des estimations approximatives. Si l'on suppose que le chiffre de 412 tonnes est correct, et en calculant à partir des données de l'ONUDC les superficies cultivées, un cadre de production 100 % légal nécessiterait seulement 57 000 hectares de culture de coca pour répondre à la demande mondiale actuelle²⁹. En réalité, ce chiffre serait probablement légèrement inférieur, car les rendements par hectare en production légale augmenteraient vraisemblablement grâce à des gains d'efficacité commerciale.

Cela illustre de façon claire le fait que le marché de la cocaïne, bien que très lucratif sous régime de la prohibition (générant entre 85 et 165 milliards de dollars par an au niveau de la vente au détail, selon l'ONUDC), est en réalité relativement petit du point de vue agricole³⁰. 57 000 hectares de coca représentent une surface de culture de moindre ampleur en comparaison avec d'autres stimulants majeurs issus de plantes : 2,8 millions d'hectares pour la culture du thé et 10 millions d'hectares pour la culture du café³¹. En effet, 57 000 hectares correspondent à un carré dont chaque côté mesure seulement 14,8 miles (23,8 km) ou 220 miles carrés (569 km carrés). 412 tonnes de cocaïne tiendraient dans 15 conteneurs standard.

L'ONUDC estime qu'entre 280 000 et 370 000 ménages sont impliqués dans la production de coca³². La coca est, comme le cannabis et l'opium, une culture relativement peu exigeante en termes d'intrants, mais générant de hauts rendements. Elle est cultivée dans des régions reculées, sur des sols pauvres et à haute altitude, sans nécessiter d'irrigation sophistiquée, ni de pesticides. Elle est également beaucoup moins périssable et plus facile à transporter que la plupart des produits agricoles conventionnels, et peut

²⁹ Ce calcul part du principe que 240 000 hectares sont nécessaires pour produire 1 723 tonnes de cocaïne.

³⁰ UNODC (2011). *The Transatlantic Cocaine Market: Research Paper*, p.13. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Transatlantic_cocaine_market.pdf

³¹ Buxton, J. (2015). *Drugs and Development: The Great Disconnect*. GDPO, Swansea University, p.11. www.swansea.ac.uk/media/Drugs-and-Development-The-Great-Disconnect.pdf

³² UNODC (2020). *World Drug Report 2020, Booklet 6*, p.46. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_B00KLET_6.pdf



PHOTO: Steve Rolles

Un commando de guérilla des Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC) au cœur du territoire de culture de la coca. La Hacienda, Colombie, 2002.

PHOTO: Carlos Villalon, villalonsantamaria.com

être récoltée quatre fois par an au bout de 18 mois seulement, contre une récolte annuelle au bout de trois ans pour le café. Comme le souligne Julia Buxton, « même de faibles niveaux de culture de ces produits à forte valeur ajoutée constituent un filet de sécurité économique pour les populations privées de terre, de nourriture et d'argent, avec des marchés garantis, des prix relativement stables, [et] des paiements en espèces »³³.

ÉTUDE DE CAS

Colombie

La Colombie est l'épicentre de la production illégale de cocaïne depuis les années 1970. Les énormes profits générés ont alimenté l'expansion du

³³ Buxton, J. (2015). *Drug Crop Production, Poverty, and Development*. Open Society Foundations. p.8. <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/0b9cf913-7c05-4e54-be67-274365d95391/drug-crop-production-poverty-and-development-20150208.PDF>

conflit armé interne entre le gouvernement, les mouvements de guérilla et les groupes paramilitaires, favorisant la corruption au sein de la police, du système judiciaire et de la politique. Malgré l'accord de paix de 2016, le lien entre argent de la drogue, conflit interne et corruption persiste.

De nombreux agriculteurs colombiens dépendent de la coca pour leur survie économique. L'ONUDC estime que 106 900 familles colombiennes sont actuellement impliquées dans l'industrie de la coca, avec un salaire annuel par personne pour la culture de la feuille de coca et sa transformation en « pâte de base » qui n'est que de 960 dollars, soit moins d'un tiers du salaire minimum³⁴. La criminalisation de la production de coca a été utilisée pour justifier une violence systématique et soutenue à l'encontre des agriculteurs ruraux, marginalisant encore davantage une population déjà exposée à la pauvreté extrême et à l'exclusion sociale³⁵.

Pendant de nombreuses années, les gouvernements américain et colombien ont déployé cinq stratégies pour éradiquer le trafic de drogue : l'extradition, la substitution, la fumigation aérienne, la militarisation et l'éradication. Ces stratégies ont eu peu d'impact sur la culture de la coca dans son ensemble, mais de graves répercussions sur la santé humaine, les cultures indigènes et l'environnement. Les pulvérisations aériennes des cultures avec du glyphosate en Colombie ont été suspendues en 2015 après que l'OMS a déclaré que le glyphosate était probablement cancérigène. Cependant, le gouvernement a annoncé son intention de relancer le programme après l'élection d'Ivan Duque à la présidence en 2018³⁶.

Les politiques de lutte contre la drogue visant à éradiquer la production de coca ont transformé le conflit armé interne de la Colombie. Depuis les

34 UNODC et Fundación Ideas para la Paz (2018). ¿Quiénes son las familias que viven en las zonas con cultivos de coca? Caracterización de las familias beneficiarias del Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos (PNIS). ideaspaz.org/media/website/FIP_familiascoca_final.pdf (en espagnol).

35 Ciro, E. (2016). Cultivando coca en el Caquetá: vidas y legitimidades en la actividad cocalera. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. p.121 ; Grupo de Memoria Histórica, (2012). El Placer. Mujeres, coca y guerra en el Bajo Putumayo. Centro Nacional de Memoria Histórica.

36 Alsema, A. (2020). Colombia announces resumption of aerial fumigation of coca, again. Colombia Reports 1 janvier. colombiareports.com/colombia-announces-resumption-of-aerial-fumigation-of-coca-again/

années 1990, le financement américain des opérations antidrogues s'est de plus en plus militarisé et ne se distingue plus guère de la contre-insurrection. Dans le cadre du Plan Colombie soutenu par les États-Unis – un programme d'aide étrangère destiné à rétablir la stabilité et la sécurité en Colombie et à éradiquer le trafic de drogue – la violence s'est accrue et les violations des droits humains se sont généralisées. En 2019, le conflit armé colombien et son lot de violations des droits humains avaient entraîné le déplacement de plus de 7,5 millions de personnes³⁷.

En 2016, le gouvernement colombien et la guérilla des FARC ont signé un accord de paix destiné à mettre fin au conflit armé. Le Programme national intégré de substitution des cultures illicites (PNIS) a été mis en place et s'engage à être une "solution au problème des drogues illicites" et à éliminer la culture illégale de la coca, du cannabis et du pavot à opium. Le programme colombien de substitution des cultures de coca, qui vise à aider les agriculteurs à éradiquer volontairement leurs cultures de coca en échange de subventions et d'un soutien du gouvernement pour passer à des cultures légales, est une réponse insatisfaisante au commerce illégal de cocaïne³⁸. Dans les régions marginales et périphériques de Colombie productrices de drogues, de nombreuses personnes qui s'engagent dans des programmes de substitution sont menacées ou assassinées par les cartels. En 2018, les homicides dans les municipalités du PNIS ont augmenté de 38 % par rapport à 2017 et les assassinats de leaders sociaux ont augmenté de 165 %³⁹.

Un appel à la régulation légale

La persistance de la violence et l'échec des approches répressives ont conduit à une réflexion approfondie sur les alternatives politiques. En 2022,

37 Sanchez, N.C. et al. (2019). Reparations in Colombia: where to? Mapping the Colombian landscape of reparations for victims of the internal armed conflict. Queen's University Belfast reparations.qub.ac.uk/assets/uploads/ColombiaReparationsPolicyReportFORAPPROVAL-SP-HR-NoCrops.pdf

38 Le Programme national intégré de substitution des cultures illicites (Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos – PNIS) est un élément essentiel du point quatre de l'accord de paix, qui s'engage à apporter une "solution au problème des drogues illicites" et à éliminer les cultures illégales de coca, de cannabis et de pavot à opium.

39 Fundación Ideas para la Paz (2019). ¿En qué va la sustitución de cultivos ilícitos? Desafíos, dilemas actuales y la urgencia de un consenso. p.9. ideaspaz.org/media/website/FIP_sustitucion_V0L06.pdf; Montenegro, S., Llano, J., & Ibañez, D. (2019). El PIB de la Cocaína 2005-2018: Una Estimación empírica. Documento CEDE, (2019-44).

la Commission pour l'établissement de la vérité, la coexistence et la non-répétition (CEV), créée dans le cadre de l'Accord de paix, a publié ses conclusions après trois années de travaux. Dans son rapport final, la CEV souligne que « si la Colombie ne trouve pas une solution substantielle et négociée à l'échelon national et international au problème du trafic de drogue, le conflit armé se poursuivra ». La Commission identifie quatre constats majeurs : le trafic de drogue a infiltré toutes les strates de la société colombienne, ses dimensions politiques ont fait obstacle aux processus de démocratisation, la guerre contre la drogue actuelle est un échec, et le trafic restera un facteur clé de persistance du conflit tant que la prohibition demeurera la norme⁴⁰.

Face à ce constat, la CEV recommande notamment de « piloter et promouvoir le débat international en vue de modifier le régime mondial de prohibition des drogues et d'évoluer vers un régime de régulation », et de considérer la production de coca sous l'angle des droits humains et du développement plutôt que dans une optique de sécurité nationale⁴¹. L'élection en 2022 du président Gustavo Petro, premier président de gauche du pays et ancien guérillero, a ouvert de nouvelles perspectives. Son administration s'est engagée à réformer la politique en matière de drogues et a demandé aux pays qui soutiennent la consolidation de la paix en Colombie de le faire en reconnaissant l'échec de la guerre contre la drogue⁴². La *Global Commission on Drug Policy*, qui compte deux anciens présidents colombiens parmi ses membres (César Gaviria et Juan Manuel Santos), a publié en 2021 un rapport de position spécifiquement consacré à la Colombie, recommandant la régulation légale de toutes les drogues actuellement illégales, en commençant par le cannabis, puis la feuille de coca et la cocaïne, afin de garantir le respect

⁴⁰ Commission pour l'établissement de la vérité, la coexistence et la non-répétition (CEV) (2022). Rapport final. Bogotá. Voir également : Global Commission on Drug Policy (2021). Drug Policy in Colombia [Position Paper]. https://globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2025/07/v1_PP21-colombia_EN.pdf

⁴¹ Ibid.

⁴² Global Commission on Drug Policy (2021). Drug Policy in Colombia [Position Paper]. https://globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2025/07/v1_PP21-colombia_EN.pdf

des droits culturels, économiques et sociaux et d'améliorer les perspectives des communautés cultivatrices⁴³.

Repenser le développement alternatif : une alternative à la coca illégale et à la guerre contre la drogue

Le concept de « développement alternatif » a souvent dominé le débat international sur les réponses à apporter à la production de cultures illégales de substances psychoactives. Il a d'abord été envisagé comme un outil permettant de remplacer ces cultures par d'autres cultures de rente, afin de réduire l'approvisionnement en substances psychoactives. Il vise à reconnaître que les cultures illégales de plantes servant à la production de drogues sont souvent un moyen de subsistance vital pour de nombreuses communautés, en offrant une source alternative de revenus tout en poursuivant les objectifs visant à lutter contre la culture illégale de ces plantes.

Les interventions de développement alternatif ont eu tendance à être mises en œuvre par les agences de contrôle des drogues et les forces de sécurité, guidées par des objectifs d'éradication, avec peu de considération pour les besoins réels de développement des communautés touchées. Elles manquent souvent de l'investissement à long terme nécessaire pour être efficaces, adoptent des approches *top-down* qui n'impliquent pas les communautés concernées dans leur conception et leur mise en œuvre, et ne s'attaquent pas aux inégalités structurelles plus larges. À l'instar des efforts de contrôle plus ouvertement axés sur la répression, même les interventions localisées les plus réussies ne modifient pas les dynamiques fondamentales de l'offre et de la demande sur le marché mondial. Tant que

⁴³ Ibid.



Un homme emballe des feuilles de coca dans des sacs de 25 kilos.

Une fois emballées, les feuilles de coca sont transportées vers les principales villes pour être vendues à des fins de consommation personnelle. Chimoré, Bolivie, 2007.

PHOTO : Carlos Villalon, villalonsantamaria.com

la demande persiste, l'opportunité de profit persiste également. La réduction localisée de l'offre, même réussie, déplace simplement la production ou les routes du transit – et leurs coûts et défis associés – vers d'autres régions. C'est ce que l'on appelle « l'effet ballon », si clairement observé dans le cas de la production de coca dans les Andes, où les baisses successives de la production dans une région ont été compensées par des augmentations dans d'autres régions. L'éradication de millions d'hectares de feuilles de coca n'a pas eu d'impact à moyen ou long terme sur la production totale de cocaïne, qui a été plus que suffisante pour répondre à la demande mondiale croissante. Les cycles d'éradication et de mise en culture de nouvelles zones ont encore amplifié les dégâts environnementaux liés à la pulvérisation aérienne et la déforestation dans certains des écosystèmes les plus diversifiés du monde⁴⁴.

⁴⁴ Rolles, S., Murkin, G., Powell, M. et al. (2016). *The Alternative World Drug Report* — 2ème édition. Transform Drug Policy Foundation. pp.129–138. <https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/alternative-world-drug-report-fulltext-2016.pdf>

Dans certains de ces cas, les conséquences d'une reprise insuffisante après les conflits, combinées à la libéralisation du marché, à des opportunités d'emploi limitées, à de faibles niveaux de rémunération, à des possibilités de mobilité sociale réduites et à une gouvernance opaque, font du commerce international de la drogue, estimé à 322 milliards de dollars par an, un moyen de subsistance rationnel, sinon parfait. Les programmes de développement alternatif ont rarement pris en compte ces facteurs, échouant à offrir des opportunités qui représentent des alternatives viables et évolutives pour les personnes confrontées à des décisions de survie dans des circonstances difficiles⁴⁵.

Toutefois, le paradigme du développement alternatif ne peut être rejeté dans son intégralité. Il représente au moins une reconnaissance de l'échec des efforts traditionnels d'éradication et d'interdiction et, comme l'a souligné le rapport du *Transnational Institute*, il représente « des efforts pour trouver un équilibre plus humain entre les obligations en matière de contrôle des drogues, les objectifs de la politique de réduction de l'offre, et la protection des droits des personnes qui dépendent des cultures illégales pour leur subsistance »⁴⁶. Dans le meilleur des cas, les programmes de développement alternatif ont tenté de s'attaquer aux facteurs structurels qui poussent les communautés à cultiver des plantes illégales et les ont aidées à faire la transition vers l'économie légale. Certains succès locaux ont été obtenus, bien qu'ils aient eu peu d'impact sur le contrôle global de l'offre⁴⁷. Les projets de développement alternatif les plus efficaces ont fait appel à un soutien impliquant plusieurs agences à long terme, soigneusement séquencé et financé de manière adéquate, et ont évité de criminaliser

⁴⁵ Buxton, J. (2015). *Drug Crop Production, Poverty, and Development*. Open Society Foundations. p.8. <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/0b9cf913-7c05-4e54-be67-274365d95391/drug-crop-production-poverty-and-development-20150208.PDF>

⁴⁶ Transnational Institute (2018). *Connecting the Dots... Human Rights, Illicit Cultivation and Alternative Development*. p.6. https://www.tni.org/files/publication-downloads/tni-2018_connecting_the_dots.pdf

⁴⁷ Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) (2016). *Rethinking the Approach of Alternative Development: Principles and Standards of Rural Development in Drug Producing Areas*. 4ème édition. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. <https://www.giz.de/de/downloads/giz2013-EN-alternative-development.pdf>

les petits acteurs. Plutôt que d'exiger l'éradication immédiate des cultures de drogue comme condition préalable à leur participation, ils ont cherché à impliquer les communautés touchées dans la conception de ces programmes.

Le débat sur le développement alternatif a évolué pour intégrer des idées plus sophistiquées telles que « moyens de subsistance alternatifs », « développement rural dans un environnement de drogue » ou « développement de moyens de subsistance alternatifs durables ». Mais cette nouvelle réflexion bienvenue s'est rarement traduite sur le terrain. Le *Transnational Institute* a noté que « la domination des réalités répressives sur le terrain et le manque d'engagement des donateurs en faveur du développement alternatif ont largement transformé le développement alternatif en une "réalité virtuelle", entretenant le mythe selon lequel une approche humaine des cultures illégales existe dans la pratique »⁴⁸. Le débat sur le développement alternatif a également historiquement échoué à reconnaître la prohibition des drogues comme l'un des principaux moteurs structurels du sous-développement régional, et encore moins à explorer les options de régulation comme un moyen d'avancer.

La régulation promet de conduire peu à peu à une diminution de la production illégale de drogues, ce que le développement alternatif, l'éradication et l'interdiction n'ont manifestement pas réussi à faire. Par exemple, les marchés légaux émergents du cannabis aux États-Unis sont déjà susceptibles d'affecter l'échelle de la production du marché criminel mexicain⁴⁹. Mais au fur et à mesure que cette transition se poursuit, les acteurs du premier échelon de la production de cultures de drogues devront trouver

⁴⁸ Jelsma, M. (2018). Alternative Development and Human Rights. *Transnational Institute* 24 octobre. www.tni.org/en/article/alternative-development-and-human-rights

⁴⁹ Kilmer, B., Caulkins, J.P., Bond, B.M. and Reuter, P.H. (2010). *Reducing Drug Trafficking Revenues and Violence in Mexico: Would Legalizing Marijuana in California Help?* California: Rand Corporation. Disponible: www.rand.org/pubs/occasional_papers/OP325.html; Ingraham, C. (2016). Legal marijuana is finally doing what the drug war couldn't. *Washington Post* 3 mars. <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2016/03/03/legal-marijuana-is-finally-doing-what-the-drug-war-couldnt/>

d'autres moyens de subsistance ou passer à la production de cultures de drogues pour l'économie légale naissante.

Dans un cas comme dans l'autre, les leçons tirées de plusieurs décennies de développement alternatif (ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné) peuvent offrir des orientations utiles. S'il n'est pas réaliste de proposer que toute la production de coca actuellement illégale puisse basculer vers un modèle légal alternatif, la possibilité réelle existe pour qu'au moins certains producteurs y parviennent. L'exemple des réformes du marché légal de la coca en Bolivie est instructif (voir ci-dessous), tout comme l'expérience de la Turquie en matière de production d'opium⁵⁰.

Il convient toutefois d'être réaliste. Ce processus ne sera pas facile, car il concerne certaines des populations les plus pauvres et les plus marginalisées socialement et géographiquement au monde. La dynamique de toute transition devra être façonnée par les conditions locales et les besoins spécifiques des communautés dans des environnements sociaux, culturels, politiques et économiques très différenciés. Elle ne sera pas non plus appropriée ou possible pour tous les acteurs du marché – et devra donc être intégrée à des politiques de développement plus larges, incluant ceux pour qui une telle transition n'est pas envisageable.

En outre, la transition s'étalera sur une longue période et ne concernera probablement qu'un petit nombre de pays dans un premier temps, rejoints peu à peu par d'autres. Même si des marchés nationaux légalement réglementés pour les produits à base de coca sont établis à court ou moyen terme – comme en Bolivie – le marché potentiel beaucoup plus vaste pour l'exportation de produits à base de coca et de cocaïne émergera sur une échelle de temps plus longue et intrinsèquement imprévisible. Après tout,

⁵⁰ Transform Drug Policy Foundation (2019). Turkey's opium trade: successfully transitioning from illicit production to a legally regulated market. transformdrugs.org/turkeys-opium-trade-successfully-transitioning-from-illicit-production-to-a-legally-regulated-market-2/

le débat sur les aspects pratiques de la régulation légale de la cocaïne ne fait que commencer⁵¹.

ÉTUDE DE CAS

Bolivie

L'utilisation de la coca, qu'elle soit mâchée ou sous forme de thé, est profondément ancrée dans la culture bolivienne, dont l'histoire remonte à des milliers d'années. Les petits exploitants agricoles des régions des Yungas et du Chapare, soutenus par une forte identité culturelle indigène et des syndicats paysans, cultivent la coca pour l'usage domestique traditionnel, ainsi que la coca détournée vers le marché illégal de la cocaïne. Au cours des campagnes de répression financées par les États-Unis entre le milieu des années 1980 et le milieu des années 2000, cette production de coca a été largement ciblée par l'éradication forcée. Les syndicats de la coca – dirigés par l'ancien président bolivien Evo Morales – ont organisé une résistance nationale et des manifestations qui ont souvent donné lieu à la répression, à des violences et à des violations des droits humains commises par les forces de sécurité à l'encontre des cultivateurs⁵².

Des efforts de développement alternatif irréflechis ont été mis en œuvre en parallèle, avec un montant estimé à 300 millions de dollars dépensés entre 1982 et 2008 par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et un programme quinquennal de substitution des cultures d'Agroyungas de 21 millions de dollars du Fonds des Nations unies pour la lutte contre l'abus des drogues (UNFDAC) à la fin des années 1980⁵³. Malgré certains investissements positifs dans les infrastructures, ces efforts ont

51 Voir par exemple le travail de México Unido Contra la Delincuencia (MUCD) : www.muco.org.mx

52 Human Rights Watch (1996). *Bolivia under Pressure: Human Rights Violations and Coca Eradication*. www.hrw.org/reports/1996/Bolivia.htm

53 US Agency for International Development (2013). USAID's Legacy in International Development. p.XV. https://issuu.com/usaiddocs/usaiddocs_legacy_ag_development_report Léons, M.B. (1997). *After the Boom: Income Decline, Eradication, and Alternative Development in the Yungas*. In : Léons, M.B. and Sanabria, H. (eds) (1997). *Coca, Cocaine, and the Bolivian Reality*. Albany: State University of New York Press.

largement échoué à répondre aux préoccupations et aux besoins des cultivateurs traditionnels de coca. En ne collaborant pas avec les syndicats et en imposant l'éradication de la coca comme condition préalable à la participation, ils n'ont fait que. Ils n'ont fait que déplacer la production de coca à l'intérieur de la Bolivie, ou vers la Colombie ou le Pérou, tout en alimentant le mécontentement parmi les communautés agricoles.

Les échecs et les perturbations causés par ces politiques ont constitué une plateforme clé pour l'accession à la présidence en 2006 d'Evo Morales, ancien leader des cocaleros. A ce moment-là, la politique bolivienne en matière de coca a radicalement changé. L'influence des États-Unis a cessé : le financement a largement pris fin en 2008, la DEA a été expulsée en 2009 et l'USAID en 2013. L'administration Morales a mis en œuvre un plan de développement intégral avec la coca, organisé selon les principes directeurs suivants :

- Les droits humains sont respectés
- L'éradication de la coca n'est plus une condition préalable à l'aide au développement
- Les investissements se font d'abord dans les travaux publics et les services sociaux, puis dans le développement économique/agricole, en partant du principe que si les cultivateurs ont des revenus suffisants, il leur sera plus facile de réduire leur dépendance à l'égard de la coca.
- Les initiatives de développement sont conçues pour répondre aux besoins régionaux spécifiques, en tenant compte des connaissances locales, des questions de genre et des différences entre les générations.
- Le développement économique institutionnel, régional et municipal est encouragé
- La coordination avec les organisations locales représentatives est jugée essentielle

- La durabilité environnementale est encouragée par des initiatives telles que l'augmentation de la production de coca et de café biologiques, la diversification des espèces forestières et la reforestation⁵⁴.

La nouvelle politique du contrôle communautaire de la coca a permis aux agriculteurs des régions du Chapare et des Yungas de s'inscrire pour obtenir une parcelle de coca de 1 600 mètres carrés destinée aux marchés locaux légaux, avec des contrôles internes informels exercés par les syndicats. En 2009, le Programme participatif de soutien au contrôle communautaire (PACS) a été mis en place, dirigé par les cultivateurs de coca eux-mêmes et soutenu par un financement de 13 millions de dollars sur cinq ans de l'Union européenne – qui, contrairement aux agences américaines, a largement soutenu les réformes. Une série de politiques complémentaires ont soutenu l'approche communautaire du contrôle de la coca, notamment la dépénalisation de l'usage traditionnel de la coca en tenant compte des obligations de la Bolivie en matière de traités internationaux, la mise en place de nouveaux systèmes de données pour l'enregistrement des agriculteurs et des commerçants, ainsi que pour le suivi de la production légale et illégale de coca, ou encore des tentatives d'expansion du marché national des produits à base de coca, tels que le thé et les fleurs.

La réduction du détournement de la coca vers le marché illégal de la cocaïne est restée un élément important de la politique (sous le slogan « *Coca Si, Cocaina No.* »), bien que secondaire par rapport aux priorités en matière de développement local et de droits humains. Dans le contexte bolivien, cette politique a été largement efficace, avec une baisse de la production illégale de coca et 88 % de la coca éradiquée grâce à une réduction coopérative avec les cultivateurs⁵⁵. L'« effet ballon » a toutefois été observé. Les déplacements de population se sont poursuivis à l'intérieur du pays avec la

⁵⁴ Estado Plurinacional de Bolivia (2010). *Estrategia Nacional de Desarrollo Integral con Coca 2011-2015*. issuu.com/lcaballero/docs/indic_2011_2015

⁵⁵ Farthing, L. et Ledebur, K. (2015). *Habeas Coca Bolivia's Community Coca Control*. www.opensocietyfoundations.org/publications/habeas-coca-bolivia-s-community-coca-control

déforestation, la culture de la coca dans les parcs nationaux et la pollution de l'environnement due à la transformation de la cocaïne, bien qu'à un niveau moins élevé. La production a également augmenté au Pérou et en Colombie.

La nouvelle politique n'a pas été exempte de problèmes et continue d'évoluer. Les tensions entre les agriculteurs et l'État ont diminué après sa mise en œuvre, la violence ayant chuté de façon spectaculaire. Malgré les difficultés d'évaluation, les communautés locales du Chapare et des Yungas ont bénéficié d'impacts sociaux et économiques globalement positifs, bien que les bénéfices aient été perçus par beaucoup comme inégalement répartis et que les tensions politiques entre les différentes régions et les collectifs, ainsi qu'entre les cultivateurs de coca traditionnels et les cultivateurs nouvellement approuvés, persistent.

Roxana Argandoña, cultivatrice de coca⁵⁶



CRÉDIT PHOTO : Réseau d'information andin

«Je m'appelle Roxana Argandoña. Je viens de la province de Chapare, située sous les tropiques de la Bolivie. Ma famille n'est pas riche et je n'ai jamais terminé l'école parce qu'elle n'en avait pas les moyens. Depuis des décennies,

⁵⁶ Voir : Anyone's Child. Roxana's Story. anyoneschild.org/roxana/



L'Assemblée générale des Nations Unies célèbre l'anniversaire des objectifs de développement durable

PHOTO : UN Photo/Cia Pak, Flickr. [flic.kr/p/MKFjff](https://www.flickr.com/photos/mkfjff/). Partagé sous licence CC BY-NC-ND 2.0 (creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/).

ma famille vit de la culture de la feuille de coca, qui a toujours joué un rôle central dans notre vie quotidienne.

Notre lutte pour la feuille de coca n'est pas nouvelle, elle remonte à de très nombreuses années. Les gouvernements précédents ont condamné la coca et déclaré qu'elle n'avait pas sa place en Bolivie, mais à un niveau ancestral, la feuille de coca est et a toujours été un élément important de notre culture.

Au cours de ma vie, les gouvernements ont eu des attitudes différentes à l'égard de la feuille de coca. Il y a eu plusieurs tentatives militaires pour imposer une interdiction totale de la production de coca, en l'éradiquant

par la force. Chaque fois que cela s'est produit, cela a conduit à des confrontations violentes et mortelles. J'en ai été témoin d'abord en tant que jeune femme, puis en tant que mère. Une violence extrême, des meurtres, l'emprisonnement de tant de jeunes hommes de notre communauté et la maltraitance des femmes. C'était notre réalité quotidienne. Sans coca, nous n'avions aucun moyen de subsistance. Nous étions obligés de réagir, de nous battre.

Nous passions plus de temps à bloquer les routes et à participer à des manifestations qu'à la maison, mais personne ne nous écoutait. Les militaires nous tiraient dessus avec des gaz et des balles. De nombreuses personnes ont perdu la vie.

La vie au Chapare était horrible! Nous ne pouvions même pas dormir tranquillement. Les militaires entraient dans nos maisons à toute heure du jour et de la nuit. Nous étions constamment aspergés de gaz. Nous avions du gaz pour le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner. Je ne voudrais jamais revivre cela, ni que mes enfants ou petits-enfants soient témoins de ce que nous avons subi.

Heureusement, nous n'assistons plus à ces atrocités depuis 2005, date à laquelle Evo Morales est arrivé au pouvoir et a changé les choses. Nous sommes désormais autorisés à cultiver une petite parcelle de feuilles de coca par famille. Nous pouvons enfin vivre et dormir en paix. Nous pouvons nous promener librement, cultiver la feuille de coca et organiser des réunions sans craindre la violence ou les répercussions.

Pour la première fois, les banques proposent des prêts à faible taux d'intérêt aux agriculteurs et aux producteurs comme moi. Cela nous a permis, ainsi qu'à de nombreuses familles, d'avoir de l'argent pour construire nos propres maisons et acheter une voiture. Autrefois, les femmes de mon village allaient accoucher en ville. Trois de mes enfants sont nés à Cochabamba parce que les hôpitaux des tropiques étaient mal équipés. J'avais peur d'accoucher là-bas. L'un de mes fils est mort ici à cause du

manque d'aide médicale. Il était mort-né. Après cela, je n'ai plus voulu accoucher ici. Cependant, maintenant que la municipalité a connu une forte croissance, d'autres hôpitaux se construisent et les conditions s'améliorent.

Mon plus jeune enfant est né à Villa Tunari. L'éducation s'est aussi beaucoup améliorée. Avant, nous n'avions pas d'école digne de ce nom. Les toits des salles de classe étaient faits de boue ou de paille. Maintenant, nous avons des écoles. Autrefois, les jeunes du Chapare étaient victimes de discrimination, surtout à l'université. La société ne voulait pas que nos enfants aillent à l'université et ne s'attendait pas à ce qu'ils le fassent. Aujourd'hui, les hommes et les femmes sont conscients de leurs droits. Nos enfants vont à l'université et obtiennent des diplômes. La production de feuilles de coca ne conduit pas à la violence, à l'instabilité ou aux horreurs que j'ai observées dans ma vie. Ce sont les interdictions du gouvernement et les approches militaires utilisées pour nous combattre qui m'ont causé le plus d'horreur».

Commerce équitable

Dans un régime de production régulé, la coca et les autres cultures de drogue deviendront un marché de matières premières plus conventionnel dans le cadre du discours plus large sur le développement durable. Même libérés des conséquences négatives de la prohibition (les menaces parallèles des groupes criminels organisés et des forces de l'ordre), le risque existe que la transition vers une production légale propulse des acteurs économiques mal préparés dans une économie capitaliste mondiale impitoyable. Les petits agriculteurs ne seront pas en mesure de rivaliser avec les grandes entreprises agro-industrielles. Certaines formes de protectionnisme pourront s'avérer nécessaires afin de garantir à ces derniers leurs moyens de subsistance, mais il s'agit également d'une opportunité pour appliquer les principes et les structures bien établis du commerce

Les éléments clés de la production légale de coca qui soutiennent les objectifs de développement durable

- La responsabilité principale des questions liées aux drogues et au développement – y compris celles relatives à la régulation – doit passer des organismes d'application de la loi aux agences de développement locales, régionales et internationales. Aux Nations Unies, par exemple, la responsabilité principale passerait de l'ONUDC au PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement)
- Mettre fin aux objectifs d'éradication et de « tolérance zéro » envers les drogues et établir des mesures axées sur le développement pour évaluer les résultats de la politique en matière de drogues
- Participation significative des communautés impactées dans l'élaboration, la mise en œuvre et à l'évaluation de toutes les politiquesⁱ
- Veiller à ce que la conception de nouveaux modèles de marchés légaux donne la priorité aux intérêts des petits agriculteurs économiquement vulnérables et des acteurs du marché, ainsi qu'aux communautés les plus négativement affectées par la guerre contre la drogue
- Explorer les possibilités de transition des acteurs du marché illégal vers la production légale – en s'inspirant de l'expérience de la Bolivie – par le biais de producteurs agréés, de syndicats d'agriculteurs et de coopératives
- Développer les marchés internationaux pour les produits de la coca (en commençant par les produits à base de plantes moins puissantes) sur la base de principes issus du commerce équitable et de la justice sociale qui garantissent la réalisation des objectifs suivants: une croissance économique inclusive, la protection des droits des travailleurs et des revenus durables, l'autonomisation des femmes, la protection des enfants et la gestion responsable de l'environnement
- Soutenir des moyens de subsistance durables alternatifs pour les personnes actuellement engagées dans la production illégale de coca qui ne sont pas en mesure de passer au nouveau marché légal, et intégrer les programmes de développement liés à la coca dans le cadre d'un développement plus large

ⁱ International Center for Human Rights and Drug Policy, UNDP, UNAIDS, WHO (2019). *International Guidelines on Human Rights and Drug Policy*. UNDP www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html; Transnational Institute, (2016). *The Global Forum of Producers of Prohibited Plants (GFPPP)*. www.tni.org/en/publication/the-global-forum-of-producers-of-prohibited-plants-gfppp

équitable⁵⁷. Une compréhension plus large du « commerce équitable » implique des prix minimums garantis pour les producteurs afin d'assurer la durabilité économique, et un supplément payé par le consommateur qui est ensuite investi dans des projets de développement communautaire, d'éducation et de formation. L'objectif est également d'assurer une plus grande réalisation des objectifs de développement, notamment la protection des droits des travailleurs, l'émancipation des femmes, la protection des enfants et la gestion responsable de l'environnement.

Une nouvelle approche politique axée sur le développement durable pourrait cibler de manière pragmatique les principales communautés et régions vulnérables, qu'il s'agisse de cultivateurs de coca indigènes traditionnels ou de nouveaux venus économiquement marginalisés sur le marché, afin d'encourager une transition à mesure que le marché légal des produits à base de coca s'étend. Dans de nombreux cas, des ressources et une assistance technique supplémentaires seront nécessaires pour assurer la stabilité des moyens de subsistance, et atténuer les effets du processus de transition.

Certaines cultures de drogues, dont la feuille de coca, pourraient faire l'objet d'une protection sur le modèle des indications géographiques de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) ou des appellations d'origine protégées (AOP) de l'Union européenne⁵⁸. Bien que cette protection puisse bénéficier aux produits à base de coca produits localement, étudiés ailleurs dans ce livre, elle serait dénuée de sens pour la cocaïne en poudre pharmaceutique – qui est dépourvue de toute distinction régionale. La cocaïne en poudre légale dérivée de la coca andine ne serait pas différente de la cocaïne légale produite ailleurs.

⁵⁷ Voir par exemple : World Fair Trade Organization, Fairtrade International et al. (2018). *The International Fair Trade Charter*. docs.wixstatic.com/ugd/291e20_d0760267b37a41328b80e4df127f85cb.pdf

⁵⁸ Rolles, S., (2009) *After the war on drugs; Blueprint for Regulation*. Transform Drug Policy Foundation. <https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/blueprint-for-regulation-fulltext-2009.pdf> ; World Intellectual Property Organization (2018). *World Intellectual Property Indicators 2018*, pp.189–194. https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo_pub_941_2018.pdf ; Commission européenne (2018). *Les indications géographiques et les systèmes de qualité en bref*. https://agriculture.ec.europa.eu/farming/geographical-indications-and-quality-schemes/geographical-indications-and-quality-schemes-explained_fr

Il est également vrai que d'autres pays ou régions choisissant de légaliser et de réglementer les produits à base de coca, y compris éventuellement la cocaïne, pourraient cultiver la coca et produire leur propre cocaïne comme ils le souhaitent. En effet, de nouveaux pays pourraient entrer sur le marché de la production de coca pour répondre à la demande mondiale et concurrencer toute offre andine réglementée. On croit souvent à tort que la coca ne peut être cultivée qu'à haute altitude dans les Andes. En réalité, l'évolution des technologies agricoles permettrait de la cultiver relativement facilement à proximité des principaux centres de consommation, par exemple en Amérique du Nord ou en Europe.

Protéger les moyens de subsistance des cultivateurs traditionnels de coca dans ce contexte impliquera la conclusion d'accords plus substantiels entre les pays producteurs andins et leurs principaux marchés dans les pays du Nord. De même que le paradigme du développement alternatif peut être adapté à la réflexion sur les futures régulations juridiques, le concept de « responsabilité partagée », omniprésent dans les forums politiques de haut niveau sur la politique en matière de drogue et les forums des Nations Unies depuis plusieurs décennies, devrait également être repensé dans le cadre d'un monde post-prohibition.

Passer de la « responsabilité partagée » pour l'éradication à la « responsabilité partagée » pour une régulation équitable

Le principe de la « responsabilité partagée » a toujours été très présent dans la politique internationale en matière de drogues. Il cherche à équilibrer réduction de l'offre dans les principales régions productrices et réduction de la demande dans les principales régions consommatrices des économies développées. Néanmoins, il n'a jamais été en mesure de réaliser ses ambitions, même les plus raisonnables, dans le contexte d'une guerre contre

la drogue fondamentalement injuste. L'évolution vers une régulation des drogues à base de plantes à l'échelle mondiale, ou du moins sur la base d'accords commerciaux bilatéraux ou interrégionaux, offre une perspective plus réaliste pour relever les défis auxquels sont confrontées les régions productrices, de transit et consommatrices – tout en reconnaissant que ces distinctions deviennent de plus en plus floues.

Dans « *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation* », nous défendons l'idée que les communautés impactées pourraient être soutenues par un « plan Marshall » post-guerre contre les drogues. Les dispositions relatives à l'équité en cours d'élaboration dans certains États américains qui ont récemment légalisé le cannabis sont un exemple provisoire de la concrétisation d'une telle réflexion, bien que nombre d'entre elles n'en soient encore qu'à leurs débuts et qu'il y ait d'importants obstacles à surmonter (voir ci-dessous)⁵⁹. Une telle approche pourrait également être appliquée plus largement dans le discours global sur la drogue et le développement. Une part significative de l'aide au développement est actuellement conditionnée à des objectifs contre-productifs et représentatifs de la lutte contre la drogue, tels que le Plan Colombie. Cette situation doit évoluer de toute urgence à mesure que nous nous éloignons de la prohibition.

Dans le cadre de cette réorientation des ressources, l'aide pourrait être orientée vers les économies anciennement productrices de drogues illicités et les économies du transit. Cela permettrait de soutenir des moyens de subsistance alternatifs et de favoriser la bonne gouvernance et le renforcement des institutions. Le financement pourrait provenir des « dividendes de la paix » qui résulteraient de la fin de la guerre contre la drogue – en réorientant les dépenses nationales consacrées à l'application de la loi et l'aide conditionnelle à l'application de la loi – et pourrait être soutenu par les nouvelles recettes fiscales provenant des marchés légaux.

⁵⁹ Slade, H. (2020). *Altered States: Cannabis Regulation in the US*. Transform Drug Policy Foundation. transformdrugs.org/product/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us/

Il est de la responsabilité de tous de veiller à ce que ces marchés émergents fonctionnent de manière équitable, en soutenant le développement durable pour tous et en endossant la responsabilité de soutenir les populations les plus impactées par l'échec de la guerre contre la drogue. Les organisations de la société civile, les gouvernements et les agences intergouvernementales qui travaillent déjà dans le domaine du développement alternatif, ainsi que le secteur du développement au sens large dont le travail est inévitablement lié aux questions de drogue, doivent commencer à discuter et à planifier la manière dont leur expertise peut être plus largement utilisée dans de tels contextes.

Les politiques publiques devraient chercher à investir les ressources dans le capital social des personnes et des communautés touchées, plutôt que sur les dépenses liées à l'application de la loi.

Le contexte plus large de la justice sociale

Au-delà des cultivateurs de cultures illicites, un groupe beaucoup plus large et diversifié d'acteurs travaille au premier échelon dans les secteurs de la production, du transit et de la vente au détail de l'économie illégale de la drogue. Comme pour les cultivateurs, il est essentiel qu'aucune personne ou communauté affectée ne soit oubliée lors de la transition vers une réglementation légale. Pour les petits revendeurs ou les passeurs de stimulants pharmaceutiques, les voies d'accès au marché post-prohibition, de même que les compétences manifestement transférables, sont relativement moins nombreuses que pour les cultivateurs de coca. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a pas de possibilités de programmes d'équité sociale. Cela signifie plutôt que les politiques devraient chercher à concentrer les ressources (y compris les ressources financières obtenues à partir des recettes fiscales et l'argent économisé en lieu et place des dépenses liées à l'application de la loi) pour investir dans le capital social des personnes et des communautés impactées, par opposition à la simple

création d'opportunités pour une transition spécifique vers des marchés nouvellement régulés.

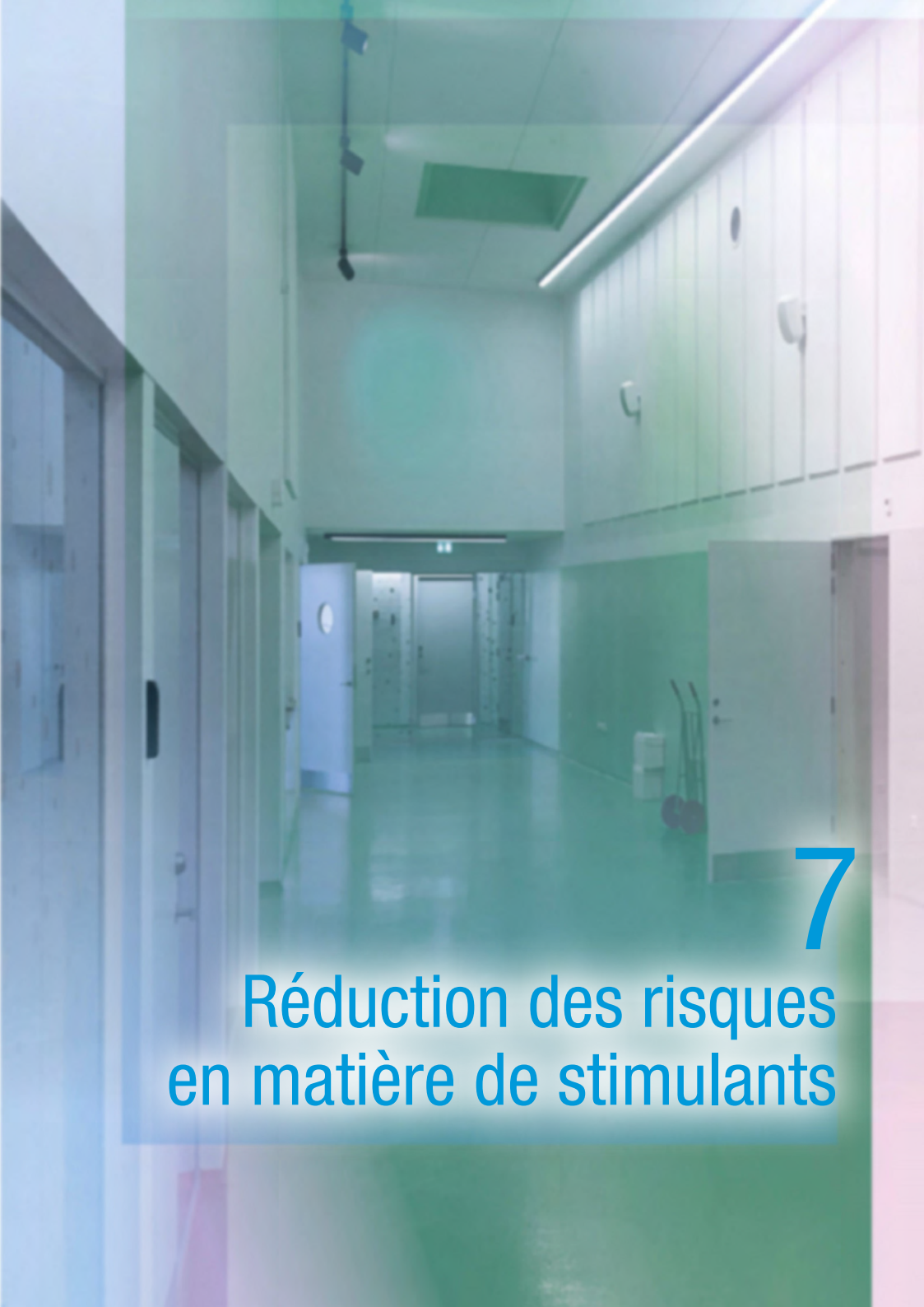
Certaines des réformes américaines les plus avant-gardistes en matière de cannabis laissent entrevoir des possibilités dans ce domaine. De nombreux États américains autorisent par exemple la radiation des condamnations (ou le scellement des casiers judiciaires) pour les délits liés à la drogue qui, après la réforme, ne constitueraient plus des crimes. En Californie et dans l'Illinois, ce processus est automatique, tandis que dans d'autres états, l'individu doit demander au tribunal compétent que son casier judiciaire soit scellé ou radié⁶⁰. Un programme similaire de radiation des casiers judiciaires pour les infractions liées aux drogues stimulantes sera un élément essentiel pour réduire la stigmatisation et les désavantages qui pèsent à vie sur des individus déjà vulnérables, ainsi que sur leur famille, les personnes à leur charge et leurs communautés. Ce programme devra aller au-delà des simples délits de possession et inclure une série d'infractions liées à la production, au transit et à l'approvisionnement à une petite échelle.

La réglementation du cannabis aux États-Unis a également fait l'objet d'efforts variables pour réorienter les bénéfices des nouveaux marchés légaux vers les personnes impactées de manière disproportionnée par l'application de la loi dans le cadre de la prohibition. Dans les états où le cannabis est légal, il est vendu au détail selon un modèle commercial; les programmes d'équité sociale se sont donc concentrés sur la facilitation de l'accès au marché pour les demandeurs d'équité qualifiés, principalement par le biais de la gestion de magasins de vente au détail de cannabis. Bien que ces programmes ne soient pas directement transposables aux marchés des stimulants, l'idée centrale qui les sous-tend – veiller à ce que les bénéfices des marchés légaux émergents soient dirigés de manière proactive vers les personnes les plus négativement touchées par la prohibition – est certainement transposable. Les programmes d'équité en vigueur dans certains

60 Slade, H. (2020) *Altered States: Cannabis Regulation in the US*. Transform Drug Policy Foundation. transformdrugs.org/product/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us/

états américains démontrent également que le concept d'élaboration d'un programme de justice sociale dans la législation guidant les marchés légaux émergents est une proposition politiquement réalisable – au moins à l'échelle locale. Les premières expériences soulignent l'importance d'intégrer ce programme dès le départ, avant que les dynamiques du marché ne soient établies et ancrées.

Pour toute une série de raisons culturelles et politiques, il sera plus difficile d'obtenir un soutien pour la régulation des stimulants que pour celle du cannabis, et les mêmes questions s'appliqueront à tous les programmes d'équité sociale qui en découlent. Il y a un défi supplémentaire : les programmes en mesure d'obtenir un soutien politique populaire au niveau local auront probablement du mal à recueillir le même soutien une fois transposés dans l'arène du commerce international et du développement, en raison de l'appétit modéré de l'opinion publique pour les dépenses en matière d'aide au développement. Il se peut que cette initiative doive être soutenue au niveau gouvernemental et institutionnel, rendant le leadership des agences onusiennes chargées du développement, de la santé et des droits humains encore plus crucial à ce stade.



7

Réduction des risques
en matière de stimulants

Il y a un besoin urgent
d'accorder une place
plus importante à
la recherche sur la
réduction des risques et
des ressources pour les
questions relatives aux
stimulants

IL N'EXISTE PAS DE DÉFINITION UNIVERSELLEMENT ACCEPTÉE DE LA « RÉDUCTION DES RISQUES », QUAND BIEN MÊME le principe clé concerne la réduction des risques associés à la consommation de drogues. *Harm Reduction International* (HRI) définit la notion de la manière suivante :

La réduction des risques fait référence aux politiques, aux programmes et aux pratiques qui ont pour but de diminuer les effets négatifs de la consommation de drogues, des politiques et des lois s'y afférant, que ce soit légalement, socialement ou par rapport à la santé. La réduction des risques se fonde sur les droits humains et la justice. Elle se concentre sur les changements positifs et le travail collectif sans jugement, sans obligation, sans discrimination et n'exige pas l'abstinence comme condition pré requise¹.

Depuis son apparition durant les années 1980, le concept a largement été intégré dans les politiques sur les drogues dans le monde entier, la réduction des risques étant désormais préconisée comme une pratique exemplaire par l'ONU. En 2018, HRI a rapporté que 85 pays incluent une

¹ Harm Reduction International (2020). La réduction des risques, c'est quoi ?
<https://hri.global/what-is-harm-reduction/la-reduction-des-risques-cest-quoi/>

S'attaquer aux conditions sociales qui sous-tendent les usages les plus problématiques de stimulants est essentiel pour réduire les comportements à haut risque à long terme.

référence explicite à la réduction des risques dans les documents de politique nationale².

Comme il est indiqué dans cette définition, le concept de réduction des risques prend utilement

en compte les facteurs structurels des risques. Il s'agit notamment de facteurs économiques et sociaux, mais aussi, de manière significative, les préjudices causés par les politiques et la législation, tels que les conséquences de la criminalisation de l'usage de drogues et de l'application des lois en vigueur. Les « risques » vont aussi au-delà de l'impact de la consommation de drogues sur la santé, en incluant les dommages sociaux ou économiques, tels que les délits commis afin d'obtenir des drogues, la corruption, le recours excessif à l'emprisonnement, la violence, la stigmatisation, la marginalisation et le harcèlement³. Les documents politiques de l'ONU mettent également l'accent sur cette approche plus large en faisant récemment référence aux « lois et politiques de soutien » comme l'un des « catalyseurs essentiels » d'une réponse politique efficace en matière de réduction des risques⁴. En particulier, la position commune des Nations Unies sur les drogues de 2019 plaide fermement en faveur de la décriminalisation des personnes qui consomment des drogues. Toutefois, bien que les positions des Nations unies reconnaissent les effets néfastes de la prohibition, elles ne soutiennent pas encore la disponibilité légale et réglementée des drogues au-delà de la prescription médicale dans le cadre d'un traitement.

² Harm Reduction International (2018). *Global State of Harm Reduction 2018*. www.hri.global/files/2018/12/10/GlobalOverview-harm-reduction.pdf

³ IDPC (2016). *New Approaches on Harm Reduction with a look at UNGASS 2016*. Conference Room Paper: 59th Session of the Commission on Narcotic Drugs. <https://cdn.sanity.io/files/6u5teakk/production/0fd90b9148828bdf0f510ce961ba513aacdd2804.pdf?dl=>

⁴ UNODC, WHO and UNAIDS (2019). *HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs: Technical Guide*. https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf

La réduction des risques liés aux stimulants comprend des interventions visant la consommation à moindre risque dans un cadre social (voir, par exemple, le chapitre 3 sur la MDMA), ainsi que diverses interventions visant la consommation à plus haut risque, notamment la fumée et l'injection, qui constituent les thèmes centraux de ce chapitre. Comme indiqué dans les chapitres précédents, cet ouvrage ne propose pas de modèle de vente au détail pour les stimulants classés au niveau de risque 3, à savoir l'amphétamine fumable ou injectable, la cocaïne injectée ou le crack fumé/*pasta base/basuco*, ainsi que d'autres stimulants fumés ou injectés à haut risque. En revanche, nous proposons un modèle de réduction des dommages sans vente au détail, qui serait basé sur les principes et les exemples décrits dans ce chapitre. Ce modèle reflète la réalité : même si l'on s'efforce d'encourager des modes de consommation de stimulants à moindre risque (notamment en mettant à disposition des produits à moindre risque sur un marché strictement réglementé), de nombreuses personnes continueront à choisir de fumer ou de s'injecter des stimulants. Comme nous l'avons vu dans la section consacrée au crack, ces personnes ne devraient pas être criminalisées. Au contraire, il convient d'apporter une réponse concertée en matière de santé publique, combinée à un soutien social approprié. Pour réduire les comportements à haut risque sur le long terme, il est essentiel de s'attaquer aux conditions sociales qui sous-tendent les usages les plus problématiques de stimulants. Toutefois, la réponse immédiate doit s'appuyer sur la réduction des risques, afin de mieux protéger le droit à la santé des personnes qui consomment des stimulants.

Dans le domaine plus large de la réduction des risques, les stimulants ont généralement été un sujet peu exploré et négligé. Historiquement, les efforts de réduction des risques se sont concentrés sur l'injection d'opioïdes, en particulier dans le cadre de la lutte contre le VIH. Cette focalisation sur les personnes qui s'injectent des drogues a eu tendance à marginaliser les questions liées au tabagisme et à l'inhalation de drogues, plus communément associées aux stimulants. Compte tenu de la forte augmentation des niveaux de consommation de stimulants à haut risque et des dommages qui y sont associés au cours des dernières années, cette

situation n'est pas viable. Il est urgent que la recherche et les ressources consacrées à la réduction des risques se concentrent davantage sur les questions liées aux stimulants. Cet appel intervient à un moment où le financement de la réduction des risques en général évolue dans la mauvaise direction, menacé par une combinaison de facteurs tels que l'austérité, le désengagement des donateurs et l'évolution des priorités politiques⁵.

Les réponses de réduction des risques liées aux opioïdes (et autres dépres-seurs) et aux stimulants ne sont bien entendu pas indépendantes les unes des autres. Elles se chevauchent, tant sur le plan conceptuel que pratique, et ce d'autant plus que de nombreuses personnes usagères de drogues en consomment des deux types. L'utilisation de plusieurs drogues à haut risque est devenue de plus en plus courante, ce qui signifie que les nouvelles approches de la réduction des risques en matière de stimulants nécessiteront également de nouvelles approches de la réduction des risques liés aux opioïdes⁶.

Il existe des problèmes structurels qui entravent le développement de la réduction des risques liés aux stimulants. Historiquement, l'innovation a été stimulée par des réponses à petite échelle à des crises locales, plutôt que dans une perspective *top down* émanant en premier lieu des gouvernements. Dans le cas des stimulants en particulier, les progrès peuvent être ralentis parce que les développements s'effectuent à petite échelle de manière autonome, ont lieu dans des environnements politiques souvent hostiles, manquent de financement durable et ne sont pas évalués de manière adéquate. Néanmoins, des signes positifs montrent que la question est prise plus au sérieux, bien que tardivement, par les gouvernements et les agences internationales. Les organismes de recherche internationaux et les organisations non gouvernementales ont également contribué à un

⁵ Harm Reduction International (2018). *The lost decade: Neglect for harm reduction funding*. https://hri.global/wp-content/uploads/2022/10/HRI-REPORT-FINAL.indd_.pdf

⁶ Grund, J-P, Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. et al. (2010). The Fast and Furious — Cocaine, Amphetamines and Harm Reduction. In Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds) (2010). *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*. pp.191–232. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

nombre croissant de travaux, faisant preuve de leadership et accélérant la compréhension et la connaissance de l'efficacité et des meilleures pratiques dans le monde entier⁷.

En 2018, l'organisation néerlandaise *Mainline* a publié « Limites de vitesse: réduction des risques pour les personnes qui font usage de stimulants » (« *Speed Limits: Harm Reduction for People Who Use stimulants* »), rédigé par Rafaela Rigoni, Joost Brecksema et Sara Woods. Ce rapport consiste en une revue de littérature internationale et inédite sur les activités de réduction des risques pour les personnes qui consomment des stimulants, documentant et analysant des exemples de bonnes pratiques de réduction des risques pour les stimulants dans le monde entier. Nous remercions *Mainline* de nous avoir permis de reproduire un résumé de ces interventions clés de réduction des risques, décrites dans le rapport ci-dessous.



Distributeur automatique de kits de fumage à moindre risque

Overdose Prevention Society, Vancouver, Canada

PHOTO: Steve Rolles, 2019

⁷ Voir par exemple: Blickman, T. (2011). Amphetamine Type Stimulants and Harm Reduction. TNI Drug Policy Briefing 37. <https://www.tni.org/files/download/brief37.pdf>; Harm Reduction International & coAct (2019). *Harm Reduction for Stimulant Use*. www.hri.global/files/2019/04/28/harm-reduction-stimulants-coact.pdf

Chemsex

Le terme *chemsex* est généralement utilisé pour définir la combinaison intentionnelle de rapports sexuels avec l'utilisation de certaines drogues psychoactives chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Le *chemsex* a habituellement lieu dans un cadre privé, comme le domicile d'une personne, ou lors de *sex parties* s'étendant sur plusieurs jours (Pakianathan et al. 2016). Aux États-Unis et en Australie, le *chemsex* est mieux connu sous le nom de *party and play*.

Dans ces contextes, les drogues, ou *chems* – comme on les appelle parfois dans ce milieu – comprennent souvent les stimulants méthamphétamine et méphédrone (4-MMC), ainsi que le GHB/GBL et une variété d'autres substances. Celles-ci sont souvent utilisées en combinaison pour faciliter, améliorer et prolonger les sessions sexuelles qui durent plusieurs heures, voire plusieurs jours, avec de multiples partenaires.

La consommation de drogues entraîne une utilisation réduite des préservatifs et une augmentation du nombre de partenaires sexuels. De nombreux auteurs soulignent la nécessité de réduire à la fois la consommation de drogues et les comportements sexuels à risque dans ces environnements.

Plutôt que d'orienter les hommes vers des structures classiques de prise en charge des addictions, les nouvelles approches comprennent l'offre de services liés au *chemsex* au sein de cliniques ou de services de santé sexuelle adaptés aux HSH. Ces approches visent également la diffusion d'informations spécifiques sur la réduction des risques, ainsi que la distribution de kits pour des pratiques sexuelles et une consommation de drogues plus sûres.

ⁱ Bourne, A., Reid, D., Hickson, F. et al. (2015). Illicit Drug Use in Sexual Settings ('chemsex') and HIV/STI Transmission Risk Behaviour among Gay Men in South London: Findings from a Qualitative Study. *Sexually Transmitted Infections* 91.8. doi.org/10.1136/sextrans-2015-052052

Exemples de bonnes pratiques

Texte adapté du rapport de *Mainline* « Limites de vitesse : réduction des risques pour les personnes qui font l'usage de stimulants »⁸

⁸ Le texte utilisé ci-dessous est une version modifiée et adaptée du résumé exécutif de « *Speed limits: Harm reduction for people who use stimulants* », intégrant certains passages supplémentaires du rapport principal ainsi que des références additionnelles. Merci de citer et référencer le rapport original (cité comme suit) plutôt que le texte adapté utilisé ici : Rigoni, R., Breeksema, J. and Woods, S. (2019). *Speed Limits: Harm Reduction for People Who Use Stimulants*. Mainline. <https://cdn.sanity.io/files/6u5teakk/production/aef23a7e5203ad136467c1a2b06acef8da650481.pdf?dl=>

Kits de fumage plus sécuritaires

Pour les personnes qui fument des produits stimulants, des kits de fumage plus sûrs ont été conçus pour prévenir les blessures à la bouche et aux poumons causées par l'utilisation de pipes faites maison. Bien que la plupart des preuves scientifiques à ce sujet concernent les kits pour le crack, certaines études évaluent également les kits pour la méthamphétamine. Dans les kits, les filtres contribuent à réduire les lésions de la gorge et des poumons, tandis que les pipes et les embouts (en caoutchouc) peuvent réduire les coupures et les brûlures des lèvres, ainsi que les lésions pulmonaires et la toxicité. En réduisant les blessures à la bouche et les échanges de pipes, les kits de fumage plus sûrs peuvent également réduire le risque de transmission de maladies telles que le VIH, l'hépatite C et le Covid-19⁹.

Le contenu des kits de fumage à moindre risque pour le crack varie selon les pays où ils sont distribués, mais un kit complet contient typiquement : une pipe (généralement un tuyau en verre résistant à la chaleur ou une pipe en bois) ; un embout en caoutchouc ou en silicone ; une grille (en acier ou en laiton) ; des substances utilisées pour protéger les lèvres (baume à lèvres ou gelée de pétrole) ; des informations sur l'utilisation plus sûre des drogues (y compris la prévention du partage du matériel et son élimination en toute sécurité) ; ainsi que des informations et du matériel sur les rapports sexuels à moindre risque (préservatifs et lubrifiant).

Un certain nombre d'études ont montré que la distribution de kits de fumage à moindre risque augmentait les techniques et les pratiques de fumage à moindre risque et diminuait de manière significative les pratiques d'injection¹⁰. Un facteur important pour garantir l'efficacité de l'interven-

⁹ Harris, M. (2020). An urgent impetus for action: safe inhalation interventions to reduce COVID-19 transmission and fatality risk among people who smoke crack cocaine in the United Kingdom. *Int J Drug Policy*. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306748/

¹⁰ Jozaghi, E., Lampkin, H. and Andresen, M.A. (2016). Peer-Engagement and Its Role in Reducing the Risky Behavior among Crack and Methamphetamine Smokers of the Downtown Eastside Community of Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal* 13.1. doi.org/10.1186/s12954-016-0108-z.; Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L. et al. (2008). 'I Inject Less as I Have Easier Access to Pipes'. Injecting, and Sharing of Crack-Smoking Materials, Decline as Safer Crack – Smoking Resources Are Distributed. *International Journal of Drug Policy* 19.3 doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.02.008 Ti,

tion réside dans le fait que les kits doivent être adaptés aux préférences et aux besoins des personnes consommatrices, car cela augmente l'acceptation du matériel pour fumer à moindre risque et les dissuade de continuer à utiliser des pipes qu'elles ont elles-mêmes fabriquées. Dans certains cas, lorsque les communautés de personnes consommatrices de stimulants sont réticentes à l'idée d'utiliser des instruments plus stériles, il est possible d'enseigner des méthodes permettant de réduire les risques en utilisant des pipes fabriquées par les intéressés eux-mêmes. Les kits distribués dans les établissements de soins de santé peuvent être l'occasion de donner des conseils sur une utilisation plus sûre et d'orienter les personnes vers d'autres services. La distribution de kits peut également être un moyen pratique d'impliquer certaines populations difficiles à atteindre qui ne sont pas encore en contact avec des prestataires de services.

Le Canada est l'un des pays où la distribution de kits de fumage à moindre risque a été largement mise en œuvre et étudiée. Les lignes directrices canadiennes en matière de bonnes pratiques encouragent les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les autres programmes de réduction des risques à distribuer des kits de fumage à moindre risque, à éduquer les bénéficiaires sur les pratiques de fumage à moindre risque et à proposer des options pour l'élimination en toute sécurité des kits usagés¹¹. De nombreux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues au Canada proposent également des kits de fumage de crack à moindre risque ainsi que des conseils en la matière¹².

L., Buxton, J. Wood, E. et al. (2012). Factors Associated with Difficulty Accessing Crack Cocaine Pipes in a Canadian Setting. *Drug Alcohol Review*. 31.7. doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00446.x

- 11 Strike, C., Hopkins, S. Watson, T.M. et al. (2013). *Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs That Provide Service to People Who Use Drugs and Are at Risk for HIV, HcV, and Other Harms: Part 1*. Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada. https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-11/3382_CATIE_CarolStrike_BestPracticeRecommendations_2021-EN-Final.pdf; Watson, T.M., Strike, C., Challacombe, L. et al. (2017). Developing National Best Practice Recommendations for Harm Reduction Programmes: Lessons Learned from a CommunityBased Project. *International Journal of Drug Policy* 41. doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.11.008
- 12 Strike, C. and Watson, T.M. (2017). Education and Equipment for People Who Smoke Crack Cocaine in Canada: Progress and Limits. *Harm Reduction Journal* 14.1. doi.org/10.1186/s12954-017-0144-3

Prévention des risques sexuels

Les risques concernant la santé sexuelle et la consommation de stimulants sont étroitement liés, comme par exemple :

- Le fait d'être sous l'influence d'une drogue peut entraîner une désinhibition et, par conséquent, des activités sexuelles involontaires qui peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé sexuelle (par exemple, détresse psychique, maladies sexuellement transmissibles [IST], grossesse)
- Recourir au travail du sexe pour financer la consommation de drogues
- Utiliser des substances pour améliorer les performances et le plaisir sexuels (*chemsex*)
- Faire usage de substances comme stratégie d'adaptation afin de faire face à la détresse émotionnelle résultant d'un problème de santé sexuelle, tel qu'un diagnostic de VIH.

Les services de santé en matière de sexualité et d'addictions sont rarement situés au même endroit, ce qui rend plus difficile la prise en charge simultanée des deux problématiques. En raison de la forte interrelation, l'EUDA affirme qu'il est nécessaire d'intégrer les services en lien avec la consommation de drogues et ceux de santé sexuelle. En tous les cas, il convient de partager l'expertise et d'encourager les services à collaborer plus étroitement. Une meilleure compréhension des comportements à risque et des besoins en matière de traitement est également nécessaire¹³.

Dans une certaine mesure, la prévention des risques sexuels n'est pas différente pour les personnes qui consomment des stimulants que pour les autres populations consommatrices de drogues. La prévention des risques

¹³ EMCDDA (2017). *Health and Social Responses to Drug Problems. A European Guide*.
www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en



Centre de consommation de drogues supervisée. Montréal, Canada

PHOTO : Steve Rolles, 2017

sexuels doit comprendre l'accès gratuit aux préservatifs et aux lubrifiants, l'information sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH, l'accès à bas seuil au dépistage et au traitement du VIH et des IST, le soutien et les tests en matière de contraception et de grossesse, la discussion sur les risques sexuels, ainsi que l'élaboration de plans visant à améliorer l'autogestion des comportements à risque.

Certains risques sexuels, ainsi que les mesures de réduction des risques et de prévention qui en découlent, concernent plus particulièrement aux personnes qui consomment des stimulants. Ces derniers ont tendance à assécher les muqueuses et à diminuer la sensibilité, ce qui augmente les chances d'avoir des rapports sexuels plus longs et plus intenses. Il est donc recommandé d'utiliser beaucoup de lubrifiant, à plus forte raison pour les personnes qui utilisent des stimulants pour faciliter et améliorer leur activité sexuelle, tels que les hommes qui utilisent des stimulants dans le cadre de la scène *chemsex*.

Il est également important de s'attaquer à la violence sexuelle et physique, aux relations sexuelles transactionnelles et commerciales, ainsi qu'aux relations abusives.

Interventions axées sur les femmes

Par rapport aux hommes, les femmes sont confrontées à des risques et à des contextes différents en matière de consommation de drogue. Les femmes sont davantage stigmatisées, plus exposées à la violence, plus influencées par leur partenaire dans leurs habitudes de consommation et leur comportement sexuel, plus définies par leur rôle parental, et il est plus probable qu'elles soient impliquées dans le travail du sexe, ce qui accroît le risque d'exposition aux infections transmissibles par le sang¹⁴.

Malgré ces différences de genre, les études et les stratégies s'adressant spécifiquement aux femmes qui consomment des drogues sont encore peu développées, surtout en ce qui concerne l'usage de stimulants.

Les stratégies spécifiques pour les femmes se répartissent en trois catégories : l'accès aux soins, la grossesse et la parentalité, ainsi que la santé et les droits sexuels et reproductifs. Le portail des meilleures pratiques de l'EUDA fournit des lignes directrices sur la manière de répondre à ces besoins, quelle que soit la drogue choisie¹⁵.

Il est recommandé de fournir des services spécifiques à toutes les femmes qui consomment des drogues. Les lignes directrices incluent des services spécifiques pour les femmes qui sont non-jugeant, les soutiennent, sont

¹⁴ Arpa, S. (2017). *Women Who Use Drugs: Issues, Needs, Responses, Challenges and Implications for Policy and Practice*. EMCDDA. www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf; Bungay, V. et al. (2010). Women's Health and Use of Crack Cocaine in Context: Structural and 'Everyday' Violence. *International Journal of Drug Policy* 21.4. doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.12.008; Limberger, J. et al. (2016). Women Users of Crack: Systematic Review of Brazilian Literature. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 65.1. doi.org/10.1590/0047-2085000000107

¹⁵ EMCDDA (2018). Portail des bonnes pratiques. https://www.euda.europa.eu/best-practice_fr

physiquement et émotionnellement sûrs, et favorisent des liens sains avec les membres de la famille et les personnes importantes dans leur vie. Pour les femmes enceintes et les mères de famille, ces services devraient inclure des soins obstétriques, gynécologiques, des IST, et relatifs à la santé mentale, au bien-être personnel, à la garde d'enfants et au soutien familial.

Pour les femmes exerçant dans le travail du sexe, les heures d'ouverture en soirée et les services mobiles de proximité contribuent à améliorer l'accès aux services. D'autres recommandations portent sur la suppression de la législation qui fait de la consommation de drogue le seul motif pour retirer les enfants de la garde de leurs parents ou qui cherche à punir les femmes qui consomment de la drogue pendant leur grossesse¹⁶.

Les interventions doivent également inclure les partenaires des consommatrices. Pour les femmes enceintes qui consomment des stimulants, certaines lignes directrices mentionnent l'amélioration de la nutrition, la diminution du tabagisme, la diminution de la consommation d'alcool et d'autres drogues, la promotion de la santé dentaire et l'encouragement de l'activité physique, l'encouragement de soins prénataux précoces et continus, et la réduction de toute contrainte dans les services, telle que l'obligation d'abstinence pour recevoir des soins.

Salles de consommation de drogues

Les salles de consommation de drogues (également appelées sites/centres de prévention des surdoses, centres d'injection/de consommation de drogues supervisés, ou encore espaces de consommation sécurisés) sont des établissements de santé supervisés par des professionnels où les

¹⁶ NPUD, ICW, and INWUD (2015). *Women Who Use Drugs and HIV: Position Statement 2015*. <https://inpud.net/wp-content/uploads/2022/01/Women-Who-Use-Drugs-and-HIV-Final-2015.pdf>

personnes peuvent consommer des drogues dans des conditions plus sûres et plus hygiéniques¹⁷.

Les trois objectifs principaux des salles de consommation sont de réduire la morbidité et la mortalité en offrant un environnement sûr et en formant les personnes qui consomment de la drogue à un usage plus sûr, à réduire la consommation de drogue en public et améliorer les commodités dans la communauté, et à promouvoir l'accès aux services sociaux, sanitaires et de thérapie¹⁸.



Salle d'inhalation / de fumée supervisée
avec bouches d'extraction d'air, Copenhague,
Danemark

PHOTO : Steve Rolles, 2018

Bien que les salles de consommation aient principalement été pensées pour les personnes qui s'injectent des drogues, elles se centrent de plus en plus sur les personnes qui les fument ou les inhalent¹⁹.

Lors d'un inventaire réalisé en 2017 auprès de 43 salles de consommation, 41 établissements offraient des espaces pour l'injection sécurisée, 31 offraient également des espaces pour fumer, et 22 mettaient aussi à disposition des espaces pour le sniff. En outre, 34 de ces salles permettaient au moins deux modes d'administration de drogues (injection, sniff ou fumée), soit dans des espaces séparés, soit dans la même pièce. Dans ce même inventaire, les stimulants – y compris les amphétamines, le crack, la cocaïne

¹⁷ Transform Drug Policy Foundation (2020). Safer Drug Consumption Rooms or Overdose Prevention Centres (OPCs). <https://transformdrugs.org/drug-policy/uk-drug-policy/overdose-prevention-centres>

¹⁸ EMCDDA (2018). *Perspectives sur les drogues – Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités*. https://www.euda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_fr

¹⁹ Voir la note 18.

et les cathinones – semblent être les substances les plus couramment utilisées, quelle que soit la voie d'administration²⁰. La consommation d'héroïne est presque aussi fréquente, suivie de la combinaison d'opiacés et de stimulants (*speedballing*). Les salles qui offrent des espaces pour l'injection et l'inhalation sont susceptibles de faciliter la transition de l'injection vers des pratiques moins risquées, comme fumer.

La plupart des avantages des salles de consommation s'appliquent également aux espaces pour fumeurs : ils offrent un environnement sûr et sans agitation ou précipitation ; les personnes concernées ont accès à du matériel stérile ; dans l'idéal, ils ont accès à d'autres services sanitaires et sociaux (y compris du soutien psychosocial, des services médicaux, des services de thérapie, etc.)²¹. Les salles de consommation ont un fort potentiel pour toucher les personnes consommatrices de drogues qui sont difficile à atteindre²². Elles peuvent les mettre en lien avec des services socio-sanitaires, tels que les soins de santé, les traitements pour les addictions, les orientations vers des services juridiques, des programmes de logement, et ainsi contribuer à réduire les dommages associés à un environnement globalement risqué²³.

20 Belackova, V., Salmon, A.M., Schatz, E. et al. (2018). *Online Census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a Setting to Address HCV: Current Practice and Future Capacity Report*. International Network of Drug Consumption rooms. https://www.drugsandalcohol.ie/34159/1/INDCR_Online_census_Drug_consumption_rooms_report.pdf

21 Voon, P., Ti, L., Dong, H. et al. (2016). Risky and Rushed Public Crack Cocaine Smoking: The Potential for Supervised Inhalation Facilities. *BMC Public Health* 16. doi.org/10.1186/s12889-016-3137-3

22 EMCDDA (2018). *Perspectives sur les drogues – Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités*. https://www.euda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_fr

23 DeBeck, K., Buxton, J., Kerr, T. et al. (2011). Public Crack Cocaine Smoking and Willingness to Use a Supervised Inhalation Facility: Implications for Street Disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 6.1. doi.org/10.1186/1747-597X-6-4; McNeil, R., Kerr, T., Lampkin, H. et al. (2015). 'We Need Somewhere to Smoke Crack': An Ethnographic Study of an Unsanctioned Safer Smoking Room in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy* 26.7. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.01.015>; Shannon, K., Ishida, T., Morgan, R. et al. (2006). Potential Community and Public Health Impacts of Medically Supervised Safer Smoking Facilities for Crack Cocaine Users. *Harm Reduction Journal* 3.1. doi.org/10.1186/1477-7517-3-1.

Autorégulation

Les approches fondées sur l'autorégulation visent à donner aux personnes faisant usage de substances psychoactives les moyens d'acquérir des aptitudes et des compétences leur permettant de mieux contrôler leur consommation. L'autorégulation peut faire l'objet d'une formation, un degré élevé d'autorégulation permettant de réduire les niveaux de consommation et les problèmes qui y sont liés.

Parmi les méthodes que les personnes peuvent appliquer pour mieux contrôler leur consommation, on trouve notamment : l'établissement de règles concernant leur consommation (par exemple, la quantité ou la fréquence de la consommation), la prise en compte du set (soit l'état d'esprit, par exemple, consommer uniquement lorsque l'on se sent bien), ainsi que du *setting* (soit le cadre, par exemple, consommer seulement avec des amis, non sur le lieu de travail)²⁴.

Même si elles ne sont pas nécessairement convaincues des risques, les personnes consommatrices de drogues ont recours à diverses stratégies, telles qu'avoir toujours sur soi son propre matériel de consommation, refuser de partager, évaluer visuellement les risques (par exemple, si une personne a des blessures visibles), ou encore en demandant aux autres s'ils ont le VIH ou l'Hépatite C²⁵. La diffusion de ces mécanismes d'autorégulation de base se fait idéalement avec la participation étroite des pairs.

Plusieurs études indiquent que les interventions basées sur la pleine conscience peuvent améliorer l'autorégulation et réduire la consommation

24 Forum Drogue and Transnational Institute (2014). *Global Experiences with Harm Reduction for Stimulants and New Psychoactive Substances*. https://www.tni.org/files/download/report_expertseminar/master.pdf

25 Boyd, S.C., Johnson, J.L. and Moffat, B. (2008). Opportunities to Learn and Barriers to Change: Crack Cocaine Use in the Downtown Eastside of Vancouver. *Harm Reduction Journal* 5.1. doi.org/10.1186/1477-7517-5-34; Poliquin, H., Bertrand, K., Flores-Aranda, J. et al. (2017). Understanding Experiences of and Rationales for Sharing Crack-Smoking Equipment: A Qualitative Study with Persons Who Smoke Crack in Montreal. *International Journal of Drug Policy* 48. doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.059; Ti, L., Buxton, J. Wood, E. (2012). Factors Associated with Difficulty Accessing Crack Cocaine Pipes in a Canadian Setting. *Drug and Alcohol Review* 31.7. doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00446.x

de cocaïne et de méthamphétamine²⁶. Ces interventions se caractérisent par une attention systématique au moment présent, sans jugement et avec une attitude positive. Cela peut aider les personnes qui consomment des stimulants à faire face à des événements ou à des émotions pénibles en modifiant des schémas de pensée inutiles, à réduire l'utilisation de stimulants comme moyen d'échapper à des émotions indésirables et, plus généralement, à améliorer le contrôle de soi.

Les interventions basées sur la pleine conscience sont également efficaces pour traiter le stress, l'anxiété et la dépression, autant d'aspects de la santé mentale qui sont associés à l'usage problématique de drogue (stimulante) et à la rechute.

Housing first

L'usage problématique de stimulants a été associé à la pauvreté, au chômage, à l'incarcération, au sans-abrisme et aux circonstances de logement précaires²⁷. Les stratégies et les interventions qui aident à résoudre

ces problèmes ont ainsi la capacité de remédier à plusieurs des effets néfastes de l'usage problématique de stimulants²⁸. Le sans-



Tablettes de Dexedrine (dexamphetamine sulphate)

PHOTO : Adam. Wikimedia Commons. bit.ly/3cgJCVw. Partagé sous licence CC by 2.0 (creativecommons.org/licenses/by/2.0).

²⁶ Zgierska, A., Rabago, D. Chawla, N. (2009). Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Substance Abuse* 30.4 : doi.org/10.1080/08897070903250019

²⁷ Grund, J-P, Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. et al. (2010). The Fast and Furious — Cocaine, Amphetamines and Harm Reduction. In Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds) (2010). *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*. pp.191–232. Luxembourg: Publications Office of the European Union

²⁸ World Health Organization (2011). *Technical Brief*

abrisme, en particulier, peut être abordé par le biais d'interventions de type *housing first*.

Le *housing first* vise à permettre aux personnes d'accéder le plus rapidement possible à un logement permanent. L'accent est mis sur le logement permanent et stable en tant que stratégie principale de prise en charge des sans-abris, des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et faisant usage de substances. Il y a un contraste avec la perspective du « traitement d'abord », qui exige que les personnes passent par une série d'étapes, telles que l'abstinence, avant d'être prêtes pour un logement. Les huit principes du *housing first* sont les suivants :

- Le logement en tant que droit humain fondamental
- Respect, chaleur humaine et compassion pour toutes les personnes concernées
- Un engagement à travailler avec les personnes aussi longtemps que nécessaire
- Logement dispersé dans des appartements indépendants
- Séparation du logement et de l'accompagnement
- Choix et autodétermination du consommateur
- Orientation axée sur le rétablissement
- Réduction des risques²⁹

Une offre suffisante de *housing first* peut être considérée comme une intervention de réduction des risques en soi. En outre, les interventions de *housing first* sont liées à une diminution de la consommation de drogues, à une meilleure qualité de vie, à un degré plus élevé d'autonomie, à une réduction du stress et à une augmentation de la sécurité personnelle. Pour

2 on Amphetamine-Type Stimulants (ATS). Harm Reduction and Brief Interventions for ATS Users. <https://www.drugsandalcohol.ie/15415/3/Brief2harmreduction.pdf>

29 Busch-Geertsema, V (2013). *Housing First Europe: Final Report*. www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf

les personnes qui consomment des stimulants, un logement stable constitue la base de la stabilité, des routines quotidiennes, de l'intimité et d'une moindre stigmatisation, et conduit à des habitudes alimentaires et de sommeil plus saines.

Une étude canadienne a révélé que 74 % des participants à des programmes de *housing first* ont déclaré que leur consommation de drogue avait diminué depuis qu'ils avaient emménagé dans un logement ; 33 % avaient complètement cessé de consommer des drogues et 41 % avaient réduit leur consommation³⁰.

Au Brésil, De Braços Abertos, un programme offrant un logement aux personnes concernées, a permis à 65 % des participants de réduire leur consommation de crack³¹. Dans le cadre d'un autre programme de *housing first* au Brésil, *Atitude*, 38 % des participants ont déclaré avoir cessé de consommer du crack après avoir participé au programme³². Enfin, des études ont montré que le fait d'avoir un logement stable peut inciter les gens à choisir des manières moins nocives de s'administrer de drogues. Une étude menée au Canada auprès de jeunes s'injectant de la méthamphétamine a montré que le logement était un facteur important pour faciliter l'arrêt de l'injection³³. De même, des études menées aux États-Unis et en Inde ont montré qu'une situation de logement stable était associée à une diminution de l'injection de drogues³⁴.

30 Toronto Shelter, Support & Housing Administration (2007). *What Housing First Means for People: Results of Streets to Homes 2007 Post-Occupancy Research*. <https://homelesshub.ca/wp-content/uploads/2023/12/bxqjfm0.pdf>

31 Rui, T., Fiore, M. and Tófoli, L.F. (2016). *Pesquisa Preliminar de Avaliação Do Programa 'De Braços Abertos.'* Plataforma Brasileira de Política de Drogas, Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Braços-Abertos-1-2.pdf>

32 Pour une étude de cas, voir : Rigoni, R., Breeksema, J. and Woods, S. (2018). *Speed Limits: Harm Reduction for People Who Use Stimulants*. Mainline. pp.48–59. https://mainline.nl/wp-content/uploads/2023/11/2018_Mainline_Harm_Reduction_for_People_Who_Use_Stimulants_%E2%80%9393_Executive_Summary.pdf; Luis Rattón, J. and West, R. (2016). *Políticas de Drogas E Redução de Danos No Brasil: O Programa Atitude Em Pernambuco*. <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/servei/api/core/bitstreams/9bbfe7b0-a11c-4a4d-9a6f-c3f51a69105b/content>

33 Boyd, J., Fast, D., Hobbins, M. et al. (2017). Social-Structural Factors Influencing Periods of Injection Cessation among Marginalized Youth Who Inject Drugs in Vancouver, Canada: An Ethno-Epidemiological Study. *Harm Reduction Journal* 14.1. doi.org/10.1186/s12954-017-0159-9

34 Steensma, C., et al. (2005). Cessation of Injecting Drug Use among Street-Based Youth. *Journal of Urban Health* 82.4 doi.org/10.1093/urban/jti121; Shah, N.G. et al. (2006). Longitudinal Predictors of Injection Cessation and Subsequent Relapse among a Cohort of Injection Drug Users in Baltimore, MD, 1988–2000. *Drug & Alcohol Dependence* 83.2.

Substitution

La substitution est définie comme le choix conscient de remplacer l'utilisation d'une drogue par une autre, sur la base de la «sécurité perçue, du niveau de risque de dépendance, de l'efficacité à soulager les symptômes, de l'accès et du niveau d'acceptation»³⁵. La substitution consiste à remplacer le stimulant de son choix par une substance qui a des effets comparables, généralement de plus longue durée, plus légers et avec moins d'effets secondaires.

Au fil des ans, les chercheurs et les consommateurs de stimulants ont cherché des substances susceptibles d'être utilisées dans le cadre de traitements de substitution, de réduire la consommation de stimulants ou d'atténuer les effets indésirables associés à cette consommation, à l'instar de la méthadone et de la buprénorphine pour les personnes qui consomment de l'héroïne. Tout comme pour la substitution des opioïdes, la mise en œuvre effective des programmes de substitution des stimulants peut se heurter à la diversité des cadres juridiques, qui tantôt autorisent la substitution de substances, tantôt l'interdisent.

Divers substituts à base de plantes ont été explorés à titre expérimental, mais les résultats des quelques tests qui ont été réalisés à petite échelle ne sont pas concluants et des recherches plus approfondies sont nécessaires. Certaines expériences ont été menées en utilisant la coca comme alternative plus légère pour les personnes qui consomment de la cocaïne ou du crack. Cette pratique de substitution a été documentée au Pérou, en Bolivie et au Brésil, mais les résultats ne sont pas encore concluants³⁶. Il existe

doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.11.007; Mehta, S.H. et al. (2011). Factors Associated with Injection Cessation, Relapse and Initiation in a Community-based Cohort of Injection Drug Users in Chennai, India. *Addiction* 107.2. doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03602.x – notre traduction

35 Lau, N. et al. (2015). A Safer Alternative: Cannabis Substitution as Harm Reduction. *Drug and Alcohol Review* 34. p.654. doi.org/10.1111/dar.12275

36 Henman, A. and Metaal, P. (2009). Coca Myths. *TNI: Drugs and Conflict* 17.1. <https://www.tni.org/en/publication/coca-myths>; Henman, A. and Metaal, P. (2014). Time for a Wake up Call – An Historical and Ethnographic Approach to the Regulation of Plant-Based Substances. *TNI: Drug Law Reform Series* 27. www.tni.org/en/briefing/time-wake-call-historical-and-ethnographic-approach-regulation-plant-based-stimulants; Harris, G. (2011). Expert Seminar on Herbal Stimulants and Legal Highs. *TNI, IDPC*. www.tni.org/en/report/expert-seminar-herbal-stimulants-and-legal-highs

certaines preuves scientifiques de l'efficacité du cannabis pour réduire l'anxiété, l'agressivité et la paranoïa chez les personnes qui consomment de la cocaïne *freebase* (crack ou *pasta base*). Le cannabis peut également réduire l'état de manque (y compris lorsqu'il est fumé avec de la cocaïne), stimuler l'appétit et favoriser le sommeil, tout en atténuant l'inconfort pendant les périodes de sevrage. Dans une étude réalisée en 2018 au Brésil, 62 personnes consommant de la cocaïne *freebase* pendant quatre semaines ont été suivies, afin d'examiner le rôle du cannabis sur l'envie de crack. Les auteurs ont constaté d'une part que la consommation de cannabis était fortement corrélée à une diminution de l'anxiété, et d'autre part qu'une plus grande consommation de cannabis était liée à une diminution de l'état de manque³⁷. En 2017, une étude longitudinale menée auprès de consommateurs de drogues à Vancouver, au Canada, a démontré l'efficacité de la consommation intentionnelle de cannabis pour réduire la fréquence de la consommation de crack³⁸. Certaines études ont également démontré les effets de la substitution au cannabis pour d'autres stimulants. Cependant, le cannabis peut avoir des effets secondaires négatifs pour certains consommateurs et reste notoirement illégal pour un usage non médical et très restreint pour un usage médical dans la plupart des juridictions.

Les preuves scientifiques de l'utilisation de substituts pharmaceutiques ne sont pas concluantes. L'idée sous-jacente à la thérapie agoniste (supervisée) est de remplacer la drogue illicite par une drogue pharmacologiquement similaire qui a des effets comparables mais qui peut être utilisée de manière plus sûre. Idéalement, l'agoniste a un effet plus long et un potentiel addictif plus faible, tout en entraînant moins de diminution des facultés et d'intoxication³⁹. Cette approche peut être appliquée à la fois aux modalités

37 Escobar, J.A.C.(2018). A Maconha Como Estratégia de Redução de Danos Contra a Fissura de Crack Em Usuários de Um Programa Da Assistência Social Do Estado de Pernambuco. *Plató: Drogas E Políticas* 2.2 https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2018/11/PLATO2_01-merged-compressed.pdf

38 Socías, M.E., Kerr, T., Wood, E. et al. (2017). Intentional Cannabis Use to Reduce Crack Cocaine Use in a Canadian Setting: A Longitudinal Analysis. *Addictive Behaviors* 72 doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.04.006

39 Shearer, J. (2008). The Principles of Agonist Pharmacotherapy for Psychostimulant Dependence. *Drug and Alcohol Review* 27.3. <https://doi.org/10.1080/09595230801927372>; Nuijten, M. (2017). *CATCH: New Pharmacological Treatment Options for Crack-Cocaine Dependence. Results from Three Randomised Controlled Trials*. Leiden University. openaccess.

de traitement visant l'abstinence totale, ainsi qu'aux objectifs de réduction des risques, permettant aux personnes consommant des stimulants de mieux contrôler leur usage, de réduire les dommages liés à la consommation et d'améliorer leur qualité de vie. Cette approche s'est avérée efficace pour les consommateurs d'opioïdes et de tabac⁴⁰.

Une méta-analyse Cochrane de 2016 sur les résultats du traitement de substitution de la dépendance à la cocaïne utilisant d'autres stimulants (par exemple la dexamphétamine, le méthylphénidate, le modafinil, la méthamphétamine et l'amphétamine) a montré peu d'impact sur la rétention du traitement par rapport au placebo ; il y a toutefois quelques indications qui montrent que les personnes qui consomment de la cocaïne restent abstinentes plus longtemps par rapport au placebo. La dexamphétamine a été considérée comme un agoniste potentiellement prometteur pour le traitement de la dépendance à la cocaïne, en particulier pour les polyconsommateurs d'héroïne et de cocaïne⁴¹.

Aucune preuve n'a été trouvée en faveur de l'utilisation clinique des agonistes directs des récepteurs de la dopamine (agonistes DA) qui n'ont pas de propriétés psychostimulantes (comme l'amantadine, la bromocriptine, la L-dopa et le pramipexole) pour les personnes qui consomment de la cocaïne⁴². En revanche, les agonistes indirects de la dopamine qui ont des effets similaires à ceux de la cocaïne (par exemple, le bupropion et la dexamphétamine) semblaient prometteurs en tant que substance de substitution pour des problématiques d'addiction à la cocaïne⁴³.

leidenuniv.nl/handle/1887/48025; Castells, X., Cunill, R., Pérez-Mañá, C. et al. (2016). Psychostimulant Drugs for Cocaine Dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007380.pub4>

40 Nielsen, S., Larance, B., Degenhardt, L. et al. (2016). Opioid Agonist Treatment for Pharmaceutical Opioid Dependent People. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011117.pub2>; Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C. et al. (2012). Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub4>

41 Castells, X., Cunill, R., Pérez-Mañá, C. et al. (2016). Psychostimulant Drugs for Cocaine Dependence. *z* 2016 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007380.pub4>

42 Minozzi, S., Amato, L., Pani Pier, P., et al. (2015). Dopamine Agonists for the Treatment of Cocaine Dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003352.pub4>

43 Voir la note 41.

La littérature disponible concernant le traitement des problématiques d'addiction aux amphétamines et à la cocaïne a été examinée dans une autre méta-analyse, en comparant les libérateurs de dopamine (DRA, par exemple amphétamine et méthamphétamine) avec les inhibiteurs de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline (IRDN, par exemple méthylphénidate et bupropion). L'étude a montré que les IRDN sont plus efficaces que les DRA pour traiter la consommation d'amphétamine, tandis que les DRA semblent plus efficaces pour réduire la consommation de cocaïne. Plus précisément, le méthylphénidate réduit de manière significative la consommation d'amphétamines mais pas celle de cocaïne, tandis que les (dex-)amphétamines réduisent de manière significative la consommation de cocaïne. Il est intéressant de noter que rien ne prouve l'efficacité de l'utilisation de la dexamphétamine pour réduire la consommation d'amphétamines⁴⁴.

Certaines données suggèrent que la dexamphétamine peut être efficace pour les personnes qui consomment du crack, et que le méthylphénidate (Ritaline) et le bupropion peuvent fonctionner auprès des personnes qui consomment de l'amphétamine.

Enfin, deux récentes études semblent indiquer que le modafinil pourrait être un substitut efficace à la cocaïne, bien que des essais scientifiques antérieurs aient parfois échoué à montrer un impact positif⁴⁵. Les mêmes résultats incohérents sont rapportés par des études portant sur l'utilisation du méthylphénidate pour la consommation de cocaïne. Il est probable que l'efficacité de la plupart des agents agonistes pour le traitement de la dépendance aux stimulants dépende du stimulant particulier qu'ils ont l'intention de remplacer, ainsi que du dosage et de la sous-population

⁴⁴ Stoops, W.W., and Rush, C.R. (2013). Agonist Replacement Therapy for Cocaine Dependence: A Translational Review. *Curr Pharm Des* 19,40 : doi.org/10.4155/fmc.11.184

⁴⁵ Kampman, K.M., Lynch, K.G., Pattinatti, H.M. et al. (2015). A Double Blind, Placebo Controlled Trial of Modafinil for the Treatment of Cocaine Dependence without Co-Morbid Alcohol Dependence. *Drug Alcohol Depend* 155.1. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.005 ; Morgan, P.T., Angarita, G.A., Canavan, S. et al. (2016). Modafinil and Sleep Architecture in an Inpatient-Outpatient Treatment Study of Cocaine Dependence Peter. *Drug Alcohol Depend* 160.1. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.004>



Time for the Harm Reduction Decade'

Exposition organisée par la Harm Reduction Coalition lors de la Commission des stupéfiants des Nations Unies

PHOTO : Steve Rolles, 2016

spécifique de personnes qui consomment des stimulants (par exemple, s'il s'agit de polyconsommation ou non)⁴⁶.

Interventions de proximité avec des pairs

Le travail de proximité permet d'atteindre les personnes usagères de drogues qui ne s'adressent pas elles-mêmes aux services de réduction des risques. C'est un point d'entrée dans les services et dans la communauté⁴⁷.

⁴⁶ Nuijten, M. (2017). *CATCH: New Pharmacological Treatment Options for Crack-Cocaine Dependence. Results from Three Randomised Controlled Trials*. Leiden University. openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/48025

⁴⁷ International HIV/AIDS Alliance (2013). *Reaching Drug Users. A Toolkit for Outreach Services*. https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2021/10/Reaching_drug_users_a_toolkit_for_outreach_services.pdf

Il améliore l'accès aux soins et peut encourager les liens entre les consommateurs de stimulants et d'autres prestataires de services.

Il est prouvé que l'éducation par les pairs – dans un environnement favorable, non stigmatisant et non incriminant – est le moyen le plus efficace de partager de nouvelles connaissances et compétences entre personnes consommatrices de drogues. La confiance est plus facilement accordée aux pairs, parce qu'ils partagent des normes, des expériences, un langage et des antécédents. Il est ainsi plus facile de transmettre une éducation et des informations intègres sur la réduction des risques⁴⁸. La sensibilisation par les pairs est particulièrement efficace pour l'éducation à la consommation à moindre risque et pour la distribution d'accessoires⁴⁹.

Les projets de sensibilisation par les pairs génèrent de l'inclusion sociale, encouragent le partage des connaissances entre les consommateurs de stimulants et renforcent les stratégies de prévention. Ils facilitent l'acceptation de projets tels que la distribution de kits de fumage de crack à moindre risque⁵⁰. En outre, les pairs sont capables d'identifier les nouvelles tendances et d'y répondre rapidement et efficacement⁵¹. Il a été démontré que le travail de proximité des pairs avec les personnes qui consomment des stimulants réduit la fréquence de la consommation et les comportements sexuels à risque, ainsi que les risques de contracter une maladie infectieuse telle que le VIH, le VHC et la tuberculose.

Le travail de proximité peut également aider les personnes qui consomment des stimulants à éviter de commencer à s'injecter ou à encourager

48 Latkin, C.A. (1998). Outreach in Natural Settings: The Use of Peer Leaders for HIV Prevention among Injecting Drug Users' Networks. *Public Health Reports* 113. Suppl 1. SAGE Publications:151–59.; Korf, D.J., Riper, H., Freeman, M. et al. (1999). *Outreach Work among Drug Users in Europe: Concepts, Practice and Terminology*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

49 Jozaghi, E. (2014). The Role of Drug Users' Advocacy Group in Changing the Dynamics of Life in the Downtown Eastside of Vancouver, Canada. *Journal of Substance Use* 19.1–2. doi.org/10.3109/14659891.2013.775608

50 Domanico, A. and Malta, M. (2012). Implementation of Harm Reduction Toward Crack Users in Brazil: Barriers and Achievements. *Substance Use & Misuse* 47.5. http://doi.org/10.3109/10826084.2012.644170

51 Poliquin, H., Bertrand, K., Flores-Aranda, J. et al. (2017). Understanding Experiences of and Rationales for Sharing Crack-Smoking Equipment: A Qualitative Study with Persons Who Smoke Crack in Montreal. *International Journal of Drug Policy* 48. http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.059

les personnes qui s'injectent à passer à des modes d'administration autres que l'injection. Cela peut se faire en informant les personnes sur les risques de l'injection ou sur des méthodes d'administration plus sûres⁵². Dans une étude, les personnes qui s'injectaient de la méthamphétamine ont fréquemment mentionné que le fait de disposer d'informations sur la réduction des risques les avait aidées à passer de l'injection à la fumée⁵³. La sensibilisation par les pairs permet également d'accroître l'acceptation de la distribution de kits de fumage à moindre risque.

L'Organisation mondiale de la santé préconise la diffusion de messages clairs et adaptés à la culture des personnes qui consomment des stimulants dans le cadre de travail de rue. Ces messages doivent être à la fois fondés sur des données probantes et adaptés au contexte. Les messages importants et efficaces sont les suivants : réduire la quantité et la fréquence de la consommation de stimulants, boire de l'eau, améliorer son alimentation, se reposer suffisamment, mettre en place des stratégies pour contrôler la consommation de drogues, surveiller ses propres habitudes et ne pas consommer de drogues seul. D'autres conseils préconisent d'éviter de mélanger les stimulants avec d'autres drogues légales ou illégales, d'éviter l'injection et d'utiliser des préservatifs⁵⁴.

Centres d'accueil

Les centres d'accueil sont un service important de réduction des risques à bas seuil offert dans le monde entier. Ils fonctionnent comme des lieux où les personnes faisant usage de stimulants et d'autres drogues peuvent

⁵² Pinkham, S. and Stone, C. (2015). *A Global Review of the Harm Reduction Response to Amphetamines : A 2015 Update*. Harm Reduction International. www.hri.global/files/2015/10/18/AmphetaminesReport_Oct2015_web.pdf; UNODC (2017). *Systematic Literature Review on Stimulant Use and HIV*. www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/4/Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_4_-_New_Psychoactive_Substances.pdf

⁵³ Boyd, J., Fast, D., Hobbins, M. et al. (2017). Social-Structural Factors Influencing Periods of Injection Cessation among Marginalized Youth Who Inject Drugs in Vancouver, Canada: An Ethno-Epidemiological Study. *Harm Reduction Journal* 14.1 <http://doi.org/10.1186/s12954-017-0159-9>

⁵⁴ World Health Organization (2011). *Technical Brief 2 on Amphetamine-Type Stimulants (ATS)*. *Harm Reduction and Brief Interventions for ATS Users*. <https://www.drugsandalcohol.ie/15415/3/Brief2harmreduction.pdf>

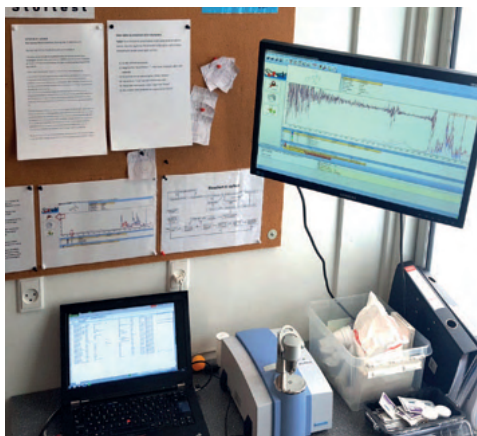
créer des liens, trouver une oreille attentive, accéder à une série d'informations et, pour certaines, s'éloigner d'un environnement potentiellement problématique, qu'il s'agisse de leur domicile ou de la rue.

D'un point de vue pratique, les centres offrent un cadre social informel, répondent à certains besoins fondamentaux (par exemple, nourriture, abri contre le froid, douche et vêtements propres) et proposent des services supplémentaires. Ces services peuvent consister aussi bien à offrir une opportunité de contact social dans un environnement sûr, ou un soutien psychosocial pour améliorer le bien-être ou encore travailler sur des changements d'habitudes de vie. Les centres d'accueil peuvent offrir aux personnes vulnérables – qu'elles fassent usage de drogues, soient actives dans le travail du sexe ou en situation d'itinérance – un environnement sûr et favorable, tout en les encourageant à utiliser plus largement les ressources communautaires ou à opérer des changements dans leur vie⁵⁵.

Les centres d'accueil devraient être situés à proximité des communautés faisant usage de drogues et impliquer des membres de la communauté dans la gestion du programme, de l'offre de services et des processus de prise de décision relatifs à la fourniture de services. Une étude réalisée en 2015 sur l'impact des centres d'accueil a montré qu'ils contribuaient à une amélioration générale du bien-être et de la santé, ainsi qu'à « une série d'avantages, notamment une réduction de la consommation de drogues et de l'échange de rapports sexuels contre des drogues, ainsi qu'une amélioration de la participation/de l'engagement social, de la santé mentale, du nombre de jours passés dans un logement (bien qu'aucune amélioration de l'obtention d'un logement permanent n'ait été constatée) et de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive »⁵⁶.

⁵⁵ Paul Dowling Consulting, Good Practices Workgroup, and Agora Foundation (2007). *Toronto Drop-In Network: Good Practices Toolkit*. tdin.ca/res_documents/toolkit-complete.pdf

⁵⁶ Wilson, M.G. (2015). *Examining the Impact of Drop-in Centres; Rapid Synthesis (30-Day Response)*. McMaster Health Forum. – notre traduction. <http://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/examining-the-impact-of-drop-in-centres.pdf?sfvrsn=2>



Service d'analyse de drogues
dans un centre de consommation supervisée à
Copenhague au Danemark

PHOTO : Steve Rolles, 2018



Le service d'analyse de drogues de Loop
opérant dans les centres-villes du Royaume-Uni et
lors de festivals

PHOTO : The Loop

Analyse de drogues

L'analyse de drogues est une mesure de réduction des risques mise au point pour les personnes qui consomment des drogues dans le cadre de la vie nocturne et des festivals, mais qui a été adoptée par la suite dans une plus grande variété de contextes.

L'analyse de drogues comprend une variété de technologies utilisées pour vérifier et contrôler le dosage, le contenu et la présence d'adultérants potentiellement dangereux dans les échantillons fournis. Ces informations peuvent être utilisées pour émettre des avertissements sanitaires adaptés et pour s'adresser à des groupes de personnes consommatrices spécifiques. Les services d'analyse de drogues peuvent se heurter à des obstacles juridiques, même si des politiques de dépénalisation ont été mises en œuvre, car la possession de drogues peut rester une infraction civile ou administrative passible de sanctions, ce qui a un impact aussi bien sur les bénéficiaires de services en possession de drogues que sur les prestataires de services qui manipulent les échantillons. De ce fait, il est nécessaire qu'il y ait des politiques informelles de tolérance au niveau local, soit

des exemptions légales plus formelles mises en œuvre au niveau national/gouvernemental⁵⁷.

L'analyse de drogues est un moyen utile d'entrer en contact et d'orienter les jeunes consommateurs de drogues difficiles à atteindre. Il peut également encourager les gens à ne pas consommer un échantillon particulier, par exemple si celui-ci contient une substance indésirable ou un adjuvant nocif. Il existe différents niveaux de sophistication technologique qui présentent des degrés de précision et de fiabilité variables, allant de la simple détection de l'absence ou de la présence d'une substance spécifique à l'analyse complète et quantifiée de toutes les substances présentes dans un échantillon.

L'analyse de drogues peut être effectuée par des laboratoires fixes (soit des installations dédiées, soit dans le cadre de prestations d'une institution du domaine des addictions), ou par des laboratoires mobiles lors de festivals ou de fêtes. Pendant l'analyse, ce service permet de fournir des informations sur les substances psychoactives et des recommandations de réduction des risques aux personnes faisant usage de stimulants et d'autres substances, qui autrement n'auraient pas recours à ces services. Ces messages peuvent ensuite se diffuser au sein des réseaux de pairs. L'analyse de drogues est également un outil précieux pour observer les marchés de la drogue, les tendances et l'émergence de nouvelles substances, contribuant ainsi à la mise en place de systèmes d'alerte destinés aux personnes consommatrices.

Des services d'analyse de drogues ont également été mis en place dans certains espaces de consommation sécurisés, permettant aux personnes de faire analyser les substances en leur possession et de recevoir des informations ciblées sur la réduction des risques avant de choisir de les consommer ou non.

⁵⁷ Pour un exemple d'organisation d'analyse de drogues, voir *The Loop* : <https://wearetheloop.org/>

Interventions en ligne

Une intervention en ligne en matière d'addiction consiste en un programme qui offre un accompagnement spécialement développé et structuré en matière d'addiction sur internet. Elle se distingue donc des sites web plus généraux qui fournissent des informations et des conseils sur les substances⁵⁸. Il convient de préciser que les interventions en ligne ne concernent pas uniquement les problématiques d'addiction.

De manière générale, les interventions en ligne ont été définies comme : « une offre professionnelle de prévention sélective fournie via internet, comprenant des éléments interactifs et offrant un retour d'information individuel aux jeunes PUD [personnes utilisatrice de drogues] ». Ces services en ligne peuvent « être entièrement automatisés et autoguidés ou inclure un contact avec un professionnel »⁵⁹. Ils sont généralement rentables et accessibles à tout moment, ne nécessitant qu'un accès internet, ce qui réduit les obstacles à l'accompagnement.

Il existe des données scientifiques solides concernant l'efficacité des interventions en ligne pour divers problèmes de santé mentale, tels que l'anxiété et la dépression, ainsi que pour les interventions d'auto-assistance basées sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui visent à contrôler et/ou à réduire la consommation d'alcool.

Les preuves sur l'efficacité des interventions en ligne spécifiquement destinées aux personnes qui consomment des stimulants sont rares. Plusieurs interventions en ligne ont été testées pour les consommateurs de cocaïne et d'ATS (*Amphetamine Type Stimulants* en anglais), mais peu d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation approfondie. Les données disponibles montrent que les interventions en ligne, en particulier lorsqu'elles sont

⁵⁸ Tossman, H-P, and Leuschner, F. (2009). Internet-Based Drug Treatment Interventions — Best practice and applications in EU Member States. *EMCDDA*. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/49788>

⁵⁹ Steffens, R., and Sarrazin, D. (2015). Guideline for Effective Web-Based Interventions in Selective Drug Prevention. *SUCHT* 61.6. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000396> – notre traduction

combinées à d'autres interventions thérapeutiques, telles que l'approche de soutien communautaire, la gestion des contingences ou la TCC, peuvent aider les personnes à poursuivre leur traitement, à rester abstinentes et/ou à réduire leur consommation de drogues.

Interventions thérapeutiques

Les interventions thérapeutiques sont principalement utilisées dans le cadre de traitements visant l'abstinence, mais elles peuvent également être des outils puissants dans un environnement de réduction des risques. Ces interventions peuvent aider les personnes à faire face à des problèmes aigus de santé mentale et à d'autres problèmes liés à la consommation de stimulants, elles peuvent aider les personnes à développer des stratégies d'autorégulation, et celles-ci peuvent en bénéficier dans le cadre d'une thérapie.

Les personnes qui consomment des stimulants présentent relativement souvent des problèmes de comorbidité, et il existe des liens étroits entre la consommation de substances et les troubles mentaux, tels que le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), l'anxiété, les troubles dépressifs, l'état de stress post-traumatique ainsi que les troubles du comportement alimentaire⁶⁰.

La consommation de stimulants peut précipiter ou exacerber divers problèmes de santé psychique, tels que l'anxiété, les problèmes d'alimentation, la dépression, la paranoïa, les troubles du sommeil et les épisodes psychotiques. Pour les symptômes les plus graves, l'OMS recommande des interventions de crise effectuées par des professionnels de la santé

⁶⁰ La comorbidité signifie la présence d'une ou de plusieurs maladies ou autres troubles qui coexistent avec une maladie ou un trouble primaire, en l'occurrence, lorsque des maladies psychiques et une consommation problématique de substances psychoactives apparaissent ensemble.

mentale⁶¹. Les professionnels œuvrant dans un domaine autre que la santé mentale et travaillant avec des consommateurs de stimulants dans un contexte de réduction des risques peuvent appliquer plusieurs techniques simples pour aider les consommateurs de stimulants souffrant de pensées paranoïaques, d'anxiété, d'hallucinations ou de sevrage. Les interventions telles que la TCC, la gestion des contingences, l'entretien motivationnel, la thérapie familiale, l'approche de soutien communautaire et les interventions brèves se sont avérées efficaces dans le traitement de la consommation de cocaïne et de méthamphétamine. Elles peuvent aider les personnes à identifier les problèmes liés à la drogue et à s'engager à changer, à accroître l'adhésion au traitement, à réduire les risques liés à la drogue, à créer un réseau de soutien et à gérer la consommation de drogue.

⁶¹ World Health Organization (2011). *Technical Brief 2 on Amphetamine-Type Stimulants (ATS). Harm Reduction and Brief Interventions for ATS Users*. <https://www.drugsandalcohol.ie/15415/3/Brief2harmreduction.pdf>



8

Se repérer dans le
système de contrôle des
drogues de l'ONU

La politique en matière
de drogues devrait être
repensée au niveau des
Nations Unies comme une
question de santé plutôt que
de justice pénale.

COMME NOUS L'AVONS VU AU CHAPITRE 1, L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU) JOUE UN RÔLE FONDAMENTAL dans la définition de la politique mondiale en matière de drogues, en établissant les limites au sein desquelles les politiques nationales des drogues opèrent. Depuis de nombreuses années, les Nations unies ont élaboré des normes détaillées en matière de droits humains. Celles-ci sont compatibles avec le cadre de la régulation juridique proposée dans le présent livre mais entrent en contradiction avec les effets de la prohibition des drogues. La régulation offre la possibilité de mieux articuler les normes existantes en matière de droits humains avec cette nouvelle approche de la politique des drogues, y compris :

- Le droit à la vie privée (concernant les niveaux d'interférence avec la consommation personnelle de drogues)
- Le droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion (concernant l'usage religieux ou spirituel des drogues)
- Le droit à la santé (concernant l'accès et la recherche sur les substances à usage médical ainsi que l'accès à des informations sur la santé et à la réduction des risques pour l'usage non médical)

Au niveau de l'ONU, la politique en matière de drogues devrait être repensée comme une question de santé plutôt que comme une question relevant de la justice pénale. Cela nécessiterait de transférer la responsabilité des questions liées aux drogues de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (l'ONUDC, qui est essentiellement une agence de répression) à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Idéalement, cela impliquerait également l'élaboration d'un accord international similaire à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui établit, entre autres, des exigences mondiales en matière d'emballage et de publicité.

La restructuration de cette architecture internationale aurait probablement des répercussions mondiales pour mettre fin à la criminalisation de la consommation personnelle de drogues. De telles réformes n'impliqueraient toutefois pas que les gouvernements nationaux réglementent légalement les stimulants ou d'autres substances psychoactives. La décision quant à la régulation légale des stimulants, et la manière de le faire, resteraient entre les mains des gouvernements individuels, comme nous l'avons vu au chapitre 1

Réforme des traités

En 2014, la *Global Commission on Drug Policy* a souligné la nécessité de moderniser le système international obsolète et dysfonctionnel de contrôle des drogues au sein des Nations Unies. Elle a fait valoir que :

La force du système des traités de l'ONU repose sur le consensus de l'appui des États membres et sur la légitimité de ses fins. Mais en ce qui concerne les traités de contrôle des drogues, le consensus n'est plus atteint, 120 leur légitimité a faibli à cause de leurs conséquences néfastes. En effet, de plus en plus d'États considèrent que les éléments punitifs, au cœur des traités couvrant les drogues, ne sont pas immuables, mais plutôt dépassés et contre-productifs,

[Les conventions sur les drogues] offrent aux États une certaine flexibilité pour adopter des mesures telles que le traitement et la réhabilitation... Cependant, cette flexibilité a des limites; elle ne s'étend pas à l'utilisation non médicale des drogues... [La légalisation est] en contradiction flagrante avec les conventions... Vous – les États parties aux conventions – avez la responsabilité de relever ce défi.

Werner Sipp

Président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants des Nations unies

UN International Narcotics Control Board (2016). Special session of the General Assembly on the world drug problem. www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2016/INCB_speech_UNGASS_plenary_opening.pdf

et que le besoin de les réviser est urgent. Si cette dissidence croissante n'est pas prise en compte dans un processus formel marquant d'exploration des options de réforme, le système risque de devenir encore plus inefficace et redondant qu'il ne l'est déjà, de plus en plus d'États membres partisans d'une réforme choisissant unilatéralement de s'en distancier¹.

Les conséquences négatives du système de contrôle des drogues ont été l'une des principales raisons pour lesquelles l'Assemblée générale des Nations Unies a convoqué une session extraordinaire (UNGASS) sur le problème mondial de la drogue en 2016. De nombreuses questions clés, telles que les droits humains, la réduction des risques et la dépénalisation, ont été abordées lors de cette réunion. Cependant, les limites de la latitude permise par les traités en matière de régulation étaient également très claires, restreignant la portée de l'ordre du jour officiel et du débat qui s'en est suivi. Cela signifie que les questions relatives à la réglementation et à la réforme des institutions de l'ONU chargées du contrôle des drogues ont été soulevées, mais que les discussions de fond indispensables ont été

¹ Commission globale de politique en matière de drogues (2014). *Prendre le contrôle: Sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, p.34. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_2014_taking-control_FR.pdf



Nations Unies

PHOTO : Steve Rolles

marginalisées². Depuis lors, les tensions liées aux traités qui entourent l'évolution de certains pays vers la régulation sont devenues un point crucial ignoré lors des principaux forums de haut niveau sur la politique en matière de drogues.

Les débats de l'UNGASS ont clairement démontré l'effritement du consensus qui sous-tend le paradigme punitif du contrôle des drogues et le changement d'orientation plus large de la réflexion sur la politique des drogues vers des approches fondées sur la santé, les droits humains et le développement³. Il est de plus en plus clair qu'à mesure que l'élan de la réforme se renforce, les forums de haut niveau ne sont plus en mesure d'ignorer la question de la régulation. Une réflexion honnête des États membres et des agences de l'ONU sur les implications à long terme de ce changement mondial est inévitable. Par conséquent, il s'agit maintenant de savoir quand,

² International Drug Policy Consortium (2016). The UNGASS on the world drug problem: Report of proceedings. <https://cdn.sanity.io/files/6u5teakk/production/cddbe5d079a9ff4cc04352fce4ab965b090629b6.pdf?dl=>

³ Voir la note 2.

et non si, l'ONU et d'autres agences internationales envisagent sérieusement les réformes juridiques nécessaires pour rapprocher de la réalité l'objectif initial du système international de contrôle des drogues, qui est de garantir « la santé et le bien-être » de l'humanité.

Le problème pratique, cependant, est de savoir comment y parvenir dans le contexte d'un système aussi complexe et divisé que les Nations Unies. Comment les Nations Unies peuvent-elles maintenir et améliorer les éléments essentiels du système tout en mettant en œuvre le changement ? Comment, comme l'ont demandé les hauts responsables de l'UNODC en 2008, faire en sorte que le système soit « adapté à son objectif » ?⁴

D'un point de vue réaliste, étant donné les positions tranchées sur cette question et le rythme extrêmement lent des réformes institutionnelles au sein du système onusien de contrôle des drogues, il est essentiel de réfléchir aux réformes possibles dans un cadre temporel donné, aux différentes étapes de leur mise en œuvre, ainsi qu'aux mesures concrètes pouvant être prises à court et à moyen terme pour concrétiser cette vision de réforme à long terme. Toute réorganisation ou restructuration au sein du système devrait soutenir le principe de « cohérence à l'échelle du système » onusien – en reflétant la nature intersectorielle de la politique en matière de drogues et en intégrant pleinement les contributions des agences de l'ONU chargées de la santé, des droits humains et du développement, dont l'implication a constitué une avancée majeure lors de l'UNGASS. L'élaboration d'une position commune des Nations Unies sur les drogues en 2019 par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies (représentant les chefs des 31 agences de l'ONU) reflétant ces priorités est un résultat positif notable de l'UNGASS. La déclaration comprend un appel clair à la « décriminalisation de la possession de drogues pour usage personnel » et à la « modification des lois, politiques et pratiques qui menacent la santé et les droits humains des personnes ». Toutefois, malgré les progrès réalisés en

⁴ Costa, A. (2008). *Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS decade.* https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_E.pdf

matière de décriminalisation, la déclaration ne s'engage pas et ne reconnaît pas spécifiquement le débat et les réformes concrètes liées à la légalisation et à la régulation, ni les tensions qu'elles suscitent avec les traités (bien que ces questions aient été abordées lors des discussions préparatoires)⁵.

Dans la perspective d'une modernisation à plus grande échelle du système international de contrôle des drogues, un ensemble de principes interdépendants peut aider à orienter les décisions nécessaires. Premièrement, les décisions devraient être guidées par la promotion de la santé et du bien-être de l'humanité, ainsi que par les objectifs et les valeurs plus larges énoncés dans la Charte des Nations Unies⁶. Deuxièmement, des efforts sérieux devraient être déployés pour engager et faciliter le dialogue entre les États membres, les agences onusiennes et d'autres parties prenantes clés. Troisièmement, une action collective et coordonnée par des États partageant objectifs communs constituerait la base la plus positive et constructive pour aborder la réforme. Enfin, toute réforme devrait faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation rigoureuses en fonction d'objectifs clairement définis.

Ci-après, nous examinons le potentiel de cinq options sur la manière dont la réforme peut être menée⁷:

1. Une nouvelle convention-cadre unique

Une première solution consiste à travailler progressivement à l'élaboration d'une nouvelle convention unique de l'ONU sur les drogues, conçue pour répondre aux besoins et aux aspirations de tous les États membres.

⁵ Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination (2019). Deuxième session ordinaire de 2018. Résumé des délibérations. Annexe I. https://digitallibrary.un.org/record/3792232/files/CEB_2018_2-FR.pdf?ln=fr; Jelsma, M. (2019). *UN Common Position on drug policy – Consolidating system-wide coherence*. International Drug Policy Consortium. <https://www.tni.org/files/publication-downloads/un-common-position-briefing-paper.pdf>

⁶ Voir : Nations Unies (1945). Charte des Nations Unies. <https://www.un.org/fr/about-us/un-charter/full-text>

⁷ Adapté avec l'autorisation de la Commission globale de politique en matière de drogues (2018). *Régulation. Pour un contrôle responsable des drogues*. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/09/FR-2018_Regulation_Report_WEB-FINAL-1.pdf

La feuille de coca et les conventions de l'ONU sur les droguesⁱ

En 1950, une étude mandatée par l'ECOSOC et publiée sous le nom de *Rapport de la Commission d'enquête sur la feuille de coca*, recommande de supprimer « l'habitude néfaste de mâcher de la coca » dans un délai de quelques annéesⁱⁱ.

En 1952, le comité d'experts de l'OMS sur les drogues susceptibles de créer une dépendance a conclu que « la mastication de la coca est si proche des caractéristiques de la dépendance [...] qu'elle doit être définie et traitée comme une dépendance » et en a fait part à la Commission des stupéfiantsⁱⁱⁱ.

La coca est devenue, avec le cannabis et l'opium, l'un des principaux objectifs de contrôle de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, qui prévoit des restrictions spéciales sur la culture, interdit l'abandon progressif de l'usage traditionnel dans un délai de 25 ans et inscrit la feuille de coca comme « substance susceptible de donner lieu à des abus » dans le tableau 1^{iv}.

La Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes a contraint les États à criminaliser la coca, en vertu de l'article 3, paragraphe 2 : « Sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique, chaque Partie adopte les mesures qui se révèlent nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale, en vertu de son droit interne, à la possession, à l'achat ou à la culture de stupéfiants lorsqu'ils sont commis intentionnellement ».

L'article 14 stipule que « chaque Partie prend les mesures appropriées pour empêcher la culture illicite et éradiquer les plantes contenant des stupéfiants ou des substances psychotropes destinées 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 », mais il prévoit également une dérogation pour l'usage traditionnel : Chaque partie prend les mesures appropriées pour prévenir la culture illicite et éradiquer les plantes contenant des substances narcotiques ou psychotropes, telles que le pavot à opium, le cocaïer et le cannabis, cultivées illicitement sur son territoire », mais poursuit en disant que les « mesures adoptées doivent respecter les droits fondamentaux de l'homme et tenir dûment compte des utilisations licites traditionnelles, lorsqu'il existe des preuves historiques de cette utilisation »^v. Une réserve officielle a été faite, uniquement par la Bolivie, lors de la signature et confirmée lors de la ratification de cette convention, afin de préserver le droit d'utiliser la feuille de coca à des fins traditionnelles^{vi}.

Le rapport annuel de l'OICS pour 1994^{vii}. Un supplément au rapport de 1994 consacre une section au thème « Feuille de coca : des ambiguïtés doivent être levées », appelant à « examiner la situation des États parties à la Convention de 1961 qui ont fait des réserves au titre de l'article 49 de cette Convention ». Une véritable évaluation de l'habitude de la mastication de la feuille de coca est une nécessité urgente »^{viii}.



En 1995, l'OMS a achevé « la plus importante étude mondiale sur l'usage de la cocaïne », dont une partie portait sur l'usage de la feuille de coca, concluant que « l'usage de la feuille de coca ne semble pas avoir d'effets négatifs sur la santé et à des fonctions thérapeutiques, sacrées et sociales positives pour les populations indigènes des Andes », ce qui est apparemment l'une des raisons pour lesquelles l'étude a été bloquée dans un processus d'examen par les pairs et n'a jamais été publiée ^{ix}.

En septembre 2007, les Nations unies ont adopté la Déclaration universelle des droits des peuples autochtones, qui reflète un engagement mondial à respecter les traditions culturelles et les pratiques médicinales de toutes les populations autochtones. Cette reconnaissance reflète une contradiction évidente dans le droit international concernant le statut juridique de l'utilisation traditionnelle de la coca ^x.

En mars 2009, le gouvernement bolivien a proposé de modifier la Convention unique de 1961 en supprimant deux sous-paragraphes de l'article 49 qui interdisent la mastication de la feuille de coca. Une coalition dirigée par les États-Unis a présenté des objections dans le délai de 12 mois prévu par la procédure et a bloqué l'amendement ^{xi}.

En juillet 2011, la Bolivie a dénoncé la Convention unique de 1961, dénonciation entrée en vigueur. En janvier 2012. Le 10 janvier 2013, la Bolivie a de nouveau adhéré au traité avec une nouvelle réserve qui est entrée en vigueur lorsque les deux tiers des parties à la Convention n'ont pas exprimé d'objections.

-
- i Tiré de : Transnational Institute (2012). Fact Sheet : Coca leaf and the UN Drugs Conventions. www.tni.org/en/publication/fact-sheet-coca-leaf-and-the-un-drugs-conventions
 - ii Conseil économique et social des Nations unies (1950). *Rapport de la Commission d'étude sur la feuille de coca (mai 1950)*. New York : Nations unies. Disponible à l'adresse : https://digitallibrary.un.org/record/637047/files/E_CN.7_AC.2_1--E_1666-FR.pdf?ln=fr
 - iii Organisation mondiale de la santé (1952). *Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie : troisième rapport*. Série de rapports techniques. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41754/WHO_TRS_57_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - iv Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le protocole de 1972. www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf
 - v Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf
 - vi Collection des traités des Nations Unies (à partir de 2020). Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, déclarations et réserves. <https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20VI/vi-19.fr.pdf>
 - vii OICS (1994). *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1994*. www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/E-INCB-1994-1-Supp-1-e.pdf
 - viii OICS (1994). *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1994*. www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/E-INCB-1994-1-Supp-1-e.pdf
 - ix Transnational Institute. The WHO Cocaine Project. www.druglawreform.info/en/issues/unscheduling-the-coca-leaf/items?cid=96:unscheduling-the-coca-leaf&id=266:the-who-cocaine-project
 - x Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones. www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_en.pdf
 - xi Transnational Institute. Aide-Memoire on the Bolivian Proposal To Amend Article 49 of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs. https://www.druglawreform.info/images/stories/documents/ayuda_memoria_coca_en_ingles.pdf

Cette convention remplacerait à terme les trois conventions existantes⁸. À certains égards, ce processus refléterait la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, qui avait consolidé une série de traités multilatéraux sur le contrôle des drogues remontant à 1912⁹.

Un nouveau traité unifié permettrait aux États membres de régler les marchés nationaux. Il pourrait également établir les règles et les paramètres, tels que les normes minimales, les exigences en matière de surveillance et de déclaration, ainsi que le commerce international et les contrôles aux frontières. Ainsi, un nouveau traité unifié sur les drogues pourrait – comme l'a proposé la Global Commission en 2014 – «étendre les ambitions du traité [de 1961] visant à réglementer les utilisations médicales et scientifiques des drogues [...] pour englober la réglementation des drogues à usage non médical, dans la poursuite du même ensemble d'objectifs de l'ONU»¹⁰.

Un nouveau traité pourrait également viser à remédier aux lacunes du cadre existant. Il devrait, par exemple, inclure un mécanisme structuré d'examen périodique (notamment absent du cadre actuel) ainsi qu'une procédure de classification améliorée qui permette de mieux équilibrer la disponibilité des substances contrôlées pour les usages légitimes et la prévention des usages problématiques¹¹. Un tel traité pourrait intégrer des éléments de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988, qui s'attaque au grand

8 The Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol; the Convention on Psychotropic Substances of 1971; and the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988

9 United Nations Office on Drugs and Crime (1961). Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

10 Commission globale de politique en matière de drogues (2014). Prendre le contrôle : *Sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_2014_taking-control_FR.pdf

11 Les traités plus modernes, notamment la Convention contre la criminalité transnationale organisée de 2000 (UNTOC), la Convention contre la corruption de 2003 (UNCAC) et la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac de 2003 (CCLAT), disposent d'un mécanisme intégré de Conférence des Parties (COP) qui exige qu'ils fassent l'objet d'examen périodiques, facilitant ainsi leur modernisation face à l'évolution de la situation. En revanche, les trois traités sur les drogues, dont les racines sont antérieures à l'ONU et à ses normes contemporaines, ne disposent pas d'un tel mécanisme de conférence des parties. Voir aussi : Commission globale de politique en matière de drogues (2019). *La classification des substances psychoactives : lorsque la science n'est pas écoutée*. http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report_FR_web.pdf

banditisme et à la corruption, dans les autres cadres conventionnels pertinents avec lesquels le traité sur les drogues de 1988 est déjà étroitement aligné¹².

2. Modifier les conventions existantes en matière de contrôle des drogues

En théorie, les conventions existantes pourraient être modifiées afin d'introduire suffisamment de flexibilité pour que les États membres puissent expérimenter des régulations alternatives. Il existe des précédents notables en la matière. La Convention unique de 1961 a été modifiée par le Protocole de 1972, après la convocation d'une conférence multilatérale. Le gouvernement américain avait fait valoir qu'il était « temps pour la communauté internationale de bâtir sur les fondements de la Convention unique, car une décennie a permis de mieux comprendre ses forces et ses faiblesses »¹³.

La latitude prévue par la Convention de 1961 en ce qui concerne les « alternatives à l'incarcération » (qui, en fait, crée la possibilité d'une dépénalisation) n'existe que grâce à une modification du traité convenue dans le Protocole de 1972. Toutefois, de tels amendements requièrent un consensus entre les États parties. Compte tenu de la polarisation des opinions sur la réglementation au sein des Nations unies, il semble très improbable de parvenir à un tel consensus pour permettre la mise en place de marchés régulés.

Les traités contiennent également des mécanismes de modification pour l'inscription d'une substance en particulier au tableau (sur

¹² Office des Nations unies contre la drogue et le crime (1988). Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, 1988. https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf

¹³ United Nations (1961). Memorandum of the United States of America Respecting its Proposed Amendments to the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. E/CONF.63/10, in: United Nations (1974). *United Nations Conference to Consider Amendments to the Single Convention on Narcotic Drugs 1961, Geneva, 6–24 March 1972*. Official Records, vol. 1. New York: UN. pp.3-4, notre traduction.

recommandation de l'OMS ou d'un État partie) qui ne requièrent qu'un vote à la majorité, plutôt qu'un consensus¹⁴. Une telle modification pourrait, en théorie, supprimer complètement certaines drogues du cadre du traité et, ce faisant, faciliter la régulation pour les États membres qui souhaitent l'explorer. Cependant, les réalités politiques actuelles font que cette option semble également hors de portée. En l'absence de toute perspective réaliste à court terme de réforme par le biais d'un amendement ou d'une modification, les États membres soucieux de réforme sont confrontés à un choix d'options plus restreintes.

3. Retrait (avec la possibilité d'une réadhésion avec réserve)

L'option la plus simple pour un État membre seul serait peut-être de se retirer des traités, auquel cas les questions de non-conformité ne s'appliqueraient plus. Toutefois, une mesure aussi radicale n'entraînerait pas seulement des coûts diplomatiques et de réputation, elle mettrait également en péril le rôle parallèle important des traités dans la réglementation de l'utilisation scientifique et médicale des substances.

Contrairement à l'interdiction générale de la régulation des drogues à usage non médical, cette solution fait toujours l'objet d'un consensus solide parmi les États membres. Une autre possibilité consiste à se retirer des traités concernés, puis à y adhérer à nouveau (techniquement connu sous le nom de réadhésion) en émettant une réserve sur les articles spécifiques qui empêchent la réglementation d'une drogue donnée. C'est la stratégie adoptée par la Bolivie en ce qui concerne l'interdiction de l'usage traditionnel de la feuille de coca, après avoir échoué dans un premier temps à obtenir un consensus sur l'amendement¹⁵. Si la Bolivie a réussi dans sa stratégie, on peut se demander dans quelle mesure cette approche pourrait

¹⁴ La convention de 1961 exige un vote à la majorité simple, tandis que la convention de 1971 exige un vote à la majorité des deux tiers.

¹⁵ Transnational Institute & The Washington Office on Latin America (2013). Bolivia wins a rightful victory on the coca leaf; Creates a positive example for modernizing the UN drug conventions. <https://www.tni.org/en/article/bolivia-wins-a-rightful-victory-on-the-coca-leaf>



Familles de la campagne Anyone's Child

appelant à une réglementation légale lors de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les drogues en 2016

PHOTO: Steve Rolles

être appliquée à d'autres substances psychoactives (la coca étant l'une des rares substances, avec le cannabis et l'opium, à être nommément citée dans le texte principal du traité).

4. Non-conformité respectueuse

Compte tenu des implications potentiellement graves d'un retrait pur et simple et des limites de l'option retrait-adhésion, une autre option consiste à rester partie aux traités tout en procédant à des réformes internes. Cela signifierait inévitablement le non-respect de certains articles des traités. La manière dont un État membre pourrait gérer les implications d'une telle décision soulève d'autres questions difficiles.

Parmi les pays qui ont déjà pris des mesures pour réguler le cannabis, le Canada est le premier à reconnaître formellement et clairement qu'il est « en contravention avec certaines obligations relatives au cannabis en vertu des conventions des Nations Unies sur les drogues »¹⁶. Une reconnaissance des réalités juridiques comme celle du Canada semble préférable au déni, à l'évitement ou à une tentative de se cacher derrière des arguments juridiques discutables concernant « l'interprétation souple » des traités. Les périodes de non-conformité partielle sont monnaie courante avant que les traités soient réformés¹⁷. Cependant, pour adopter cette approche, le raisonnement qui sous-tend la décision doit être clair. L'Uruguay, par exemple, a clairement défini son modèle de réglementation du cannabis en référence à la promotion de la santé, au bien-être de l'humanité et aux valeurs fondamentales de la Charte des Nations Unies¹⁸.

16 Sénat du Canada (2018). *Le Comité sénatorial permanent des Affaires étrangères et du commerce international: Témoignages du 18 avril 2018*. <https://sencanada.ca/fr/Content/Sen/Committee/421/AEFA/53882-f>

17 Jelsma, M., Boister, N., Bewley-Taylor, D., et al. (2018). *Balancing Treaty Stability and Change: Inter se modification of the UN drug control conventions to facilitate cannabis regulation*. Global Drug Policy Observatory, Transnational Institute and Washington Office on Latin America https://www.tni.org/files/publication-downloads/balancing_treaty_stability_and_change.pdf

18 En 2015, l'Uruguay a coparrainé une résolution du Conseil des droits humains des Nations unies demandant au Haut-Commissaire des Nations unies aux droits humains (HCR) de préparer un rapport « sur l'impact du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits humains ». La contribution de l'Uruguay aux préparatifs du HCR exposait la position du pays concernant la primauté des droits humains : *Nous réaffirmons l'importance de garantir le système des*

Les tensions potentielles peuvent également être minimisées s'il est clair que les normes réglementaires des traités existants sont respectées. Par exemple, en démontrant qu'un suivi complet et des rapports aux organes conventionnels seront maintenus et en prêtant attention aux questions frontalières et aux préoccupations des États voisins. Sur cette base, une période temporaire de ce que certains analystes ont décrit comme une non-conformité « de principe » ou « respectueuse », parallèlement à un dialogue et à des efforts continus pour résoudre les tensions avec les obligations des traités, semble être une option viable à court terme pour une action unilatérale¹⁹.

5. Modification *inter se* des conventions ?

Une approche juridiquement fondée et coordonnée de la réforme présenterait des avantages évidents par rapport à un scénario potentiellement chaotique caractérisé par un nombre croissant de défections unilatérales, de réserves et de réinterprétations questionnables. L'une de ces options de réforme, qui n'est pas limitée par l'exigence d'un consensus entre tous les États membres, est la modification *inter se* des traités. Il s'agit d'un mécanisme établi dans le cadre de la Convention de Vienne sur le droit des traités de 1969, qui permet à un groupe d'États membres de modifier les traités « entre eux ». L'article 41 autorise une telle modification à condition qu'elle ne soit pas interdite par le traité et qu'elle ne porte pas atteinte à la jouissance par les autres parties des droits qu'elles tiennent du traité ; et « qu'elle ne porte pas sur une disposition à laquelle il ne peut être dérogé sans qu'il y

droits humains, en soulignant que les droits humains sont universels, intrinsèques, interdépendants et inaliénables, et que les États ont l'obligation de garantir leur priorité sur d'autres accords internationaux, en mettant l'accent sur les conventions internationales relatives au contrôle des drogues. Voir : Junta Nacional de Drogas (2015). Impact of the World Drug Problem in the exercise of Human Rights: Uruguayan contribution to the implementation of the resolution 'Contribution of the Human Rights Council to the Special Session of the UN Assembly the World Drug Problem 2016'. <https://www.wola.org/sites/default/files/Drug%20Policy/AportedeROUalaUNGASS2016enDDHHENG.pdf>

¹⁹ Bewley-Taylor, D., Jelsma, M., Rolles, S. et Walsh, J. (2016). La réglementation du cannabis et les traités des Nations unies sur les drogues : Stratégies de réforme. The Washington Office on Latin America, et al. https://www.tni.org/files/publication-downloads/la_reglementation_du_cannabis_et_les_traites_de_lonu_sur_les_drogues_web.pdf

ait incompatibilité avec la réalisation effective de l'objet et du but du traité pris dans son ensemble»²⁰.

Les rédacteurs de la Convention de 1969 ont considéré l'option de la modification *inter se* comme un principe fondamental du droit international. Comme l'a souligné la Commission du droit international en 1964, «L'importance de la question n'a pas besoin d'être soulignée; il s'agit de concilier la nécessité de garantir la stabilité des traités avec les exigences de l'évolution pacifique.»²¹. Par conséquent, la modification *inter se* pourrait offrir une voie «élégante» et juridiquement viable pour aller de l'avant, tout en constituant une soupape de sécurité utile pour une action collective visant à ajuster un régime de traité dont on peut dire qu'il est figé dans le temps.

À plus long terme, les leçons tirées et les dynamiques changeantes résultant à la fois de l'action unilatérale et collective peuvent servir à préparer le terrain pour un consensus post-guerre contre la drogue plus souple et un système de contrôle des drogues modernisé pour le soutenir.

²⁰ Nations Unies (1969). Convention de Vienne sur le droit des traités, article 41. <https://treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%201155/volume-1155-i-18232-french.pdf>; Jelsma, M., Boister, N., Bewley-Taylor, D., et al. (2018). *Balancing Treaty Stability and Change: Inter se modification of the UN drug control conventions to facilitate cannabis regulation*. Global Drug Policy Observatory, Transnational Institute and Washington Office on Latin America https://www.tni.org/files/publication-downloads/balancing_treaty_stability_and_change.pdf

²¹ Commission du droit international (1965). Compte rendu analytique de la 745e séance: 15 juin 1964. A/CN.4/SR.745. Dans: Commission du droit international (1964). *Annuaire de la Commission du droit international: Vol. I*, New York: ONU. Para. 49. p.152

Remerciements

Écrit par

Steve Rolles Harvey Slade James Nicholls

Nous remercions tout particulièrement les équipes de *Transform* et de *México Unido Contra la Delincuencia* pour leur soutien

**Jane Slater Martin Powell Ben Campbell Ester Kincova Emma Caldwell
Mary Ryder Cora Fern Nicky Saunter Danny Kushlick Jane Hickman
Lisa Sanchez Tania Ramirez**

Pour la traduction française:

Projet conçu et mené par le Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA), avec le soutien de Romain Bach, Audrey Loetscher, Jean Clot, Sonia Saunier, Nadia Yersin, Patrick Eerdmans, Guillaume Stern et Simon Schönmann; Marie Öngün-Rombaldi et Benjamin Tubiana-Rey à la Fédération Addiction; Sandhia Vadlamudy et Julie-Soleil Meeson de l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ); Stéphane Leclercq et Pierre Dumas à la Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions (féda bxl).

Merci aux sources suivantes:

Les chapitres 6 et 8 comprennent un texte adapté, utilisé avec autorisation, de «*Regulation: The Responsible Control of Drugs*» (2018), publié par la *Global Commission on Drugs*.

Le chapitre 7 comprend un texte adapté, et utilisé avec autorisation, de «*Speed Limits: Harm Reduction for People Who Use Stimulants*» (2018) de Rafaela Rigoni, Joost Breeksema, et Sara Woods, publié par *Mainline*.

Le chapitre 8 comprend un texte adapté, et utilisé avec l'autorisation de l'auteur, de la fiche d'information: «La feuille de coca et les conventions de l'ONU sur les drogues» (2012), *Transnational Institute*

Conception graphique et mise en page

Tim Barnes

chicken ☞ **herechickychicky.com**

Conception de l'emballage des drogues

Nick Ellis Tilly Scott Tom Shannon Rob Lewis Lauren Lucchese wearehalo.co.uk

Copyright © 2020

Transform Drug Policy Foundation

Les opinions exprimées dans ce livre sont celles des auteurs et de la *Transform Drug Policy Foundation*, mais pas nécessairement celles des contributeurs, des bailleurs de fonds et des soutiens de ce livre ou de la *Transform Drug Policy Foundation*

Ce rapport est publié sous une licence *Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike*.

Il peut être reproduit en partie ou en totalité gratuitement et sans autorisation pour un usage non commercial, à condition que les auteurs et la *Transform Drug Policy Foundation* (TDPF) soient mentionnés et que des liens vers le site web

www.transformdrugs.org.uk soient créés.

Voir: **www.creativecommons.org/about/licenses/**

Nous remercions les nombreuses personnes qui ont contribué à la production de cette publication en participant à des ateliers, en procédant à une évaluation par les pairs ou en nous aidant à explorer les questions, à inspirer et à soutenir ce travail d'une autre manière.

Il s'agit, entre autres, de

Dave Bewley-Taylor, Scott Bernstein, Tom Blickman, Chris Brady, Rebeca Calzada, Catalina Perez Correa, Liliana Galindo, Camille Goetz, Mark Haden,

Johann Hari, Carl Hart, Dagfinn Hessen Paust, Martin Jelsma, Clemmie James, Guy Jones, Amanda Feilding, Kathryn Ledebur,

Alejandro Madrazo, Larissa Maier, David Mansfield, Pien Metaal, Fiona Measham, Charity Monareng, Karenza Moore, Judith Noijen, David Nutt,

Rhys Ponton, Mikhail Popov, Mike Power, Mat Southwell, Shaun Shelly, Zara Snapp, David Restrepo, Ina Spinnangr, Khalid Tinasti,

Shaleen Title, Sanho Tree, Ross Bell, Hattie Wells, Adam Winstock, Ernesto Zedillo

Cette publication n'aurait pas été possible sans le soutien généreux des personnes ci-dessous, et de toutes celles qui ont souhaité rester anonymes: Astrid Wüthrich,

Michael Nendick, Keith Morri, Joanna Firth, Nick Sireau, Judith Yates,

Légaliser NL, Henry Fisher, Andrew Cowan,

Erin Zerbo, Daniel Carden, FAAAT think & do tank, Gerald Vargas, Barclay Tong, Robert Peto,

Bruno Medeiros, Will Tregoning, Benjamin Caspar, Fields Of Green For All, Peter Cross, Jessica Enoch, Armando Santacruz, Roger Golland, Shaleen Title, Harry Sumnall, Sorcha Ryan, Nina Edmonds,

Andrew Barnes, *New Zealand Drug Policy Foundation*

Merci aux financeurs de *Transform*:

Ken Aylmer, Anton Bilton, Henry Hoare

Howard Jacobs, *New Zealand Drug Policy Foundation The Open Society Foundations*

La Fondation Esmée Fairbairn

The Linnet Trust

The Glass House Trust

Pour plus d'informations, veuillez contacter

Transform Drug Policy Foundation (Royaume-Uni)

+44 (0)117 325 0295

info@transformdrugs.org

Comment réguler les Stimulants ?

Un guide pratique



Alors que l'échec de la « guerre contre la drogue » est de plus en plus largement reconnu il devient urgent d'explorer franchement les solutions de remplacement. Il est essentiel que nous entamions une discussion sérieuse sur la manière dont nous pouvons réguler les produits stimulants. Ce livre constitue un bon point de départ

Helen Clark

Présidente de la *Global Commission on Drug Policy*, ancienne Premier ministre de Nouvelle-Zélande et administratrice du Programme des Nations unies pour le développement

Si nous voulons vraiment réduire les risques, nous devons avoir une conversation adulte sur ce que pourrait signifier, dans la pratique, le fait de dépasser la prohibition. Comment réguler les stimulants est un pas important dans cette direction

Carl L. Hart, Ph.D.

Professeur Ziff de psychologie (en psychiatrie), Université de Columbia

Ayant été le témoin direct de la tragédie humaine de la « guerre contre la drogue » en Colombie, je peux témoigner de la nécessité de trouver des alternatives crédibles.

Transform nous apporte

Sir Keith Morris

Ancien ambassadeur du Royaume-Uni en Colombie

J'ai perdu mes deux fils la même nuit après qu'ils ont consommé de la MDMA dont la pureté et la puissance étaient inconnues. Il est temps d'accepter que la consommation de drogues est une réalité et de trouver des moyens de la rendre plus sûre.

J'espère que ce livre contribuera à faire de ces réformes une réalité

Ray Lakeman

Chargé de campagne auprès de *Anyone's Child*: Familles pour un contrôle plus sûr des drogues

TRANSFORM
Drug Policy Foundation

aidq Association des intervenants
en dépendance du Québec

FÉDÉRATION | Prévenir
ADDICTION | Réduire les risques
Soigner

feda fédération
drogues
addictions
SXL

GREAA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS