

## I. Contrôle international des drogues: passé, présent et avenir

1. Lorsque Paracelse (Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493-1541) affirmait qu'il n'aurait pas aimé exercer la médecine sans opium, il mettait là en évidence l'importance de cette substance, alors couramment utilisée comme analgésique, antitussif, hypnotique, sédatif et tranquillisant, ainsi que pour le traitement de la diarrhée. L'usage de l'opium en tant que remède universel est depuis entré dans l'histoire: cette substance n'est plus utilisée en tant que telle à des fins thérapeutiques, mais sert de matière première pour la production d'alcaloïdes, dont la morphine et la codéine. De nos jours, des opioïdes naturels et synthétiques sont prescrits comme analgésiques et antitussifs et dans le traitement de la diarrhée. Un grand nombre d'hypnotiques, de sédatifs et d'anxiolytiques synthétiques sont utilisés pour traiter l'insomnie et de multiples troubles psychiatriques. Les stupéfiants et les substances psychotropes sont donc aussi indispensables à la médecine aujourd'hui que l'était l'opium autrefois.

2. Alors que Paracelse faisait de son mieux pour convaincre ses collègues européens des bienfaits thérapeutiques de l'opium, l'usage non médical de ce dernier (consommation d'opium à fumer) commençait à poser de sérieux problèmes en Asie. Les conséquences sanitaires et sociales de ce phénomène sont bien connues: des millions de vies ont été détruites, surtout en Chine.

3. Cette double caractéristique que possède l'opium, au même titre que de nombreux autres stupéfiants et substances psychotropes tant naturels que synthétiques, est à l'origine des systèmes de contrôle national et international qui ont été progressivement mis en place à partir du début du XX<sup>e</sup> siècle, lorsque la communauté internationale a décidé de mettre fin aux atroces souffrances de millions de gens causées par l'offre illimitée de drogues à des fins non médicales.

## A. Situation avant l'évolution du système de contrôle international des drogues

### Consommation d'opium à fumer en Chine

4. La Chine a été contrainte par la Grande-Bretagne et d'autres puissances coloniales à abandonner l'action qu'elle menait en vue de restreindre le commerce de l'opium. Les guerres de l'opium<sup>1</sup> ont abouti à la légalisation des importations d'opium, et ouvert ainsi la voie à sa libre circulation depuis les Indes britanniques jusqu'en Chine. La consommation d'opium à fumer s'est répandue, entraînant une progression considérable de la culture du pavot à opium et de la production d'opium en Chine. En 1906, ce pays produisait 30 000 tonnes d'opium et en importait 3 500 tonnes supplémentaires. On estime ainsi que sa consommation, au début du XX<sup>e</sup> siècle, s'élevait à plus de 3 000 tonnes en équivalent morphine. À titre de comparaison, la consommation mondiale d'opiacés à des fins médicales est aujourd'hui de l'ordre de 230 tonnes par an en équivalent morphine, et la consommation illicite d'opiacés d'environ 380 tonnes par an, toujours en équivalent morphine. Ces chiffres montrent que la situation actuelle de la toxicomanie aux opiacés (qui se caractérise principalement par l'héroïnomanie), bien que grave, n'est en rien comparable à la toxicomanie épidémique qui sévissait lorsque l'offre de stupéfiants n'était pas limitée aux usages médicaux.

5. En Chine, la diminution progressive – de 10 % par an – de la production d'opium à partir de 1907 ainsi que la conclusion d'un accord avec le Gouvernement britannique en vue de réduire les importations d'opium dans les mêmes proportions ont permis de diminuer considérablement l'offre sur le marché national. En 1914, malgré l'arrêt des importations en provenance d'Inde, d'importantes quantités d'opium venant d'autres pays d'Asie ont été introduites en contrebande en Chine pour l'approvisionnement des opiomanes, dont le nombre, à l'époque, dépassait de loin les 10 millions<sup>2</sup> sur une population estimée à environ 450 millions.

### Consommation d'opium à fumer dans d'autres pays d'Asie

6. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'ingestion d'opium était le mode de consommation le plus fréquent pour les usages quasi médicaux et non médicaux en Inde et dans d'autres pays d'Asie. En revanche, la pratique consistant à fumer l'opium était très répandue en Asie du Sud-Est (surtout en Birmanie) et dans certaines régions de l'Inde et de l'Asie occidentale (principalement sur les territoires appartenant aujourd'hui à l'Afghanistan, à la République islamique d'Iran et au Pakistan). Dans quelques villes persanes, plus de 10 % de la population fumaient régulièrement de l'opium en 1914.

### Consommation non médicale d'opium en Europe

7. Au dix-neuvième siècle, dans la plupart des pays européens, l'opium ne pouvait être vendu que sur ordonnance et en pharmacie, ce qui a empêché le développement des utilisations non médicales. En Grande-Bretagne, toutefois, il a été vendu à bas prix dans les épiceries et librement consommé jusqu'en 1868, date à laquelle est entrée en vigueur la première loi sur la pharmacie<sup>3</sup>. La consommation d'opium à fumer est aussi apparue dans d'autres pays européens ayant des colonies en Asie, comme en atteste le fait que le nombre de fumeries a fortement augmenté après la colonisation de l'Indochine. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, on en dénombrait beaucoup à Paris et dans les ports (Bordeaux, Marseille, Toulon, etc.). Malgré la réglementation des importations d'opium et la fermeture des fumeries en 1908, tout porte à croire que plusieurs fumeries clandestines ont continué de fonctionner à Paris jusqu'en 1916.

### Abus de morphine, d'héroïne et d'autres opiacés en Chine

8. En Chine, l'injection de morphine a commencé à remplacer la consommation d'opium à fumer vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, mais cette nouvelle pratique n'a pris des proportions épidémiques qu'au siècle suivant. Avant 1909, 132 tonnes de morphine en moyenne étaient exportées chaque année de la Grande-Bretagne vers la Chine. Jusqu'à cette date, ces exportations étaient considérées comme légales et étaient acheminées directement sans passer par un pays tiers. À titre de comparaison, selon la première évaluation réalisée par la Société des Nations en 1931, les besoins mondiaux en morphine à des fins médicales étaient de 10 tonnes seulement, et aujourd'hui la consommation totale de morphine dans le monde s'élève à environ 16 tonnes par an. Sous la pression nationale et internationale, le Gouvernement britannique a mis en place un système de certificats qui obligeait les fabricants à demander aux autorités chinoises un certificat attestant que les drogues étaient bien nécessaires à des fins médicales et scientifiques. Les exportations directes de la Grande-Bretagne ont alors fait place aux exportations "légales" d'entreprises pharmaceutiques et d'intermédiaires basés dans d'autres pays d'Europe (Allemagne, Belgique, France, Pays-Bas, Suisse, etc.). D'importantes quantités de morphine ayant transité par le Japon ont également été introduites sur le marché chinois. En 1920, le Japon a expédié vers la Chine près de 30 tonnes de morphine. Selon la Société des Nations, au moins 72 tonnes supplémentaires de morphine ont été introduites en contrebande en Chine entre 1925 et 1930.

### Spécialités pharmaceutiques contenant de la cocaïne et des opiacés en Europe et aux États-Unis d'Amérique

9. Des siècles durant, les médicaments en Europe ont été préparés exclusivement par des pharmaciens, garants de la qualité de ces produits et responsables de l'application des règles d'exécution des ordonnances et de distribution, tandis que des médecins contrôlaient le système d'approvisionnement des pharmacies en supervisant et en inspectant ces dernières. La commercialisation de spécialités pharmaceutiques industrielles dans de nombreux pays d'Europe à partir des dernières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle, a créé une situation nouvelle échappant à toute réglementation. Les problèmes sont tout d'abord apparus en Grande-Bretagne, où la commercialisation et la vente libre de spécialités pharmaceutiques (qui étaient des remèdes à composition secrète) avaient débuté plus tôt que dans les autres pays d'Europe. En effet, les pharmaciens préféraient exécuter des ordonnances en préparant eux-mêmes les médicaments plutôt que de vendre des produits industriels "prêts à consommer" et sans ordonnance. Dans ce pays, la facilité avec laquelle on pouvait se procurer des spécialités pharmaceutiques à base d'opiacés a entraîné une consommation de drogues à grande échelle par les particuliers, qui a considérablement diminué après l'adoption de la loi de 1908 intitulée "Poisons and Pharmacy Act".

10. Aux États-Unis d'Amérique, il a fallu attendre 1906 pour que la loi réglemente et limite la vente des préparations pharmaceutiques contenant des stupéfiants. Selon un rapport du Gouvernement américain daté de 1902, 3 à 8 % seulement de la cocaïne vendue à New York, à Boston et dans d'autres villes étaient utilisés à des fins médicales ou dentaires. En 1905, on dénombrait environ 50 000 spécialités pharmaceutiques dont la composition était tenue secrète, une grande partie d'entre elles contenant de la cocaïne, de l'opium, de la morphine ou d'autres substances dangereuses. De même, en 1914, plus de 1 000 fabricants commercialisaient des produits contenant de l'opium, de la morphine, de l'héroïne ou de la cocaïne. Selon un rapport du Gouvernement, environ 90 % des stupéfiants étaient utilisés à des fins autres que médicales. Cette même année, la consommation d'opium par habitant aux États-Unis a été très supérieure à celle des pays européens où la vente d'opium et d'autres produits pharmaceutiques dangereux relevait exclusivement d'un réseau de pharmacies bien réglementé. Aux États-Unis, la loi de 1906 intitulée "Pure Food and Drug Act" exigeait que toute substance contenue dans une spécialité pharmaceutique brevetée soit mentionnée sur l'étiquette, disposition qui n'a été cependant appliquée qu'en 1914 avec l'adoption de la loi intitulée "Harrison Narcotics Act". D'après un rapport du Gouvernement, on a recensé en 1912 plus de 5 000 décès liés à la cocaïne et à l'héroïne, qui s'expliquaient en grande partie par l'offre illimitée de ces stupéfiants.

11. Au dix-neuvième siècle, la cocaïne était utilisée à des fins médicales en Europe et aux États-Unis. Il convient de noter, toutefois, que de nombreux usages thérapeutiques (y compris pour le traitement de la toxicomanie aux opiacés) n'étaient pas scientifiquement fondés. La méconnaissance de la toxicité de la cocaïne a conduit à un grand nombre de décès et d'incapacités liées à cette substance. Dans les années 1890, sa consommation à des fins non médicales (comme drogue "de société") avait remplacé son usage médical. Il était alors de bon ton, dans les milieux artistiques et les classes supérieures de la société de "renifler" de la cocaïne. Les exportations à grande échelle vers la Chine, tout d'abord à partir de l'Europe, puis également à partir du Japon, ont commencé à peu près à la même époque. Là non plus la cocaïne n'était pas destinée à des usages médicaux. Selon une estimation du Comité central permanent, premier prédécesseur de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, entre 1925 et 1929, trente tonnes au moins de cocaïne y étaient exportées chaque année. Dix ans plus tard, les besoins médicaux du monde entier (établis par la Société des Nations) s'élevaient à une tonne par an. En 1998, ils se montent à 400 kg.

## **B. La réponse au problème: la coopération internationale**

12. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'usage (ou l'abus) de drogues, tel que la consommation d'opium à fumer notamment en Chine, en Birmanie, en Perse, etc., l'ingestion d'opium en Inde et dans d'autres pays d'Asie, la consommation de cannabis en Inde (charas, ghanja, bhang), en Égypte (hachisch) et au Maroc (kif) ainsi que la mastication de feuilles de coca dans les tribus autochtones d'Amérique du Sud, était tenu pour un phénomène "local". À cette époque, seules l'exportation licite et illicite d'opium (par les pays d'Asie), de morphine, d'héroïne et de cocaïne (par les pays d'Europe) vers la Chine et l'introduction en contrebande de hachisch en Égypte (à partir d'autres pays de la Méditerranée orientale) étaient considérées comme des aspects internationaux du problème de la drogue. Pourtant, il y a un siècle, on constatait déjà que les pays "consommateurs" (ou "victimes"), comme la Chine, ne pouvaient venir à bout du vaste fléau de la toxicomanie sans la collaboration des pays qui produisaient et fabriquaient des drogues et que les pays "fournisseurs" ne pouvaient nier avoir contribué à la propagation de ce fléau dans d'autres pays – fléau qui risquait également de les toucher. De ce constat est née la première forme de coopération internationale dans le domaine du contrôle des drogues.

## **Usage de la cocaïne à des fins non médicales**

### **Première étape: la coopération dans le cadre d'accords bilatéraux**

13. La conclusion d'accords entre la Grande-Bretagne et la Chine en vue de limiter les quantités d'opium exportées d'Inde ainsi que la mise en place, par les autorités chinoises, d'un système d'autorisations pour les importations d'opiacés (morphine, héroïne, etc.) provenant de Grande-Bretagne ont constitué la première étape vers "l'internationalisation" du contrôle des drogues. Ces mesures étaient censées protéger la Chine des importations non souhaitées d'opium et d'opiacés.

14. Toutefois, il est apparu rapidement que les importations d'opium venant d'Inde faisaient peu à peu place à l'introduction en contrebande sur le territoire chinois d'importantes quantités d'opium en provenance d'autres régions d'Asie et que les opiacés exportés par la Grande-Bretagne étaient progressivement remplacés par des opiacés expédiés en grandes quantités par d'autres pays d'Europe et le Japon. L'échec de cette "approche bilatérale" a débouché sur l'élaboration de traités internationaux.

### **Deuxième étape: la coopération dans le cadre de traités multilatéraux**

15. La première conférence internationale sur les stupéfiants, tenue à Shanghai en 1909, également appelée Commission internationale de l'opium, a débouché sur l'adoption, en 1912, de la Convention internationale de l'opium. On considère à juste titre que cette conférence, organisée il y a près de 90 ans, a jeté les bases de l'actuel système de contrôle international des drogues.

16. Les dispositions de la première convention internationale relative au contrôle des drogues visaient à empêcher les envois non souhaités de stupéfiants vers les pays importateurs, mais on s'est rendu compte assez rapidement que, sans système d'établissement de rapports et sans surveillance, on ne pouvait pas vérifier leur application par les pays exportateurs. Parallèlement, l'insuffisance des contrôles nationaux dans certains pays exportateurs (sans compter la malhonnêteté d'un petit nombre de fabricants et de sociétés commerciales) a entravé les initiatives visant à empêcher l'exportation d'opiacés vers des pays confrontés à des problèmes d'abus de drogue.

### Troisième étape: la coopération dans le cadre d'un système de contrôle international des drogues prévoyant l'établissement de rapports

17. La situation décrite ci-dessus a amené la communauté internationale à concevoir une troisième forme de contrôle international des drogues. C'est ainsi qu'ont vu le jour, en 1925, un système d'établissement de rapports obligatoires ainsi qu'un organisme international indépendant, le Comité central permanent, chargé de veiller au respect par les gouvernements des obligations découlant des traités. Cette approche reste la pierre angulaire du système de contrôle international actuellement en place.

18. De manière générale, la coopération entre les gouvernements a été fréquemment entravée par des différends et des conflits politiques mais des signes donnent à penser que tel n'est pas le cas pour le contrôle des drogues. Ainsi, la guerre froide n'a pas empêché les pays de l'Est de coopérer avec ceux de l'Ouest pour l'élaboration et l'adoption de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961<sup>4</sup>, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes<sup>5</sup> ou la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988<sup>6</sup>.

#### Contrôle du mouvement licite des drogues

19. La bonne administration du système de contrôle international (qui consiste notamment en l'établissement d'évaluations et de statistiques) par l'Organe et ses prédécesseurs, en collaboration avec les gouvernements, a permis de contrôler efficacement le mouvement licite des stupéfiants presque partout dans le monde. Toutes les étapes – aussi bien la production, la fabrication et les échanges que la distribution et la consommation – sont ainsi contrôlées. Aujourd'hui, les stupéfiants ne font l'objet de pratiquement aucun détournement depuis les circuits licites de fabrication et de commerce international vers le trafic illicite, même si le nombre de substances placées sous contrôle international s'est considérablement accru.

20. Dans le cas des substances psychotropes, les résultats obtenus sont moins satisfaisants. En raison principalement d'intérêts industriels et commerciaux, les dispositions prévues dans la Convention de 1971 en vue de contrôler les échanges internationaux des substances inscrites aux Tableaux II, III et IV de cet instrument sont moins contraignantes que celles de la Convention de 1961. La réticence de quelques-uns des principaux pays fabricants et exportateurs à adhérer à la Convention de 1971 et à en appliquer les dispositions de base a retardé considérablement la réalisation des buts énoncés dans ce texte. Malgré ces faiblesses, la Convention de 1971 a contribué à améliorer la pratique en matière de prescription et d'utilisation des drogues dans de nombreux pays. La réduction sensible du nombre de prescriptions de barbituriques et d'autres hypnotiques (qui sont, dans beaucoup de pays, les drogues les plus souvent impliquées

### C. Résultats obtenus

#### Consensus entre les gouvernements sur la nécessité d'une coopération dans le domaine du contrôle des drogues en dépit des conflits

dans les auto-intoxications) ainsi que d'amphétamines résulte en partie de l'application des dispositions de cette convention. La prescription de grandes quantités d'amphétamines pour le traitement de divers troubles (dépression, obésité, par exemple) est aujourd'hui jugée médicalement inappropriée. Dans beaucoup de pays, on associait aussi autrefois de curieuses façon des produits qui contenaient diverses substances psychodysléptiques. On mélangeait ainsi un stimulant de type amphétamine avec un barbiturique. Ce genre de produit thymo-analéptique était employé à des fins aussi bien médicales que non médicales. Ces usages peuvent être facilement comparés à l'utilisation, au début du XX<sup>e</sup> siècle, de spécialités pharmaceutiques contenant de la cocaïne et des opiacés (voir par. 9 et 10). La Convention de 1971 a donc joué un rôle important dans l'élimination de l'usage licite, mais impropre, et de l'abus des drogues.

21. En outre, la situation s'est améliorée avec l'adoption par le Conseil économique et social de résolutions introduisant des dispositions supplémentaires en matière de contrôle et d'établissement de rapports. L'application spontanée de ces dispositions par presque tous les États, ainsi que la coopération entre les gouvernements et l'Organe ont permis de réduire les nombreux détournements dont faisaient l'objet la plupart des substances psychotropes<sup>7</sup>.

#### Mesures visant à réduire l'offre illicite de drogues

22. Le succès de la coopération internationale dans le contrôle de la fabrication et du commerce licites des stupéfiants et de la plupart des substances psychotropes a contraint les trafiquants à fabriquer illicitement des drogues.

23. S'il est vrai que la nécessité de coopérer au niveau international pour lutter contre la fabrication et le trafic illicites de drogues est reconnue de longue date et que des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues obligeaient les gouvernements à collaborer entre eux, ce n'est qu'en 1988<sup>8</sup> que la communauté internationale a élaboré et adopté des dispositions conventionnelles concrètes. La Convention de 1988, dernier traité international adopté en la matière, a facilité, dans une large mesure, l'application de mesures concrètes contre le trafic et l'abus de drogues, telles

que l'entraide judiciaire, l'extradition des trafiquants, l'organisation de livraisons surveillées et la lutte contre le blanchiment de l'argent tiré du trafic de drogues.

24. En outre, la collaboration entre les gouvernements et l'Organe dans le contrôle de certains précurseurs, produits

25. Si les substances pouvant servir à la fabrication des stupéfiants sont placées sous contrôle dans le cadre de la Convention de 1961, la conférence des plénipotentiaires qui a adopté la Convention de 1971 a exclu cette possibilité pour les substances psychotropes. C'est à la conférence des plénipotentiaires qui a adopté la Convention de 1988 que l'on doit d'avoir prévu la possibilité de contrôler certains précurseurs, notamment ceux du diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), des stimulants de type amphétamine et de la méthamphétamine. L'inscription au Tableau I de la Convention de 1988 de l'ergotamine, de l'ergométrine, de l'éphédrine et d'autres substances ainsi que la collaboration entre les gouvernements et l'Organe ont permis, entre 1990 et 1997, d'empêcher la fabrication illicite de millions de doses de LSD ainsi que de méthamphétamine et d'autres stimulants de type amphétamine destinés à la vente dans la rue. Le placement sous contrôle et la surveillance de réactifs et de solvants (substances inscrites au Tableau II de la Convention de 1988, telles que l'anhydride acétique et le permanganate de potassium) a facilité la détection d'un certain nombre de laboratoires clandestins fabriquant illicitement de la cocaïne et de l'héroïne.

26. L'Organe est convaincu que l'extension du champ d'application de la Convention de 1988 et le resserrement de sa collaboration avec les gouvernements permettront de prévenir la fabrication illicite de drogues avec une efficacité sensiblement accrue. Pour ce faire, il faut avant tout que la communauté internationale agisse de concert en vue d'éliminer la culture illicite du cocaïer et du pavot à opium ainsi que de stopper l'approvisionnement des laboratoires clandestins en feuilles de coca et en opium.

chimiques et solvants fréquemment utilisés pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes a déjà donné quelques résultats encourageants.

### **Respect des conventions internationales**

27. C'est d'abord en ratifiant les trois principaux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues ou en y adhérant que les gouvernements montrent qu'ils ont l'intention de contribuer à l'application des normes internationales en la matière. L'entrée en vigueur de ces traités dépend de la rapidité avec laquelle les États les ratifient. Plusieurs gouvernements ayant hésité à ratifier la Convention de 1971, cette dernière n'est entrée en vigueur que cinq ans après son adoption; en revanche, la Convention de 1988 est entrée en vigueur dès 1990. Ce "délai d'attente" relativement court témoigne d'une volonté d'action accrue de la part des gouvernements. La récente augmentation du nombre d'États parties aux trois traités internationaux (voir par. 44, 48 et 50 ci-dessous) est encourageante, car elle laisse penser qu'une adhésion universelle est possible dans un avenir proche.

28. Jadis, l'absence de contacts entre les organismes nationaux, parfois due à leur réticence à communiquer entre eux, entravait fréquemment l'application des dispositions des traités ainsi que la lutte contre l'abus et le trafic de drogues. À cela s'ajoutait le fait que dans de nombreux pays, les questions relatives aux stupéfiants ont été des décennies durant confiées uniquement aux services de répression et/ou aux organismes de réglementation. Une meilleure compréhension des problèmes liés à la drogue a favorisé la collaboration entre différentes professions et les autorités nationales, ce qui revêt une importance capitale. À l'heure actuelle, la participation d'organismes et d'instituts nationaux possédant des connaissances et des compétences professionnelles spécialisées facilite l'application des dispositions prévues dans les traités. En revanche, cette multiplicité de participants rend la tâche à accomplir plus complexe. De nombreux pays en sont encore à "apprendre" comment coordonner au mieux les activités de ces organismes et instituts.

29. Malgré ces difficultés, l'Organe constate que les autorités nationales appliquent de plus en plus les dispositions de la Convention de 1961, de la Convention de 1971 et de la Convention de 1988, qui constituent dans la grande majorité des pays la base des stratégies nationales de contrôle des drogues.

## D. Enjeux pour l'avenir

### Disponibilité et utilisation appropriée de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales

31. Les stupéfiants et les substances psychotropes devraient être utilisés conformément à des pratiques médicales appropriées. La consommation par habitant très élevée d'un certain nombre de ces drogues dans les pays industrialisés donne à penser qu'il peut y avoir des situations d'abus graves en dépit de l'existence de lois censées en limiter l'emploi à des fins médicales et scientifiques. La prescription de drogues psychoactives devrait se fonder sur un diagnostic médical et un dosage adéquats et l'automédication avec ces drogues devrait être évitée. D'un autre côté, de nombreux pays en développement ne sont malheureusement pas en mesure de satisfaire aux conditions requises en matière de santé publique: du fait d'un accès limité aux soins, une grande partie de la population rurale n'a pas toujours la possibilité de respecter les obligations en matière de prescription et les médicaments sont vendus sur des "marchés parallèles" en raison du manque de pharmacies et/ou d'établissements de soins (dans certains pays il n'existe qu'une seule pharmacie pour 100 000 habitants). Par ailleurs, le coût du système général de santé est en augmentation dans de nombreux pays où l'État a du mal à le financer. Certains services nationaux de sécurité sociale, même dans les pays riches, ne remboursent plus plusieurs catégories de produits pharmaceutiques, dont certains analgésiques narcotiques et certaines substances psychotropes (hypnotiques, sédatifs, tranquillisants). On constate un déséquilibre entre la surconsommation de ces médicaments efficaces dans certaines parties du monde et leur véritable sous-utilisation dans d'autres.

32. L'Organe engage donc les gouvernements à faire du développement des services médicaux et des systèmes de distribution des produits pharmaceutiques une des priorités de santé publique. Il est important d'établir une distinction entre l'utilisation illicite de drogues d'une part, et l'absence de moyens satisfaisants de vente et de consommation, d'autre part. Les autorités sanitaires nationales devraient appliquer des mesures de contrôle des drogues et veiller à ce que de bonnes pratiques en matière de prescription soient adoptées et respectées et à ce que des informations complètes et exactes soient données aux patients.

30. La morphine, la codéine et d'autres opioïdes servant à soulager la souffrance humaine sont des drogues essentielles. La possibilité de se les procurer est donc une question prioritaire de santé publique (conformément aux dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues). À l'heure actuelle, il existe toutefois d'énormes différences dans l'utilisation médicale de ces drogues: la consommation moyenne était de 17 450 doses quotidiennes déterminées pour 1 million d'habitants pendant la période 1992-1996 dans les 20 pays où la consommation était la plus forte et de 184 doses quotidiennes déterminées pour 1 million d'habitants dans les 20 pays où elle était la plus faible. Malheureusement, des différences analogues existent dans le cas d'autres catégories pharmaceutiques de substances psychoactives.

### Commercialisation et vente de produits contenant des stupéfiants ou des substances psychotropes

33. L'évaluation de l'efficacité, de la sécurité et de la qualité d'une nouvelle préparation pharmaceutique avant son autorisation de mise sur le marché est devenue un processus scientifique difficile et complexe. Le nombre de pays qui sont en mesure d'entreprendre cette tâche est limité. Encore plus limité est le nombre de ceux qui peuvent étudier les risques d'abus ou de dépendance que présentent ces nouveaux médicaments ou en contrôler l'utilisation pour repérer les cas d'abus ou de dépendance. L'harmonisation des conditions d'agrément des médicaments dans les pays les plus développés et l'échange entre pays des résultats de l'évaluation de nouveaux produits pharmaceutiques sont d'excellents exemples d'une collaboration internationale qui pourrait être systématiquement étendue au domaine de l'abus des drogues, conformément aux dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues.

34. Débats politiques, participation communautaire et discussions théoriques concernant l'utilisation des drogues sont autant d'activités utiles dans une société civile, qui doivent donc être encouragées et favorisées. Toutefois, la légitimité de la commercialisation de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales devrait, comme pour tous les autres médicaments, être scientifiquement fondée et l'autorisation de mise sur le marché devrait continuer d'incomber aux autorités nationales de réglementation compétentes. L'Organe souhaite appeler l'attention des gouvernements sur les diverses tentatives de commercialisation en tant que "produits alimentaires" et "suppléments diététiques" de préparations contenant des stupéfiants ou des substances psychotropes. Il y a aussi eu des tentatives d'exploitation des lacunes des législations ou systèmes nationaux relatifs aux produits pharmaceutiques pour contourner les mesures de contrôle des drogues et commercialiser certains produits contenant des substances psychoactives.

## Le problème du cannabis

35. L'abus du cannabis s'est répandu dans presque tous les pays au cours des dernières décennies. L'objectif de la Convention de 1961 était de faire disparaître l'utilisation traditionnelle à grande échelle de ce produit, compte tenu de ses conséquences sanitaires et sociales négatives dans des pays comme l'Afrique du Sud, l'Égypte et l'Inde. Dans ces pays, l'application des dispositions de la Convention de 1961 a eu pour effet l'élimination presque totale de l'usage et de l'abus traditionnels du cannabis. Dans les pays où l'abus ne s'est répandu qu'au cours des dernières décennies, la Convention de 1961 doit être appliquée plus strictement, en particulier grâce à des campagnes de prévention plus efficaces appelant l'attention sur les dangers de l'abus du cannabis en vue de corriger l'image erronée que se fait maintenant de cet abus une grande partie de la jeunesse. L'Organe engage les gouvernements à subventionner des recherches supplémentaires sur le cannabis menées par des scientifiques compétents et impartiaux et à en diffuser largement les résultats.

37. Les contrôles réglementaires internationaux et nationaux sont de plus en plus menacés par l'utilisation abusive de nouvelles technologies comme l'Internet, sur lequel les drogues et tout le matériel nécessaire sont ouvertement vendus. Les gouvernements, en particulier ceux qui ont permis que les sites Internet se multiplient sur les serveurs installés sur leur territoire, devraient travailler en étroite coopération avec les prestataires de services Internet, les organisations communautaires, les familles et les éducateurs afin de mettre en place un dispositif garantissant que ces technologies émergentes ne seront pas utilisées de manière impropre pour favoriser la prolifération de l'abus des drogues.

## Traitement de la toxicomanie

38. Autrefois, dans certains pays, les toxicomanes étaient considérés comme des criminels. Aujourd'hui dans la plupart d'entre eux, on fait, tout comme l'Organe, une distinction entre toxicomanes et trafiquants. Les mesures de répression devraient viser essentiellement les seconds, et le traitement des premiers, ainsi que les soins médicaux aux patients souffrant des conséquences psychiques et/ou physiques de l'abus des drogues sont des solutions expressément mentionnées dans les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues<sup>9</sup>. Malheureusement, certains États ont choisi de mettre en œuvre des politiques et des pratiques qui sont, au mieux, contestables au regard de leurs obligations conventionnelles. Le traitement des toxicomanes est une tâche médicale et humanitaire difficile qui devrait se conformer à une pratique médicale appropriée et ne devrait pas servir d'instrument pour établir ou maintenir un contrôle social.

39. Les programmes de substitution ont été conçus comme des solutions de dernier recours à l'intention des toxicomanes

## Utilisation de nouvelles technologies

36. Les technologies nouvelles sont devenues indispensables au développement de la recherche sur les drogues et des pratiques cliniques. Elles facilitent les enquêtes pénales, y compris l'identification et la définition des drogues faisant l'objet d'un abus, ou la communication entre les services de contrôle compétents. Malheureusement, les nouvelles possibilités offertes par la circulation des informations électroniques sont exploitées plus rapidement et plus facilement encore par les organisations criminelles: de nouvelles drogues peuvent être "créées" sans difficulté en manipulant sur un ordinateur les molécules soumises au contrôle des stupéfiants et les méthodes de production ou de fabrication de drogues illicites peuvent être obtenues sur Internet en quelques minutes seulement.

chroniques pour lesquels les autres méthodes de traitement avaient, pour diverses raisons, échoué. Ils ne doivent pas être nécessairement considérés comme l'objectif final, mais comme une étape vers un style de vie sain et sans drogue et être complétés par un soutien psychologique et social.

## E. Conclusion

40. L'Organe reconnaît que la réglementation sur les drogues n'est pas une panacée et que les mesures de contrôle ne peuvent à elles seules mettre fin au trafic illicite et à l'abus de ces substances. C'est pourquoi il se félicite, par exemple, de l'adoption par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution S-20/3), ainsi que des efforts déployés par les parties à la Convention de 1988 pour en appliquer les dispositions et réduire l'offre de drogues illicites. La réglementation n'en a pas moins eu par le passé et continue d'avoir une fonction importante en particulier dans les économies de marché, à savoir canaliser et limiter l'usage des drogues à des fins médicales et scientifiques en répondant aux intérêts en matière de santé publique de l'ensemble de la société. À cet égard, l'Organe rappelle l'article 33 de la Convention relative aux droits de l'enfant (résolution 44/25 de l'Assemblée générale, annexe) qui est rédigé comme suit: "Les États parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes telles que les définissent les conventions internationales pertinentes et pour empêcher que les enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances".

41. La culture illicite, de même que la production, la fabrication et le trafic illicites des drogues par des organisations criminelles nationales et internationales ont pris d'énormes proportions. Il est donc compréhensible que l'on se demande souvent s'il vaut encore la peine de dépenser de l'argent pour le contrôle des drogues et s'il ne serait pas plus économique de supprimer toute la réglementation sur ces produits, de renoncer à tout effort et de laisser aux forces du marché le soin de réguler la situation sans aucun coût pour la société. L'Organe estime qu'une telle question n'a pas de sens car elle revient à se demander s'il est économique de prévenir les accidents de la route ou de traiter les maladies infectieuses. L'histoire a montré que le contrôle national et international des drogues est un moyen efficace de réduire le développement de la dépendance et que c'est donc le seul choix possible.

42. Dans le cas des stupéfiants, l'objectif d'origine de la réglementation internationale sur le contrôle des drogues a été atteint: aujourd'hui, on ne relève que quelques cas isolés de 43. Il n'est pas possible d'établir de comparaison directe entre les produits pharmaceutiques, surtout les médicaments délivrés sur ordonnance et en particulier ceux qui contiennent des stupéfiants ou des substances psychotropes, et les biens de consommation parce que, dans le cas des produits pharmaceutiques, le "consommateur" n'est pas qualifié pour établir un diagnostic médical, choisir le médicament approprié et en déterminer la posologie tout en tenant compte des effets secondaires possibles, y compris (dans le cas des stupéfiants et des substances psychotropes) des risques d'abus et de pharmacodépendance. Les conséquences de la vente non réglementée de produits pharmaceutiques sont bien connues aux États-Unis où, avant 1906, l'utilisation des médicaments n'était déterminée que par les forces du marché (voir par. 10 ci-dessus). On connaît aussi les résultats de la vente libre de stupéfiants en Chine (voir par. 4 et 5 ci-dessus). En 1858, tous les efforts de contrôle faits par les autorités chinoises pendant un siècle (édits de 1729, 1799, 1808, 1809 et 1815) ont été réduits à néant par la légalisation du commerce des drogues imposée par les puissances coloniales. Il ne faut pas permettre à l'histoire de se répéter.

détournement de stupéfiants des circuits licites. Le contrôle des substances psychotropes au titre de la Convention de 1971 a permis d'obtenir des résultats analogues. Sans ces contrôles, l'épidémie de toxicomanie constatée dans certains pays au cours des premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle se serait poursuivie et des situations analogues seraient apparues dans bien d'autres pays. On peut estimer que, sans les réglementations internationales et nationales, l'usage non médical des stupéfiants se serait développé au même point que l'usage de n'importe quelle autre substance psychoactive vendue et utilisée plus ou moins sans restriction. L'acceptation sociale de la consommation de tabac, le nombre important de fumeurs (jusqu'à 65 % des adultes dans certains pays) et le taux de morbidité très élevé associé à la consommation de tabac et d'alcool entraînent le décès prématuré de millions de personnes chaque année. En outre, la criminalité liée à l'alcool et le trafic de produits à base de tabac ou d'alcool ont pris des proportions considérables.