

I. Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues: histoire, réussites et défis

1. Le présent chapitre porte principalement sur les origines du contrôle international des drogues, notamment sur la façon dont il a évolué au cours du XX^e siècle. Il aborde aussi les défis auxquels la communauté internationale fait actuellement face dans l'application des conventions, la manière dont les gouvernements réagissent et les autres mesures qu'ils pourraient prendre.

2. L'évolution historique du contrôle international des drogues est vue à travers le prisme de la mondialisation, tout au long d'un siècle qui a été celui de la croissance et de la transformation massives des échanges, de la finance, des transports et des communications. La disparition des obstacles au commerce et aux communications a beaucoup contribué au développement humain et a eu pour la société des effets bénéfiques considérables, mais inégalement répartis. La pauvreté et les disparités économiques, la pénurie de ressources vitales, les conflits, la dégradation de l'environnement et les changements climatiques ont créé de nouvelles tensions, et ce sont les secteurs les plus vulnérables de la société qui en ont le plus pâti. Ces facteurs ont posé à leur tour de nouveaux défis pour la mise en œuvre du contrôle international des drogues.

3. Certains des défis débattus dans le présent chapitre relèvent explicitement du champ d'application des conventions; d'autres n'ont pas été envisagés au moment de la rédaction de ces dernières, mais ils n'en entravent pas moins la capacité des gouvernements de les appliquer. Ces défis sont les suivants:

a) *Défis d'ordre sanitaire*: assurer la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes nécessaires pour répondre aux besoins médicaux et scientifiques, qu'il s'agisse de soulager la douleur ou de traiter des problèmes de santé liés aux drogues;

b) *Défis d'ordre juridique*: surmonter les divergences d'interprétation et appliquer les conventions;

c) *Le défi de la prévention de l'abus de drogues*: identifier et diffuser les programmes sûrs et les bonnes pratiques qui dissuadent les jeunes et

d'autres groupes vulnérables de la société d'expérimenter les drogues;

d) *Le défi de la mondialisation*: gérer les avantages et les inconvénients que présente la mondialisation pour le régime international de contrôle des drogues.

A. Histoire

4. Le contrôle des drogues s'est mis en place au cours d'un long processus de changement et d'évolution sur le plan mondial. Les congrès de Westphalie (1648), d'Utrecht (1713) et de Vienne (1814-1815) ont vu l'établissement d'une série de règles internationales telles que l'égalité juridique de tous les États et le principe selon lequel chaque État est souverain sur son territoire. Un consensus s'est aussi dégagé sur la nécessité d'un équilibre des pouvoirs. La constitution d'un corpus de textes législatifs internationaux et la montée en puissance de la diplomatie ont abouti à la création de la Société des Nations puis de l'Organisation des Nations Unies. Dans le même temps naissaient peu à peu, à la faveur de la croissance du commerce de biens manufacturés et du développement et de la mobilité accrus des capitaux privés, des organismes internationaux destinés à faciliter la coopération financière et commerciale.

5. La mise en place de mesures de contrôle visant le commerce de l'opium, au début du XX^e siècle, a été rendue possible par une exceptionnelle confluence d'intérêts entre trois grandes nations de l'époque. En effet, la Chine, les États-Unis d'Amérique et la Grande-Bretagne avaient tous des raisons différentes de vouloir enrayer ce commerce. Le gouvernement chinois, qui avait opposé une longue résistance à l'importation d'opium depuis l'Inde par les Britanniques, lançait une nouvelle campagne contre la consommation et la production d'opium à fumer dans le pays. Le Gouvernement des États-Unis souhaitait adopter des lois interdisant de fumer de l'opium chez soi et sur le territoire américain pour mettre fin à la contrebande d'opium en provenance des Philippines (que les États-Unis occupaient depuis 1898). En Grande-Bretagne, le gouvernement libéral

nouvellement élu, fortement soutenu par le mouvement anti-opium, lui-même d'inspiration confessionnelle, commençait à prendre le contre-pied des politiques commerciales pro-opium des gouvernements précédents. C'est cette dynamique qui a amené 13 États à se réunir en vue de discuter pour la première fois du contrôle international des drogues à la Commission internationale de l'opium, convoquée à Shanghai (Chine) en février 1909. Les recommandations faites à Shanghai ont été consacrées trois ans plus tard par un traité multilatéral juridiquement contraignant, le premier en son genre: la Convention internationale de l'opium signée à La Haye le 23 janvier 1912¹.

6. Les Parties à la Convention de 1912 convenaient de contrôler la production et la distribution de l'opium et d'imposer des limites à la fabrication et à la distribution de certaines drogues; un système obligatoire de tenue de registres était imposé. C'était la première fois que le principe consistant à limiter l'emploi des drogues aux seuls usages médicaux et scientifiques était consacré par le droit international. L'Allemagne, soutenue en cela par la France et le Portugal, insistait pour que la Convention de 1912 n'entre en vigueur que lorsque tous les États l'auraient ratifiée, en conséquence de quoi elle n'est entrée en vigueur qu'après la Première Guerre mondiale, lorsque sa ratification a été intégrée au Traité de Versailles de 1919.

7. En 1920, le contrôle international des drogues a été placé sous les auspices de la Société des Nations, et de nouveaux traités internationaux ont été adoptés en la matière. La Convention internationale de l'opium signée à Genève le 19 février 1925² comprenait de nombreuses dispositions qui ont ensuite été reprises dans la Convention unique sur les stupéfiants de 1961³, comme celles concernant la fourniture de statistiques sur la production et les stocks d'opium et de feuille de coca, le régime de certificats d'importations et d'autorisations d'exportation pour les échanges internationaux de drogues placées sous contrôle et les mesures de contrôle du "chanvre indien", comme on appelait alors le cannabis. La Convention pour limiter la fabrication et réglementer la

distribution des stupéfiants, signée à Genève le 13 juillet 1931⁴, limitait la fabrication mondiale de stupéfiants aux quantités nécessaires pour les besoins médicaux et scientifiques en mettant en place un régime d'évaluations obligatoire. La Convention de 1936 pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles⁵, signée à Genève, était le premier traité à viser explicitement le trafic international de drogues, mais elle n'a été signée que par 13 États et n'a eu que des effets limités étant donné qu'elle est entrée en vigueur en 1939, alors que la Deuxième Guerre mondiale éclatait. Le Protocole visant à limiter et à réglementer la culture du pavot, ainsi que la production, le commerce international, le commerce de gros et l'emploi de l'opium⁶, conclu à New York le 23 juin 1953 sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies, comprenait des dispositions strictes sur la consommation, la production, l'exportation et le stockage d'opium brut, mais il n'est entré en vigueur qu'après la signature de la Convention de 1961, qui l'annulait et le remplaçait.

8. La Convention de 1961 a été conçue pour fusionner tous les traités multilatéraux existants dans le domaine des drogues, pour simplifier les mécanismes de contrôle et pour étendre le régime de contrôle en place à la culture des plantes servant de matières premières pour l'obtention de stupéfiants. Elle avait pour objet, comme les traités précédents, de veiller à ce que des quantités suffisantes de stupéfiants soient disponibles à des fins médicales et scientifiques, d'interdire toute consommation non médicale de ces drogues et d'en empêcher le détournement vers le marché illicite. Le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961⁷ appelait à redoubler d'efforts pour prévenir la production, le trafic et l'usage illicites de stupéfiants et pour offrir des services de traitement et de réadaptation aux toxicomanes.

9. Dans les années 1950, on a commencé à s'inquiéter de l'abus d'amphétamines et de barbituriques et de la prescription excessive de sédatifs et d'hallucinogènes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Commission des stupéfiants se sont

¹ Société des Nations, *Recueil des Traités*, vol. VIII, n° 222.

² *Ibid.*, vol. LXXXI, n° 1845.

³ Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 520, n° 7515.

⁴ Société des Nations, *Recueil des Traités*, vol. CXXXIX, n° 3219.

⁵ *Ibid.*, vol. CXCVIII, n° 4648.

⁶ Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 456, n° 6555.

⁷ *Ibid.*, vol. 976, n° 14151.

saisies de ces questions au début des années 1960. Si l'on s'accordait sur la nécessité de soumettre ces substances à des mesures de contrôle plus strictes, les avis divergeaient quant à savoir s'il fallait les inscrire aux Tableaux de la Convention de 1961 ou élaborer un nouveau traité. Certains craignaient que l'ajout d'un grand nombre de substances à la liste de cette convention n'atténue l'efficacité de cette dernière et ne décourage d'éventuelles Parties de la ratifier. De plus, beaucoup des substances devant être soumises à contrôle entraient dans la composition de préparations pharmaceutiques prescrites à grande échelle. Les effets toxicomanogènes des hallucinogènes faisaient également l'objet d'un débat.

10. La Convention de 1971 sur les substances psychotropes⁸ portait sur une série de substances plus hétérogène que la Convention de 1961 et prévoyait des modalités différentes d'inscription aux Tableaux. Comme dans la Convention de 1961, les substances y étaient classées dans quatre Tableaux, en fonction de l'usage thérapeutique qui pouvait en être fait et des risques d'abus qui y étaient liés; cela étant, le "principe d'analogie" qui apparaissait à l'article 3 de la Convention de 1961 - et selon lequel toute nouvelle substance "[pouvant] donner lieu à des abus analogues et produire des effets nocifs analogues" à ceux de substances déjà visées par la Convention était soumise au même degré de contrôle que ces dernières - était absent de la Convention de 1971. Cela a compliqué les procédures d'évaluation et retardé les inscriptions aux Tableaux, comme l'Organe international de contrôle des stupéfiants l'a noté par le passé⁹. D'une manière générale, selon la Convention de 1961, les stupéfiants étaient considérés comme dangereux tant que la preuve du contraire n'avait pas été apportée; les substances psychotropes, elles, échappaient au contrôle tant que l'OMS n'avait pas signalé qu'il existait des "raisons suffisantes" de croire qu'elles risquaient de donner lieu à des abus ou qu'elles constituaient un problème de santé publique et un problème social justifiant qu'elles soient placées sous contrôle international¹⁰. Le régime

des évaluations était exclu de la Convention de 1971, dans l'intérêt des États fabricants de produits pharmaceutiques, mais cette lacune et bien d'autres ont ensuite été comblées par des recommandations de l'Organe que le Conseil économique et social a fait siennes dans ses résolutions. Le rythme peu soutenu des adhésions explique que la Convention de 1971 ne soit entrée en vigueur que presque six ans après son ouverture à la signature, alors que ce délai avait été de quatre ans pour la Convention de 1961.

11. Les modalités d'inscription aux Tableaux tant de la Convention de 1961 que de la Convention de 1971 souffrent d'incohérences scientifiques: le cannabis et la résine de cannabis sont considérés comme des stupéfiants tandis que certains de leurs principes actifs sont considérés comme des substances psychotropes et relèvent d'un régime de contrôle moins strict. La feuille de coca et la cocaïne sont toutes deux des stupéfiants mais les amphétamines, qui ont des effets stimulants comparables, sont des substances psychotropes. Aucune plante n'étant visée par la Convention de 1971, les matières premières que sont le khat et l'éphédra ne sont pas soumises à contrôle, alors que la cathinone et l'éphédrine, qui en sont dérivées, le sont en vertu de la Convention de 1971 et de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988¹¹ respectivement.

12. La Convention de 1988 a été jugée nécessaire compte tenu de la progression de la criminalité transnationale organisée et du trafic de drogues, ainsi que des difficultés qu'il y avait à poursuivre des personnes impliquées dans des infractions liées aux drogues ou des opérations de blanchiment d'argent au niveau international, points que la Convention de 1961 et la Convention de 1971 ne traitaient pas en détail. Les buts de la Convention de 1988 étaient d'harmoniser la définition et la portée des infractions liées aux drogues à l'échelle mondiale; d'améliorer et de renforcer la coopération et la coordination internationales entre autorités compétentes; et de fournir à ces dernières les moyens juridiques de réprimer plus efficacement le trafic international de drogues. Comparée aux deux autres conventions, la Convention de 1988 est un instrument juridique plus

⁸ Ibid., vol. 1019, n° 14956.

⁹ *Efficacité des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, Supplément au Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.95.XI.5), par. 65.

¹⁰ Istvan Bayer, "Genesis and development of the international control of psychotropic substances",

document établi à l'intention du National Institute on Drug Abuse, États-Unis d'Amérique, 1989, p. 42 et 43.

¹¹ Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1582, n° 27627.

pratique et concret, qui contient des recommandations précises sur le recours aux techniques de détection et de répression. Elle est entrée en vigueur moins de deux ans après son ouverture à la signature.

B. Réussites

13. Le régime international de contrôle des stupéfiants et des substances psychotropes peut être considéré comme l'une des plus importantes réussites du XX^e siècle en matière de coopération internationale: plus de 95 % des États Membres de l'ONU (qui représentent 99 % de la population mondiale) sont parties aux trois conventions. Le nombre de substances placées sous contrôle en vertu de la Convention de 1961 et de la Convention de 1971 n'a cessé d'augmenter au fil des ans: ce sont aujourd'hui 119 stupéfiants et 116 substances psychotropes qui sont concernés. Dans le même temps, la demande de stupéfiants et de substances psychotropes a explosé: ainsi, la consommation mondiale de morphine est passée de moins de 5 tonnes en 1987 à 39,2 tonnes en 2007¹². Malgré cela, aucun cas de détournement de stupéfiants depuis le commerce international n'a été détecté en 2007 et aucun cas de détournement de substances psychotropes des Tableaux I ou II depuis le commerce international ne l'a été depuis 1990¹³, même si l'on relève toujours des prescriptions excessives, des vols et des détournements à l'échelle nationale.

14. La Convention de 1971 a donné moins de résultats dans les premiers temps, pour les raisons indiquées plus haut et parce que les substances psychotropes sont, dans leur majorité, des ingrédients essentiels de médicaments largement prescrits et consommés. Cela dit, les améliorations qui ont été apportées aux procédures de contrôle comme suite aux résolutions du Conseil économique et social ont permis d'empêcher le détournement de substances des Tableaux III ou IV depuis le commerce international. Comme suite à ces résolutions, les pratiques de prescription se sont aussi améliorées, en particulier en

ce qui concerne les barbituriques et autres hypnotiques, tandis qu'en son article 13, la Convention de 1971 fournissait aux Parties un fondement juridique pour la coopération et l'action contre les détournements. La Convention de 1988 a facilité l'application de mesures telles que la coopération judiciaire, l'extradition, les livraisons surveillées et les opérations antiblanchiment. Elle rendait également obligatoire le contrôle et la surveillance de certains précurseurs, produits chimiques et solvants fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de drogues et favorisait la communication entre autorités nationales pour la détection des opérations suspectes et la prévention des détournements.

15. Comme l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) l'a indiqué en 2008, des progrès ont été accomplis dans la réalisation des objectifs fixés en 1998 par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire. Entre 1998 et 2007, les cultures illicites de plantes servant à fabriquer des drogues ont été réduites; reste que là où elles se poursuivent, les problèmes ont empiré pour l'ensemble de la population. L'Afghanistan en est un parfait exemple, où de plus en plus d'opium est transformé en morphine ou en héroïne et où la culture du cannabis est en forte progression. Les problèmes que connaît le pays ne sont pas causés par les cultures illicites, mais ils sont à bien des égards aggravés par elles, et ils s'inscrivent dans un cycle de conflits et d'instabilité qui s'avère difficile à briser. Les problèmes persistants de sécurité, associés à la piètre qualité des infrastructures de transport, à la corruption et à l'absence de débouchés viables pour les produits issus du développement alternatif, laissent peu de possibilités pour un développement économique alternatif durable.

16. Les progrès ne sont pas non plus très rapides dans certaines zones d'Océanie. Tous les États de la région n'ont pas adhéré aux conventions. L'Afrique est la région qui a le moins avancé au cours de la période décennale 1998-2007. Sur ce continent, une série d'éléments complexes, dont l'instabilité politique, la faiblesse des capacités de surveillance, la dégradation de l'environnement, le sous-développement économique et le handicap que constituent les subventions accordées par les pays développés à leur agriculture et à leur marché des produits de base, explique que peu ait été fait dans tous les domaines de la lutte contre les drogues.

¹² *Stupéfiants: Évaluations des besoins du monde pour 2009 – Statistiques pour 2007* (publication des Nations Unies, numéro de vente E/F/S.09.XI.2).

¹³ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2007* (publication des Nations Unies, numéro de vente F.08.XI.1), par. 77 et 107.

C. Défis

1. Défis d'ordre sanitaire

17. Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues, complétées par la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues¹⁴, obligent les Parties à prendre des mesures propres à protéger la santé et le bien-être de leurs populations. Les gouvernements doivent assurer la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes pour les besoins médicaux et scientifiques; ils doivent prendre toutes les mesures possibles pour prévenir et réduire ou éliminer l'abus de drogues, pour offrir des services de traitement et de réadaptation des toxicomanes et pour atténuer les conséquences sanitaires et sociales néfastes de l'abus de drogues. Si s'acquitter de ces obligations représente un véritable défi pour tous les gouvernements, cela est encore plus difficile pour les pays les moins avancés, dont les gouvernements ont souvent bien du mal à fournir à leur population des soins de santé primaire.

18. Au moment où la Convention de 1961 et la Convention de 1971 étaient négociées, on n'avait découvert ni le VIH ni le virus de l'hépatite C, et les problèmes d'infections à transmission hématogène associés à l'abus de drogues par injection ne sont pas évoqués dans ces conventions. Il a fallu attendre le milieu des années 1980 pour que ce lien soit mis au jour par les autorités sanitaires internationales. Les gouvernements ont alors été encouragés à développer leurs capacités de traitement et à prendre des mesures en vue de limiter la transmission des maladies diffusées par voie sanguine et d'apporter ainsi une réponse au problème¹⁵. La Convention de 1988, qui est essentiellement un traité de droit pénal international, n'évoque que de manière générale les questions de santé, prévoyant que les Parties adoptent les mesures

appropriées pour supprimer ou réduire la demande illicite de stupéfiants et de substances psychotropes en vue de réduire les souffrances humaines (art. 14, par. 4). Au milieu des années 1980, certains gouvernements, faisant face à des problèmes croissants relatifs à l'abus de drogues par injection, ont vu en la "réduction des risques" sinon une solution, du moins une réponse pragmatique, et ont commencé à prendre des mesures en conséquence¹⁶. Ce n'est qu'en 1998, avec l'adoption de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, que des lignes directrices internationales précises ont été définies concernant la réduction de la demande de drogues et l'atténuation des conséquences néfastes de l'abus de drogues pour les personnes et la société.

19. Des difficultés supplémentaires sont apparues du fait de la hausse du coût des soins de santé dans les pays développés et en développement. Les pays en développement ont été particulièrement touchés par le VIH/sida, lui-même lié à une recrudescence de la tuberculose, et le paludisme continue de frapper de nombreuses parties du monde. Dans les pays développés, le vieillissement de la population, ainsi que les faibles taux de natalité, a réduit la part de la population active par rapport à celle de la population retraitée, ce qui cause des problèmes de financement des soins de santé. Le recours massif aux médicaments dits "de bien-être", en relation avec l'obésité, la recherche de performances sexuelles ou le stress, est également à l'origine de problèmes sanitaires dans beaucoup de régions. Les personnes de toutes conditions se tournent de plus en plus vers les drogues, qu'elles soient prescrites ou acquises illicitement, pour pallier les difficultés du monde moderne.

20. L'objet premier des Conventions de 1961 et de 1971 est d'assurer la disponibilité des drogues placées sous contrôle pour les besoins médicaux et scientifiques et de prévenir l'usage non médical de ces substances. L'accès aux stupéfiants tels que la

¹⁴ Adoptée par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, en 1998 (résolution S-20/3 de l'Assemblée, annexe), la Déclaration énonce les politiques et stratégies à suivre en priorité pour réduire la demande de drogues dans le monde.

¹⁵ *Rapport de la Conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des drogues, Vienne, 17-26 juin 1987* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.87.I.18), chap. I, sect. A., "Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues", objectif n° 33, par. 389.

¹⁶ Il n'existe pas de définition universellement convenue de la réduction des risques; toutefois, on entend généralement par cette expression une série de mesures et de politiques pratiques visant à atténuer les conséquences néfastes de l'abus de drogues et n'englobant pas nécessairement l'abstinence. L'Organe estime que tout programme de prévention de l'abus de drogues devrait avoir pour but l'abstinence.

morphine et la codéine, toutes deux inscrites sur la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, est considéré par l'OMS comme faisant partie des droits de l'homme tels qu'ils sont définis dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (résolution 2200 A (XXI) de l'Assemblée générale, annexe)¹⁷. Il n'en reste pas moins que, selon l'OMS, l'accès aux médicaments essentiels est nul, ou quasi-nul, dans plus de 150 États membres sur les 193 que compte cette organisation, tandis que près de 90 % des médicaments sous contrôle sont consommés en Europe et en Amérique du Nord. On estime, avec une importante marge d'incertitude, que probablement pas moins de 86 millions de personnes souffrent chaque année de douleurs modérées à fortes qui ne sont pas prises en charge¹⁸.

21. L'Organe est de longue date préoccupé par le fait que, malgré l'abondance de l'offre de matières premières opiacées pour satisfaire les besoins mondiaux, de nombreux gouvernements n'assurent pas la disponibilité la plus large des médicaments essentiels qui en sont dérivés¹⁹. Même dans les pays où sont cultivées les plantes à partir desquelles sont obtenues les matières premières nécessaires à la fabrication de ces médicaments, le pourcentage de la population qui a accès à des moyens satisfaisants pour soulager la douleur est parfois inférieur à 1 %.

22. Les raisons de cette situation sont variées et complexes, et elles peuvent être liées à des traditions culturelles anciennes. Dans bien des pays, les écoles de médecine ne forment que peu ou pas du tout aux soins palliatifs; des restrictions sévères ou des formalités écrites trop lourdes découragent les médecins de prescrire des opioïdes, et des appréhensions demeurent, tant parmi les patients que parmi le personnel médical, quant au potentiel addictif des opioïdes – appréhensions largement infondées lorsque ces

substances sont administrées sous surveillance médicale pour traiter la douleur modérée à forte²⁰.

23. En 2005, afin de s'attaquer plus efficacement au problème, l'Assemblée mondiale de la santé (résolution WHA 58.22) et le Conseil économique et social (résolution 2005/25) ont instamment prié l'OMS d'améliorer l'accès aux analgésiques opioïdes. C'est ainsi qu'est né le Programme d'accès aux médicaments sous contrôle, auquel l'Organe participe activement. L'Organe attire depuis de nombreuses années l'attention sur ces problèmes, et il continuera de promouvoir le Programme, auquel il exhorte les gouvernements à accroître leur soutien.

24. Outre qu'ils doivent améliorer l'accès aux opioïdes analgésiques, les gouvernements doivent relever le défi consistant à assurer une offre suffisante de substances placées sous contrôle pour satisfaire la demande croissante de traitement de substitution aux opioïdes, tout en empêchant le détournement de ces substances à des fins illicites. Dans sa résolution 2004/40, le Conseil économique et social soulignait que le traitement pharmacologiquement et psychosocialement assisté était l'une des possibilités de traitement offertes pour améliorer la santé, le bien-être et le fonctionnement social des personnes dépendantes aux opiacés et pour prévenir la transmission du VIH et d'autres maladies à diffusion hémotogène. Un tel traitement va de pair avec la réduction de l'usage illicite d'opioïdes, des activités criminelles et des décès par surdose²¹.

25. L'Organe a conscience du défi que représente la prévention de la transmission du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, et il admet tout un éventail de modalités de traitement, dont le recours au traitement de substitution pour la prise en charge des toxicomanes. Cependant, les drogues de substitution ne devraient être délivrées que dans le cadre d'un programme faisant l'objet d'une surveillance médicale et visant l'abstinence effective,

¹⁷ "Observation générale n° 14 (2000): le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)" (E/C.12/2000/4, 11 août 2000), par. 17.

¹⁸ Organisation mondiale de la santé, *Access to Controlled Medications Programme: Biennial Report 2006-2007* (Genève, 2008), p. 1 et 2.

¹⁹ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.00.XI.1), par. 30 et 40.

²⁰ Organisation mondiale de la santé, note d'information sur le programme d'accès aux médicaments sous contrôle, mars 2007.

²¹ Organisation mondiale de la santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, "Policy brief: reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment", Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use (WHO/HIV/2004.04).

et elles devraient être accompagnées de mesures propres à prévenir l'abus et le détournement de drogues.

2. Défis d'ordre juridique

26. À l'instar des autres traités internationaux, les trois conventions internationales relatives au contrôle des drogues ne sont pas directement applicables: leurs dispositions doivent être transposées dans le droit interne au moyen de textes législatifs. Il est toutefois un principe de droit international selon lequel la définition des infractions est du seul ressort des États. Certaines des dispositions des conventions indiquent expressément que les Parties "prévoient [...]" ou "fourniront [...]". D'autres sont conditionnées par ce qu'on appelle une clause de sauvegarde: "Compte dûment tenu de leurs régimes constitutionnel, juridique et administratif,..." ou " Sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique...".

27. Le processus de traduction des obligations juridiques de la sphère internationale dans la sphère nationale peut donner lieu à des divergences entre les dispositions juridiques nationales et les normes internationales, et risque d'être teinté de considérations politiques. L'Organe apprécie que les systèmes juridiques nationaux soient pris en considération dans les conventions, mais il craint que des interprétations divergentes des obligations internationales n'affaiblissent l'efficacité globale du régime de contrôle.

28. Aux termes de l'article 26 de la Convention de Vienne sur le droit des traités de 1969²², "tout traité en vigueur lie les Parties et doit être exécuté par elles de bonne foi". Aucun État ayant contracté des obligations internationales ne peut arguer, pour se défendre de ne pas les observer, d'une lacune ou d'une contradiction dans son droit interne²³. Le fait que certains termes employés dans les conventions, comme "abus de drogues", "fins médicales et scientifiques" ou mesures

adoptées "en vue de réduire les souffrances humaines", ne soient pas définis autorise les gouvernements à les interpréter de diverses manières. De l'avis de l'Organe, certains gouvernements font de leurs obligations internationales une interprétation qui met en cause leur détermination à poursuivre les objectifs des conventions.

29. Selon l'Organe, certaines mesures de "réduction des risques" ne sont pas conformes aux dispositions des conventions et ne sont essentiellement qu'une forme de contrôle social. Il s'agit notamment de l'ouverture d'établissements appelés "coffee shops", où la vente, la détention et la consommation de petites quantités de cannabis sont tolérées, et de salles dites d'injection de drogues, où la détention et la consommation illicites de substances placées sous contrôle sont permises. L'Organe admet que l'on puisse prescrire et administrer un stupéfiant ou une substance psychotrope sous contrôle médical et dans des conditions scientifiques, mais il convient de retenir que les Conventions de 1961 et de 1971 n'autorisent ni la détention ni l'usage illicites de substances placées sous contrôle qui n'ont pas été médicalement prescrites.

30. Dans quelques pays, on est arrivé à une impasse entre droit interne et droit international dans l'application des dispositions relatives à la feuille de coca. Au moment où l'on élaborait la Convention de 1961, l'abandon progressif de la culture du cocaïer était perçu à la fois comme bénéfique pour les populations de la sous-région andine et comme un moyen d'éliminer ou de réduire la fabrication illicite et le trafic de cocaïne au niveau international. Aujourd'hui, un mouvement se développe pour élever le statut de la feuille de coca au rang de symbole d'une identité ethnique et nationale utilisé par les populations autochtones pour réaffirmer leurs racines culturelles et leurs droits historiques. Quelques gouvernements ont continué d'autoriser la culture du cocaïer et l'utilisation des feuilles de coca, voire à encourager ces pratiques.

31. L'Organe estime que le contrôle des drogues doit être pleinement compatible avec le respect des droits de l'homme, et qu'il l'est. Cependant, les conventions internationales relatives au contrôle des drogues n'admettent l'existence d'un "droit" de détenir des stupéfiants ou des substances psychotropes que s'ils sont destinés à être utilisés à des fins médicales ou

²² Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1155, n° 18232.

²³ J. Obitre-Gama, "The application of international law into national law, policy and practice", rapport établi à la demande de l'Organisation mondiale de la santé en vue de la Conférence internationale sur le droit et la lutte antitabac dans le monde: vers une convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, New Delhi, 7-9 janvier 2000.

scientifiques. S'agissant de l'inscription de la feuille de coca au Tableau I de la Convention de 1961, le message est clair: l'usage non thérapeutique de cette substance sans extraction préalable de ses principaux alcaloïdes actifs, notamment la cocaïne, est interdit. En 1992, donnant suite à la demande qui lui a été faite par le Gouvernement bolivien d'examiner la question, le Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'OMS a décidé de ne recommander aucune modification des mesures de contrôle, considérant que "dans la mesure où l'on pouvait facilement en extraire la cocaïne, la feuille de coca était inscrite au tableau approprié"²⁴.

32. En dépit du fait qu'au moment où elle signait la Convention de 1988, elle avait émis des réserves au sujet du paragraphe 2 de l'article 3, au motif que les dispositions de ce paragraphe étaient "contraires à ses principes constitutionnels et aux concepts fondamentaux de son système juridique", la Bolivie reste liée, conformément à l'article 25 de la Convention de 1998, par les obligations auxquelles elle avait souscrit au titre de la Convention de 1961. L'Organe rappelle ces obligations au Gouvernement bolivien et l'invite à continuer de s'acquitter de ses obligations conventionnelles internationales.

33. L'application incohérente des dispositions sur le contrôle du cannabis est un enjeu juridique de toute autre nature, aucun gouvernement n'ayant légalisé la culture de cette plante pour un usage non médical. À l'origine, l'objectif de la Convention de 1961 était d'interdire l'usage du cannabis dans quelques pays où il était traditionnellement destiné à un usage non médical. Aujourd'hui, il n'est pratiquement plus question d'usage non médical et le cannabis est devenu la drogue illicite la plus largement consommée au monde. Ces deux dernières décennies, de nouvelles formes plus puissantes de cannabis ont été élaborées, essentiellement dans les pays industrialisés. Des techniques de plus en plus sophistiquées étant utilisées, le cannabis est produit aujourd'hui avec une teneur beaucoup plus élevée en tétrahydrocannabinol (THC) que dans les années 1980. Cette évolution semble correspondre à l'augmentation des demandes de traitement pour usage de cannabis dans plusieurs pays. Outre les risques connus du tabac, que l'on mélange

souvent avec du cannabis, certaines données indiquent que la consommation de cannabis pourrait être associée à un risque accru de troubles psychotiques et schizophréniques.

34. L'Organe estime que le cannabis représente un défi pour plusieurs raisons:

a) La tolérance de la consommation du cannabis à des fins récréatives dans de nombreux pays est en contradiction avec son inscription aux Tableaux I et IV de la Convention de 1961;

b) Le lien entre les politiques relatives au cannabis mises en œuvre dans différents pays et leur impact sur les modes de consommation illicite de drogues n'est pas clair;

c) Aux yeux du public, l'usage "médical" supposé du cannabis et son usage "à des fins récréatives" se recouvrent et prêtent à confusion;

d) Les pays en développement qui s'emploient à éliminer les cultures illicites de cannabis sont découragés par les politiques de tolérance de pays voisins plus riches et, probablement de ce fait, reçoivent une aide au développement alternatif très modeste.

3. Le défi de la prévention

35. La question du cannabis est étroitement liée au défi de la prévention primaire chez les jeunes et d'autres groupes vulnérables à l'usage de drogues illicites, puisque le cannabis tend à être la première drogue illicite consommée, et le plus largement. Le bien-être et la protection des jeunes constituent des priorités dans le régime conventionnel mis en place par les Nations Unies: la Convention relative aux droits de l'enfant²⁵, en son article 33, exige des États parties qu'ils "prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, ..., et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances."

36. Au cours du siècle passé, des ressources importantes ont été consacrées à la compréhension des facteurs de "prévention" et de "risque" qui déterminent

²⁴ Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance: *vingt-huitième rapport*, Série de rapports techniques, n° 836 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1993).

²⁵ Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1577, n° 27531.

la première prise de drogue. Selon une étude menée sur les jeunes de groupes ethniques et autochtones, l'exclusion sociale et l'isolement social, les inégalités sociales et économiques apparentes et l'absence de réseaux communautaires sont quelques-uns des facteurs importants de risque²⁶. Il ressort également d'un examen global des programmes de prévention que l'investissement personnel dans les études et la poursuite de la scolarité sont des éléments de protection décisifs de l'environnement structurel qui façonne le développement des jeunes. L'absentéisme et l'exclusion scolaires peuvent contribuer au développement et à la consolidation de valeurs et de réseaux sociaux qui favorisent une consommation régulière de drogues, et ils peuvent exacerber les problèmes des jeunes les plus marginalisés et les plus vulnérables²⁷.

37. Le problème de l'abus de drogues ne tient pas nécessairement à l'âge. Les tensions de la vie moderne et la pression constante à la réussite sont souvent présentées dans un langage qui encourage le recours à une assistance pharmacologique. Souvent renforcé par une publicité ciblée, il y a le sentiment que des remèdes artificiels et chimiques peuvent apporter une réponse aux problèmes de la vie. Les jeunes sont particulièrement vulnérables aux pressions du marketing et à l'importance de l'"image". Selon l'Organe, le défi qui se pose aux gouvernements est donc de définir et de promouvoir des mesures adaptées aux différents contextes nationaux, des mesures qui sont en adéquation avec une approche plus globale ou plus "écologique" de la santé et du bien-être, et qui encouragent les individus à valoriser et à entretenir leur propre santé.

38. À la fin de la période décennale 1998-2007, le Directeur exécutif de l'ONU DC a noté qu'en dépit de quelques améliorations, les progrès accomplis pour mettre en œuvre la prévention en tant qu'élément de la réponse globale au problème de la drogue avaient été

au mieux modestes²⁸. Pour tous les gouvernements, l'un des défis les plus importants est de comprendre quelles sont les politiques de prévention qui marchent et pourquoi. La plupart des États Membres (94 %) ont signalé avoir mené des campagnes d'information publique en 2007, mais seuls la moitié d'entre eux ont indiqué que les résultats des campagnes avaient été évalués²⁹. La première prise de drogues a été identifiée comme un indice de développement et de gravité de problèmes sociaux et de santé subséquents pour l'individu et la société dans son ensemble. De ce fait, l'Organe estime qu'il serait économiquement rationnel pour les gouvernements de redoubler d'efforts, de faire preuve de ténacité et de donner la priorité à l'élaboration de programmes de prévention de l'abus de drogues à l'intention des jeunes et d'autres groupes vulnérables.

39. L'Organe a également noté qu'il existait, dans divers milieux géographiques et socioéconomiques, des programmes de prévention de l'abus de drogues fondés sur des données factuelles. Une diffusion plus large des enseignements tirés de ces programmes pourrait aider les gouvernements à relever le défi de la réduction de la demande de drogues illicites. Tout indique que les programmes de prévention de l'abus de drogues ne peuvent être efficaces que dans les conditions suivantes:

a) Lorsqu'il existe un lien avec la prévention d'autres comportements à problème, l'abus d'alcool ou de tabac par exemple²⁹;

b) Lorsqu'ils s'appuient sur des informations fiables sur la nature et l'ampleur de l'abus de drogues, et sur les facteurs de risque et de protection à l'œuvre dans la communauté³⁰;

c) Lorsqu'ils sont conçus en fonction de l'âge, du genre et de l'appartenance ethnique, tiennent compte des normes, des valeurs, des aspirations et du langage propre à la culture des jeunes, et impliquent le

²⁶ *La prévention de l'abus de drogues parmi les jeunes des minorités ethniques et autochtones* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.04.XI.17).

²⁷ David Hawks, Katie Scott et Nyanda McBride, *Prevention of Psychoactive Substance Use: a Selected Review of What Works in the Area of Prevention* (Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002).

²⁸ Cinquième rapport du Directeur exécutif sur le problème mondial de la drogue: réduction de la demande de drogues (E/CN.7/2008/2/Add.1, 21 février 2008), par. 10 et 42.

²⁹ *Prévenir la consommation de stimulants de type amphétamine chez les jeunes: guide pour l'élaboration de politiques et de programmes* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.07.XI.7), p. 17.

³⁰ *Ibid.*, p. 18.

groupe cible dans les phases de planification, d'expérimentation et d'évaluation³¹;

d) Lorsque l'approche n'est pas axée uniquement sur les drogues; les approches du développement des aptitudes à la vie sont celles qui se sont révélées les plus efficaces³², et les interventions axées sur les parents et la famille peuvent être utiles pour renforcer les liens de parenté et les rapports familiaux³³;

e) Lorsque les services sociaux, éducatifs et de santé peuvent repérer les jeunes et les familles plus vulnérables, et leur offrir une aide psychologique appropriée;

f) Lorsque les campagnes de prévention et les activités de proximité correspondantes sont coordonnées. L'expérience a montré qu'en dépit de l'évolution du niveau d'information et de sensibilisation, les campagnes médiatiques ne sauraient changer à elles seules les attitudes ou les comportements³⁴.

4. Les défis de la mondialisation

40. La mondialisation a été favorisée par des révolutions technologiques successives qui ont réduit les coûts des transports, de l'information et des communications, et apporté des bienfaits à de nombreuses personnes. Des possibilités plus importantes s'offrent désormais aux pays en développement de s'intégrer à l'économie mondiale, même si le processus n'est ni parfait ni complet et si les bénéfices n'ont pas été équitablement distribués. Les formations et les connaissances requises par les

technologies et les marchés mondiaux pourraient marginaliser ou exclure ceux qui n'ont pas les notions nécessaires, ce qui limite potentiellement, pour quelques pays, groupes sociaux et entreprises, la disponibilité de nouvelles technologies³⁵.

41. Le développement des flux d'échanges et de l'investissement direct étranger a été accompagné par une influence croissante des sociétés transnationales, avec pour corollaire une influence moins importante que par le passé des gouvernements sur le monde du travail, notamment les populations les plus vulnérables. Dans de nombreux pays, on a assisté à un effritement de la protection sociale autrefois assurée par l'État, les employeurs et la famille, qui a entraîné une réduction du capital social.

42. D'autres problèmes comme la pauvreté, le changement climatique, la dégradation de l'environnement, les inondations, la sécheresse et la recherche de nouvelles sources d'énergie ont entraîné également des pénuries de denrées alimentaires de base et fait monter les prix des matières premières. Ces répercussions et d'autres qu'on ignore de la crise financière mondiale actuelle peuvent conduire à une instabilité sociale et politique, à des conflits autour de ressources rares et à des vagues de migration économique. Selon le Centre bruxellois de recherche sur l'épidémiologie des désastres, les déplacements dus aux catastrophes environnementales comme les inondations et les cyclones ont touché 197 millions de personnes en 2007, l'Asie étant le continent qui a payé le plus lourd tribut³⁶. Les flux de réfugiés engendrés par les conflits ont un impact considérable sur les pays en développement: les plus pauvres reçoivent 80 % de tous les réfugiés. Selon les données des Nations Unies, on comptait environ 11,4 millions de réfugiés à la fin de 2007: l'Iran (République islamique d') et le Pakistan en accueilleraient près de 3 millions, qui venaient pour la plupart d'Afghanistan, et la

³¹ Ibid., p. 20.

³² "Cinquième rapport du Directeur exécutif sur le problème mondial de la drogue: réduction de la demande de drogues" (E/CN.7/2008/2/Add.1, 21 février 2008), par. 14.

³³ États-Unis d'Amérique, Department of Health and Human Services, National Institute of Health, *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: a Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, 2nd ed., NIH publication N° 04-4212(A) (Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 2003), p. 2.

³⁴ "Cinquième rapport du Directeur exécutif sur le problème mondial de la drogue: réduction de la demande de drogues" (E/CN.7/2008/2/Add.1, 21 février 2008), par. 41.

³⁵ Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes, *Mondialisation et développement* (LC/G.2157(SES.29/3)), rapport établi pour la vingt-neuvième session de la Commission (2002).

³⁶ Secrétariat de la Plate-forme mondiale pour la réduction des catastrophes, "Chiffres concernant les catastrophes en 2007", (UN/ISDR 200/01, 18 janvier 2008).

République arabe syrienne accueillait 1,5 million de réfugiés irakiens³⁷.

43. Selon l'Organe, ces nouvelles évolutions posent de sérieux défis aux gouvernements pour ce qui est de leur capacité à s'acquitter des obligations qui leur incombent en matière de contrôle international des drogues. L'expérience a montré, par exemple, que si, dans les Andes, les petits paysans cultivent de la drogue, c'est parce qu'ils sont pauvres, vivent dans l'insécurité et sont exclus de la société. Il ne fait aucun doute que face à un chômage élevé, à une faible présence et à une perte de crédibilité des pouvoirs publics, la culture et la production de plantes servant à fabriquer des drogues illicites puissent générer des revenus. Il est également vrai qu'on n'a pas pris toute la mesure de l'offre de moyens de subsistance alternatifs durables dans les zones rurales et urbaines: les projets de développement alternatifs ont touché environ 23 % des cultivateurs de plantes servant à fabriquer des drogues illicites dans les Andes et seulement 5 % en Asie³⁸. Très peu ont été lancés en Afrique, malgré la culture extensive illicite du cannabis dans cette région et la gravité des problèmes auxquels doivent faire face les populations qui luttent pour leur survie.

44. Comme l'a noté l'Organe, le développement alternatif doit surmonter tout un ensemble de défis, dont essentiellement les coûts et la viabilité à long terme des moyens de subsistance. Il faut des ressources importantes pour améliorer les infrastructures dans les zones rurales reculées aux écosystèmes fragiles. Il y a également le manque de compétences techniques, l'instabilité des prix du marché des cultures alternatives et l'absence de services publics de santé, d'éducation, de justice, de maintien de l'ordre et de crédit agricole³⁹.

³⁷ Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, *Tendances mondiales en 2007: Panorama statistique des populations de réfugiés, de demandeurs d'asile, de rapatriés, de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et d'apatrides* (Genève, juin 2008).

³⁸ "Cinquième rapport du Directeur exécutif sur le problème mondial de la drogue: plan d'action sur la coopération internationale pour l'élimination des cultures de plantes servant à fabriquer des drogues illicites et les activités de substitution" (E/CN.7/2008/2/Add.2, 17 décembre 2007), par. 9 et 58.

³⁹ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2004* (publication des Nations Unies,

45. Un nombre croissant de coopératives agricoles de produits biologiques (café, fruits et autres) participent actuellement au mouvement Fairtrade Labelling Organizations International (FLO), qui regroupe en partenariat des initiatives de labellisation d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Océanie, et des réseaux d'associations de producteurs d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes et d'Asie. L'objectif est d'améliorer la position commerciale des associations de producteurs de l'hémisphère Sud en assurant des moyens de subsistance durables aux paysans, aux travailleurs et aux communautés. Environ 600 associations de producteurs certifiées de 59 pays sont actuellement membres du FLO, leurs activités profitant à 7 millions de personnes, et près de 2 milliards de dollars des États-Unis ont été dépensés en 2006 par les consommateurs sur leurs produits, soit une augmentation de 40 % par rapport à 2005⁴⁰. L'Organe est conscient que les projets de développement alternatif mis en œuvre dans les zones où sont cultivées des plantes servant à fabriquer des drogues illicites sont confrontés à des problèmes complexes. Il estime cependant que les initiatives comme celles susmentionnées, qui tirent directement partie de l'ouverture de marché par la mondialisation, sont un signe d'encouragement pour élargir la portée et assurer la viabilité des projets de développement alternatif.

46. L'Organe a noté que la déréglementation et la libéralisation des pratiques commerciales dans le marché licite avaient de façon générale affaibli le pouvoir régulateur des gouvernements, à savoir le contrôle qu'ils ont sur le commerce des médicaments, leur accessibilité, leurs prix et les pratiques commerciales⁴¹. L'existence de zones de libre-échange régionales comme l'Accord de libre-échange nord-américain, le Marché commun du Sud (MERCOSUR) et l'Union européenne, si elle a eu de nombreuses retombées bénéfiques, leur a indirectement rendu plus difficile la surveillance du mouvement des produits chimiques utilisés à diverses fins industrielles légitimes pour la fabrication illicite de drogues. Le fait que les progrès techniques permettent de modifier de manière à peine perceptible la structure moléculaire

numéro de vente: F.05.XI.3), par. 27

⁴⁰ Voir le site Web de la Fondation Fairtrade (www.fairtrade.org.uk).

⁴¹ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2000* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.01.XI.1), par. 33 d).

des substances et qu'il est désormais possible d'obtenir facilement toutes sortes de substances pures, a rendu floue la distinction entre fabrication licite et fabrication illicite, puis favorisé l'essor rapide de la synthèse clandestine de "drogues sur mesure". Aujourd'hui, les criminels conçoivent et fabriquent des substances psychotropes dans le but précis de contourner les restrictions imposées par les réglementations internationales relatives au contrôle des drogues, puis ils les mettent en circulation sur les marchés parallèles hors de tout système de contrôle. Ces faits nouveaux posent des défis particuliers pour l'application des conventions internationales relatives au contrôle des drogues.

47. L'Organe est depuis longtemps préoccupé par le rôle d'Internet dans la vente et la distribution des substances qui sont soumises à un contrôle et de celles qui ne le sont pas, et de nombreuses affaires concernant des pharmacies qui opèrent illégalement sur Internet ont été portées à sa connaissance. Il est conscient qu'il est peut-être plus avantageux d'acheter des produits pharmaceutiques en ligne, notamment dans des régions où les hôpitaux et les établissements pharmaceutiques sont très dispersés, mais il s'inquiète que des pharmacies "illégalles" encouragent l'abus de drogues au sein des groupes vulnérables. Aux États-Unis, où l'abus de médicaments vendus sur ordonnance chez les jeunes adultes a fortement augmenté depuis 2002⁴², 34 pharmacies illégales sur Internet auraient délivré en 2006 plus de 98 millions de doses de médicaments contenant de l'hydrocodone. Étant donné que, dans 84 % des cas, aucune ordonnance valide n'était exigée, il va sans dire que les risques pour les jeunes et d'autres groupes vulnérables sont élevés⁴³.

48. Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, les revendeurs de drogue en ligne ont de plus en plus la possibilité de répandre de nouveaux produits ou de nouvelles pratiques en matière de consommation de drogue, et utilisent des stratégies de commercialisation ciblées qui répondent rapidement

aux demandes des consommateurs et à l'évolution du marché et de la situation juridique⁴⁴.

49. Convaincu qu'une riposte mondiale coordonnée s'impose pour lutter contre la vente illégale de médicaments par des pharmacies sur Internet et des sites Web, l'Organe a élaboré les Principes directeurs à l'intention des gouvernements pour la prévention de la vente illégale via l'Internet de substances placées sous contrôle international⁴⁵. Celles-ci comprennent des recommandations sur les mesures à prendre aux niveaux national et multilatéral pour faciliter la coopération, les mesures d'ordre légal comme l'enregistrement et l'octroi de licence aux pharmacies sur Internet, et les campagnes de sensibilisation aux risques liés aux achats en ligne.

50. Un autre problème grave qui interpelle les organismes de santé publique et de contrôle des drogues et qui est lié à l'augmentation des ventes illégales de médicaments sur Internet: la promotion et la vente de médicaments contrefaits, définis par l'OMS comme "tout médicament présentant une falsification délibérée et frauduleuse concernant son identité et/ou sa source". L'OMS, qui a lancé le Groupe spécial international chargé de la lutte contre les contrefaçons de produits médicaux (IMPACT), estime que 7 à 10 % des produits pharmaceutiques sont contrefaits. Dans certains pays africains, ces chiffres pourraient aller jusqu'à 30 à 40 %. Selon une étude menée aux États-Unis, les recettes mondiales de la vente de médicaments contrefaits atteindront 75 milliards de dollars des États-Unis en 2010, soit une augmentation de plus de 90 % par rapport à 2005⁴⁶.

51. Les médicaments contrefaits violent les dispositions relatives à la propriété intellectuelle et constituent un crime économique, et ils portent aussi atteinte aux systèmes nationaux de soins de santé, provoquent une perte de confiance dans les systèmes

⁴² États-Unis, Office of National Drug Control Policy, *Current State of Drug Policy: Successes and Challenges* (Washington, mars 2008), p. 7.

⁴³ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2007...*, par. 250 et 251.

⁴⁴ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2007: État du phénomène de la drogue en Europe* (Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2007) p. 76.

⁴⁵ "Lignes directrices à l'intention des gouvernements pour la prévention de la vente illégale via Internet de substances placées sous contrôle international", à paraître comme publication des Nations Unies.

⁴⁶ Organisation mondiale de la santé, *Aide-mémoire, Médicaments et contrefaits*, n° 275 (version révisée), novembre 2006.

de contrôle des drogues et les organismes de détection et de répression, et exposent les utilisateurs à de graves risques de santé. Il va de soi que la contrefaçon est beaucoup plus importante dans les régions où la surveillance réglementaire est très faible et où les populations vulnérables peuvent être plus facilement exploitées. S'il est vrai que ce phénomène est devenu une activité criminelle internationale lucrative, force est de reconnaître aussi que la réponse des organismes de détection et de répression est encore inefficace, faible et plutôt axée sur les objets de contrefaçon comme les sacs à main et les montres. La technologie avance beaucoup plus vite que l'environnement réglementaire, et il n'y a pas de règles généralement reconnues au niveau international⁴⁷.

52. Une analyse de la criminalité prévoyait il y a quelques années que la cybercriminalité, qui peut se définir comme comprenant les infractions facilitées par ou commises contre les moyens de communication électroniques, se développerait à partir de pays ne disposant guère, voire pas du tout, de législation contre la cybercriminalité ni de moyens pour appliquer une telle législation. Aujourd'hui, selon les informations disponibles, les trafiquants de drogues seraient ceux qui auraient le plus recours au cryptage pour envoyer des messages sur Internet, et ils seraient capables de s'offrir les services d'informaticiens de haut niveau pour échapper à la police, coordonner les envois de drogues illicites et blanchir de l'argent. La Convention sur la cybercriminalité⁴⁸, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2004, est à ce jour le seul traité multilatéral à s'attaquer à ce problème. Élaboré par les États membres du Conseil de l'Europe, l'Afrique du Sud, le Canada, les États-Unis et le Japon, il se veut non pas un instrument européen, mais un instrument mondial qui emporte l'adhésion de tous les continents.

53. Les défis du système international de contrôle des drogues sont à tout le moins aussi redoutables aujourd'hui qu'il y a un siècle et ils sont peut-être plus complexes. Les conventions restent encore très pertinentes au regard des problèmes et enjeux de notre époque; de fait, elles sont même peut-être plus nécessaires aujourd'hui que par le passé. Face à l'augmentation des besoins mondiaux de stupéfiants et

de substances psychotropes, les conventions constituent le cadre qui permet de faire en sorte que la demande à des fins licites et médicales corresponde à une offre mondiale suffisante. Dans un contexte où la mondialisation a affaibli le pouvoir des gouvernements et renforcé l'emprise des entreprises, la nécessité d'une surveillance multilatérale indépendante rigoureuse est d'autant plus justifiée. Le contrôle international des drogues sera efficace s'il peut compter de plus en plus sur un système des Nations Unies fort pour promouvoir la santé et le bien-être universels dans un esprit d'impartialité et de responsabilité.

54. Sans prétendre à la perfection, le régime international de contrôle des drogues a honorablement résisté à l'épreuve du temps. Il peut à n'en point douter être encore amélioré et, pour ce faire, il existe des procédures de modification. L'Organe est conscient des difficultés auxquelles se heurtent les gouvernements pour s'acquitter des obligations qui leur incombent en vertu des traités internationaux et il les invite à adopter des approches constructives pour les surmonter et non à rechercher des solutions individuelles qui pourraient compromettre la cohérence et l'intégrité du régime international de contrôle des drogues.

D. Recommandations

55. Pour appliquer plus efficacement les conventions internationales relatives au contrôle des drogues, l'Organe:

- a) Invite les gouvernements à réfléchir aux meilleurs moyens de garantir le fonctionnement efficace des Conventions de 1961, de 1971 et de 1988;
- b) Encourage les gouvernements à s'investir davantage dans la prévention, en particulier au profit des jeunes et des groupes vulnérables, et à tirer parti de l'expérience et des meilleures pratiques éprouvées dans divers milieux;
- c) Invite les gouvernements à analyser les différences entre les législations nationales et internationales pour s'acquitter des obligations qui leur incombent en vertu des conventions internationales relatives aux drogues et, dans ce contexte, à faire la preuve de leur "bonne foi" dans la poursuite des objectifs des conventions;

⁴⁷ Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice (UNICRI), *Counterfeiting: a Global Spread, a Global Threat* (Turin (Italie), 2007).

⁴⁸ Conseil de l'Europe, *Série des traités européens*, n° 185.

d) Encourage les gouvernements des pays où la consommation d'analgésiques opioïdes est faible à promouvoir une utilisation rationnelle de ces substances par les mesures préconisées par le Programme d'accès aux médicaments placés sous contrôle, et à s'assurer que de telles incitations sont accompagnées par d'autres mesures visant à prévenir le détournement de ces substances; et suggère (comme il l'a fait dans son rapport pour 1999)⁴⁹ que les gouvernements puissent envisager de collaborer avec l'industrie pharmaceutique pour rendre les analgésiques opioïdes de qualité plus abordables dans les pays les plus pauvres et pour que ceux qui mettent en place des programmes d'aide internationale puissent envisager de faire don de médicaments essentiels dans le cadre de leurs programmes;

e) Recommande aux gouvernements d'étudier le modèle Fairtrade (www.fairtrade.org.uk) dans le dessein d'améliorer la position commerciale et l'accès aux marchés des produits issus des projets de développement alternatif dans les régions touchées par les cultures illicites de plantes servant à fabriquer des drogues, en tenant compte dans chaque cas des facteurs de pertinence et de faisabilité;

f) Invite instamment les gouvernements à utiliser les Principes directeurs à l'intention des gouvernements pour la prévention de la vente illégale via l'Internet de substances placées sous contrôle international;

g) Encourage les gouvernements à soutenir les initiatives multilatérales contre la cybercriminalité.

⁴⁹ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999...*