

ESACD

Eastern & Southern Africa
Commission on Drugs



RAPPORT FINAL ET PLAN D'ACTION

JUIN 2025

LE PRÉSIDENT DE L'ESACD

S.E. Kgalema Motlanthe

Ancien président de l'Afrique de Sud

LES COMMISSAIRES

S.E. Joaquim Chissano

Ancien président du Mozambique

S.E. Cassam Uteem

Ancien président de Maurice

S.E. James Michel

Ancien président des Seychelles

Prof. Quarraisha Abdool Karim

Directeur scientifique associé du CAPRISA et professeur d'épidémiologie clinique à l'université Columbia

Hon. Willy Mutunga

Ancien président de la Cour suprême du Kenya



RAPPORT FINAL ET PLAN D'ACTION

JUIN 2025

REMERCIEMENTS

Cette publication a été financée par l'Union européenne. Son contenu relève de la seule responsabilité de l'ESACD et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Union européenne.

© 2025 Eastern and Southern Africa Commission on Drugs
Global Initiative Against Transnational Organized Crime.
Tous droits réservés.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation écrite de Global Initiative.

Couverture : © *Kerry Sheridan/AFP via Getty Images*

Veuillez adresser vos demandes à :
The Global Initiative Against Transnational Organized Crime
Avenue de France 23
Genève, CH-1202
Suisse
www.globalinitiative.net

SOMMAIRE

Acronymes.....	iv
Avant-propos.....	1
Synthèse.....	2
Consultations régionales de l'ESACD.....	3
Les drogues illicites en Afrique de l'Est et australe : aperçu du marché.....	10
Approvisionnement, production et consommation de drogues illicites en Afrique de l'Est et australe.....	12
L'approvisionnement en drogues.....	13
La production des drogues.....	16
La consommation des drogues.....	17
Principales conclusions de la Commission.....	18
Les drogues illicites en Afrique de l'Est et australe : aperçu de santé publique.....	22
Prévention et traitement de la dépendance aux stupéfiants.....	22
Transmission des maladies infectieuses.....	26
Accès aux médicaments essentiels.....	27
Principales conclusions de la Commission.....	28
Réflexions sur les politiques en matière de drogues en Afrique de l'Est et australe.....	31
La nécessité de tenir compte du genre.....	31
L'impact sur les jeunes.....	34
Drogues, gouvernance et corruption.....	36
Les aspects économiques des politiques antidrogue.....	38
Les défis à relever.....	41
Conclusions et recommandations de la Commission.....	43
Notes.....	49

ACRONYMES

AEA	Afrique de l'Est et australe
CDI	Consommation de drogues injectables
EAC	East African Community (Communauté de l'Afrique de l'Est)
ESACD	Eastern and Southern Africa Commission on Drugs (Commission de l'Afrique de l'Est et australe sur les drogues)
GAFI	Groupe d'action financière
HCDH	Haut-Commissariat aux droits de l'homme
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH sida
RDC	République démocratique du Congo
SADC	Southern African Development Community (Communauté de développement de l'Afrique australe)
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UA	Union africaine
UE	Union européenne
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

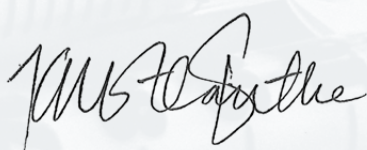
AVANT-PROPOS

Depuis son lancement en 2023, la Eastern and Southern Africa Commission on Drugs (Commission de l'Afrique de l'Est et australe sur les drogues, ESACD) s'est engagée dans une démarche fondée sur une conviction profonde : la région peut relever les défis liés à l'essor du commerce et de la consommation de drogues illicites en misant sur un dialogue constructif, une meilleure sensibilisation du public aux risques et l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes. Alors que nous présentons ce rapport régional sur les drogues et ce plan d'action, près de trois ans après le lancement, nous mesurons le chemin parcouru tout en soulignant le potentiel d'une action collaborative et d'une prise de conscience partagée, capables aujourd'hui de rassembler les parties prenantes de la région au-delà des secteurs et des frontières.

Depuis sa création, la Commission a réuni des acteurs influents du changement : dirigeants gouvernementaux, forces de l'ordre, responsables de la santé publique, société civile, universitaires et, bien sûr, consommateurs de drogues. Au cours de trois réunions de haut niveau, nous avons sensibilisé les participants aux défis liés aux drogues dans la région et avons examiné et évalué l'impact des politiques actuelles. Ces forums ont été bien plus qu'une simple opportunité de dialogue : ils ont encouragé un engagement en faveur du changement en renforçant et en stimulant la volonté politique d'agir plus fermement contre les drogues illicites, aux niveaux national, régional et international.

Les réunions régionales de consultation sur la réglementation du cannabis que nous avons organisées à Maputo, au Mozambique, et à Gaborone, au Botswana, ont également joué un rôle essentiel. Ces dialogues entre experts ont contribué à l'élaboration de cadres politiques et réglementaires pour la légalisation du cannabis, adaptés au contexte et aux besoins particuliers de chaque pays. Ces échanges ont mis en évidence une vérité à laquelle nous croyons fermement : la réforme doit être fondée sur des données probantes, guidée par les impératifs de santé publique, reposer sur une application efficace de la loi et, surtout, être centrée sur les personnes, en respectant et en défendant leurs droits et leur dignité.

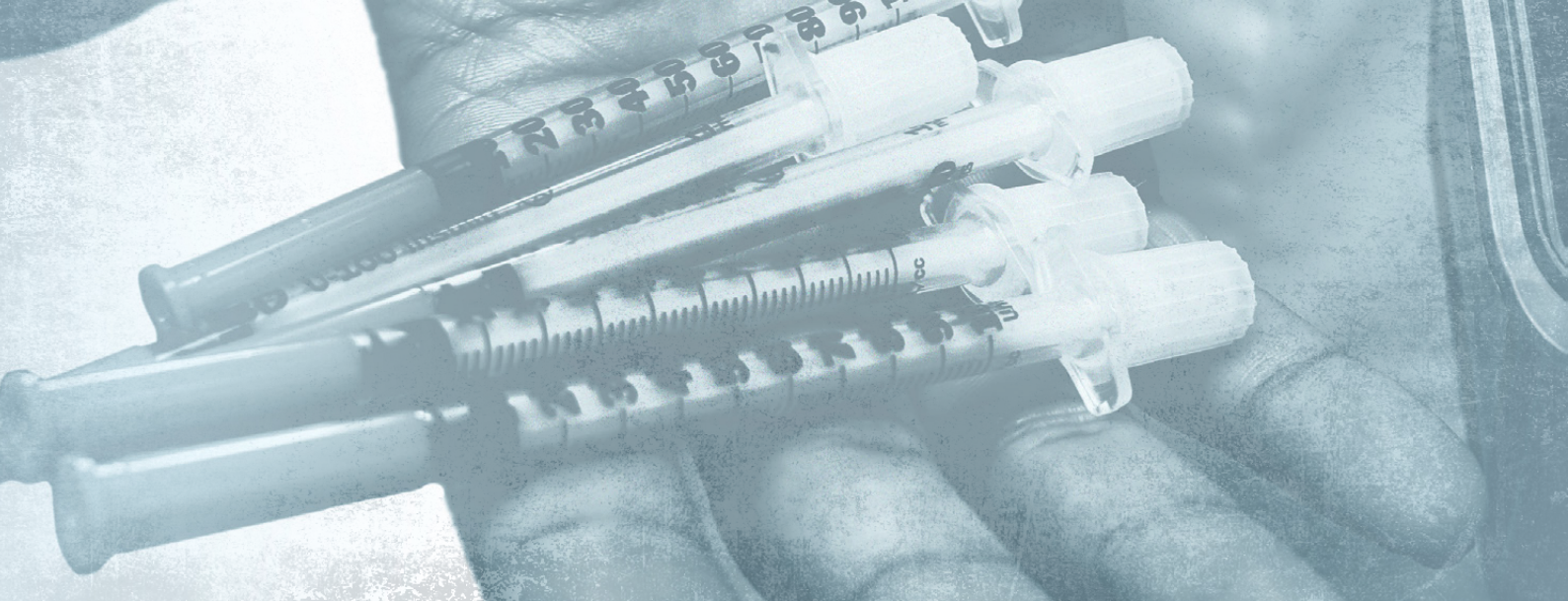
Ce rapport phare sur les drogues, qui présente une analyse de fond de la menace que représente les drogues dans la région et propose un plan d'action, ne se limite pas à rendre compte des travaux de la Commission : il constitue un véritable appel à l'action. Pour parvenir à une réforme politique fondée sur des données probantes et une approche humaine, il est nécessaire d'évaluer en permanence l'environnement du marché des drogues et ses dommages. Le plan d'action propose une feuille de route pour des recommandations politiques efficaces et invite tous les acteurs de la région et au-delà à s'engager avec une énergie et une détermination renouvelées. Nous pensons qu'une réforme significative est à notre portée et qu'ensemble, grâce à une responsabilité collaborative et à un leadership audacieux, nous pouvons mettre en place des politiques en matière de drogues qui soient réalisables, durables, fondées sur des données probantes et une approche humaine. Le chemin à parcourir est semé d'embûches, mais il est également plein de promesses. Et nous sommes convaincus que, grâce à une compréhension partagée et une détermination commune, les pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe sont non seulement capables de relever ces défis, mais qu'ils les relèveront.



Kgalema Motlanthe

Ancien président de l'Afrique australe

Président de la Commission sur les drogues pour l'Afrique de l'Est et australe

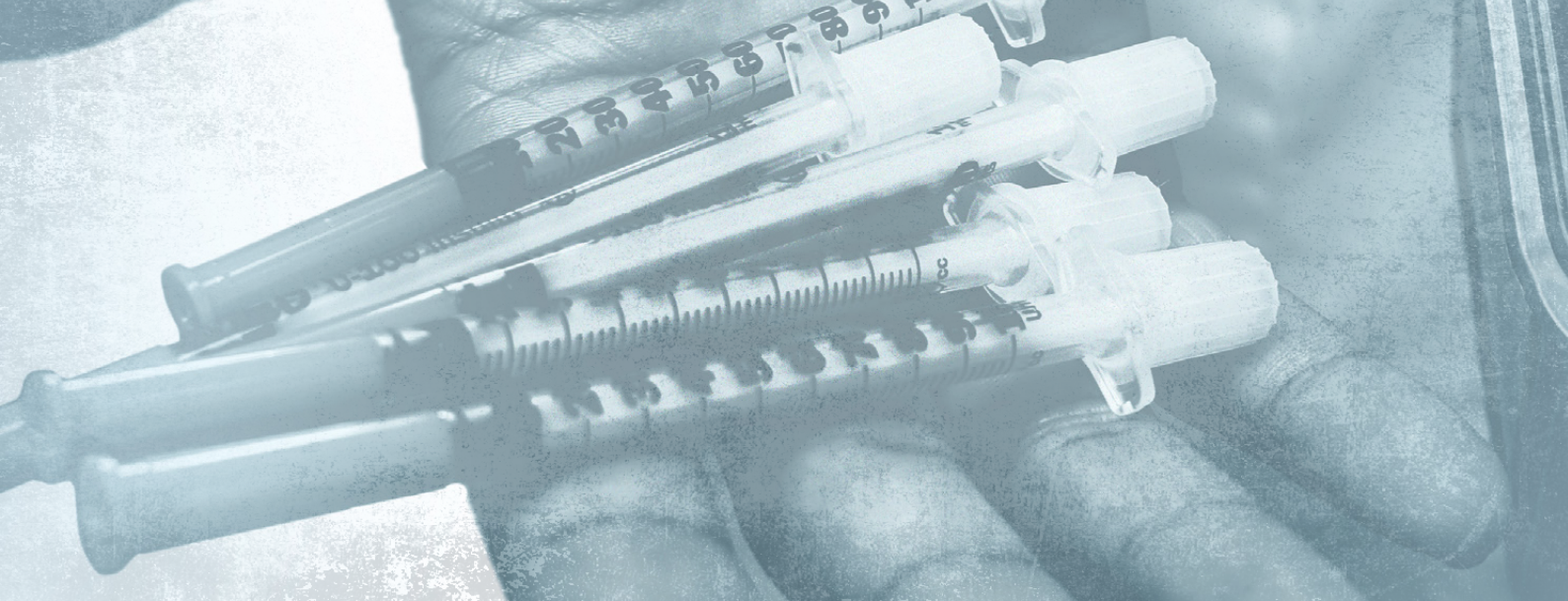


SYNTHÈSE

La Commission de l'Afrique de l'Est et australe sur les drogues (ESACD) a été officiellement lancée en 2023 afin de traiter les problèmes graves et multiformes liés à la prolifération croissante des drogues illicites et de leurs marchés dans la région. Les pays d'Afrique de l'Est et australe (AEA) sont confrontés à des défis de plus en plus complexes liés aux dommages associés à la production, à la consommation, à la distribution et au trafic transnational de drogues illicites. Les consultations régionales menées par la Commission ont montré que de nombreux représentants gouvernementaux, acteurs de la société civile et experts reconnaissent que les multiples tentatives pour répondre à ces défis n'ont ni perturbé efficacement ces marchés et chaînes d'approvisionnement, ni réduit de manière significative les dommages liés à leurs activités. Pourtant, au lieu d'envisager de nouvelles approches politiques en matière de drogues face à cet échec, les pays de la région AEA continuent de reproduire mécaniquement des politiques inefficaces.

La volonté de l'ESACD de faire évoluer les politiques régionales en matière de drogues intervient à un moment où le consensus mondial sur les drogues illicites est en train de changer. Les États membres des Nations Unies sont de plus en plus conscients des risques majeurs pour la santé publique, les droits de l'homme et la sécurité des citoyens et des États que fait peser le maintien des politiques antidrogues fondées sur une criminalisation stricte. Des discussions et des initiatives visant à trouver des approches alternatives aux drogues et aux dommages causés par le marché de la drogue ont vu le jour dans un nombre croissant d'États, y compris ceux qui composaient ce qui était autrefois un organisme régional uni dans son soutien à une prohibition stricte : le Groupe africain. Reflétant l'évolution du paysage mondial en matière de politique antidrogue, les opinions sur l'approche appropriée à adopter à l'égard des drogues illicites changent également sur le continent africain, en particulier dans la région AEA. C'est dans ces nouveaux espaces de réforme que l'ESACD s'attache à promouvoir des approches alternatives visant à réduire les dommages liés à la drogue ainsi que les marchés qui les alimentent.

Au cours d'une série de réunions de consultation régionales, divers représentants de la société civile, des gouvernements et d'autres sources ont fourni un volume important d'informations sur la situation en matière de drogues dans la région. Ces informations ont été transmises aux membres de la Commission, qui les ont examinées. Outre ces réunions de consultation régionales, des informations ont également été recueillies lors de réunions bilatérales et multilatérales organisées à l'intention des commissaires par les gouvernements régionaux, des experts, le personnel de projets communautaires, des chercheurs et des activistes, ainsi que des réseaux communautaires de personnes consommant des drogues. Sur la base de ces informations, la Commission a élaboré une vue d'ensemble régionale, accompagnée de quatre (4) conclusions, de douze (12) recommandations et de quarante (40) mesures, afin d'améliorer la réponse régionale face aux drogues illicites en Afrique de l'Est et australe.



CONSULTATIONS RÉGIONALES DE L'ESACD

Première consultation de haut niveau – Le Cap, Afrique australe, 10-11 février 2023

Au cours de la première session de la réunion inaugurale de l'ESACD, des experts issus du monde universitaire et de la société civile ont présenté un aperçu général des marchés de la drogue et des politiques en matière de drogue en Afrique de l'Est et australe (AEA). Cette discussion a fourni une base importante à la Commission pour commencer ses travaux. La session a débuté par la constatation que les marchés des drogues illicites en Afrique de l'Est et australe sont en plein essor et se diversifient. S'il est admis que l'héroïne et la méthamphétamine font l'objet d'un trafic vers et à travers la région, il convient également de noter l'importance croissante du marché de l'héroïne dans la région et l'augmentation de la consommation de méthamphétamine, en particulier en Afrique australe et dans les États insulaires de l'océan Indien. Parallèlement, certains éléments indiquent que le trafic de cocaïne est en hausse en Afrique australe et que d'autres types de drogues, tels que les cannabinoïdes synthétiques, sont de plus en plus répandus. Cependant, il a également été constaté que certains aspects majeurs de ces marchés demeurent inchangés : ainsi, le cannabis reste la substance la plus consommée en Afrique de l'Est et australe, tout en restant illicite et fortement criminalisé dans la majorité des pays de la région.

La disponibilité des drogues dans la région a augmenté, parallèlement à une hausse de la pureté des substances. Cependant, les évaluations actuelles de l'ampleur des marchés régionaux de la drogue sont vraisemblablement largement sous-estimées. On note notamment une croissance des marchés de la drogue en ligne, notamment avec l'utilisation accrue des réseaux sociaux comme espaces de vente. Les marchés de la drogue se sont également développés et diversifiés face aux restrictions de circulation liées à la pandémie de COVID-19. Cette session a mis en évidence le fait que les marchés de la drogue ne sont pas des phénomènes isolés. Ils sont liés à d'autres formes de criminalité organisée, notamment la traite des personnes, le commerce illicite d'armes à feu, la criminalité liée à la flore et la faune, ainsi que le racket d'extorsion et chantage à la protection. Ces marchés criminels favorisent la corruption au sein des forces de l'ordre et d'autres secteurs du gouvernement. À cela s'ajoute le problème de la consommation de drogues à partir de sources légitimes (telles que les professionnels de la santé). Cela a entraîné un usage abusif de certaines drogues et médicaments réglementés, notamment les analgésiques opiacés, qui représentent aujourd'hui un risque croissant dans la région.

La consultation a mis en évidence la nécessité de repenser l'approche des questions liées à la drogue. Les réponses doivent intégrer la dimension en réseau du commerce de drogues, ses répercussions — notamment la corruption — ainsi que ses effets sur l'ensemble de la société. Actuellement, la lutte contre la drogue est dominée par une perspective unique d'application de la loi à l'encontre des acteurs de bas niveau, notamment des mesures sévères à l'encontre des personnes consommatrices de drogues. Le consensus est que cette stratégie ne propose pas une approche suffisamment nuancée permettant d'utiliser efficacement les capacités des forces de l'ordre et des services de renseignement, et qu'elle négligeait le traitement des dommages sociaux. Au contraire, elle crée de nombreux dommages sociaux supplémentaires. Par exemple, la criminalisation et la stigmatisation de la consommation de drogues limitent le développement de réponses sanitaires qui pourraient avoir des résultats positifs pour les individus et les communautés. Dans de nombreuses zones de la région, l'interaction avec les personnes consommatrices de drogues et l'aide qui leur est apportée sont considérées sous un angle politique et pénal plutôt que sous un angle sanitaire.



Le président de l'ESACD, Kgalema Motlanthe, en compagnie des commissaires Joaquim Chissano et Quarraisha Abdool Karim, Helen Clark (Commission mondiale sur la politique des drogues) et Michel Sidibé (Commission ouest-africaine sur les drogues) lors du lancement de l'ESACD en 2023. *Photo: GI-TOC*

Certains participants à la conférence ont fait remarquer que, dans certains pays, les forces de l'ordre concentrent leurs ressources sur les personnes qui consomment ou possèdent des drogues, au lieu de cibler les responsables du crime organisé et de la violence qui alimentent le marché de la drogue. Il a également été constaté que les personnes qui interagissent avec les consommateurs de drogues, notamment les professionnels de santé et les acteurs de la société civile qui leur apportent leur soutien, sont parfois également arrêtées lors de ces opérations de répression. Cette

approche est souvent guidée par des incitations accordées aux policiers, telles que la maximisation du nombre d'arrestations réalisées. Les interventions sanitaires, pourtant plus pertinentes, restent limitées dans la région. Réorienter les activités des forces de l'ordre afin qu'elles ne ciblent plus les personnes qui consomment ou possèdent des drogues offre aux gouvernements la possibilité d'économiser les ressources consacrées à des activités qui ne contribuent guère à perturber fondamentalement les marchés de la drogue et qui, au contraire, affectent les membres vulnérables de la société. Toutefois, des initiatives isolées en faveur d'une réforme ont vu le jour dans la région. Par exemple, certains pays ont promulgué des lois décriminalisant la possession et la consommation de cannabis, ce qui, dans le cas de l'Afrique australe, a ouvert la voie à une éventuelle légalisation de cette drogue. L'approche de décriminalisation a été jugée utile, car elle permet de libérer des ressources policières pour enquêter sur des crimes plus graves et plus violents et de réduire l'incarcération des personnes accusées d'infractions non violentes liées au cannabis. Parallèlement à la décriminalisation, certains pays ont commencé à instaurer des mesures de réduction des risques pour les personnes consommatrices de drogues. Toutefois, la question demeure largement politisée plutôt que traitée sous l'angle de la santé, et les pays peinent souvent à mobiliser un financement adéquat ou à donner à ces initiatives l'ampleur nécessaire.

Deuxième consultation de haut niveau – Port-Louis, Maurice, 10-11 août 2023

La deuxième consultation s'est concentrée sur la perception selon laquelle les pays d'Afrique de l'Est et australe servent de plus en plus de plaques tournantes de transit et de destinations pour le commerce illicite de la drogue, un trafic qui s'étend jusqu'à l'Union européenne (UE) et aux États-Unis. Beaucoup ont également constaté une augmentation significative de la consommation nationale de drogues, en partie due à l'augmentation et à la diversification des chaînes d'approvisionnement en drogues, avec l'ouverture de nouveaux marchés et le ciblage de nouvelles zones géographiques et communautés. Il existe un consensus sur le fait que les politiques régionales en matière de drogues demeurent insuffisamment efficaces : les marchés de la drogue continuent de croître et d'interagir avec d'autres marchés, malgré les efforts visant à les perturber. Ce problème, qui semble à présent insurmontable, n'a toutefois pas suscité de réponse adéquate, et les politiques actuelles de lutte contre le commerce illicite de la drogue se distinguent surtout par leurs limites.

Ces limites tiennent en partie à des lacunes fondamentales dans la compréhension des marchés de la drogue dans la région, en particulier l'absence de systèmes de surveillance et de données, ainsi que la sous-déclaration de la part des gouvernements. En effet, de nombreux pays de la région disposent de peu ou pas de données permettant de comprendre leurs marchés de la drogue. Certains ne sont même pas en mesure de fournir des informations de base, telles que le nombre de personnes consommant des drogues et les types de substances consommées. Il existe un énorme manque de données factuelles, qui constituent pourtant un point de départ essentiel pour s'attaquer efficacement au problème. Il est donc nécessaire de disposer de données plus nombreuses et de meilleure qualité afin d'améliorer la compréhension régionale de la distribution et de la consommation de drogues illicites et de permettre aux forces de l'ordre de prendre une longueur d'avance sur ces structures internationalement connectées et hautement adaptables.

De plus, même lorsque des données solides sont disponibles, on constate parfois une réticence à en reconnaître pleinement la pertinence. Les connaissances locales et les observations directes des organisations communautaires de la société civile — en particulier celles travaillant auprès des personnes consommatrices de drogues — sont fréquemment écartées au profit des opinions d'experts internationaux sur la réalité régionale, et ce malgré des éléments de preuve contraires. Par conséquent, l'attitude

de la région à l'égard des marchés de la drogue se caractérise par d'importantes lacunes et des problèmes qui n'ont pas encore été pris en compte dans l'approche politique. Ces lacunes sont particulièrement évidentes dans la compréhension incomplète des subtilités du trafic, notamment la complexité des chaînes d'approvisionnement mondiales et l'influence des progrès technologiques. De plus, elles concernent également l'approche des forces de l'ordre dans la lutte contre le commerce illicite de la drogue, souvent centrée sur les petits délinquants, insuffisamment orientée vers la réduction des risques, et confrontée à des problèmes de corruption et de collusion.



La deuxième consultation de haut niveau, qui s'est tenue à Maurice, a porté sur l'augmentation de la consommation de drogues et la des chaînes d'approvisionnement dans la région. Photo : GI-TOC

La consultation a également porté sur la perception largement répandue que l'ampleur et l'importance des marchés de la drogue dans la région AEA sont sous-estimées. Cela s'explique en partie par le fait que les analystes externes s'appuient fortement sur les données relatives aux saisies de drogues, qui constituent une mesure peu fiable des flux illicites. Par exemple, les données indiquent que les saisies de drogues par les forces maritimes et les unités navales combinées se concentrent généralement dans la partie nord de l'océan Indien, donnant ainsi une impression erronée d'une faible présence de flux illicites dans le sud de l'océan Indien. La consultation s'est conclue par une discussion sur la diversification des itinéraires maritimes de la chaîne d'approvisionnement en drogues illicites, les trafiquants régionaux s'aventurant de plus en plus vers le sud, dans le canal du Mozambique.

Consultation sur la légalisation du cannabis – Maputo, Mozambique, 5-6 août 2024

Bien que l'Afrique soit à la fois un important producteur et consommateur de cannabis, le continent continue d'appliquer certaines des législations les plus strictes en matière de production et de consommation de cette substance. Toutefois, à mesure que le consensus mondial sur l'efficacité des politiques prohibitionnistes pour lutter contre le commerce illicite de drogues s'affaiblit, plusieurs pays d'Afrique de l'Est et australe réévaluent leur approche, le cannabis étant largement perçu comme un point d'entrée pertinent, en raison de la reconnaissance croissante de son potentiel économique, appuyée par les recherches en cours et les campagnes de plaidoyer liées au cannabis.

La consultation visait à tirer parti de cette période de transition en facilitant le partage des connaissances et la résolution collaborative des problèmes afin de soutenir l'élaboration de solutions adaptées pour réglementer le commerce du cannabis dans la région. Les participants ont examiné plusieurs questions thématiques, en se concentrant sur les éléments fondamentaux de la politique de réglementation du cannabis et de sa mise en œuvre, ainsi que sur les aspects pratiques des cadres réglementaires et des stratégies de mise en conformité. La discussion qui a suivi a mis en lumière la diversité des opinions, des perceptions et des convictions concernant le cannabis et, plus largement, les drogues illicites, notamment en ce qui concerne l'élaboration de politiques visant à perturber le commerce illicite et à réduire les dommages liés à ces substances contrôlées ainsi qu'aux réponses nationales qui leur sont apportées.

Si l'Afrique australe s'est affirmée comme pionnière en matière de réglementation de l'usage récréatif du cannabis dans la région, c'est toutefois le Lesotho qui, dès 2017, a ouvert la voie en devenant le premier pays à délivrer des licences pour la culture du cannabis à des fins médicales. Le Zimbabwe a suivi l'exemple du Lesotho en 2018 en réglementant la production de cannabis à des fins médicales et scientifiques. La Zambie a ensuite autorisé, à la suite d'une décision gouvernementale en 2019, la production et l'exportation réglementées de cannabis à des fins médicales et industrielles. En 2020, le Malawi a suivi avec une législation encadrant à la fois le cannabis médical et le chanvre industriel, une initiative davantage motivée par des considérations économiques. Confronté à la baisse des revenus générés par la culture du tabac, ce pays à dominante agricole a vu le cannabis comme une culture de rente alternative. Cette orientation illustre une tendance régionale plus large, où plusieurs pays, stimulés par la croissance des marchés mondiaux, explorent la réglementation du cannabis comme levier de diversification et de développement économiques.

Plus récemment, l'Ouganda a également pris des mesures pour réglementer le cannabis, avec une loi signée en février 2024 autorisant la culture industrielle et l'usage médical du cannabis sous licence. Cependant, cette loi n'a pas encore été promulguée. À ce jour, Maurice a privilégié une approche prudente, en mettant en place un marché du cannabis médical très limité, assorti d'exigences strictes tant pour les patients que pour les médecins. Contrairement à ces différents degrés de légalisation, des pays comme la Tanzanie et le Mozambique maintiennent des politiques de criminalisation de la production, du commerce et de l'usage du cannabis, sans qu'un consensus ait été atteint sur la réglementation, qu'elle concerne l'usage médical ou récréatif du cannabis.

La discussion a mis en évidence plusieurs défis communs auxquels sont confrontés les pays de la région dans le cadre de la réglementation du cannabis. Plusieurs d'entre eux ont du mal à trouver un équilibre entre les avantages économiques potentiels d'une industrie réglementée et les préoccupations en matière de santé et de sécurité publiques. La mise en œuvre et l'application de nouvelles réglementations se sont avérées difficiles, souvent en raison de ressources limitées et de processus de mise en conformité complexes. La protection des cultivateurs traditionnels et des économies locales est une préoccupation largement répandue dans la région. Il est admis qu'il est nécessaire de veiller à ce que les nouveaux cadres réglementaires ne nuisent pas aux cultivateurs traditionnels et ne perturbent pas les micro-économies locales qui ont historiquement dépendu de la culture informelle du cannabis, ce qui reflète les dimensions socio-économiques complexes de la réglementation du cannabis dans le contexte africain. L'accessibilité financière des processus de mise en conformité est apparue comme un enjeu majeur, plusieurs intervenants ayant souligné que les petits agriculteurs peinent souvent à supporter les coûts liés aux nouvelles réglementations. Cela suscite des inquiétudes quant au risque de créer, involontairement, des barrières à l'entrée pour les petits producteurs et de concentrer les bénéfices de la légalisation entre les mains d'acteurs plus puissants et mieux dotés en ressources, favorisant ainsi une possible mainmise de grandes entreprises. La réglementation devrait donc viser à assurer une répartition équitable des avantages de la légalisation.

Malgré ces défis, la richesse et la nuance des contributions des représentants régionaux ont montré que les pays africains s'impliquent activement dans les débats complexes autour de la réglementation du cannabis. La discussion a également mis en évidence que le repositionnement mondial concernant le cannabis n'est pas uniquement un phénomène occidental. Les pays d'Afrique de l'Est et australe examinent attentivement les avantages et les risques potentiels et s'efforcent d'élaborer des approches réglementaires adaptées à leur contexte qui reflètent leur situation économique, sociale et culturelle.



La consultation organisée à Maputo visait à aider les pays de la région à élaborer des solutions adaptées pour réglementer le cannabis. © Waldo Swiegers/Bloomberg via Getty Images

Troisième consultation de haut niveau – Zanzibar, Tanzanie, 3-4 septembre 2024

Pour cette consultation, l'ESACD avait identifié les drogues de synthèse comme le défi émergent le plus important en matière de contrôle des drogues dans la région, notamment en termes de conséquences pour la santé et la sécurité publiques. Le dynamisme et l'expansion des marchés de drogues de synthèse, conjuguées aux difficultés rencontrées par les États pour mettre en place des contre-mesures efficaces, en ont fait une priorité pour la Commission. Comme l'a souligné un représentant de la société civile, « la progression des drogues de synthèse s'accélère, de façon généralisée et rapide, et l'Afrique n'échappe pas à cette tendance ». Dans la région, l'Afrique australe, le Mozambique et Maurice ont été identifiés comme particulièrement affectés par le commerce illicite des drogues de synthèse, en partie en raison de leur situation géographique sur les principales routes du trafic de drogues à travers l'océan Indien.

Les intervenants ont souligné les évolutions majeures du paysage des drogues de synthèse : la région est passée de l'importation de cannabinoïdes synthétiques finis à leur production locale grâce à l'importation de précurseurs chimiques ; on observe une tendance croissante au détournement de produits pharmaceutiques synthétiques des établissements médicaux publics vers le marché illicite national ; les drogues plus traditionnelles sont frelatées ou remplacées par des alternatives synthétiques ; et l'implication des services de livraison et des services postaux dans le micro-traffic de substances synthétiques illicites a considérablement augmenté.

Dans toute la région, la production de drogues de synthèse est facilitée par l'accès facile à des produits chimiques légaux et abordables qui sont des précurseurs pour la synthèse domestique. Ce changement a été décrit comme ayant facilité et réduit les coûts de production, entraînant une hausse alarmante des volumes produits et de la disponibilité des substances. Par ailleurs, les drogues de synthèse sont aisément accessibles sur les plateformes du dark web, ce qui complique les efforts de détection

en permettant aux trafiquants de contourner les intermédiaires et d'interagir directement avec les consommateurs. Pour compliquer davantage la situation, ces drogues sont fréquemment dissimulées sous l'apparence de produits légitimes, ce qui les rend plus difficiles à identifier et facilite leur transport sans qu'elles soient détectées.

Contrairement aux substances chimiques et pharmaceutiques synthétiques légales, qui sont synthétisées dans un environnement de production contrôlé et réglementé, la multitude de nouvelles drogues de synthèse qui apparaissent sur les marchés régionaux de la drogue sont fabriquées dans des laboratoires clandestins qui peuvent être situés n'importe où et qui ne respectent aucune

norme de contrôle de la production. Cela rend ces drogues particulièrement dangereuses pour les consommateurs, les nouvelles générations de cannabinoïdes synthétiques se révélant, par exemple, plus puissantes que les précédentes.

Dans le même temps, les pays d'Afrique de l'Est et australe ne disposent pas, au sein des organismes publics chargés de la lutte contre la drogue et de la santé publique, des capacités nécessaires pour enrayer la croissance du marché, une situation exacerbée par l'existence de cadres politiques nationaux et de structures institutionnelles inadéquats pour lutter contre les dommages causés par ces marchés. Les participants ont souligné que l'évolution du commerce des drogues de synthèse « met en lumière la nécessité de réponses innovantes et multidimensionnelles, touchant à la fois la sécurité et la santé publiques », mais surtout le développement de services de traitement efficaces. L'insuffisance des capacités de réduction des risques a été identifiée comme une vulnérabilité majeure, les services de traitement de la région peinant déjà à gérer les formes plus traditionnelles d'addiction aux drogues, telles que la dépendance aux opiacés. Or, les drogues de synthèse — dont une large part n'appartient pas à la catégorie des opioïdes — exigent un traitement différent.

Si les drogues de synthèse représentent un défi majeur pour la région, les participants ont néanmoins souligné qu'« il n'est pas trop tard pour agir ». Ils ont cependant averti que la fenêtre d'opportunité pour intervenir se refermait rapidement. En esquisant la nature des menaces auxquelles la région est confrontée à cause de l'expansion du commerce des drogues de synthèse, la première table ronde a mis l'accent sur les services, les mécanismes de surveillance et les stratégies nécessaires pour permettre aux parties prenantes de la région de relever les défis posés par les drogues de synthèse et, plus largement, par le commerce illicite de drogues.

Le panel consacré aux drogues de synthèse a analysé les tendances en matière de production, de distribution et de consommation, tandis que la discussion sur les services a porté sur l'efficacité des dispositifs de réduction des risques, de prévention, de traitement, de réadaptation et de réinsertion sociale pour les personnes consommatrices de drogues. Les participants ont reconnu que l'essor des substances synthétiques soulève de nouvelles questions quant à l'intégration optimale de ces services essentiels.

Les participants ont souligné les nouveaux défis que posent les drogues de synthèse pour les efforts de réduction des risques, notant que les traitements traditionnels tels que la méthadone seraient inefficaces contre les substances synthétiques telles que la méthamphétamine. Cependant, les intervenants ont également reconnu que les difficultés liées à la prestation de services dans la région dépassent le cadre des drogues de synthèse, mettant en évidence un déficit général en matière de disponibilité, d'accessibilité et de qualité des services de réduction des risques. Un appel pressant a donc été lancé en faveur de services facilement accessibles et intégrés qui répondent non seulement aux besoins médicaux, mais aussi aux besoins sociaux, économiques et psychologiques des personnes consommatrices de drogues.

Au cours de la discussion sur la réduction des risques, les intervenants ont également mis l'accent sur la dimension de justice sociale du commerce des drogues et des stratégies de lutte contre ce commerce, soulignant que les communautés marginalisées sont touchées de manière disproportionnée par la consommation de substances et subissent donc de plein fouet les conséquences de politiques antidrogues mal conçues. Concernant le développement des services, les participants ont constaté que les politiques prohibitionnistes strictes, centrées sur l'offre, figuraient parmi les moins efficaces pour lutter contre le commerce illicite de drogues, surtout comparées aux politiques axées sur la santé publique, qui se sont révélées particulièrement efficaces. Ils ont donc souligné la nécessité de combiner les approches d'application de la loi et de santé publique, non seulement comme une question de politique, mais également comme un impératif moral.



La discussion à Zanzibar a attiré l'attention sur le nouveau défi que représentent les drogues de synthèse dans la région. Photo : GI-TOC

En développant ce qu'un participant a décrit comme la nécessité de s'attaquer à « plus que la présence de la drogue elle-même », la consultation a examiné les autres services essentiels qui devraient soutenir la réduction des risques, notamment la formation professionnelle, les programmes de distribution de préservatifs et la fourniture de naloxone pour la prévention des overdoses. En fournissant d'autres types de services, le traitement de l'addiction aux drogues peut devenir un « point d'entrée » pour accéder à des formes de traitement vitales, en particulier pour les problèmes de comorbidité tels que la tuberculose, le VIH et les troubles de santé mentale. Les intervenants ont souligné que la réduction des risques devrait être intégrée avec des programmes de réinsertion sociale et de soutien psychosocial, visant à améliorer la qualité de vie des personnes consommatrices de drogues plutôt qu'à imposer l'abstinence. Toutefois, les services actuels de réduction des risques, lorsqu'ils existent, sont souvent concentrés dans les grandes zones urbaines, laissant de nombreuses zones rurales insuffisamment desservies.

Au cours de la discussion sur les stratégies efficaces, les participants ont souligné la nécessité de tirer parti des nouvelles technologies, notamment l'intelligence artificielle, pour lutter contre le commerce illicite de drogues. Parmi les mesures proposées figuraient l'élaboration d'une stratégie coordonnée de lutte contre le trafic en mer, la décriminalisation de la consommation personnelle et la réorientation des efforts vers les trafiquants de taille. La conversation a également porté sur la nécessité d'inclure des mesures ciblant les marchés illicites connexes, tels que le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, avec des stratégies proposées comprenant la saisie des biens achetés avec les produits du commerce illicite de drogues.

En outre, les participants ont souligné que l'orientation des personnes consommatrices de drogues vers des centres de traitement plutôt que vers l'arrestation et l'incarcération, la création de sites de consommation sûrs et la lutte contre la discrimination constituent des éléments essentiels d'une politique efficace en matière de drogues. Le pragmatisme a été mis en avant comme facteur clé pour la mise en place de services, en privilégiant des solutions peu coûteuses et facilement accessibles afin d'assurer leur disponibilité pour les personnes concernées, tout en attirant d'éventuels donateurs. Parallèlement, les intervenants ont insisté sur la nécessité d'utiliser les ressources de manière plus efficiente, en s'appuyant sur ce qui existe déjà et en évitant les doublons.

L'importance des services de contrôle des drogues a également été identifiée comme une intervention cruciale, en particulier compte tenu de la nature imprévisible des drogues de synthèse. Il s'agit d'initiatives locales, souvent menées par des groupes de la société civile, qui permettent aux personnes consommatrices de drogues d'avoir leurs drogues testées afin de vérifier si la substance est bien celle qu'elle est censée être et si elle a été frelatée. Comme l'a fait remarquer un intervenant, « les drogues de synthèse n'ont rien de nouveau. Mais lorsque nous les achetons dans la rue ou en ligne via des services de livraison, nous ne savons vraiment pas ce que nous achetons, et c'est là que réside le danger ». Cela a ouvert la discussion sur la collecte de données, les participants s'accordant à dire que le danger de l'inconnu ne concerne pas seulement les substances synthétiques : « Même les drogues que nous croyons connaître contiennent des éléments inconnus ».

Enfin, la criminalisation et la stigmatisation de la consommation de drogues ont été citées comme des obstacles importants à l'accès aux services essentiels. Les représentants des communautés de personnes consommant des drogues ont fait remarquer que la sensibilisation et l'éducation du public pourraient contribuer à réduire la discrimination et à améliorer l'utilisation des services, et ont plaidé pour que les personnes consommant des drogues soient traitées non pas comme des patients, mais comme des « partenaires égaux dans les interventions de réduction des risques ».

Réunion d'experts sur la légalisation du cannabis à des fins médicales et scientifiques – Gaborone, Botswana, 2-3 avril 2025

La réunion s'adressait aux pays d'Afrique de l'Est et australe qui ont décidé de réformer leur politique et de réglementer l'usage et la production du cannabis, en particulier à des fins médicales et scientifiques, ainsi qu'aux pays qui envisagent de le faire. Sur le plan thématique, la réunion a porté sur trois éléments fondamentaux : le partage des expériences et des enseignements tirés par les pays qui ont déjà entrepris de réformer leur politique et de réglementer le cannabis à des fins médicales et scientifiques ; la manière dont les pays devraient conceptualiser et concevoir le cadre initial, en tenant compte des différents contextes nationaux ; et l'importance de mettre en œuvre des cadres solides axés sur la mise en conformité et la surveillance afin d'atténuer les défis que ces réformes pourraient entraîner.



Le président Duma Gideon Boko du Botswana (à gauche) et Kgalema Motlanthe, ancien président de l'Afrique australe et président de l'ESACD, lors de la réunion d'experts au Botswana. Photo : GI-TOC

📌 Notre tâche consiste à former les dirigeants eux-mêmes – ne présumez pas qu'ils savent déjà tout. Ils ont besoin d'être aidés, guidés, formés et dotés d'outils d'analyse appropriés. 📌

DUMA GIDEON BOKO, PRÉSIDENT DU BOTSWANA

La région de l'AEA connaît actuellement une transformation profonde des politiques en matière de drogues, le cannabis étant de plus en plus considéré comme un point d'entrée essentiel pour des réformes plus larges. S'appuyant sur les discussions engagées à Maputo les 5 et 6 août 2024, les participants présents au Botswana ont exploré les dimensions plus profondes de la réglementation du cannabis, soulignant les efforts régionaux en faveur de cadres politiques progressistes et adaptés. La réunion de Maputo avait précédemment souligné l'inefficacité historique des approches prohibitionnistes, insistant sur la nécessité de réformes réglementaires fondées sur le pragmatisme économique, les considérations de santé publique et la sensibilité culturelle.

La rencontre au Botswana a renforcé l'idée que les pays de la région s'orientent vers une réglementation du cannabis à des rythmes différents et avec des objectifs nationaux distincts. Les participants ont partagé leurs expériences et les enseignements tirés de la mise en œuvre des réglementations sur le cannabis. Les discussions ont mis en évidence les éléments essentiels d'une politique efficace en matière de cannabis, notamment des cadres réglementaires complets, des stratégies de mise en conformité solides, l'implication des communautés et la protection des cultivateurs de cannabis traditionnels.

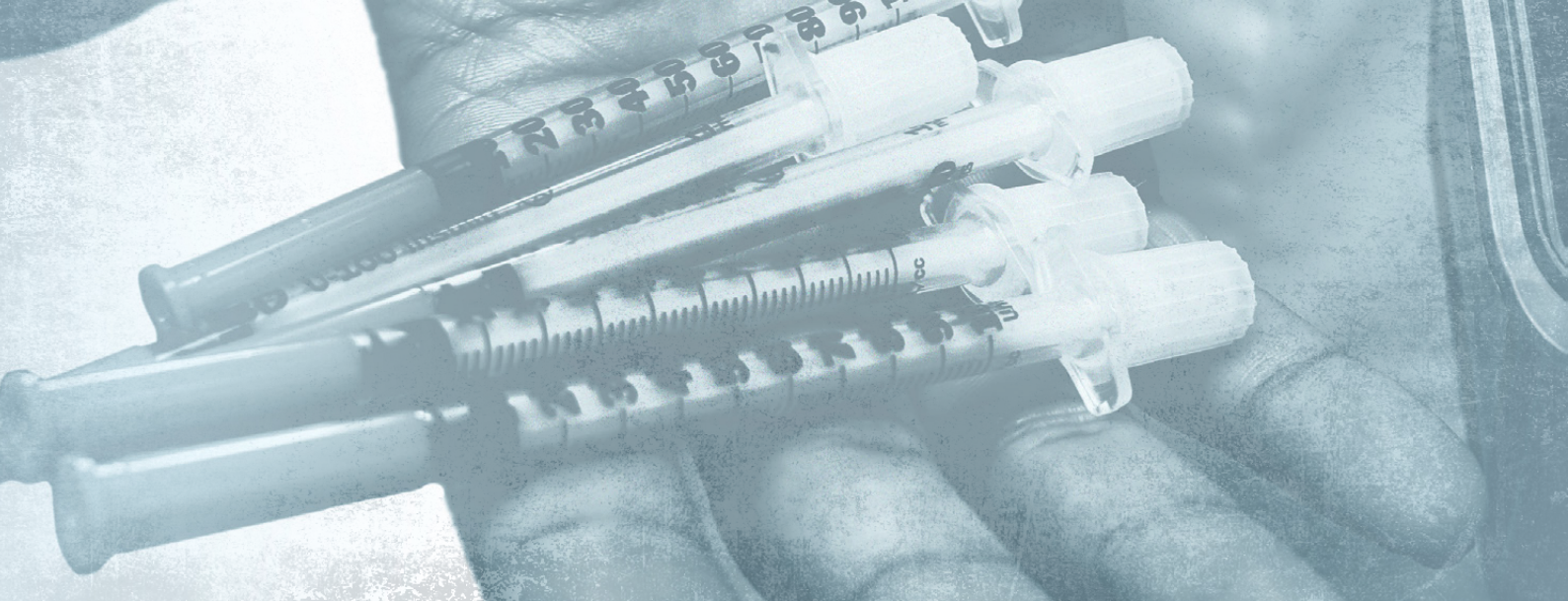
Les délégués régionaux du Lesotho, du Malawi, de Maurice, du Mozambique, de l'Afrique australe, de la Tanzanie, de l'Ouganda, de la Zambie et du Zimbabwe, représentant les gouvernements, les forces de l'ordre et la société civile, ont été rejoints par des chercheurs d'universités britanniques et des participants issus de pays plus avancés dans le processus réglementaire, notamment le Canada et le Ghana, qui ont partagé leurs expériences. La réunion était axée sur la recherche de solutions et la résolution collaborative des problèmes, dans l'espoir d'encourager les délégations de l'AEA à mettre en pratique leurs politiques réglementaires existantes en matière de cannabis.

En tant qu'hôte, le président du Botswana, Duma Gideon Boko, a souligné l'engagement indéfectible de son gouvernement en faveur d'une réglementation du cannabis fondée sur des données probantes et ancrée dans les principes des droits de l'homme. Le président Boko a insisté sur l'importance d'élaborer des cadres politiques éclairés, en mettant particulièrement l'accent sur le potentiel thérapeutique du cannabis et en soutenant des pratiques réglementaires inclusives. Réfléchissant aux perceptions de la société, il a exhorté les décideurs politiques à résister aux demandes populistes en faveur d'une criminalisation accrue, affirmant au contraire la nécessité de l'éducation et du courage dans le leadership. « Notre tâche consiste à éduquer les dirigeants eux-mêmes – ne présumez pas qu'ils savent tout. Ils ont besoin d'être aidés, guidés, éduqués et dotés d'outils d'analyse appropriés », a-t-il déclaré, renforçant ainsi l'appel en faveur d'une politique fondée sur des données probantes.

Les participants à la réunion ont mené des discussions approfondies axées sur les expériences pratiques et les approches fondées sur des données probantes en matière de réglementation du cannabis à des fins médicales et scientifiques, en mettant l'accent sur les enseignements tirés à l'échelle mondiale et sur le continent africain. Les panels ont examiné les cadres réglementaires efficaces, soulignant la nécessité d'adapter les politiques aux contextes régionaux et aux circonstances nationales spécifiques. Les discussions ont constamment mis l'accent sur l'importance de fonder les efforts de réglementation sur des données scientifiques, d'équilibrer les priorités en matière de santé publique et les intérêts commerciaux, et d'affiner en permanence les politiques afin de s'adapter aux nouveaux défis et opportunités.

La réunion de Gaborone s'est distinguée non seulement par la richesse des discussions, mais aussi par la solidité de l'engagement politique qu'elle a révélé. L'ouverture du Botswana aux conseils et à la collaboration d'experts s'est exprimée dans le discours inaugural du président Boko et dans la forte représentation institutionnelle de son gouvernement, avec la participation de trois ministres et d'un vice-ministre. Leur présence traduisait une volonté claire et affirmée de mettre à profit les connaissances et l'expérience de l'ESACD pour éclairer et soutenir le cadre réglementaire émergent du pays en matière de cannabis.

Il est important de noter que cette volonté de collaborer avec la Commission ne se limite pas au Botswana. Elle reflète une opportunité plus large pour tous les pays de la région d'utiliser l'ESACD comme plateforme de dialogue et de débat, susceptible de conduire à l'élaboration de politiques efficaces et adaptées au contexte en matière de drogues. En mettant l'accent sur une analyse fondée sur des données probantes et grâce à son fonds croissant de connaissances et d'informations régionales, l'ESACD peut constituer une ressource précieuse pour les pays qui cherchent à passer d'une approche prohibitionniste à des systèmes juridiquement solides, économiquement viables et socialement inclusifs.



LES DROGUES ILLICITES EN AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE : APERÇU DU MARCHÉ

Les pays d'Afrique de l'Est et australe ont une longue histoire de culture, de production, de consommation et de commerce de drogues illicites. Le khat, une plante originaire de la Corne de l'Afrique et des côtes est-africaines, est utilisé comme stimulant depuis le XII^e siècle¹. Le cannabis, importé à l'origine d'Asie, est produit et consommé dans la région depuis plusieurs siècles. Au départ, les politiques informelles relatives au contrôle de ces drogues étaient dictées par les réseaux sociaux traditionnels, les croyances et les pratiques culturelles². Aujourd'hui, c'est toutefois le commerce à grande échelle et la consommation massive d'opiacés, de stimulants et d'autres substances synthétiques qui sont identifiés comme un phénomène préoccupant et un risque pour la région.

Au cours des années 1970, le transport maritime par conteneurs et intermodal a connu une croissance rapide, parallèlement au développement du transport de masse sur de longues distances et au transport aérien de passagers. Ces transformations ont bouleversé le paysage économique mondial en général, et les marchés des drogues illicites en particulier. Le développement des ports aériens et maritimes de la région, ainsi que leur intégration dans les réseaux mondiaux de transport et de communication, ont favorisé l'émergence d'un nouveau commerce d'entrepôt, tandis que les centres commerciaux se sont interconnectés à l'échelle du continent. Parallèlement, des innovations technologiques visant à augmenter le volume des mouvements de drogues et à réduire le risque de saisie ont commencé à voir le jour³. En raison de ces développements, de nombreux réseaux naissants de trafiquants de drogue africains ont commencé à consolider leur position dans les économies de la drogue de l'AEA⁴.

Lorsque les mesures internationales de contrôle des drogues ont commencé à restreindre les chaînes d'approvisionnement en provenance d'Asie du Sud et d'Amérique latine, les itinéraires de trafic dans les États de l'AEA se sont modifiés contourner ces restrictions, ouvrant ainsi de nouveaux canaux d'approvisionnement et de nouveaux marchés. À partir des années 1980, la consommation, la production et la distribution à l'échelle du continent de substances telles que l'héroïne, la cocaïne, le cannabis et les drogues de synthèse ont connu une croissance remarquable. L'impact de ce marché illicite en expansion sur le développement a été à la fois significatif et paradoxalement symbiotique. Les marchés émergents de drogues illicites représentaient simultanément une menace pour le développement et la sécurité de la région, et une nouvelle source de revenus économiques pour les populations des communautés pauvres et vulnérables⁵.

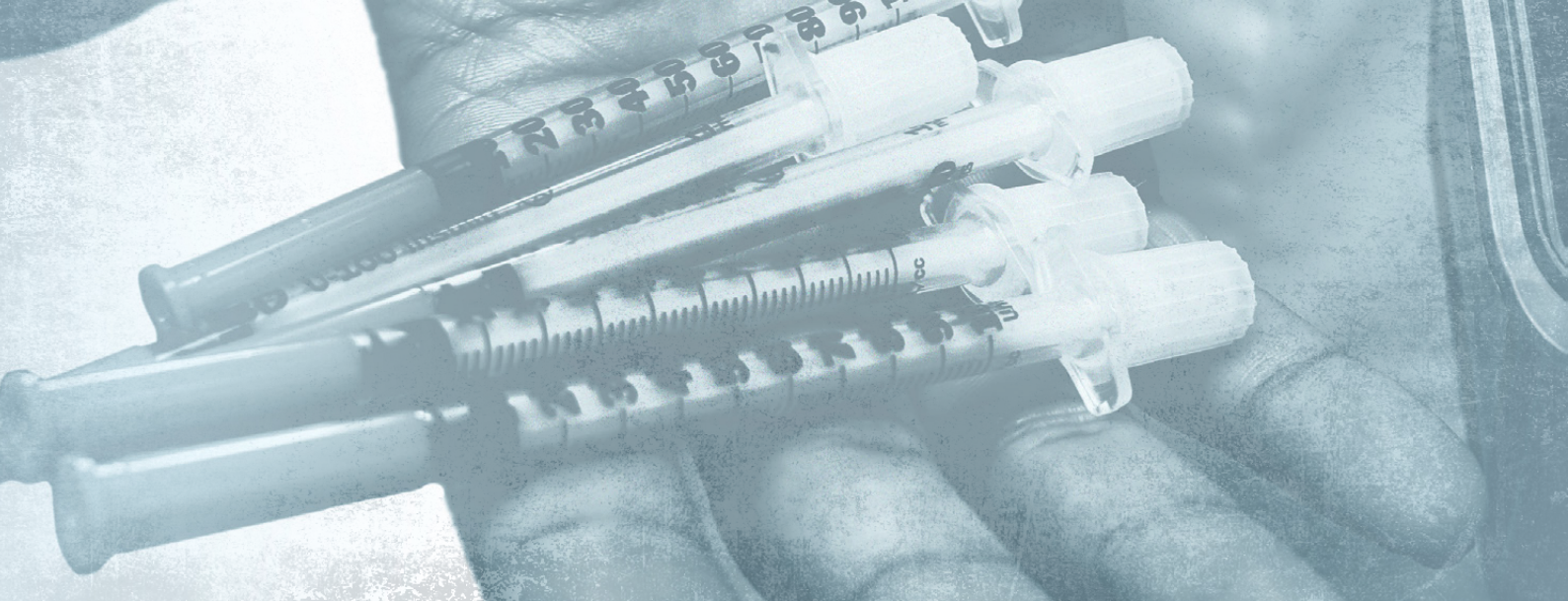
Les années 1990 ont été marquées par une expansion rapide et importante du trafic de drogue à travers le continent, l'héroïne afghane commençant à faire son apparition en grande quantité en Afrique de l'Est. Transportée par boutre depuis le Pakistan et l'Iran vers les ports kenyans et tanzaniens, où elle était initialement reconditionnée avant d'être réexpédiée vers les marchés européens et américains, la consommation locale d'héroïne a commencé à augmenter. La consommation d'héroïne s'est répandue le long de la côte est, en Afrique australe et dans les États insulaires tels que Maurice et les Seychelles. Dans toute la région, les consommateurs d'héroïne étaient généralement les membres les plus pauvres et les plus vulnérables de la société. La consommation de drogues injectables a rapidement fait son apparition au Zimbabwe, en Zambie, au Malawi, en Ouganda,

au Rwanda, au Burundi, en Eswatini, en Namibie, en Angola et en République démocratique du Congo (RDC). La cocaïne, la méthamphétamine et d'autres drogues de synthèse ont rapidement suivi.

Aujourd'hui, les pays de l'AEA sont devenus d'importants centres de transit et marchés de destination pour toute une gamme de drogues illicites. La demande croissante et l'amélioration des infrastructures ont façonné et facilité la disponibilité et l'accessibilité des drogues illicites dans toute la région. En conséquence, les flux commerciaux nationaux et régionaux de drogues, ainsi que les marchés de consommation, sont devenus des composantes intrinsèques des économies illicites de la région.



La croissance du transport maritime par conteneurs a façonné les marchés de la drogue, créant des plaques tournantes interconnectées de commerce licite et illicite dans toute la région. © Geof Kirby/Alamy Stock Photo



APPROVISIONNEMENT, PRODUCTION ET CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES EN AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE

L'Afrique de l'Est et australe est devenue une région de transit majeure dans le flux mondial de drogues illicites. Chaque année, d'importantes quantités d'héroïne, de cocaïne et de méthamphétamine sont acheminées vers et à travers les ports aériens, terrestres et maritimes de la région. Ces flux arrivent et transitent par des centres d'approvisionnement en parallèle du commerce licite, et une grande partie de ces flux de stupéfiants demeure indétectée. Il est difficile d'appréhender pleinement l'ampleur du commerce maritime, en particulier le long des côtes de la région : la zone est vaste, les schémas de trafic sont variés, et les échanges commerciaux, qu'ils soient formels ou informels, mobilisent une grande diversité de types et de tailles de navires.

Les renseignements et les recherches confirment que les flux maritimes d'héroïne pénètrent dans la région par des points côtiers en Tanzanie et au centre du Mozambique. L'Afrique australe et le Kenya sont des points d'entrée clés pour la cocaïne. Le Mozambique est également le principal point d'entrée régional pour la méthamphétamine en provenance d'Afghanistan. Madagascar s'affirme de plus en plus comme une plaque tournante majeure pour le transbordement d'héroïne et de cocaïne, ainsi que pour la distribution intrarégionale de ces drogues et du cannabis. L'île est également une importante plaque tournante pour le reconditionnement et la redistribution, servant de point de fractionnement (où les cargaisons importantes de drogues illicites sont divisées en lots plus petits pour être acheminées vers leur destination finale). La Tanzanie et la région

côtière centrale du Mozambique servent de points de fractionnement pour l'héroïne et la méthamphétamine en provenance d'Afghanistan, tout comme l'Afrique australe et le Kenya pour la cocaïne en provenance d'Amérique latine, et l'Afrique australe pour la méthamphétamine en provenance du Mexique et du Nigéria.

Ces centres de transit et leurs fonctions de fractionnement constituent des maillons essentiels dans le flux régional de ces substances illicites. Situés à proximité des points



Métamphétamine interceptée au nord de Mayotte en 2024. L'essor du commerce des drogues de synthèse met en évidence la nécessité de créer un observatoire régional des drogues, afin de renforcer la surveillance de cette menace. Photo : page Facebook de la préfecture de Mayotte

de transit — tels que les ports à conteneurs et les aéroports — ils se caractérisent par des dispositifs de gouvernance et de surveillance limités, ainsi que par des institutions de contrôle et d'application de la loi souvent vulnérables à la corruption ou susceptibles d'être compromises⁶. C'est la complicité de ces « intermédiaires » au sein des institutions qui permet à ces chaînes d'approvisionnement illicites de perdurer.

Il existe un commerce transrégional important de ces drogues illicites, en particulier dans les flux qui s'étendent des points d'arrivée côtiers aux marchés intérieurs, les chaînes d'approvisionnement en réseau reliant entre eux les aéroports et ports maritimes principaux et secondaires de la région, et le commerce interinsulaire et intercôtier intense entre Maurice, les Seychelles, Madagascar, les Comores, Mayotte et La Réunion. Si l'attention liée au trafic illicite de drogues se concentre souvent sur les côtes est et sud de l'Afrique, il ne faut pas pour autant négliger le volume et l'étendue du trafic au sein et entre les pays insulaires de l'océan Indien, ni la manière dont celui-ci est influencé par et interconnecté avec la région en tant qu'écosystème de marchés illicites en évolution.

L'approvisionnement en drogues

Les chaînes d'approvisionnement en cannabis sont essentiellement intrarégionales. Contrairement à d'autres substances, le cannabis produit dans la région y est généralement consommé. Bien qu'il existe des preuves d'approvisionnements supplémentaires en provenance de pays voisins, le Kenya, l'Eswatini, le Malawi, la Tanzanie et l'Ouganda ont été identifiés comme des pays d'origine majeurs pour l'approvisionnement en cannabis dans la région⁷. Le Lesotho et Madagascar constituent également des sources importantes pour le commerce illicite intrarégional de cannabis.

L'héroïne présente dans la région provient d'Afghanistan, où elle est produite à partir de la gomme du pavot à opium. Pendant de nombreuses années, l'Afghanistan a été le plus grand producteur mondial d'opium et la plus grande source de son dérivé semi-synthétique, l'héroïne. Cependant, la situation a changé ces dernières années, après l'interdiction de la culture du pavot à opium par le gouvernement taliban en avril 2022. Depuis lors, la superficie estimée des cultures de pavot à opium et la production d'opium ont considérablement diminué, la production annuelle passant de 6 400 tonnes avant l'interdiction à 330 tonnes selon les estimations⁸. L'héroïne continue toutefois d'arriver dans la région AEA, car la production afghane se poursuit à travers l'utilisation des stocks d'opium⁹.

La « route sud », qui relie les sites de production d'héroïne en Afghanistan aux marchés d'Afrique de l'Est, a vu le jour dans les années 1990, lorsque l'héroïne a commencé à être transportée en gros à travers l'océan Indien à bord de boutres. Ces embarcations traditionnelles jetaient l'ancre dans les eaux internationales et déchargeaient leur cargaison sur des bateaux plus petits, tels que des bateaux de pêche locaux, qui transportaient ensuite l'héroïne vers les plages et autres sites portuaires informels situés le long des côtes non surveillées de la région. À mesure que ces réseaux criminels s'enrichissaient grâce au commerce de l'héroïne, ils ont acheté l'accès aux principaux ports grâce à la corruption et à la protection de nombreux fonctionnaires au sein des systèmes de justice pénale de la région. Cela a ouvert des voies de trafic pour l'héroïne en utilisant le transport maritime par conteneurs et les aéroports. En résumé, l'une des évolutions les plus marquantes du marché régional de l'héroïne a été d'ordre géographique, entraînant des changements à la fois politiques et sociaux. Le trafic, autrefois principalement maritime, s'est diversifié vers différents modes de transit, accompagnés d'une prolifération des itinéraires terrestres. Le contrôle du commerce de l'héroïne s'est progressivement déplacé des ports côtiers vers les capitales connectées au reste du monde, qui offrent de plus grands avantages logistiques et économiques, tandis que des réseaux régionaux de distribution se sont développés dans les centres urbains de la région.

Des volumes croissants de cocaïne provenant de sources sud-américaines arrivent dans la région AEA, en particulier dans les États côtiers du Kenya, du Mozambique, de Namibie et d'Afrique australe. Les cargaisons arrivent



Bien qu'il soit un important producteur et consommateur de cannabis, le continent africain a conservé certaines des lois les plus strictes en matière de production et de consommation. © Riana Raymonde Randrianarisoa

soit à bord de porte-conteneurs et d'autres navires transocéaniques, soit en plus petites quantités par voie aérienne via l'Afrique de l'Ouest. La plus grosse part de la cocaïne qui arrive dans la région est destinée à être expédiée vers les marchés européens et asiatiques, mais une quantité croissante reste dans la région pour approvisionner les marchés de consommation intérieurs en pleine expansion. Les flux régionaux de cocaïne transitent par voie terrestre le long des principales routes de transport de marchandises et des points frontaliers, ainsi que par les aéroports de l'Angola, de la RDC, du Kenya, du Malawi, du Mozambique, de l'Afrique australe, de l'Ouganda et du Zimbabwe. Les points de départ internationaux par voie aérienne vers les marchés européens, moyen-orientaux et asiatiques de la cocaïne comprennent des vols de passagers et de fret à plusieurs segments, au départ notamment de l'Ouganda, du Malawi, de l'Afrique australe, de la Zambie et, plus au nord, de l'Éthiopie. Ces acheminements sont facilités par la corruption de fonctionnaires à chaque étape du transit.

L'approvisionnement en méthamphétamine dans la région a débuté en Afrique australe au début des années 1990. Ce marché est né du commerce illicite de ressources marines braconnées, en particulier l'ormeau, échangées contre des précurseurs chimiques¹⁰. Des gangs sud-africains cédaient ainsi de l'ormeau à des syndicats criminels chinois en contrepartie de produits chimiques, utilisés ensuite pour la production locale de méthamphétamine. Les groupes criminels organisés nigériens, initialement intermédiaires entre les fabricants sud-africains et les grossistes locaux, ont progressivement développé leur propre distribution régionale à la suite de l'émergence et de l'expansion de laboratoires de production de taille industrielle au Nigéria et dans les pays voisins à partir de 2016. Aujourd'hui, les chaînes d'approvisionnement basées au Nigéria semblent dominer le flux régional de méthamphétamine, bien qu'elles soient confrontées à une certaine concurrence.

Une évolution récente importante a été l'identification de deux nouvelles chaînes d'approvisionnement en méthamphétamine, auparavant inconnues, qui alimentent les marchés nationaux de l'AEA. La première est apparue en Afghanistan. Depuis 2019, d'importantes quantités de méthamphétamine afghane, destinées à une base croissante de consommateurs en Afrique australe, transitent via la « route sud » de l'héroïne vers la Tanzanie et le Mozambique. Ces cargaisons sont acheminées parallèlement à celles d'héroïne, souvent à bord des mêmes navires. Le second centre de production se situe en Amérique latine, sous le contrôle des cartels mexicains. La méthamphétamine mexicaine est acheminée vers l'Afrique australe en passant par le Brésil, aux côtés des cargaisons de cocaïne empruntant le même itinéraire. L'émergence de l'Afrique australe comme point névralgique de la chaîne d'approvisionnement mondiale en méthamphétamine, reliant à la fois les cartels mexicains à l'ouest et les provinces talibanes d'Afghanistan à l'est, apparaissait, à bien des égards, inévitable.

L'offre croissante de nouveaux composés chimiques cannabinoïdes, stimulants et psychoactifs provenant de sites de production indiens et chinois semble constituer une nouvelle évolution importante dans la région. Souvent commandées auprès de fournisseurs en ligne et livrées par la poste, mais aussi par des moyens de transport plus traditionnels comme le transport aérien et maritime, ces substances ont commencé à arriver dans la région en 2011. Depuis 2015, elles sont devenues une source de préoccupation, en particulier dans les pays insulaires de l'océan Indien, ainsi que dans les grandes villes d'Afrique australe.

La production nationale de méthcathinone, de méthaqualone et de MDMA a été confirmée au Mozambique et en Afrique australe, et serait également pratiquée dans plusieurs autres pays de la région. Ces sites de production sont à l'origine des flux intra-régionaux de ces drogues de synthèse vers les marchés voisins. La MDMA est également fournie en grande quantité par des sites de production européens, et la méthaqualone par l'Inde, en plus d'être produites localement. D'autres substances synthétiques, telles que le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), la kétamine et le gamma-hydroxybutyrate (GHB), sont fournies presque exclusivement par des sites de production et de distribution européens, chinois et sud-asiatiques.

L'essor des opioïdes synthétiques est une nouvelle caractéristique importante du marché régional. Des composés de nitazène provenant de Chine ont été identifiés grâce à des analyses médico-légales à Maurice, tandis que le fentanyl a été détecté en Afrique australe en 2024, et ces deux substances seraient en expansion dans la région. Bien que les caractéristiques de la demande en opioïdes dans la région AEA demeurent sensiblement différentes de celles observées en Amérique du Nord avant la crise du fentanyl, qui a ensuite submergé les marchés de la drogue au Canada et aux États-Unis, la possible détérioration des chaînes d'approvisionnement en héroïne en provenance d'Afghanistan pourrait conduire à l'adultération des approvisionnements locaux, en prévision de perturbations de l'offre et d'une baisse de la pureté.

Enfin, l'approvisionnement de rue en médicaments contrôlés mais détournés — en particulier les opioïdes tels que le tramadol, dont une part importante provient de structures médicales — constitue une autre source de préoccupation émergente dans la région. Ce phénomène est préoccupant non seulement en raison de l'impact potentiel de ces substances au niveau local, mais aussi parce que le détournement compromet les stocks pharmaceutiques nationaux. Les soins palliatifs reposent largement sur l'accès à des opioïdes de qualité pharmaceutique, et le renforcement des mesures destinées à prévenir leur fuite vers le marché illicite risque d'affecter négativement la capacité des institutions médicales à acquérir et à maintenir des réserves suffisantes.



FIGURE 1 La route indo-pacifique.



FIGURE 2 La route lusophone.



FIGURE 3 La route australe.



FIGURE 4 La route asiatique.

La production des drogues

La production de cannabis est omniprésente dans la région de l'AEA. Cette drogue est cultivée dans la région depuis plusieurs siècles. Bien qu'elle soit produite dans tous les pays de la région, l'ONU a précédemment identifié la RDC, l'Eswatini, le Lesotho, le Malawi, l'Afrique australe et la Zambie comme des pays où la culture et/ou la production nationale de cannabis sont « probablement importantes »¹¹. Madagascar, la Tanzanie et l'Ouganda connaissent également une culture répandue du cannabis. Une grande partie de la drogue est cultivée pour la consommation locale et régionale, mais il paraît de plus en plus évident qu'une partie est exportée vers les marchés de l'UE. Ce niveau de capacité de production illicite nationale et sa géographie se sont sans doute étendus dans plusieurs pays à mesure que les politiques se sont assouplies en matière de légalisation du cannabis à des fins médicales et scientifiques, et avec la légalisation totale en Afrique australe.

Bien que les gouvernements aient traditionnellement adopté une position prohibitive à l'égard de la culture et de la production de cannabis, l'interdiction effective reste un défi pour beaucoup. L'omniprésence et la facilité de culture dans de vastes zones rurales en plein air, souvent inaccessibles, l'ampleur de la production et l'aisance avec laquelle le cannabis est acheminé vers les marchés entravent les efforts des forces de l'ordre déployés pour perturber les chaînes de production et d'approvisionnement. Les campagnes d'éradication ne permettent souvent que la destruction de petites zones de plantation, qui finissent souvent par être replantées. L'impact que pourrait avoir la légalisation, encore limitée mais en expansion, de la culture du cannabis à des fins médicales sur les dynamiques de la production illicite dans la région demeure une question qui mérite d'être examinée de plus près. L'élément le plus préoccupant qui pourrait affecter la croissance future de la culture et de la production illicites de cannabis dans la région n'est pas le risque posé par les mesures de répression ou les autres mesures de contrôle des gouvernements : il s'agit d'un problème bien plus fondamental. L'accès à l'eau pour l'irrigation des cultures, en quantités suffisantes et provenant de sources fiables, est le principal facteur limitant la culture et le rendement des plantations illicites de cannabis, ainsi que leur potentiel de croissance future.

La présence et la consommation de méthamphétamine dans la région ont longtemps été perçues comme un phénomène limité — souvent associé à l'usage local dans la province du Cap-Occidental en Afrique australe — ou comme un problème secondaire lié au détournement potentiel ou réel de précurseurs chimiques contrôlés. Ces perceptions sont aujourd'hui dépassées et contribuent, dans une certaine mesure, à entretenir une incompréhension de ce qui s'est transformé en une véritable industrie régionale de la méthamphétamine, aux ramifications à la fois continentales et mondiales. La « crystal meth » (méthamphétamine sous forme de cristaux) y est produite en quantités rapidement croissantes, tant pour la consommation intérieure que pour la vente au sein des chaînes d'approvisionnement internationales. Une production à l'échelle industrielle a été rapportée ou confirmée

au Kenya, au Mozambique, en Afrique australe et au Zimbabwe. Plus récemment, une production de taille industrielle au Nigéria s'est imposée comme un acteur central de l'approvisionnement régional, la méthamphétamine nigériane — fabriquée en grandes quantités et d'une grande pureté — étant disponible dans la région depuis 2016. Parallèlement, la méthamphétamine produite en Afghanistan et au Mexique contribue également, de manière significative et croissante, aux marchés de la région.

L'héroïne est synthétisée dans des sites de production situés en Afghanistan, au Pakistan et, dans une moindre mesure, en Iran. Il n'y a pas de culture de pavot à opium ni de production d'héroïne dans la région AEA. L'héroïne écoulee dans la région provient principalement d'Afghanistan, même si des éléments attestent qu'une partie est également issue d'Asie du Sud-Est¹². Il en va de même pour la cocaïne. Bien qu'il y ait eu des tentatives de culture de coca dans les régions montagneuses du continent, il n'y a actuellement aucune culture de coca ni production de cocaïne connues dans la région. La cocaïne trouvée dans la région provient de sites de culture et de production situés dans les pays andins d'Amérique du Sud.

Plusieurs autres drogues de synthèse sont produites dans des laboratoires clandestins à travers la région. La synthèse domestique de méthamphétamine, de méthcathinone, de MDMA, de méthaqualone et de cannabinoïdes synthétiques a été attestée au Kenya, à Maurice, au Mozambique et en Afrique australe. Une production locale est suspectée dans d'autres pays de l'AEA.

L'émergence alarmante récente d'opioïdes synthétiques en Afrique de l'Est et australe est due au commerce illicite intense de précurseurs chimiques dans la région. Il s'agit notamment de produits chimiques contrôlés tels que l'éphédrine, la pseudoéphédrine, le safrole et le phosphore rouge, qui proviennent de fournisseurs de produits chimiques



Fragments de méthamphétamine en cristaux provenant d'Afghanistan. La prolifération des substances synthétiques est l'un des plus grands défis liés à la drogue dans la région. © David Mansfield

en Inde et en Chine. Une quantité moindre est possiblement détournée vers la chaîne d'approvisionnement du marché illicite régional à partir de sites de production pharmaceutique et chimique africains et européens. Bien que certaines de ces substances classifiées aient des utilisations chimiques licites, telles que la production de médicaments ou de plastiques, leur détournement du commerce licite vers le commerce illicite est un phénomène courant qui fait rarement l'objet d'une répression efficace.

La consommation des drogues

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée dans la région et sur tout le continent. Il est disponible et consommé dans tous les pays de la région, le plus souvent sous forme d'herbe (séchée), mais aussi sous forme de résine (communément appelée haschisch). Le cannabis est fumé sous forme séchée ou sous forme de résine, ou ingéré, seul ou mélangé à d'autres aliments.

Au début de la consommation d'héroïne dans la région, celle-ci se faisait essentiellement par inhalation, car la forme d'héroïne afghane la plus couramment disponible s'y prêtait plus facilement. Cependant, vers l'an 2000, le type d'héroïne et le mode de consommation ont connu un changement considérable. La chaîne d'approvisionnement afghane s'est soudainement contractée, et l'héroïne afghane a temporairement disparu des marchés locaux. Elle a alors été remplacée par une nouvelle héroïne blanche, provenant, selon certaines sources, d'Asie du Sud-Est¹³. Cette dernière, difficile à consommer par inhalation, était jugée plus efficace par injection (usage des drogues par injection – UDI). En quelques mois seulement, une pratique jusque-là marginale sur le marché régional de l'héroïne est devenue le mode de consommation dominant. L'UDI a été adopté par un nombre croissant de consommateurs sur les côtes, puis s'est répandue parallèlement à l'intensification des flux transrégionaux d'héroïne, qui ont progressivement atteint les communautés de l'intérieur de la région. L'UDI plus efficace que le fait de fumer pour obtenir l'effet recherché, en particulier chez les consommateurs présentant une tolérance ou une dépendance élevée¹⁴.

Aujourd'hui, l'héroïne est disponible dans toute l'AEA sous forme de poudre ou de « caillou », deux variantes largement adulterées. Lorsque des statistiques sur la prévalence sont disponibles, on estime que l'IDI représente le mode de consommation de 10 à 50 % des personnes consommatrices de drogues dans les communautés consommant de l'héroïne. L'inhalation reste une forme courante de consommation, et l'héroïne est également fumée en mélange avec du cannabis (par exemple, le nyaope). Elle est parfois sniffée de la même manière que la cocaïne en poudre.

La cocaïne est disponible dans tous les pays de la région, sous forme de poudre et de « crack ». La cocaïne en poudre est généralement sniffée, mais elle peut aussi être ingérée ou inhalée. Le crack, un mélange de cocaïne en poudre et de bicarbonate de soude qui, une fois séché et durci, forme de petits morceaux (« caillous »), est pour sa part fumé ou inhalé. Dans la région, la cocaïne en poudre est de cinq à sept fois plus chère que le crack et reste généralement privilégiée par les consommateurs disposant de revenus plus élevés. Le crack apparaît en revanche comme la forme la plus couramment consommée dans la région, en raison de son coût plus abordable et de la plus grande variété des points de vente. Enfin, plusieurs pays signalent également des cas d'injection de cocaïne.

La méthamphétamine est présente dans l'ensemble des pays de la région. Elle s'impose progressivement comme la substance dominante dans un nombre croissant de communautés, où elle a remplacé le crack en tant que stimulant illicite de prédilection. Actuellement disponible uniquement sous forme de cristaux, elle est le plus souvent consommée par inhalation. Toutefois, un nombre croissant d'usagers de méthamphétamine dans la région déclarent s'injecter cette drogue¹⁵. Des estimations récentes suggèrent que la base de consommateurs de méthamphétamine en Afrique australe, le pays où la consommation est la plus importante dans la région, semble être nettement plus importante qu'on ne l'imaginait initialement, ce qui en fait potentiellement l'un des plus grands marchés de



Les stratégies de répression doivent être recentrées sur la lutte contre le trafic et les élites du crime organisé, et non plus sur l'arrestation et la détention des personnes consommant des drogues. Photo : GI-TOC

consommation de méthamphétamine au monde¹⁶. La méthamphétamine est également présente sur les marchés de l'Eswatini, du Lesotho, au Botswana, au Mozambique, au Malawi, en Zambie, au Zimbabwe, en Ouganda et au Kenya. Il est inévitable que la méthamphétamine s'impose sur l'ensemble des autres marchés de la drogue de la région, et que sa disponibilité, son accessibilité ainsi que sa consommation connaissent une hausse.

Si la méthamphétamine est la drogue synthétique la plus consommée dans la région, elle n'est toutefois pas la seule. La méthaqualone, un sédatif qui précède l'usage de la méthamphétamine et dont l'origine est l'Afrique australe, reste disponible dans plusieurs pays de la région. Vendue sous forme de comprimés, la méthaqualone est broyée, mélangée à du cannabis et fumée. La méthcathinone, un autre stimulant fabriqué dans la région, est consommée dans plusieurs pays. Souvent vendue à un prix inférieur à celui de la méthamphétamine, la méthcathinone est commercialisée sur certains marchés locaux comme substitut à la méthamphétamine. Également appelée « cat », elle est sniffée, fumée et parfois injectée. La MDMA est une substance psychoactive consommée sous forme de comprimés et de poudre. Son usage est particulièrement associé aux lieux de divertissement nocturnes, notamment les bars, les discothèques et autres établissements similaires.

La consommation d'autres nouvelles substances psychoactives, telles que la gamme évolutive de cannabinoïdes synthétiques et de stimulants, est en hausse au cours des quatre dernières années. Cette évolution est particulièrement préoccupante pour plusieurs États de l'océan Indien occidental. Maurice, par exemple, connaît une augmentation significative de la consommation de cannabinoïdes synthétiques. Ces substances ont pour caractéristique commune d'être synthétisées afin d'imiter les effets de substances illicites connues. Cela signifie qu'elles échappent souvent au système réglementaire établi pour les substances illicites et se situent dans une zone grise entre le domaine légal et illégal. Il est probable que leur disponibilité et leur consommation augmentent sur les marchés de la drogue de la région, notamment en tant que substitut plus facile à dissimuler au cannabis végétal.

Principales conclusions de la Commission

Les marchés des stupéfiants de l'AEA sont diversifiés, en pleine expansion et interconnectés à l'échelle internationale.

Les marchés des drogues illicites ne se limitent plus à la périphérie côtière ou aux centres urbains en expansion de la région. Ils ne sont plus dominés par les fumeurs de cannabis et quelques consommateurs de substances « dures ». L'héroïne, la cocaïne et les drogues de synthèse sont largement disponibles dans toute la région. La consommation de drogues est répandue dans l'ensemble des villes et agglomérations secondaires et tertiaires. Les chaînes d'approvisionnement internationales en drogues relient les sites de production industriels étrangers aux marchés intérieurs de la région. Elles ne se contentent plus de transiter vers des destinations plus lointaines, mais approvisionnent les marchés intérieurs et leur nombre croissant de consommateurs. Compte tenu de la diversité des substances et des modes de consommation, les multiples marchés intérieurs de la drogue dans la région doivent être appréhendés comme socialement enracinés, structurellement solides et géographiquement étendus.

La marginalisation, la pauvreté, la vulnérabilité, ainsi que des politiques et programmes de développement inéquitables, alimentent l'expansion des marchés de drogues illicites et les dommages qui en découlent

L'urbanisation dans les pays d'Afrique de l'Est et australe devrait augmenter respectivement de 74,3 % et 43,6 % d'ici 2050¹⁷. Cinq des 20 villes à la croissance la plus rapide au monde se trouvent dans cette région. Même avant les conséquences négatives de la pandémie de COVID-19 sur le développement, la région souffrait d'une période d'investissements insuffisants dans le logement, les infrastructures de transport et les autres services sociaux. Ce sous-investissement a compromis les gains potentiels en matière de développement socio-économique et d'infrastructures, et a exacerbé les phénomènes existants liés à la pauvreté, à l'assainissement, au chômage et à l'insécurité dans de nombreuses villes et agglomérations de la région. La situation a été aggravée par l'absence d'une industrialisation généralisée, contrairement à d'autres régions du monde où celle-ci a accompagné l'urbanisation. Historiquement, le travail industriel a offert des emplois en masse aux populations non instruites ou peu qualifiées, tout en générant des recettes fiscales permettant aux gouvernements d'investir dans les infrastructures¹⁸. Ces défis en matière de développement ont influencé l'évolution des marchés de la drogue dans la région.

Par exemple, l'augmentation de la consommation de drogues de synthèse telles que la méthamphétamine peut être considérée comme une conséquence des insuffisances du développement urbain dans la région. La prolifération régionale de cette drogue résulte de politiques et d'un développement inéquitables et non durables. Elle s'installe rapidement dans les espaces en déclin d'un nombre croissant de communautés marginalisées et vulnérables, qui disposent de peu d'opportunités de prospérité

socio-économique licite. Cette situation a été exacerbée par le COVID-19 et les mesures restrictives prises pour enrayer sa propagation. Si les mesures de confinement n'ont pas réussi à perturber les flux de production et de distribution des marchés locaux de méthamphétamine (et d'autres drogues illicites), elles ont contribué à réduire la mobilité des personnes et à accroître la précarité économique des personnes les plus pauvres de la société. En conséquence, la demande de méthamphétamine est restée forte sur les marchés régionaux existants et augmente sur les marchés où elle était auparavant inexistante.

L'arrestation de petits exploitants agricoles pour culture illicite et la destruction de leurs maigres moyens de subsistance ont appauvri d'innombrables ménages ruraux. La population carcérale nationale a augmenté dans certaines régions, atteignant des niveaux de surpopulation de 250 % et plus. Face à la pression politique contre la « menace de la drogue », les structures judiciaires et de sécurité de l'État ont procédé à l'arrestation et à l'incarcération d'un grand nombre de personnes pauvres pour des délits liés à la drogue. Par conséquent, des générations de jeunes se sont retrouvées privées de leurs droits en raison de condamnations pénales pour des infractions mineures liées à la drogue, telles que la consommation ou la possession de petites quantités de drogue à des fins personnelles. Des taux de chômage et de sous-emploi disproportionnés continuent d'affecter les personnes qui consomment (ou ont consommé) des drogues, en particulier celles qui ont été marginalisées par une condamnation pénale pour des infractions mineures liées à la drogue.

Pays	Taux d'occupation des prisons (%)	Taux d'incarcération (pour 100 000 habitants)
Botswana	86	161
Comores	161	46
Eswatini	120	243
Kenya	177	107
Lesotho	71	104
Madagascar	278	98
Malawi	236	76
Maurice	177	197
Mozambique	248	67
Namibie	75	318
Seychelles	54	n.d.
Afrique de Sud	149	258
Tanzanie	109	50
Zambie	265	125
Zimbabwe	130	138

FIGURE 5 Taux d'occupation des prisons nationales et taux d'incarcération en Afrique de l'Est et australe (2024 ou dernière année disponible).

SOURCES : Pour les taux d'occupation, voir *World Prison Brief*, Institute for Crime and Justice Policy Research, et Birkbeck, Université de Londres, 2024 ; pour le taux d'incarcération, voir Emily Widra, *States of incarceration: the global context 2024*, Prison Policy Initiative, juin 2024.

Nous surestimons ce que nous pensons savoir des marchés régionaux de la drogue

Les marchés africains de la drogue, et en particulier ceux de l'AEA, restent peu étudiés. L'absence de données factuelles sur les marchés des drogues souvent remplacée par des prévisions politiques, des analyses inexacts et des indicateurs de substitution inexacts. Dans la plupart des pays de la région, il n'existe aucune donnée fiable sur certains des indicateurs de base nécessaires pour évaluer un marché de la drogue, les dommages qu'il cause ou l'efficacité relative des mesures mises en place pour y remédier. Parmi les indicateurs fondamentaux qui ne sont pas quantifiés de manière factuelle figurent le nombre de personnes consommant des drogues, les types de drogues qu'elles consomment, la manière dont elles les consomment et la fréquence de leur consommation. En l'absence de ces informations de base, il n'est pas possible de mettre en place une réponse nationale efficace aux marchés des drogues illicites ni de mesurer les effets d'une telle réponse. Il en résulte que nous avons tendance à sous-estimer la taille et la diversité des marchés nationaux, leur importance et leurs relations, ainsi que les dommages qu'ils causent ; et nous avons tendance à surestimer ou à dramatiser l'impact des mesures de répression mises en place par les forces de l'ordre sur ces marchés et leurs flux.



Les politiques antidrogue axées sur la répression nationale et l'interception de l'approvisionnement ne fonctionnent pas, car l'offre et la consommation de drogues semblent stables, voire en augmentation dans toute la région. © Carl De Souza/AFP via Getty Images

Il existe certes des tentatives pour quantifier les indicateurs fondamentaux du marché des drogues dans certains pays de la région, mais nombre d'entre elles reposent sur des méthodes imparfaites produisant inévitablement des résultats imparfaits. Ainsi, certaines agences gouvernementales nationales s'appuient couramment sur les données relatives aux saisies de drogues et aux demandes de traitement pour analyser les marchés de la drogue et élaborer des réponses politiques. Or, l'absence de saisies dans un pays ne signifie pas pour autant qu'une drogue n'y est pas disponible, et le volume des saisies n'entretient pas non plus de corrélation définitive avec les caractéristiques de la consommation ou de l'offre sur un marché donné.

De même, le fait que personne ne cherche à se faire soigner pour une dépendance à une substance ne suffit pas, à lui seul, à dresser un tableau réaliste de la demande locale de drogues ou des comportements de consommation. Les hypothèses qui s'appuient sur des données et des résultats peu concluants pour tirer des conclusions définitives ont freiné les instances décisionnaires de la région, en les empêchant de reconnaître que l'absence de systèmes indépendants et scientifiques de surveillance des drogues rend impossible une évaluation précise par les pays de l'évolution et de la croissance de leur marché de la drogue.

La diversité des substances disponibles sur les marchés locaux de la drogue a augmenté, les nouvelles drogues de synthèse entrant désormais en concurrence avec des substances plus traditionnelles comme le cannabis. De nouveaux marchés sont apparus pour certaines drogues dans des zones où elles étaient auparavant absentes. L'héroïne et la cocaïne, autrefois limitées aux régions côtières, se sont répandues dans les pays de l'intérieur. Quant à la méthamphétamine, sa production locale a été supplantée par une production industrielle et des chaînes d'approvisionnement d'ordre international.

Les « portefeuilles de produits » des distributeurs de drogues illicites dans la région se sont considérablement diversifiés, tandis que leurs méthodes de livraison sont devenues plus sûres. De nombreuses substances circulent désormais par les mêmes itinéraires, utilisant les mêmes navires, ports, points de fractionnement, entrepôts et véhicules de transport. Les villes secondaires et tertiaires disposent à présent de leurs propres marchés de drogues au détail particulièrement actifs, notamment pour l'héroïne et le crack. La polyconsommation de drogues est devenue la norme sur la plupart des marchés régionaux, et l'usage de drogues injectables — lié à la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) — s'est diffusé à l'échelle de toute la région.

La prohibition stricte des drogues n'aboutit pas à une perturbation du marché illicite

L'approche dominante en matière de politique antidrogue dans la région, fondée sur la mise en œuvre de mesures de prohibition strictes, ne parvient pas à perturber ou à réduire les marchés de drogues illicites en AEA. Les lois « répressives » et les peines minimales obligatoires ne permettent pas d'endiguer l'offre ou la consommation de drogues illicites, ni de les réduire. Les marchés nationaux de la drogue dans la région continuent de perdurer ; le coût du maintien de ces politiques en matière de drogues, fondées sur une criminalisation stricte, l'arrestation et l'incarcération des personnes consommatrices de drogues et des petits délinquants, reste élevé ; et le retour sur investissement — en termes de réduction des dommages, dans tous les sens du terme — reste faible.

Des structures, des institutions et des agents gouvernementaux fragiles, compromis et corrompus facilitent et pérennisent les marchés régionaux de la drogue

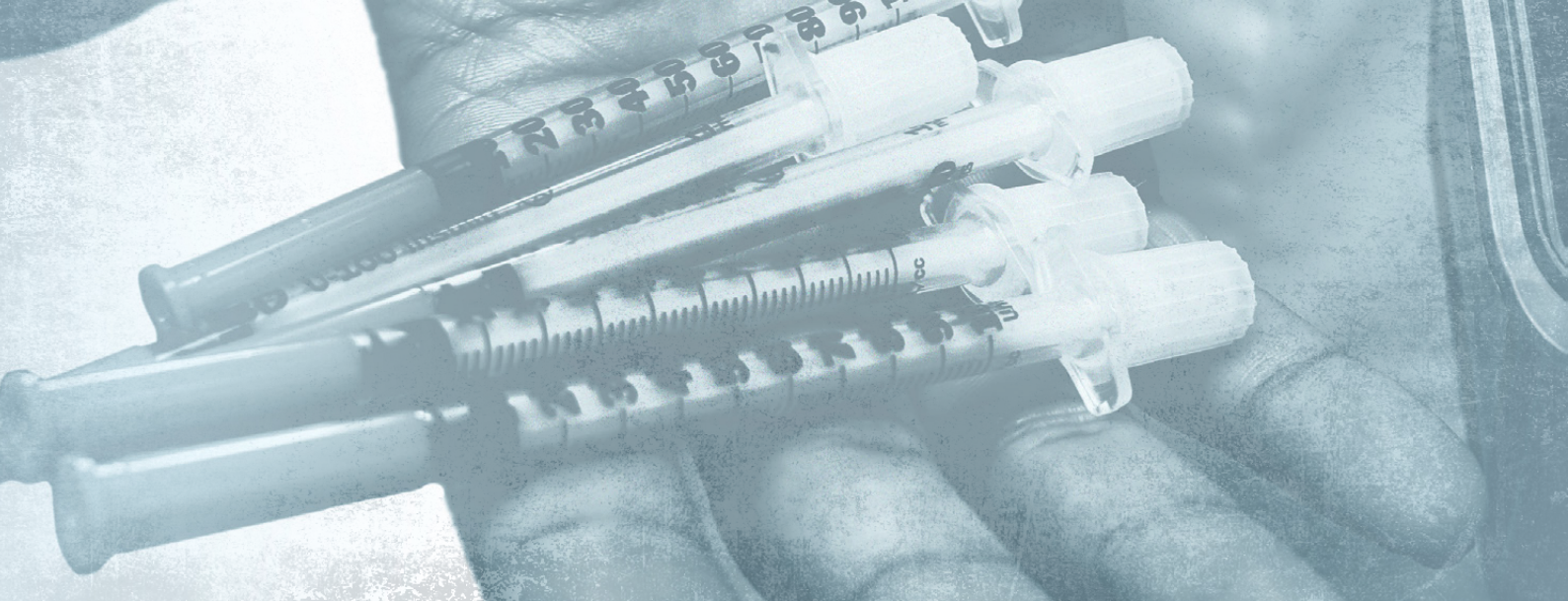
Tout au long du processus de consultation, il a été largement reconnu que certains agents des forces de l'ordre, ainsi que d'autres fonctionnaires, sont impliqués dans des pratiques de corruption, ce qui alimente plutôt que ne freine les marchés illicites de la drogue. La corruption des institutions nationales chargées de l'application de la loi constitue sans doute le principal facteur structurel favorisant ces marchés dans la région AEA.

Parallèlement, l'incompétence de certains fonctionnaires dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités a été identifiée comme une préoccupation majeure par l'ensemble des organismes d'application de la loi de la région. Aucune initiative sérieuse n'est entreprise pour mettre fin à la corruption, et aucun gouvernement ne semble manifester la volonté politique d'éliminer les composantes structurelles de cette corruption endémique, si ce n'est à travers un discours « anti-corruption » mobilisé de manière opportuniste à des fins politiques, notamment pour régler des comptes, museler l'opposition ou saper les principes démocratiques.

Nous devons donc reconnaître que les « économies parallèles » liées aux drogues illicites constituent une part importante du produit intérieur brut régional et national. À ce titre, la réforme des politiques et des législations nationales en matière de drogues ne suffit pas à elle seule à favoriser des solutions efficaces et durables en matière de développement, ni à réduire l'influence néfaste de ces marchés liés à la drogue et l'impact corrosif de leur commerce sur les efforts de développement national. Les solutions politiques doivent refléter la complexité structurelle du marché illicite régional et être conçues de manière à saper considérablement le pouvoir et l'influence des structures du marché et à évincer leurs intermédiaires nationaux et régionaux. Elles doivent également résulter d'un effort fondamental visant à saper les facteurs favorisant les marchés illicites, au-delà des approches intuitives mais traditionnelles de gouvernance des politiques en matière de drogues, généralement centrées sur la santé, la sécurité et les services sociaux. L'adoption d'approches politiques multidimensionnelles et de long terme, intégrées dans les programmes nationaux de développement durable luttant contre les facteurs structurels d'inégalité, de vulnérabilité et d'insécurité humaine, représenterait une évolution positive et décisive dans les politiques antidrogue régionales, tant face au trafic qu'à la consommation.

La politique en matière de cannabis semble ouvrir la voie à un débat plus large sur les réformes

Certains pays de la région AEA ont légalisé le cannabis de différentes manières, souvent à des fins médicales et scientifiques, d'autres pour des raisons liées à la production et à l'investissement agricole, et en Afrique australe, pour un usage personnel à domicile. Lors de ses réunions et discussions, la Commission a réalisé qu'en matière de politique relative au cannabis, de nombreux hauts dirigeants et leurs gouvernements sont plus ouverts à la discussion d'une réforme politique et, dans plusieurs cas, à la légalisation comme solution politique. Le cannabis a toujours constitué un cas à part pour les forces de l'ordre. Bien qu'illégal de jure dans tous les pays, il a longtemps été considéré dans beaucoup d'entre eux comme légal de facto, ou du moins comme moins problématique que les substances perçues comme « plus dures » — cocaïne, héroïne ou drogues de synthèse. Dans le cadre de ses travaux à ce jour, la Commission a organisé des discussions régionales à Maputo et à Gaborone sur la légalisation du cannabis. Dans les deux cas, les États présents ont manifesté leur curiosité quant aux avantages potentiels d'une telle décision politique dans la pratique, et grâce aux discussions sur la réforme de la politique en matière de cannabis, ils se sont montrés plus réceptifs à d'autres possibilités de réforme des politiques et des programmes en matière de drogues, telles que la réduction des risques ou la révision des approches en matière de répression des marchés de la drogue. À ce titre, la politique en matière de cannabis a été, et pourrait continuer d'être, un levier permettant d'ouvrir un débat plus large sur les nouvelles approches en matière de santé et de sécurité publiques pour lutter contre les dommages causés par les marchés de la drogue en AEA.



LES DROGUES ILLICITES EN AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE : APERÇU DE SANTÉ PUBLIQUE

Au cours des deux dernières décennies, on a constaté une augmentation marquée de la consommation d'héroïne, de méthamphétamine et de cocaïne en Afrique¹⁹. Parallèlement, l'usage de drogues injectables devient de plus en plus courant dans les pays de l'Afrique de l'Est et australe²⁰, et on estime que 14 millions de personnes supplémentaires consommeront des drogues en Afrique subsaharienne d'ici 2050²¹. Les femmes consommatrices de drogues sont confrontées à des niveaux élevés de violence, de stigmatisation et d'obstacles à l'accès aux services²². La transmission des maladies infectieuses est particulièrement grave chez les personnes consommant des drogues injectables et les personnes incarcérées²³. Les personnes dépendantes aux opiacés ont un risque de mortalité beaucoup plus élevé que la population générale²⁴. L'épidémie de VIH parmi les personnes consommant des drogues injectables se propage dans les pays qui ne disposent pas de services de réduction des risques²⁵. La prévalence du VIH parmi les personnes consommant des drogues injectables est estimée à 16,1 % dans les pays de l'AEA, contre 5,7 % parmi la population adulte de la région²⁶. Malgré cela, entre 2010 et 2023, on a constaté une réduction de 41 % des nouvelles infections chez les personnes consommant des drogues injectables dans la région, ce qui témoigne de l'efficacité des politiques et des programmes de santé ciblant cette sous-population²⁷.

Des épidémies concentrées de VHC existent parmi les personnes consommant des drogues injectables dans la région²⁸. En Afrique subsaharienne, 74 % des personnes consommant des drogues injectables vivant avec le VIH sont co-infectés par le VIH et le VHC, et 14 % sont co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite B (VHB)²⁹. Le taux de tuberculose chez les personnes consommatrices de drogues est élevé³⁰. Cela s'explique par la forte prévalence du VIH, la mauvaise alimentation et l'incarcération fréquente des personnes consommatrices de drogues³¹. Les personnes consommatrices de drogues ont été particulièrement touchées par la pandémie de COVID-19³². Des violations des droits de l'homme, des violences, des restrictions de mouvement, des désintoxications involontaires et des interruptions des services de santé et de réduction des risques ont été signalées chez les personnes consommatrices de drogues à travers l'Afrique, notamment en AEA³³.

Prévention et traitement de l'usage de stupéfiants

La consommation de drogues en Afrique est répandue et en augmentation³⁴. En 2022, on estimait à 3,6 millions le nombre de consommateurs d'opiacés (principalement d'héroïne), à 2 millions le nombre de consommateurs de cocaïne et à 2,7 millions le nombre de consommateurs de stimulants de type amphétamine sur le continent³⁵, et à 300 000 le nombre de personnes consommant des drogues injectables en Afrique subsaharienne³⁶. D'ici 2050, on estime que 14 millions de personnes supplémentaires consommeront des drogues en Afrique subsaharienne³⁷. La drogue la plus couramment consommée dans la région est le cannabis³⁸, mais les drogues de synthèse prolifèrent de plus en plus sur les marchés régionaux, tant comme substances à consommer que comme adjuvants ou contaminants³⁹.

Prévention de la consommation de drogues

La prévention vise à éviter ou à retarder le début de la consommation de drogues et à enrayer le développement de la dépendance. Une consommation fréquente de drogues dès le jeune âge est associée à une dépendance plus tard dans la vie. Il est donc essentiel pour la prévention que les enfants grandissent dans un environnement sain et sûr. Des interventions efficaces favorisent l'adoption de normes et de comportements protecteurs, atténuent les vulnérabilités et s'attaquent aux problèmes structurels qui contribuent à la consommation potentielle de drogues, à la dépendance et à leurs conséquences. Pour être efficaces, les mesures de prévention doivent combiner différentes interventions



Les personnes consommatrices de drogues doivent être incluses en tant que participants essentiels dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques en matière de drogues. *Photo : GI-TOC*

axées sur les différentes étapes du développement humain et être mises en œuvre dans divers contextes. Les interventions destinées à renforcer les compétences parentales ou à accroître les taux de rétention scolaire sont particulièrement importantes durant l'enfance ; quant aux programmes ciblant les écoles, les lieux de travail, les espaces de loisirs et les médias, ils peuvent influencer les facteurs de risque chez les groupes plus âgés⁴⁰. L'identification précoce de la consommation potentiellement nocive de stupéfiants, suivie d'une brève intervention, est efficace pour prévenir le développement d'une dépendance⁴¹.

La réduction des risques est une approche fondée sur des données probantes en matière de politique et d'interventions antidrogues, qui s'inscrit dans le cadre de la justice sociale et des droits de l'homme⁴². Les interventions de prévention des risques permettent aux personnes concernées de prendre des décisions sur les moyens de réduire les risques immédiats (tels que la mortalité et les maladies infectieuses) et les accompagnent dans la réalisation de leurs objectifs⁴³. Le protocole complet de mesures de réduction des risques élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'intention des personnes qui consomment et s'injectent des drogues comprend des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES), des traitements de substitution aux opiacés (TSO) et la distribution communautaire de naloxone, ainsi que le dépistage et le traitement du VIH, des hépatites virales B et C, des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose⁴⁴. Toutes ces mesures devraient être incluses dans une stratégie globale de prévention de la consommation de drogues.

S'exprimant lors de l'ouverture de la cinquième session ordinaire du comité technique spécialisé de l'Union africaine (UA) sur la santé, la nutrition, la population et la lutte contre la drogue, le directeur général de l'OMS a souligné que 40 000 Africains meurent chaque année de la consommation de drogues psychoactives et de problèmes de santé connexes. Il a également souligné que 80 % des Africains souffrant de troubles mentaux ou de troubles liés à l'usage de stupéfiants ne reçoivent aucun traitement⁴⁵. Ces remarques soulignent l'importance de reconnaître que la disponibilité et l'accès aux services de santé publique pour les personnes consommatrices de drogues sont largement insuffisants sur tout le continent, et en particulier dans la région AEA.

Traitement de la dépendance aux drogues

L'accès à un traitement de la dépendance aux stupéfiants fondé sur des données probantes est un droit universel⁴⁶. Les objectifs du traitement de la dépendance aux stupéfiants sont l'amélioration de la santé et de la qualité de vie, l'amélioration du fonctionnement social, la réduction des dommages et la modification de la consommation de drogues en fonction des objectifs individuels. Un traitement efficace nécessite des interventions psychosociales et médicales (pharmacologiques) diversifiées qui doivent être conformes aux normes internationales. Le traitement de la dépendance aux stupéfiants comprend trois grands volets :

Dépistage, interventions brèves et orientation vers un traitement : le dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues devrait être réalisé dans divers contextes non spécialisés (comme les soins de santé primaires et les services sociaux) au moyen d'un outil validé. Les personnes consommatrices de substances devraient bénéficier d'une intervention brève (5 à 30 minutes) comprenant un retour personnalisé avec des conseils pour réduire/arrêter leur consommation, ainsi qu'une proposition de suivi. Cette intervention peut empêcher l'évolution vers une consommation plus nocive ou une dépendance. Les personnes ayant des problèmes persistants devraient être orientées vers des soins supplémentaires⁴⁷.

Interventions psychosociales : ces interventions peuvent favoriser la réduction et l'arrêt de la consommation de drogues, et réduire la fréquence de la rechute chez les personnes dépendantes. Elles abordent les facteurs motivationnels, comportementaux, psychologiques et psychosociaux qui contribuent à la consommation de drogues. Leur efficacité varie en fonction de la ou des drogues qui font l'objet de la dépendance. Il existe plusieurs interventions fondées sur des données probantes, notamment

la thérapie cognitivo-comportementale, la gestion des contingences, l'entretien motivationnel, l'approche de renforcement communautaire, les approches thérapeutiques axées sur la famille et les groupes d'entraide⁴⁸. Les résultats obtenus chez les personnes dépendantes aux opiacés qui ne bénéficient que d'interventions psychosociales (c'est-à-dire sans traitement médical) sont faibles⁴⁹.

Interventions pharmacologiques : Le traitement de substitution aux opiacés (TSO) est le traitement recommandé pour la dépendance aux opiacés⁵⁰. Il consiste en la prescription d'un agoniste opiacé (comme la méthadone ou la buprénorphine) par un professionnel de santé qualifié, à une dose appropriée et pour toute la durée nécessaire à la personne. Le recours à des services psychosociaux augmente l'efficacité du TSO. Un TSO de qualité permet de réduire la consommation d'opioïdes, la mortalité toutes causes confondues, la transmission du VIH et du VHC, d'améliorer le fonctionnement social, de réduire la criminalité et d'améliorer l'observance du traitement contre le VIH⁵¹. La gestion du sevrage (parfois appelée désintoxication) consiste à prendre en charge les symptômes liés à l'arrêt de la consommation de drogues chez une personne dépendante. Elle est essentielle pour les personnes dépendantes d'un dépressur du système nerveux (par exemple, les opioïdes, l'alcool et les benzodiazépines). La gestion du sevrage doit suivre des protocoles fondés sur des données probantes. Les résultats de la prise en charge du sevrage de la dépendance aux opiacés sont médiocres et associés à un risque accru d'overdose. La naltrexone, un médicament antagoniste des opiacés à action prolongée, peut soutenir les efforts visant à prévenir la reprise de la consommation d'opiacés après la désintoxication chez les personnes motivées, lorsque le traitement de substitution aux opiacés n'est pas disponible ou si l'utilisation est basée sur la préférence du client⁵². Il n'existe aucun traitement pharmacologique efficace contre la dépendance aux stimulants de type amphétamine ou à la cocaïne⁵³.



L'accès aux services de réduction des risques et aux services de prévention et de traitement fondés sur des données probantes, notamment les traitements de substitution aux opiacés, doit être universel et garanti. *Photo : GI-TOC*

établissements de santé mentale, souvent en milieu hospitalier. Des services de traitement psychosocial et de désintoxication communautaires sont également proposés dans la plupart des pays. Cependant, seuls sept États membres de l'AEA disposent de programmes de réduction des risques incluant un traitement de substitution aux opiacés (TSO)⁵⁹ et seuls quatre d'entre eux proposent un TSO dans les prisons⁶⁰. Les interventions psychosociales et la pharmacothérapie (notamment le TSO pour les personnes dépendantes aux opiacés) devraient être proposées en milieu carcéral dans le cadre d'un ensemble complet de services de santé⁶¹. Les services liés à la dépendance devraient être proposés aux personnes placées en détention dans l'attente de leur procès, et la poursuite du traitement après la libération est importante pour réduire le risque d'overdose après la libération et pour protéger la santé⁶².

De plus, l'identification et la prise en charge des overdoses constituent un élément important de santé publique qui devrait être inclus dans tous les cadres politiques de traitement de la dépendance aux stupéfiants. La naloxone est un antagoniste opioïde à action rapide qui permet de contrer rapidement les effets d'une overdose d'opioïdes. La naloxone devrait être disponible dans tous les milieux communautaires de l'AEA pour les personnes susceptibles d'être témoins d'une overdose d'opioïdes (par exemple, les personnes consommatrices de drogues, leurs proches, leurs pairs et la police) afin qu'elles puissent l'administrer⁶³. Une overdose de stimulants peut survenir et nécessite une stabilisation de la fonction cardiovasculaire, une attention particulière à l'hydratation et la prise en charge des symptômes neurologiques⁶⁴.

Lacunes dans le traitement de la dépendance aux stupéfiants

En Afrique, seule une personne sur 18 (6 %) ayant besoin d'un traitement pour usage de stupéfiants y a accès⁵⁴. Il est difficile de quantifier le manque de traitement pour la dépendance aux stupéfiants en Afrique de l'Est et australe, en partie en raison du nombre limité d'estimations du nombre de personnes consommant des drogues et du caractère limité des rapports centralisés. Il est possible d'évaluer les lacunes en matière de traitement de la dépendance aux stupéfiants sur la base des données déclarées relatives au traitement de la dépendance aux stupéfiants (à l'exception du cannabis)⁵⁵, des estimations régionales annuelles calculant la prévalence de la consommation de drogues⁵⁶, des estimations démographiques⁵⁷ et de l'hypothèse selon laquelle 10 % des personnes consommatrices de drogues sont dépendantes⁵⁸. Malgré les nombreuses limites de cette méthode, le déficit important en matière de traitement est évident.

La plupart des services de traitement de la dépendance aux stupéfiants disponibles dans la région AEA sont fournis dans des

Le Plan d'action de l'UA sur la lutte contre les stupéfiants et la prévention de la criminalité⁶⁵ fournit des orientations politiques aux États membres. Des normes internationales en matière de prévention et de traitement de la dépendance, ainsi que des recommandations fondées sur des données probantes pour la réduction des risques et les interventions cliniques, existent afin d'optimiser la qualité. Les causes multifactorielles de la dépendance aux stupéfiants nécessitent des réponses qui adoptent une approche qui englobe toute la société. À moins que des réformes fondées sur des données probantes ne soient converties en politiques et effectivement mises en œuvre, les réponses à la dépendance aux stupéfiants seront vouées à l'échec.

L'accent historique mis sur les politiques de contrôle des drogues par le biais d'une approche pénale plutôt que d'une approche fondée sur les droits et la santé publique reflète l'énorme besoin non satisfait de politiques et de services de prévention, de traitement et de réduction des risques liés à la drogue fondés sur des données probantes dans la région AEA. La criminalisation des personnes consommatrices de drogues perpétue la stigmatisation. En outre, les dommages sanitaires et sociaux ainsi que les coûts associés à l'incarcération de ces personnes persisteront tant qu'il n'y aura pas de réforme politique significative. Une prévention, un traitement et une réduction des risques efficaces en matière de dépendance aux stupéfiants ne peuvent voir le jour que dans un environnement politique favorable.

La mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes en matière de prévention de la dépendance aux stupéfiants, de traitement et de réduction des risques est essentielle pour atténuer les effets de l'augmentation probable de la consommation de drogues en AEA. L'accent apparemment porté sur les campagnes médiatiques et l'éducation des apprenants met en évidence les insuffisances en matière de soutien à la grossesse, de compétences parentales, de développement de la petite enfance et de développement des compétences des jeunes, dans le but de retarder la consommation de drogues. La mention limitée du dépistage et des interventions brèves met en évidence une lacune critique. Par ailleurs, le recours limité aux services communautaires révèle un domaine où des gains d'efficacité pourraient être obtenus si ce mode d'intervention thérapeutique était développé. La faiblesse des systèmes d'information limite la capacité à évaluer les lacunes et à prendre des décisions éclairées.

Il convient de privilégier davantage l'intervention précoce au sein des communautés plutôt que de se concentrer uniquement sur les services spécialisés de traitement de la dépendance aux stupéfiants dans les établissements de santé mentale. Pour relever ce défi, une intensification substantielle des interventions s'impose. Une collaboration efficace entre les différents secteurs, couvrant l'ensemble du continuum prévention-réduction des risques, sera essentielle, dans la mesure où ces approches s'éloigneront sensiblement des paradigmes politiques et opérationnels antérieurs dans de nombreux pays.

Le Plan d'action de l'UA sur la lutte contre les stupéfiants et la prévention de la criminalité énonce l'intention de s'engager dans la prévention et le traitement de la consommation de drogues par le biais de la formation (c'est-à-dire la formation des parents et l'acquisition de compétences de vie pour les enfants et les jeunes), la réduction des risques et la mise en œuvre de mesures alternatives aux peines pour la consommation de drogues⁶⁶. Le plan fournit un cadre politique clair fondé sur des données probantes. Il est toutefois difficile d'évaluer la situation de départ des réponses apportées par les pays en raison d'un manque chronique de données sur les interventions de prévention, le traitement de la dépendance aux stupéfiants et la portée des mesures de réduction des risques. Depuis l'adoption du plan de l'UA, les réponses politiques des pays d'Afrique de l'Est et australe ont été mitigées. La criminalisation de la consommation et de la possession de drogues à des fins personnelles a été identifiée comme un obstacle à la mise en œuvre du programme dans tous les pays de la région (à l'exception du cannabis en Afrique australe).

En revanche, certains pays intègrent des interventions de santé publique dans leur politique nationale en matière de drogues tout en imposant simultanément des sanctions sévères pour la possession de drogues. Depuis 2019, plusieurs pays se sont engagés à élaborer des politiques conformes au Plan d'action de l'UA. Le soutien aux interventions de réduction des risques fondées sur des données probantes, notamment le TSO, est plus courant dans les politiques liées au VIH que dans le cadre du traitement fondé sur des données probantes de la dépendance aux opiacés. En d'autres termes, les pays qui ont adopté le TSO l'ont généralement fait dans le cadre d'un programme national de prévention de la transmission du VIH parmi les personnes consommatrices de drogues, et non simplement comme une solution à part entière du traitement de la dépendance aux drogues parmi la population nationale des personnes consommatrices de drogues.

Dans la région, l'accent a généralement été mis sur les campagnes médiatiques nationales et les initiatives à plusieurs volets pour la prévention de la dépendance aux stupéfiants (sans ou avec très peu de référence aux données probantes ou au cadre théorique sous-jacents qui sous-tendent ces interventions, ni d'évaluation de leur efficacité), avec l'inclusion de programmes structurés axés sur les compétences pour les apprenants. Il a été peu question de la manière dont le dépistage et les interventions brèves peuvent constituer un élément important de la prévention et du traitement de la dépendance aux stupéfiants.

Il est encourageant de constater qu'il y a une tendance à davantage mettre l'accent sur la prévention, le traitement et la réduction des risques fondés sur des données probantes. Cependant, le maintien d'approches punitives dans les politiques contribue à entretenir un environnement hostile pour les personnes consommatrices de drogues et représente sans doute un frein tant à

l'accès aux services qu'à la continuité des soins. La plupart des pays de la région s'appuient sur la prestation de services dans des établissements spécialisés en santé mentale, tandis que beaucoup offrent des services communautaires gérés par des organisations de la société civile. Des services de désintoxication sont disponibles dans 10 pays de la région⁶⁷, mais seuls sept d'entre eux⁶⁸ ont mis en place des services de TSO (allant de un à 42 sites de TSO par pays). Le TSO est proposé dans au moins une prison dans quatre pays⁶⁹. La couverture des services de TSO pour les personnes consommatrices de drogues dépendantes aux opiacés est bien inférieure aux niveaux nécessaires pour contrôler l'épidémie de VIH et d'hépatite virale⁷⁰.

Transmission des maladies infectieuses

La politique en matière de drogues a un impact sur la santé⁷¹ et façonne l'environnement dans lequel la consommation de drogues se produit, ainsi que la transmission et les effets des maladies infectieuses⁷². Pour mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose et d'hépatite d'ici 2030 (cible 3.3 des objectifs de développement durable des Nations Unies), il est nécessaire de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes consommatrices de drogues⁷³. L'approche dominante en matière de politique antidrogue en AEA repose sur la criminalisation de certaines drogues, de leur possession et de leur consommation⁷⁴. La criminalisation, l'incarcération, la stigmatisation et l'exclusion qui résultent de cette approche politique ont alourdi le fardeau des maladies infectieuses en Afrique⁷⁵. En conséquence, l'UA a adopté un plan d'action sur les drogues qui s'aligne sur les principes des droits de l'homme et de la santé publique⁷⁶. La plupart des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH des pays de l'AEA définissent les personnes consommant des drogues injectables comme une population clé nécessitant des interventions adaptées, et plusieurs d'entre eux mentionnent la nécessité de réformes spécifiques.

L'OMS a défini un ensemble clair d'interventions de santé et de recommandations politiques pour lutter contre le VIH et les comorbidités associées chez les personnes consommatrices de drogues, aussi bien dans les communautés que dans les prisons⁷⁷. Les interventions de réduction des risques clés comprennent les programmes d'échange de seringues pour les personnes consommant des drogues injectables, les traitements de substitution aux opiacés pour les personnes dépendantes aux opiacés, d'autres interventions de traitement de la dépendance fondées sur des données probantes, ainsi que la prévention et la prise en charge des overdoses. La prévention, le dépistage et le traitement du VIH, de l'hépatite virale, de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles, ainsi que les services de santé sexuelle et reproductive destinés aux personnes consommatrices de drogues, devraient être intégrés aux services de réduction des risques. Parmi les autres interventions importantes figurent la décriminalisation de la consommation de drogues, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la garantie de l'acceptabilité des services, l'autonomisation des membres de la communauté et la lutte contre la violence⁷⁸.

En Afrique, les risques d'infection par le VIH, le VHB, le VHC et la tuberculose sont plus élevés chez les personnes consommatrices de drogues que dans la population générale⁷⁹. Les risques d'infection sont particulièrement élevés chez les personnes consommant des drogues injectables⁸⁰. Ces infections sont responsables d'un grand nombre de maladies et de décès⁸¹. Les données de modélisation suggèrent qu'entre 2018 et 2050, la prévalence de la consommation annuelle de drogues augmentera de 5 % dans la région AEA. Cette augmentation d'environ 14 millions de personnes⁸² sera alimentée par une disponibilité accrue des drogues, le développement économique, la croissance démographique et l'urbanisation⁸³.

Les épidémies de VIH chez les personnes consommatrices de drogues en Afrique sont en expansion. Le VIH peut être transmis par le sang ou par des rapports sexuels non protégés, ainsi que verticalement, de la mère à l'enfant⁸⁴. La région de l'AEA a connu une baisse de 59 % des nouvelles infections par le VIH, une baisse de 57 % des décès liés au sida et une baisse de 41 % des nouvelles infections par le VIH chez les personnes consommant des drogues injectables entre 2010 et 2022⁸⁵. Cependant, la prévalence du VIH chez les personnes consommant des drogues injectables dans la région reste près de trois fois plus élevée que dans la population générale (16,1 % contre 5,7 %) ⁸⁶. Le fait que la séroconversion au VIH chez les personnes consommant des drogues injectables ait presque diminué de moitié en une décennie démontre l'efficacité des programmes de prévention, et en particulier de la réduction des risques. Sept pays de l'AEA proposent un traitement de substitution aux opiacés, sept proposent des programmes d'échange de seringues et un a mis en place la distribution de naloxone aux pairs⁸⁷. D'autres preuves de l'efficacité de ces mesures proviennent d'analyses



Les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles constituent un élément essentiel des stratégies de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues.

Photo : GI-TOC

des programmes nationaux de réduction des risques à Maurice, en Tanzanie et au Kenya, qui ont montré que ces interventions ont considérablement réduit les nouvelles infections par le VIH chez les personnes consommant des drogues injectables⁸⁸.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des vulnérabilités supplémentaires touchant les personnes consommatrices de drogues⁸⁹. À l'échelle mondiale comme dans la région AEA, l'accès aux services de réduction des risques a subi un recul. Par exemple, en Afrique australe, les personnes sans domicile fixe ont été placées dans des refuges d'urgence sans qu'aucune mesure ne soit prévue pour gérer le sevrage des opiacés ou poursuivre les services de réduction des risques⁹⁰. Au Kenya, les services d'échange de seringues et d'aiguilles et de TSO ont été temporairement interrompus, ce qui a eu un impact négatif sur l'observance des TSO et des antirétroviraux⁹¹. En Tanzanie, la vulnérabilité accrue des femmes consommatrices de drogues, dont beaucoup sont des travailleuses du sexe, a été mise en évidence, tout comme les difficultés d'accès aux services de réduction des risques⁹². Parallèlement, les avantages de la réduction des risques ont été démontrés dans les endroits où les mesures de lutte contre la COVID-19 les ont adoptées⁹³. L'OMS a réaffirmé que les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution aux opiacés sont des services de santé essentiels qui doivent se poursuivre sans interruption dans les situations d'urgence sanitaire et de pandémie⁹⁴.

À ce titre, les politiques nationales en matière de drogues doivent apporter un soutien explicite aux interventions de réduction des risques. La réduction des risques et des services intégrés de lutte contre le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale sont nécessaires pour mettre fin à ces épidémies. L'OMS s'a fixé pour objectif 300 kits d'injection par personne consommant des drogues injectable et par an⁹⁵ et d'atteindre une couverture de 50 % en matière de TSO⁹⁶ afin d'éradiquer le VHC et le VIH en tant que menaces pour la santé publique chez les personnes consommant des drogues injectables d'ici 2030. Les pays de la région AEA progressent lentement vers la réalisation de ces objectifs, ainsi que vers la réalisation des objectifs en matière de traitement du VIH et de suppression des hépatites virales du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) chez les personnes consommant des drogues injectables. Néanmoins, les pays de la région AEA qui se sont engagés à mettre en œuvre des interventions de réduction des risques démontrent l'impact positif de celles-ci sur l'épidémie de VIH chez les personnes consommant des drogues injectables. Plusieurs d'entre eux ont constaté une réduction de la prévalence du VIH dans des enquêtes transversales répétées après avoir maintenu et étendu leurs programmes de réduction des risques⁹⁷. Les données démontrent sans équivoque l'efficacité de la réduction des risques, notamment dans la région AEA.

De plus, la diminution des taux d'incarcération aurait un impact significatif sur la réduction des infections par le VIH, le VHC et la tuberculose chez les personnes consommatrices de drogues dans l'AEA⁹⁸. Dans les communautés de personnes consommant des drogues injectables où la prévalence du VIH est supérieure à 5 %, on estime que l'incarcération contribue à 12 % à 55 % des infections, en grande partie en raison de l'incarcération et de l'augmentation de la consommation de drogues après la libération, ainsi que des interruptions dans le traitement de la dépendance aux stupéfiants.

Enfin, il a été démontré que la décriminalisation de la consommation de drogues, associée à l'accès à des services de réduction des risques, réduisait considérablement les décès liés à la drogue et la transmission des maladies infectieuses⁹⁹. Au Portugal, la décriminalisation de la consommation de drogues (en 2001) et l'allocation de ressources pour financer les services de réduction des risques et de traitement de la dépendance aux stupéfiants ont permis de réduire les décès et les infractions pénales liées à la drogue, ainsi que de réduire de moitié les nouvelles infections par le VIH¹⁰⁰. Des gains similaires en matière de santé publique ont été observés aux Pays-Bas, en Suisse et en République tchèque, où la décriminalisation a été mise en œuvre¹⁰¹.

Accès aux médicaments essentiels

Depuis que les organismes internationaux de contrôle des drogues ont commencé à instaurer un contrôle strict des médicaments essentiels¹⁰² afin de lutter contre la crise des opioïdes, cette réponse a entraîné une autre crise sanitaire mondiale qui touche particulièrement les pays à faible revenu : un accès très limité aux médicaments destinés aux soins palliatifs. Les opioïdes¹⁰³ tels que la morphine sont des agents thérapeutiques fondamentaux faisant partie des médicaments essentiels sous contrôle international¹⁰⁴, utilisés pour le traitement de la douleur modérée à sévère, les soins intensifs, l'essoufflement terminal, les troubles neurologiques, l'anesthésie, l'obstétrique, la santé mentale et les soins palliatifs¹⁰⁵. Entre 2010 et 2013, seuls 0,03 % des opioïdes distribués dans le monde étaient destinés aux pays à faible revenu¹⁰⁶. Le problème de l'accès insuffisant aux médicaments essentiels pour les soins palliatifs dans le monde persiste et représente une menace particulière pour les personnes à faible revenu dans la région AEA.

En avril 2021, lors de la réunion annuelle de la Commission des stupéfiants, le Groupe africain a fait part de « sa vive préoccupation quant à l'accès, la disponibilité et l'accessibilité des médicaments, notamment des analgésiques, pour les millions de personnes qui en ont le plus besoin sur le continent africain¹⁰⁷ ». En 2015, on estimait que près de 17 millions de personnes en Afrique subsaharienne souffraient de graves problèmes de santé — la deuxième population la plus importante par sous-région, après l'Asie de l'Est — et avaient besoin de médicaments essentiels pour les soins palliatifs¹⁰⁸. Pourtant, l'accès aux médicaments

pour les soins palliatifs en Afrique est le plus faible de toutes les grandes sous-régions et a diminué depuis 1994, alors qu'il a considérablement augmenté dans d'autres sous-régions¹⁰⁹. En moyenne, le taux de consommation d'opioïdes en Afrique est de 50 doses quotidiennes par million par jour, contre 14 320 aux États-Unis, qui ont le taux de consommation le plus élevé au monde¹¹⁰. Et ce, malgré le fait que le vieillissement de la population, l'épidémie de VIH et les maladies non transmissibles aient créé un besoin marqué en médicaments essentiels sous contrôle international en Afrique.

À titre d'exemple, les soins palliatifs sont nécessaires pour soulager la douleur liée à des souffrances graves causées par plusieurs maladies limitant la qualité de vie et pouvant entraîner la mort. Le fardeau mondial des souffrances graves liées à la santé devrait augmenter de 78 % d'ici 2060. En d'autres termes, on estime que 48 millions de personnes mourront en endurant des souffrances considérables liées à leur état de santé, qui auraient pourtant pu être évitées¹¹¹. En conséquence, tous les États membres de l'OMS se sont engagés à intégrer les soins palliatifs dans les soins de santé primaires¹¹². Cependant, ces services restent largement sous-développés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où vivent plus de 80 % des patients nécessitant des soins palliatifs. Le manque d'accès aux opioïdes est un élément important de ce problème, car il limite l'intégration efficace des soins palliatifs dans d'autres services de santé essentiels, tels que le traitement et le contrôle du cancer, et nuit à la capacité des professionnels de santé à fournir des soins palliatifs efficaces¹¹³. Les lois et les politiques qui sous-tendent l'accès limité aux médicaments essentiels sous contrôle international dans la plupart des pays à faible et à revenu intermédiaire, notamment sur le continent africain, trouvent leur origine dans des pratiques remontant aux traités de l'époque coloniale visant à contenir la commercialisation de l'opium, qui était légalement commercialisé et vendu dans tout l'empire britannique¹¹⁴. Bien que l'utilisation des opioïdes en tant que substance thérapeutique ait été historiquement supervisée par les guérisseurs traditionnels et la profession médicale, l'usage non médical des opioïdes et d'autres substances contrôlées s'est lentement transformé en « problème mondial de la drogue ». Malgré l'usage illicite de ces substances, les propriétés thérapeutiques des opioïdes, en particulier de la morphine, dérivé de l'opium, sont officiellement reconnues dans la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, qui constitue un guide essentiel pour l'élaboration des politiques nationales en matière de médicaments et des programmes de santé.

En Afrique, le VIH/sida est la principale cause de souffrances graves liées à la santé nécessitant des soins palliatifs, 77 % des besoins étant liés au VIH. En général, entre 54 % et 83 % des patients séropositifs souffrent de douleurs d'intensité modérée à sévère¹¹⁵. Malgré les progrès médicaux, les taux de douleur signalés n'ont pas diminué au cours des 30 dernières années et le sous-traitement de la douleur reste un problème. Une enquête sur la disponibilité des médicaments essentiels sous contrôle international pour la prise en charge de la douleur et des symptômes liés au VIH en Afrique de l'Est a révélé un manque préoccupant d'opioïdes pour les enfants et les adultes¹¹⁶. Cette situation est particulièrement inquiétante. Même si le nombre de décès liés au sida a diminué de 57 % en Afrique de l'Est et australe, passant de 600 000 [490 000-770 000] à 260 000 [210 000-330 000] entre 2010 et 2023,¹¹⁷ la région a toujours un besoin urgent et non satisfait en matière de médicaments essentiels sous contrôle international.

Principales conclusions de la Commission

Les répercussions pour la santé publique de l'approche de la région en matière de drogues, qui semblait autrefois prometteuse, sont aujourd'hui peu encourageantes

La région est largement sous-préparée et insuffisamment dotée en ressources pour répondre aux besoins de santé, de sécurité et de bien-être de ses populations vivant dans des environnements où les marchés de drogues illicites sont en expansion ou en phase de maturation. Alors que le continent concentre déjà 69 % de la population mondiale vivant avec le VIH, la progression de la consommation d'opiacés en Afrique et l'augmentation du nombre des personnes consommant des drogues injectables ont entraîné une hausse corrélée de la transmission du VIH et du VHC au sein de ces communautés¹¹⁸. Les taux de séroprévalence du VIH parmi les personnes consommatrices de drogues dans ces régions ont atteint 87 %¹¹⁹. La morbidité et la mortalité parmi les personnes consommatrices de drogues ont augmenté de manière significative à mesure que leur taux d'observance des traitements antirétroviraux (pour le traitement du VIH) diminuait, que la stigmatisation et la discrimination à leur égard de la part des responsables de la santé et des forces de l'ordre s'intensifiaient¹²⁰ et que les taux d'overdoses mortelles et non mortelles augmentaient¹²¹. L'accès aux médicaments sur ordonnance, en particulier aux opioïdes, ne s'est pas amélioré dans la région en raison d'initiatives mal orientées de lutte contre la drogue ciblant l'héroïne et d'autres drogues, de la réticence des institutions de santé à utiliser les substances concernées, et de la contrefaçon et du détournement par des groupes criminels de produits pharmaceutiques provenant de circuits licites vers les marchés illicites¹²².

La récente réduction drastique du financement international destiné à soutenir les programmes de santé liés à la drogue dans la région a exacerbé une situation déjà difficile. Bon nombre des programmes existants ciblant les personnes consommatrices de drogues et les personnes consommant des drogues injectables qui peuplaient l'espace des services de réduction des risques de l'AEA ne bénéficiaient pas du soutien du budget national et dépendaient, dans la plupart des cas, fortement du financement de

donateurs externes. La réduction soudaine du financement externe disponible risque d'entraîner la fin de nombreux programmes, ainsi que la fermeture éventuelle de nombreux groupes communautaires axés sur les personnes consommatrices de drogues¹²³.

Dans toute la région, il semble y avoir un énorme déficit en matière de traitement de la dépendance aux stupéfiants

Même si le nombre réel de personnes ayant recours aux centres de traitement de la dépendance est probablement bien supérieur aux chiffres rapportés, la consommation de drogues reste répandue dans la plupart des pays, tandis que la couverture des traitements demeure limitée. Par ailleurs, les données révèlent un décalage entre les substances à l'origine de la majorité des dommages potentiels et la principale drogue consommée par les personnes en traitement. En effet, le cannabis — une substance causant relativement peu de dommages aux personnes — représente la majorité des admissions dans la plupart des pays.

L'accès aux médicaments essentiels nécessite une attention immédiate

Le manque de médicaments essentiels pour soulager les douleurs et souffrances intenses, notamment pour l'anesthésie, les traumatismes, l'obstétrique, les troubles neurologiques et les soins palliatifs, reste un défi persistant dans la région. Contrairement à de nombreux autres médicaments essentiels, les opioïdes nécessaires à ces applications sont soumis à un contrôle international strict en raison des inquiétudes liées à la présence de substances susceptibles d'entraîner une dépendance dans certaines circonstances. Tous les États membres de l'OMS, y compris le Groupe africain, se sont engagés à intégrer les soins palliatifs dans les soins de santé primaires ; cependant, la pénurie d'opioïdes pour les soins palliatifs dans la région AEA représente un défi évident et continu pour cette intégration. Cela s'explique par les facteurs suivants :

- Politiques et réglementations nationales restrictives en matière de drogues, qui privilégient le contrôle des stupéfiants au détriment de la santé publique.
- Manque de personnel qualifié pour gérer et prescrire les médicaments essentiels contrôlés.
- Crainte générale de l'utilisation des opioïdes dans les milieux médicaux, fondée sur des discours idéologiques et un manque de formation médicale appropriée.
- Coût prohibitif en raison du détournement des approvisionnements pharmaceutiques et de la contribution de ces médicaments à la création de marchés pharmaceutiques locaux non réglementés.

La décriminalisation devrait être envisagée pour la consommation de drogues, la possession de petites quantités de drogues à des fins personnelles et la possession de matériel destiné à la consommation de drogues

La criminalisation de la consommation de drogues contribue à une grande partie des arrestations et des incarcérations dans la région AEA. Cette approche augmente l'exposition aux maladies infectieuses et amplifie leur transmission dans les prisons et dans la communauté en général. La criminalisation des drogues et la moralisation de leur consommation alimentent également la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes consommatrices de drogues, créant ainsi des obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé. Cela a un effet négatif sur la continuité des soins et les résultats en matière de santé. La criminalisation de la consommation de drogues contribue également à la transmission des maladies infectieuses parmi les personnes consommatrices de drogues, leurs partenaires, leurs familles et la communauté en général. Les femmes consommatrices de drogues dans la région AEA sont vulnérables et leur santé et leurs droits ont été affectés négativement par les approches actuelles en matière de politique antidrogue et par l'absence d'interventions adaptées au genre. La pandémie de COVID-19 a amplifié les inégalités et démontré que les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution aux opiacés, ainsi que le dépistage et le traitement des maladies infectieuses, sont des services essentiels dans la région AEA.

La participation significative de la société civile, en particulier des personnes consommatrices de drogues, est essentielle dans les politiques et programmes nationaux en matière de drogues

La participation significative des personnes consommatrices de drogues aux processus liés à la politique et aux services en matière de drogues devrait inclure leur implication dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques et des modèles de prestation de services, dans le but d'améliorer continuellement la qualité. La collaboration et l'harmonisation en matière de santé publique entre les secteurs de la santé, des affaires sociales, de la police et de la justice sont essentielles pour garantir des réponses efficaces en matière de traitement de la dépendance aux stupéfiants ainsi que de prévention, de traitement et de soins des maladies infectieuses. La politique en matière de drogues peut et doit fournir le cadre nécessaire à l'établissement d'un consensus national et à la définition d'objectifs mutuellement respectés qui protègent les droits et préviennent efficacement la propagation des maladies infectieuses.

La politique régionale en matière de drogues doit apporter un soutien explicite aux interventions visant à réduire les risques

Les interventions de réduction des risques doivent bénéficier d'un soutien clair dans le cadre des politiques en matière de drogues et de santé, notamment le programme d'interventions sanitaires et les facteurs clés de réussite de l'OMS. Cela implique notamment de garantir l'accès à des diagnostics abordables (pour le VIH, la tuberculose, le VHB et le VHC) et aux médicaments nécessaires à une réduction globale des risques (notamment la méthadone, la buprénorphine et la naloxone, ainsi que les médicaments pour la prévention et le traitement du VIH, de la tuberculose, du VHB et du VHC).



Le risque d'infection par le VIH est disproportionnellement élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues. La prévention, le dépistage et le traitement du VIH devraient faire partie intégrante des services de réduction des risques. © Nicholas Kajoba/Anadolu Agency via Getty Images

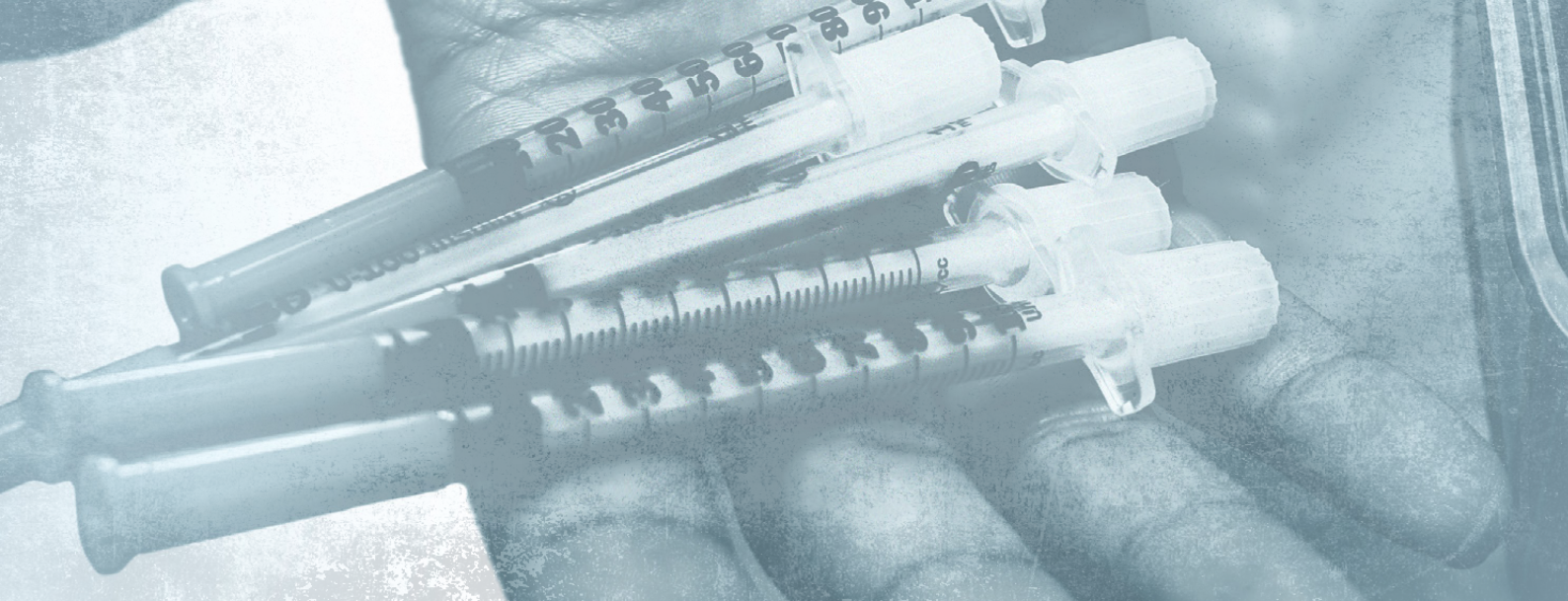
Il est clairement démontré qu'une bonne couverture des services de réduction des risques, intégrant le dépistage, la vaccination et le traitement des infections (par exemple, VHB, VIH, VHC, tuberculose), contribue à réduire davantage la transmission des maladies infectieuses parmi les personnes consommatrices de drogues et leurs communautés au sens large. L'observance du traitement, notamment celui du VIH, du VHC et de la tuberculose, est améliorée lorsqu'elle est associée à un traitement de substitution aux opiacés (pour les personnes dépendantes aux opiacés) et lorsque les principes de réduction des risques sont intégrés dans la prestation des services. L'OMS, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et le Réseau international de personnes qui font usage de drogues, entre autres organisations, proposent un large éventail de recommandations pour soutenir la planification et la mise en œuvre des services de santé et de réduction des risques¹²⁴. Les décideurs politiques devraient s'appuyer sur ces recommandations et veiller à ce que ces interventions soient incluses, chiffrées et mises en œuvre dans le cadre des stratégies nationales en matière de santé, de développement social et de lutte contre les maladies infectieuses.

Des solutions de financement durables sont nécessaires pour les interventions essentielles en matière de santé et de réduction des risques

La priorisation et le financement adéquats d'une politique antidrogue axée sur la santé publique sont essentiels pour faire face aux épidémies de maladies infectieuses. Les pays devraient s'engager à élaborer des solutions de financement durables pour garantir l'accès universel à un ensemble de mesures fondées sur des données probantes visant à réduire les risques et à traiter la dépendance aux stupéfiants dans les communautés et les prisons. L'OMS fournit des orientations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une couverture sanitaire universelle¹²⁵. Des progrès devraient être réalisés en vue d'inclure un ensemble de mesures de réduction des risques dans la couverture sanitaire universelle et dans le cadre de l'assurance maladie nationale. Les évaluations locales des ressources consacrées aux approches punitives en matière de drogues peuvent être quantifiées et mises en regard des bénéfices en matière de santé obtenus par des investissements dans des interventions fondées sur des données probantes. Cette comparaison peut servir à plaider pour une augmentation des financements en faveur d'approches de santé publique dans la prise en charge de la consommation de drogues.

La diminution des taux d'incarcération aurait un impact significatif sur la réduction des infections par le VIH, le VHC et la tuberculose chez les personnes consommatrices de drogues

La criminalisation de la consommation de drogues contribue à une grande partie des arrestations et des incarcérations de personnes consommatrices de drogues dans toute la région AEA. Beaucoup de ces personnes sont arrêtées pour simple possession de drogues à usage personnel ou parce qu'elles ont sur elles des « accessoires pour la consommation de drogues ». Cette approche des personnes consommant des drogues accentue leur exposition aux maladies infectieuses et favorise leur transmission dans les prisons, dans les autres milieux fermés et au sein de la communauté. Par ailleurs, la criminalisation des drogues renforce la stigmatisation et la discrimination envers les personnes consommatrices, constituant des obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé. Cela nuit à la continuité des soins et compromet les résultats en matière de santé. La criminalisation de la consommation de drogues contribue également à la transmission des maladies infectieuses parmi les personnes consommatrices de drogues et leurs partenaires, leurs familles et la communauté au sens large. L'abandon de politiques nationales consistant à incarcérer les personnes consommatrices de drogues pour des infractions mineures liées à la drogue et la libération des personnes déjà incarcérées contribueraient à améliorer les résultats en matière de santé dans toutes les communautés.



RÉFLEXIONS SUR LES POLITIQUES EN MATIÈRE DE DROGUES EN AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE

La nécessité de tenir compte du genre

L'égalité de genre est reconnue comme un droit de l'homme fondamental et est inscrite dans des cadres internationaux tels que les objectifs de développement durable des Nations Unies¹²⁶ et des traités internationaux tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979). Dans la poursuite de cet objectif, des campagnes ont été menées au cours des dernières décennies pour intégrer une « perspective de genre » — afin de comprendre et de lutter contre les inégalités de genre — dans différents domaines politiques. Les politiques en matière de drogues ne font pas exception : des dispositions visant à intégrer les considérations de genre ont commencé à faire partie des cadres politiques à l'échelle mondiale et régionale, y compris dans la région AEA.

De manière générale, les expériences des femmes en matière de marchés de la drogue et de politique antidrogue peuvent différer de celles des hommes pour bon nombre des mêmes raisons qui expliquent la persistance des inégalités de genre dans d'autres domaines de la vie. Il s'agit notamment de la discrimination fondée sur le genre et des idéologies patriarcales qui marginalisent les femmes, du manque d'autonomie économique, de la victimisation par la violence fondée sur le genre et du fait que les femmes sont plus susceptibles de s'occuper des enfants et d'autres parents dépendants, ce qui les expose à un stress économique et social supplémentaire¹²⁷. Dans un contexte où la consommation et la possession de drogues à des fins personnelles sont largement criminalisées et où les personnes consommatrices de drogues sont stigmatisées et marginalisées, le genre en tant que structure sociale joue un rôle essentiel dans le parcours des femmes vers la consommation de drogues et la dépendance¹²⁸. Bon nombre des normes qui façonnent l'expérience des femmes façonnent également celle des communautés LGBTQ+ (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers et autres minorités).

À l'échelle mondiale, la plupart des personnes consommatrices de drogues sont des hommes. Selon les données de l'ONU, les différences entre les taux de consommation de drogues chez les hommes et chez les femmes sont particulièrement marquées pour les opioïdes tels que l'héroïne, la cocaïne, le cannabis et les nouvelles substances psychoactives. Pour la cocaïne, par exemple, on estime que seulement 27 % des consommateurs sont des femmes. Cependant, pour d'autres types de drogues, l'écart entre les taux de consommation chez les hommes et chez les femmes semble se réduire¹²⁹. Concernant les amphétamines et les sédatifs à usage récréatif, les tendances indiquent une répartition quasiment équilibrée entre hommes et femmes¹³⁰.

Cet écart hommes-femmes se reflète également dans la région AEA, où des enquêtes ont révélé que les hommes déclarent des niveaux de consommation de substances beaucoup plus élevés que les femmes¹³¹. Certaines études en AEA sur les personnes consommatrices de drogues font également état de taux de consommation plus élevés chez les hommes. Dans une enquête épidémiologique réalisée en 2021 sur les pratiques d'injection chez les personnes consommatrices de drogues à Kigali, au Rwanda, 81 % des personnes interrogées étaient des hommes¹³². De même, une étude menée auprès des participants du premier centre d'accueil pour les personnes consommatrices de drogues du Mozambique, créé à Maputo en 2018, a révélé que plus

de 90 % des personnes examinées étaient des hommes¹³³. Il convient de noter que ces études peuvent refléter des techniques d'échantillonnage qui privilégient les expériences des hommes et recrutent dans des environnements auxquels les hommes consommant des drogues sont plus susceptibles d'avoir accès ; cependant, elles reflètent également les estimations mondiales selon lesquelles la consommation de drogues — en particulier d'opiacés tels que l'héroïne — est principalement masculine, et que les pays de l'AEA semblent refléter les tendances mondiales.

Cependant, bien qu'elles représentent une proportion plus faible de la population totale des consommateurs de drogues, les expériences des femmes en matière de consommation de drogues diffèrent de celles des hommes, souvent d'une manière qui les expose à des risques plus importants. À l'échelle mondiale, les données suggèrent que les femmes consommatrices de drogues ont tendance à développer plus rapidement que les hommes des troubles liés à cette consommation¹³⁴; ce qui signifie qu'elles sont surreprésentées parmi les personnes consommatrices de drogues qui ont besoin d'un soutien et d'un traitement médical.

Les femmes sont plus susceptibles de subir une stigmatisation sociale en raison de leur consommation de drogues. La stigmatisation liée à la consommation de substances est un obstacle important à l'accès aux soins de santé pour les personnes consommatrices de drogues en général¹³⁵, mais le genre semble être un facteur aggravant. Une revue systématique de la littérature mondiale sur la stigmatisation liée à la consommation de substances, publiée en 2021, a montré que les études qualitatives relevaient une stigmatisation plus marquée à l'égard des femmes consommatrices de drogues que des hommes, et a conclu que plus d'études quantitatives étaient nécessaires « pour comprendre le rôle de la stigmatisation dans l'aggravation des dommages disproportionnés subis par les femmes consommatrices de drogues »¹³⁶. Les idéologies patriarcales relatives aux femmes et à leur rôle dans la société, notamment en tant que mères, entraînent une condamnation plus sévère des comportements perçus comme déviant de la norme que lorsqu'il s'agit d'hommes¹³⁷. Cela a des répercussions sur les relations familiales, les réseaux de soutien social et la capacité à accéder à des opportunités économiques et à des services de santé.

Les femmes peuvent être plus enclines à adopter certains comportements à risque lorsqu'elles consomment des drogues. Par exemple, les femmes consommatrices de drogues, en particulier les jeunes femmes, sont souvent initiées à la consommation de substances par leurs partenaires masculins. Au Kenya, une étude a révélé que 74 % des femmes qui s'injectent des drogues dans les zones urbaines à faible revenu ont été initiées à la consommation de drogues par un partenaire sexuel¹³⁸. Une autre étude, qui a interrogé des femmes qui s'injectent des drogues à Nairobi, a révélé que la plupart d'entre elles avaient été initiées à la consommation de drogues entre 11 et 17 ans par des partenaires masculins¹³⁹. Les relations de ces femmes avec des hommes consommateurs de drogues ont été un facteur clé dans leur usage continu de stupéfiants. Cela peut signifier que les femmes dépendent des hommes pour s'approvisionner en drogues et en matériel d'injection, tel que des aiguilles et des seringues, et qu'elles ont donc moins de contrôle sur le risque lié à l'utilisation de matériel contaminé¹⁴⁰. Des recherches menées au Rwanda ont également révélé que les femmes consommatrices de drogues sont plus susceptibles que les hommes de partager leur matériel d'injection, ce qui signifie une exposition accrue à des virus tels que le VHC et le VIH¹⁴¹.

Des études ont montré que les femmes consommatrices de drogues sont également plus susceptibles d'être victimes de violences fondées sur le genre à des taux beaucoup plus élevés que les femmes qui ne consomment pas de drogues¹⁴². Cela comprend les violences physiques et sexuelles commises par des partenaires intimes et des non-partenaires. Une étude réalisée en 2022 sur les expériences des femmes consommatrices de drogues à Dar es Salaam, en Tanzanie, a révélé que plus de la moitié des participantes (62 %) ont déclaré avoir subi des violences physiques au cours de l'année écoulée, et près d'un tiers ont subi des violences sexuelles au cours de la même période¹⁴³. D'autres études ont fait état de niveaux élevés de comportements coercitifs chez les partenaires des femmes consommatrices de drogues¹⁴⁴. Si la violence physique menace la vie et la sécurité des femmes consommatrices de drogues, elle affecte également leur capacité à négocier des pratiques de consommation de drogues sûres et à accéder aux soins de santé. Les femmes consommatrices de drogues sont également plus susceptibles d'avoir d'autres besoins qui peuvent influencer sur leur accès

aux services de santé, tels que la prise en charge des enfants ou d'autres membres de la famille ; elles sont plus susceptibles d'être défavorisées sur le plan socio-économique et d'avoir moins de contrôle sur leurs propres finances; elles peuvent également avoir d'autres besoins en matière de santé liés à la grossesse ou à la santé sexuelle. Par conséquent, les interventions sanitaires liées à la drogue visant à soutenir les femmes consommatrices de drogues doivent être conçues pour répondre à leurs besoins.

Les interventions menées par les communautés peuvent offrir des espaces sûrs essentiels pour le soutien, l'éducation et le suivi psychologique, tandis que les participants œuvrent à leur rétablissement et à leur réintégration. *Photo : GI-TOC*



Alors que l'ONUDC et l'OMS recommandent que « les services de traitement soient sensibles au genre et orientés vers les besoins des populations qu'ils servent »¹⁴⁵, les femmes auraient moins accès aux services de réduction des risques et aux services de traitement de la dépendance que les hommes à l'échelle mondiale¹⁴⁶. En proportion des personnes consommatrices de drogues, elles sont systématiquement sous-représentées dans le recours à ces services¹⁴⁷. L'ONUDC a identifié ce « déficit de traitement » comme un « problème mondial » dans son Rapport mondial sur les drogues 2022, appelant les pays à adapter leurs interventions aux femmes, aux jeunes et aux autres groupes à risque, conformément aux normes internationales. Selon le rapport, les interventions devraient garantir que « les femmes soient en sécurité et ne soient pas stigmatisées, puissent assumer leurs responsabilités parentales, aient accès à des soins de santé sexuelle et bénéficient d'un soutien pour répondre à d'autres besoins sociaux, économiques ou juridiques, soient aidées à surmonter leurs traumatismes et leurs troubles mentaux comorbides, la priorité étant donnée aux femmes enceintes »¹⁴⁸.

Cette inégalité en matière de traitement se reflète dans la région AEA. La première version de l'Indice mondial sur les politiques des drogues, un outil conçu pour fournir une analyse fondée sur les données des politiques mondiales en matière de drogues, a examiné quatre pays de l'AEA (le Mozambique, l'Afrique australe, l'Ouganda et le Kenya) dans ses conclusions de 2021. Dans ces quatre pays, les femmes souffraient d'un manque modéré ou grave d'accès aux services de réduction des risques. Cela reflétait les conclusions mondiales de l'Indice : les femmes et les communautés LGBTQ+ étaient confrontées à des obstacles différents pour accéder aux services de réduction des risques dans tous les pays étudiés¹⁴⁹.

De plus en plus d'études décrivent ce fossé thérapeutique dans l'AEA et en analysent les causes. Plusieurs études ont montré que la discrimination à l'égard des femmes consommant des drogues constitue un obstacle à leur accès aux services de santé : au Kenya et en Tanzanie, des femmes ont déclaré être reléguées au second plan par les professionnels de santé lorsque leur consommation de drogues est connue ou lorsqu'elles présentent des signes physiques et des problèmes de santé liés à l'injection de stupéfiants ; d'autres recherches ont montré que le manque d'intimité et de confidentialité dans les services de réduction des risques empêche les femmes d'utiliser ces services, par crainte que leur consommation de drogues ne soit rendue publique¹⁵⁰. Si ces attitudes discriminatoires touchent toutes les populations consommant des drogues, elles sont globalement considérées comme particulièrement préjudiciables pour les femmes¹⁵¹.

La discrimination influence également la consommation de drogues chez les femmes, ce qui rend les interventions moins susceptibles de les atteindre. Une autre étude sur la faible participation des femmes aux traitements par méthadone à Dar es Salaam a montré que la discrimination accrue à l'égard des consommatrices de drogues les poussait à consommer dans des lieux privés ou discrets, loin des équipes d'aide sociale et des organisations communautaires, qui concentraient leurs actions dans les espaces publics où les hommes consommateurs de drogues injectables avaient tendance à se regrouper. Il a été recommandé d'élargir les actions, notamment en mobilisant des femmes issues du même milieu, dans les lieux où les femmes consomment des drogues, afin d'accroître leur participation aux programmes de traitement par méthadone¹⁵². Une prédominance similaire des clients masculins dans les programmes de réduction des risques a été constatée à l'échelle mondiale¹⁵³.

Le fait que la consommation de drogues chez les femmes les expose souvent à un risque plus élevé de préjudice et qu'elles sont proportionnellement moins bien desservies en matière d'accès aux services de réduction des risques et de traitement de la dépendance se reflète dans les résultats de santé plus médiocres des femmes consommatrices de drogues à l'échelle mondiale. Les données disponibles indiquent que les femmes consommatrices de drogues, y compris dans la région AEA, présentent des taux plus élevés de maladies comme le VIH et le VHC que les hommes¹⁵⁴. Bien que des progrès aient été réalisés dans la lutte contre l'épidémie de VIH dans la région depuis 2010, les femmes (et en particulier les jeunes filles) représentent toujours la majorité des nouvelles infections¹⁵⁵. Le sous-groupe plus restreint des femmes consommatrices de drogues dans la région AEA se trouve donc à la croisée de ces risques, où elles sont plus exposées au VIH pour des raisons géographiques et comportementales.

Les estimations quantitatives sont une difficulté supplémentaire. L'absence de données sur les économies de la drogue incluant les femmes, ou ventilées par genre, a rendu invisibles les expériences des femmes dans ce domaine ainsi que l'impact des politiques antidrogue sur les femmes. Cela inclut les données collectées par les États pour mesurer l'impact des politiques antidrogue, ainsi que les recherches menées par les universitaires et la société civile sur les questions de santé liées à la drogue, la justice pénale et l'application de la législation antidrogue. Cela contribue à une approche de la politique en matière de drogues qui ne tient pas compte des questions de genre, où le rôle des femmes dans l'économie de la drogue n'est pas pris en compte et n'est donc pas traité par l'État. La taille de la population de femmes consommatrices de drogues est régulièrement sous-estimée, en partie en raison de la nature des dispositifs de soutien et des actions d'aide sociale liés à la consommation.

Le débat sur les droits des femmes dans le cadre des politiques antidrogue dans la région AEA est inextricablement lié à des questions plus larges concernant la manière dont l'identité de genre et l'expression sexuelle influencent l'expérience des communautés clés face aux politiques antidrogue, et ce pour plusieurs raisons. Les communautés LGBTQ+ comprennent des

femmes, telles que les femmes transgenres, lesbiennes et bisexuelles. Une évaluation complète de l'expérience des femmes face aux politiques antidrogue doit donc inclure ces groupes. Un rapport du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) a appelé les États membres de l'ONU à adapter leurs politiques en matière de drogues « afin de répondre aux besoins spécifiques des femmes, des enfants et des jeunes, ainsi que des membres de groupes en situation de vulnérabilité », étendant pour la première fois cette recommandation aux besoins des personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres et intersexuées¹⁵⁶. Des recherches menées à l'échelle mondiale montrent que les taux de consommation de stupéfiants sont systématiquement plus élevés au sein des populations LGBTQ+ que chez leurs homologues hétérosexuels¹⁵⁷. Si les raisons de cette différence sont sans doute complexes, elle a souvent été attribuée, en partie, aux taux plus élevés de discrimination, de harcèlement et de violence dont sont souvent victimes les personnes LGBTQ+, ce qui les conduit à se tourner vers la consommation de stupéfiants comme mécanisme d'adaptation¹⁵⁸.

L'impact sur les jeunes

La protection des enfants et des jeunes contre les dangers a souvent été un argument clé dans la promotion d'approches prohibitionnistes et préventives en matière de politique antidrogue. Cependant, les tendances dominantes des politiques antidrogue dans la région AEA causent plusieurs dommages aux enfants et aux jeunes, en particulier sur le plan sanitaire et social. Parmi ceux-ci, on peut citer l'accès restreint aux services de réduction des risques, une plus grande exposition à la violence liée à la drogue, les conséquences négatives de l'emprisonnement et des condamnations pénales et, plus généralement, l'aggravation des risques pour la santé liés à la consommation de drogues à risque. Souvent, les jeunes sont exclus de la collecte de données et de la recherche sur les marchés de la drogue, que ce soit en tant que participants ou concepteurs de projets de recherche. Leur voix n'est pas toujours entendue dans les discussions sur les politiques en matière de drogues.

La nécessité de repenser les politiques en matière de drogues pour les jeunes est probablement plus urgente dans la région AEA qu'ailleurs. Les moins de 18 ans représentent près de la moitié de la population de la région¹⁵⁹ et de nombreux pays de cette région connaissent un taux de chômage élevé chez les jeunes. Par exemple, les données provenant d'Afrique australe montrent que le taux de chômage des jeunes (âgés de 15 à 34 ans) s'élevait à 45,5 %, contre une moyenne nationale de 32,9 %¹⁶⁰. Le Botswana (45,4 %), l'Eswatini (64,9 %) et la Namibie (38 %) ont également des taux de chômage élevés chez les jeunes¹⁶¹. Cela augmente le risque que les jeunes soient attirés par le commerce de la drogue et les activités criminelles qui y sont associées.

Les cadres juridiques et les politiques internationales relatifs aux jeunes et aux drogues ont évolué au fil du temps. Les trois principaux traités internationaux de contrôle des drogues qui ont initialement structuré le concept de guerre contre la drogue — la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Convention sur les substances psychotropes de 1971 et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 — sont largement muets sur les questions relatives aux enfants et aux jeunes¹⁶².

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (1989) a été saluée comme un changement de paradigme dans la perception juridique de l'enfant, désormais considéré comme un sujet de droits plutôt que comme un objet de lois. Cette convention, qui a été établie pour garantir que les lois et les politiques applicables aux enfants soient conformes à leurs droits, a fourni aux groupes de plaidoyer et aux organismes de défense des droits de l'homme un cadre leur permettant d'analyser les politiques traditionnelles prohibitionnistes en matière de drogues comme une violation des droits des enfants — depuis les préjudices qui leur sont infligés en raison de l'emprisonnement de leurs parents et tuteurs¹⁶³ jusqu'à leur condamnation et leur détention pour des infractions liées à la drogue¹⁶⁴.

Le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies a par la suite fait des déclarations appelant à la mise en place de services de réduction des risques pour les enfants et les jeunes consommant des drogues, et a demandé la décriminalisation de la consommation de drogues pour ce sous-groupe afin d'éviter leur incarcération¹⁶⁵. Le comité a également souligné que, dans de nombreux pays, les jeunes consommant des drogues n'ont pas accès aux services de prévention du VIH¹⁶⁶.

Le document final de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur les drogues de 2016 — près de 30 ans après l'adoption de la Convention relative aux droits de l'enfant — a inclus les jeunes parmi les groupes vulnérables nécessitant un soutien particulier et a fourni ce qui a été décrit comme « le tout premier texte négocié et approuvé au niveau international sur les jeunes et les drogues »¹⁶⁷. Les commentaires politiques antérieurs à ce document soulignaient que peu d'efforts avaient été déployés au niveau international pour lutter contre l'implication des enfants dans le commerce des drogues¹⁶⁸. Les « sept piliers » du document comprenaient des dispositions relatives aux services de santé pour les adolescents placés en détention ou arrêtés pour des infractions liées à la drogue, la création de politiques visant à répondre aux besoins spécifiques des jeunes impliqués dans des crimes liés à la drogue et des services de soutien liés au VIH pour les jeunes consommant des drogues.

Le langage du document final de l'UNGASS a ensuite été repris dans les cadres politiques régionaux. Le Plan d'action de l'UA sur la lutte contre les stupéfiants et la prévention de la criminalité (2019-2025) reprend les piliers du document. Il comprend des dispositions relatives à l'éducation des jeunes (afin de leur offrir d'autres moyens de subsistance que le commerce de drogue), à la participation de la société civile et aux alternatives à l'incarcération pour les jeunes, les femmes enceintes et les femmes ayant des enfants en bas âge. Il fixe également des objectifs spécifiques pour ses États membres en matière d'éducation des jeunes et de stratégies de prévention de la consommation de drogues.

Bien que le langage employé dans les cadres multilatéraux sur la jeunesse et les politiques en matière de drogues ait commencé à évoluer lentement, les actions de plaidoyer de la société civile et les témoignages de personnes consommatrices, en particulier parmi les jeunes, montrent que les dommages liés à la consommation de drogues, aggravés par les politiques en vigueur, continuent d'avoir un impact négatif sur les enfants et les jeunes. Ces changements progressifs dans les politiques internationales n'ont pas encore eu d'impact significatif sur leur expérience vécue.

Un autre défi concerne les situations dans lesquelles des données relatives à la drogue sont collectées. Les jeunes ne sont parfois pas dissociés des ensembles de données globaux, voire ne sont pas inclus du tout, ce qui rend difficile l'évaluation de l'impact de la consommation de drogues et des politiques en matière de drogues sur les populations jeunes. Par exemple, lorsque des données sont collectées sur la prévalence de maladies telles que le VHC et le VIH chez les personnes consommant des drogues injectables, les populations âgées de moins de 18 ans sont souvent exclues¹⁶⁹. Un ensemble complexe de facteurs pouvant exclure les moins de 18 ans des services de réduction des risques — tels que les obstacles juridiques, l'obligation d'obtenir le consentement parental, les préoccupations éthiques et la stigmatisation associée à la consommation de drogues — peut exclure les populations jeunes des efforts de suivi. Bien qu'il existe un nombre croissant de publications sur les jeunes et les marchés de la drogue dans la région AEA, la surveillance systématique des marchés de la drogue sous l'angle des jeunes reste fragmentaire¹⁷⁰.

Les organisations de la société civile, notamment celles créées et gérées par des personnes consommatrices de drogues, soutiennent depuis des années que la recherche sur les drogues et l'élaboration des politiques en matière de drogues devraient être menées avec la participation significative des personnes consommatrices de drogues¹⁷¹. L'AIDS and Rights Alliance Southern Africa, par exemple, a insisté sur ce point avec la publication de « Don't treat us as outsiders », une analyse des politiques en matière de drogues et de l'expérience vécue par les personnes consommatrices de drogues, s'appuyant sur les contributions de consommateurs de toute la région¹⁷². Ce n'est qu'en incluant les personnes consommatrices de drogues dans les processus décisionnels que l'on pourra élaborer des politiques qui protègent leurs droits et leurs aspirations, et qui reflètent fidèlement les réalités de l'impact des drogues sur la société.

Les obstacles qui empêchent les personnes consommatrices de drogues de participer à la recherche et à l'élaboration des politiques — tels que la stigmatisation, la criminalisation et la marginalisation — sont encore plus marqués lorsqu'il s'agit de la participation des jeunes consommant des drogues. Les initiatives visant à inclure les jeunes dans la recherche sur la santé en matière de consommation de substances ont mis en évidence les obstacles pratiques et sociaux qui les en empêchent¹⁷³, tout comme les initiatives de consolidation de la paix qui ont cherché à inclure les jeunes dans la résolution des conflits liés à la violence engendrée par les drogues¹⁷⁴. Il convient également de noter qu'en matière d'élaboration des politiques, les groupes de jeunes issus de la société civile ne disposent pas nécessairement du capital économique ou politique nécessaire pour participer aux discussions et faire entendre leur voix.

Il convient de noter que les comportements liés à la consommation de drogues se développent souvent à l'adolescence¹⁷⁵. Les effets néfastes sur la santé, exacerbés par la criminalisation de la consommation de drogues, sont particulièrement graves pour les enfants et les jeunes. La plupart des données disponibles dans la région AEA suggèrent que la consommation de drogues est concentrée parmi les jeunes populations et que les effets néfastes sur la santé associés à la criminalisation de la consommation de drogues sont donc également plus graves au sein de ces groupes. Par exemple, une étude menée à Nairobi, au Kenya, dans le cadre de laquelle 306 femmes consommant des drogues injectables ont été interrogées, a révélé que la plupart d'entre elles avaient commencé à consommer des drogues entre 11 et 17 ans¹⁷⁶. Le suivi des comportements liés à la consommation de drogues au Mozambique a également montré que celle-ci était concentrée chez les jeunes¹⁷⁷. À Maurice, où le trafic et la consommation de cannabinoïdes synthétiques ont connu une augmentation spectaculaire depuis 2015, la consommation de ces substances tend à être plus répandue parmi la population jeune¹⁷⁸. La consommation de drogues durant l'adolescence accroît le risque de dépendance à long terme, tandis que les jeunes tendent aussi à adopter plus fréquemment des comportements à risque liés à cette consommation¹⁷⁹.

La criminalisation des drogues et de leur consommation a conduit les structures judiciaires et les forces de l'ordre dans la région AEA à répondre à l'augmentation de la consommation de drogues en arrêtant, condamnant et en incarcérant un grand nombre de personnes, notamment des enfants et des jeunes, pour des infractions liées à la drogue. Bon nombre de ces condamnations concernent des infractions mineures et non violentes, notamment la possession pour usage personnel. Des

milliers de jeunes dans la région AEA sont marginalisés parce qu'ils ont été condamnés pour des infractions liées à la drogue, notamment la consommation et la possession pour usage personnel. Les jeunes de toute la région sont déjà confrontés au défi d'un chômage élevé chez les jeunes, et cette situation est exacerbée pour ceux qui consomment des drogues ou ont fait l'objet de condamnations pénales¹⁸⁰.

De plus, l'incarcération des parents et des tuteurs d'enfants à charge a des répercussions sur les enfants concernés. Les femmes sont le plus souvent condamnées pour des infractions mineures liées à la drogue et, étant généralement les principales responsables des enfants, leur incarcération entraîne également des préjudices pour ces derniers¹⁸¹. Des recherches menées en Amérique latine ont montré les conséquences néfastes de l'emprisonnement des parents et des tuteurs sur les enfants et les adolescents : « Les enfants subissent de nombreuses formes de préjudice lorsque leurs parents sont incarcérés, notamment les effets psychologiques de la séparation, le risque de rupture des relations ou la difficulté à les préserver, l'exposition à la négligence et les difficultés financières qui les placent dans une situation de plus grande vulnérabilité face aux abus, entre autres »¹⁸².

Certains des dommages les plus graves causés par des politiques antidrogues mal conçues touchent principalement les enfants et les jeunes. Ces dommages sont liés à la marginalisation sociale et économique, ainsi qu'aux inégalités de genre, et exacerbent d'autres injustices. Les problèmes causés par les politiques antidrogues actuelles touchent les domaines de la santé, de l'assistance sociale, de la justice pénale et de l'éducation, et ont des répercussions durables sur les jeunes, même à l'âge adulte.

Drogues, gouvernance et corruption

La région AEA est en train de devenir un point de débordement dans l'économie mondiale du trafic de drogues. Elle est utilisée par des réseaux qui acheminent des drogues depuis les pays producteurs d'Asie et d'Amérique latine vers les marchés finaux lucratifs d'Europe et, dans une moindre mesure, des États-Unis. Les profits croissants générés par le trafic de volumes toujours plus importants de drogues à travers la région ont alimenté la corruption, entendue de manière générale comme « l'abus de pouvoir en vue de gains illicites »¹⁸³, infiltrant les systèmes étatiques et sapant fondamentalement la bonne gouvernance. La corruption des fonctionnaires et l'infiltration des profits de la drogue dans les processus étatiques constituent un puissant facteur structurel favorisant les marchés de la drogue dans la région AEA¹⁸⁴.

Le transit en gros de drogues illicites et de leurs précurseurs à travers les pays de la région AEA alimente une consommation intérieure croissante d'héroïne, de cocaïne, de méthamphétamine et, en particulier, d'une gamme toujours plus large de substances synthétiques. À mesure que ces marchés régionaux se développent, ils deviennent de plus en plus rentables pour ceux qui les contrôlent et les coordonnent, et surtout pour ceux qui protègent leurs opérations. Lorsque des marchandises de grande valeur transitent par des régions où la gouvernance est faible, elles entraînent généralement la création d'économies de protection structurées¹⁸⁵.

Les bénéfices pour ceux qui font partie de cette économie de protection sont considérables, la consommation régionale et le commerce international de transit générant d'immenses profits. En Afrique australe, par exemple, le plus grand marché régional de consommation, la valeur totale du marché de l'héroïne, de la cocaïne et de la méthamphétamine est estimée à plus de 3,9 milliards de dollars américains, un chiffre qui dépasse le PIB combiné des Seychelles et des Comores¹⁸⁶. Le commerce régional de la drogue est lucratif et constitue l'un des moteurs de la corruption dans toute la région¹⁸⁷.

La corruption et les marchés illicites entretiennent une relation de renforcement mutuel : la corruption facilite les activités et l'expansion des marchés illicites, tandis que les acteurs criminels mobilisent leurs profits illicites pour consolider les structures de corruption existantes et en créer de nouvelles. Si le lien entre flux illicites et corruption est largement reconnu, trop souvent les commentateurs « établissent un lien de causalité dans un seul sens, estimant que les flux illicites s'enracinent uniquement parce que la gouvernance est corrompue, sans admettre que ces flux contribuent eux-mêmes à générer ou à intensifier la corruption »¹⁸⁸. Le marché de la drogue corrompt en priorité les segments de l'administration publique les plus exposés à ses opérations quotidiennes, en particulier la police, les douanes et les agents frontaliers. Il étend aussi son influence vers les échelons supérieurs de l'État¹⁸⁹. Le marché de la drogue représente également une source de revenus attractive pour certaines élites politiques, qui peuvent dès lors en devenir les facilitateurs et les protecteurs. Il alimente ainsi aussi bien la petite corruption que la grande corruption¹⁹⁰.

La protection de l'État a favorisé la croissance du trafic de drogue dans toute la région AEA. Les profits élevés font des marchés des drogues illicites une source de revenus attrayante pour les fonctionnaires locaux et les élites politiques. L'accès à ces revenus modifie le comportement des décideurs politiques, ce qui a des implications profondes pour la gouvernance. Lorsque les décideurs ou les élites politiques ont accès à des sources de revenus « non gagnés », tels que les revenus provenant des drogues illicites ou des ressources naturelles, ils deviennent moins dépendants de la fiscalité et de la croissance économique comme principales sources de revenus¹⁹¹. Cela entraîne toutefois une dépendance croissante à l'égard de ces revenus de rente pour équilibrer les comptes, créant ainsi un cycle auto-entretenu qui diminue la responsabilité¹⁹². Ce cycle favorise la création



Les forces armées du Botswana patrouillent dans la bande de Caprivi, un important point de passage pour la cocaïne. Les forces de l'ordre nationales ont besoin d'aide pour identifier les substances et démanteler les chaînes d'approvisionnement en drogues. © Steve Allen Travel Photography/Alamy Stock Photo

de réseaux de protection, dans lesquels les rentes sont distribuées à un petit groupe de collaborateurs. Cela contraste avec les revenus « gagnés » licitement par l'État, qui devraient profiter à la population sous la forme de services publics.

Les drogues constituent une source importante de revenus pour certaines élites politiques dans les pays de la région, ce qui pousse les décideurs politiques à se concentrer sur la prédation, la création et la capture de rentes, avec des conséquences dévastatrices pour la fourniture de services publics et le développement socio-économique des États. À son tour, la perte de confiance du public dans les institutions étatiques décourage le paiement des impôts, érodant ainsi la base des recettes et alimentant une plus grande dépendance à l'égard de sources de revenus alternatives¹⁹³. Un marché de la drogue en expansion est bien placé pour assurer ce type de financement alternatif.

Par exemple, les profits tirés des marchés de la drogue ont alimenté le financement électoral, créant ainsi une dette envers des acteurs illicites qui est remboursée par la protection et la facilitation du marché de la drogue. En fait, la structure même de la démocratie encourage la pénétration des profits tirés de la drogue dans les infrastructures de l'État. Le risque de victoires de l'opposition dans les démocraties multipartites fonctionnelles oblige les réseaux criminels à acheter la protection de l'État et à répartir leur soutien financier entre les acteurs politiques afin de préserver la continuité de leurs activités en cas de bouleversements électoraux. En conséquence, dans les pays de la région AEA, le marché de la drogue est devenu étroitement lié au processus de formation de l'État¹⁹⁴. Le coût croissant des élections dans la région et la disponibilité immédiate de financements provenant du marché lucratif de la drogue constituent une menace constante et avérée pour le maintien de la gouvernance démocratique, même dans les pays bien classés par les indices internationaux de gouvernance.

La corruption des organismes chargés de l'application de la loi protège largement les acteurs aux échelons moyen et élevé du marché de la drogue contre les arrestations, mais les niveaux inférieurs du système de justice pénale sont également pris pour cible par les acteurs du marché de la drogue. Les membres des organisations criminelles moins importants n'ont généralement pas accès aux réseaux informels au sein du système judiciaire, mais ils peuvent cibler le personnel administratif des tribunaux (ce qui peut conduire, par exemple, à la falsification de preuves ou à la perturbation du calendrier judiciaire)¹⁹⁵ ou les procureurs (qui ont une influence considérable sur les décisions judiciaires)¹⁹⁶. De telles perturbations du processus judiciaire au profit des acteurs du marché de la drogue ont été signalées dans plusieurs pays de la région. Une préoccupation similaire concerne la pression exercée par les élites politiques devenues des facilitateurs du commerce de la drogue. Il s'agit d'un facteur indirect récurrent de cooptation du pouvoir judiciaire dans le trafic¹⁹⁷, particulièrement dans les pays où l'indépendance de la justice est restreinte et où le pouvoir exécutif exerce une forte influence sur les processus judiciaires.

Au fil du temps, l'influence criminelle s'est également étendue à de nombreux ports aériens et maritimes de la région AEA, les réseaux utilisant leurs installations pour transborder des cargaisons de drogues illicites et toute une série d'autres marchandises illicites¹⁹⁸. Si ces marchandises font également l'objet d'un trafic vers et hors de la région via les nombreux ports et points d'entrée informels, les ports officiels constituent des accès pour une part importante du trafic, en particulier dans le contexte du trafic de conteneurs, qui permet de trafiquer des volumes plus importants. La région AEA est truffée de ports intermodaux minés par la corruption.

En outre, alors que les moyens de transfert financier illicite en ligne se multiplient, le commerce de la drogue dans la région AEA reste très dépendant des espèces, ce qui rend la conversion et la dissimulation d'argent liquide cruciales pour le bon fonctionnement de ce commerce. L'injection de revenus issus de la criminalité dans les circuits commerciaux et financiers

formels fragilise les systèmes économiques. Elle peut entraîner de graves répercussions sur la stabilité financière et politique, fausser le fonctionnement du secteur privé, alimenter des bulles immobilières artificielles et compromettre l'intégrité des systèmes financiers. Le Groupe anti-blanchiment en Afrique orientale et australe a à plusieurs reprises identifié le marché de la drogue comme l'une des cinq principales sources de fonds illicites dans les pays de la région¹⁹⁹.

Les marchés très lucratifs de la drogue ont eu un impact dévastateur sur la gouvernance des pays de la région AEA. Les élites politiques se sont mises à profiter des profits générés par la drogue, ce qui a affaibli la gouvernance et détourné l'action politique des intérêts des citoyens. Les marchés de la drogue ont déstabilisé les systèmes financiers de la région AEA, faisant fuir les investissements, renforçant la pauvreté et freinant le progrès économique²⁰⁰. L'argent de la drogue a également infiltré les infrastructures de justice pénale et de sécurité. La culture d'impunité créée au sein de ces structures a affecté l'application de la justice, non seulement dans le contexte des marchés de la drogue, mais aussi de manière plus générale, avec de graves conséquences pour l'État de droit. Dans certains pays, les marchés de la drogue ont contribué à la création d'un État parallèle, où ceux qui détiennent le pouvoir tirent leur autorité de leur capacité à contrôler et à tirer des revenus des marchés illicites, notamment le marché de la drogue.

La conjugaison de fragilités en matière de gouvernance et de facteurs géographiques a fait de la région AEA un point de transbordement privilégié sur les routes mondiales du trafic de drogue, une situation qui ne semble pas appelée à évoluer. Cela favorisera l'augmentation des volumes et de la diversité des drogues trafiquées par la région, notamment la méthamphétamine acheminée parallèlement à l'héroïne sur la route sud, la cocaïne latino-américaine et les précurseurs chimiques asiatiques. Des structures de corruption bien établies sous-tendent les marchés de la drogue dans toute la région et sont bien placées pour renforcer leur influence à mesure que le trafic s'intensifie.

Les aspects économiques des politiques antidrogue

Pour évaluer ce qui constitue une bonne politique gouvernementale, les questions de principe sont importantes, mais le coût économique est également un facteur clé. Tous les gouvernements ont la responsabilité envers leurs citoyens d'allouer les ressources de la manière la plus efficace possible afin de promouvoir le bien public. Les pays de l'AEA sont principalement des économies à revenu faible ou intermédiaire²⁰¹, ce qui signifie qu'ils doivent faire face à de nombreux problèmes sociaux urgents avec des revenus limités. Il est essentiel qu'ils déterminent et poursuivent des orientations politiques à valeur ajoutée dans le cadre de budgets toujours très serrés. Une grande partie des coûts liés aux drogues pèse sur la situation financière des pays, mais demeure impossible à quantifier. Ces facteurs incluent une dégradation de la qualité de vie, de la cohésion sociale ou du potentiel humain — autant de réalités difficiles à mesurer car qualitatives et intangibles. Les autres coûts liés à la drogue pouvant peser sur l'économie des pays sont plus quantifiables, mais indirects. Ils peuvent inclure par exemple les pertes commerciales dues aux retards causés par les contrôles douaniers, les pertes fiscales générées par les marchés parallèles, la baisse de productivité liée à la morbidité et à la mortalité prématurée, ou encore le recul des investissements nationaux et étrangers en raison de la perte de confiance dans la gouvernance.

De manière générale, tous les pays de l'AEA continuent de placer les approches répressives au premier plan de leur lutte contre la drogue. Cela signifie que les dépenses liées au système de justice pénale constituent leurs coûts économiques les plus importants et les plus étroitement liés à la drogue. Ceux-ci sont identifiables et calculables, contrairement aux coûts liés au système de santé. En revanche, il existe des variations importantes dans les cadres juridiques, les structures de justice pénale et les pratiques de catégorisation et de diffusion des données.

Par exemple, le budget total combiné des forces de police des pays de l'AEA en 2019 ou l'année la plus proche pour laquelle des données ont pu être obtenues s'élevait à environ 9,1 milliards de dollars américains²⁰². Les budgets consacrés aux prisons sont beaucoup moins importants que ceux consacrés à la police, et les dépenses totales consacrées aux prisons, exprimées en pourcentage des dépenses combinées de la police et des prisons, variaient de 1 % au Zimbabwe à 31 % au Lesotho, avec une moyenne de 20 % pour l'ensemble des pays²⁰³. Les dépenses annuelles combinées consacrées aux prisons pour les pays de la zone ESA s'élevaient à environ 2,3 milliards de dollars américains, et les dépenses totales de la police et des prisons s'élevaient à environ 11,4 milliards de dollars américains.

Comme on peut s'y attendre, il existe des écarts importants entre les pays. L'Afrique australe contribue à hauteur de 73 % du total et le Kenya à hauteur de 10 %. Il s'agit toutefois des pays les plus peuplés de la région. La moyenne des dépenses combinées de la police et des prisons par habitant est de 58 dollars américains, mais elle varie entre 3 dollars américains au Malawi et 285 dollars américains aux Seychelles. À titre de comparaison, l'équivalent en 2019 aux États-Unis était d'environ 625 dollars américains²⁰⁴. Lorsque les dépenses sont exprimées en pourcentage du produit intérieur brut, la moyenne est de 1,9 %, le taux des Seychelles étant relativement faible (1,7 %) et celui de l'Eswatini élevé (4 %) ²⁰⁵.

Pays (avec données disponibles)	2014 ou année la plus proche	2019 ou année la plus proche
Botswana	1 115	1 890
Eswatini	2 448	3 355
Kenya	4 965	6 867
Lesotho	211	98
Malawi	517	861
Maurice	2 091	3 382
Namibie	917	1 333
Seychelles	1 279	1 146
Afrique de Sud	25 1944	15 8621
Ouganda	2 740	1 714

FIGURE 6 Nombre total d'arrestations enregistrées pour des infractions liées à la drogue par pays en 2014 et 2019, ou années les plus proches.

SOURCE : Anine Kriegler, La politique en matière de drogues et son coût économique: aperçu des coûts liés à l'application de la loi et aux aspects sociaux en Afrique de l'Est et australe, ESACD, 2023.



Les commissaires saluent Filipe Nyusi, alors président du Mozambique, avant une réunion sur la réglementation du cannabis. L'ESACD a identifié le cannabis comme un point d'entrée prometteur pour une discussion plus large sur la réforme des politiques en matière de drogues. Photo : GI-TOC

Bien que le manque d'harmonisation des données rende difficile l'établissement d'un total précis, le nombre total combiné d'arrestations liées à la drogue au cours des deux années indiquées dans la figure 6 dans les pays de l'AEA pour lesquels des données sont disponibles était d'environ 447 000, ce qui suggère qu'il y a eu environ un demi-million d'arrestations pour des crimes liés à la drogue. L'Afrique australe représentait 92 % de ces arrestations²⁰⁶. Les tendances variaient, bien sûr. La plupart des pays ont connu une augmentation des arrestations liées à la drogue entre les deux périodes. Cependant, les arrestations en Afrique australe ont diminué de 37 % entre 2014 et 2019, ce qui s'explique par le fait que la possession de cannabis à usage personnel a été légalisée pendant cette période. Une baisse similaire a été observée au Lesotho, où la culture du cannabis a également été partiellement légalisée. L'Ouganda a connu une baisse importante jusqu'en 2020, que sa police a attribuée au confinement lié au COVID-19, à la sévérité accrue des peines infligées pour les infractions liées à la drogue et aux succès de la police dans la lutte contre le trafic et la culture²⁰⁷.

La proportion d'arrestations liées à la drogue pour usage et/ou possession est en moyenne de 89 %, avec un minimum de 73 % en Eswatini et un maximum de 99 % en Namibie²⁰⁸. La proportion moyenne d'arrestations liées à la drogue classées comme des cas de trafic (plutôt que de simple usage ou possession à des fins personnelles) était de 11 %. Il est très probable que la police privilégie des chefs d'accusation moins graves que ce qu'elle soupçonne, car ils sont plus faciles à prouver et à poursuivre. Les statistiques suggèrent toutefois que seule une infime partie des quelque 500 000 affaires résulte d'enquêtes sur le crime organisé susceptibles de perturber l'approvisionnement. Au contraire, ce sont les personnes consommatrices de drogues et/ou les petits dealers non violents, généralement issus de communautés pauvres et de groupes sociaux et ethniques défavorisés, qui font les frais de cette répression²⁰⁹.

Il existe inévitablement des variations importantes entre les pays, mais les arrestations pour des infractions liées à la drogue représentaient en moyenne 7,5 % de l'ensemble des arrestations. Il est évident qu'une part considérable du temps de la police est consacrée à ces activités. Comme les dépenses annuelles totales de police dans les 11 pays s'élevaient à environ 9,1 milliards de dollars américains, 7,5 % de ces ressources correspondent à plus de 680 millions de dollars.

Ce que cela ne prend pas en compte, c'est la question des coûts d'opportunité. Si environ 7,5 % du temps de la police n'est plus consacré à la lutte contre les infractions liées à la drogue il pourrait être réaffecté à d'autres fins, telles que l'amélioration de la prise en charge des victimes de violence domestique, la prévention de la traite des personnes ou l'amélioration des relations entre la police et la communauté. Les chiffres permettent également d'estimer approximativement la diminution du nombre d'arrestations si la police cessait totalement de réprimer ces infractions, toutes choses restant égales par ailleurs. Alors que le Lesotho connaîtrait une baisse de moins de 0,5 %, la police mauricienne verrait jusqu'à 21 % de ses arrestations annuelles disparaître. Cela représenterait une réduction significative du nombre d'affaires portées devant le système pénal et pourrait alléger considérablement la pression sur les ressources judiciaires et pénitentiaires ainsi que sur les forces de police²¹⁰.

Lorsqu'on analyse les coûts économiques des prisons et autres établissements fermés, il ne faut pas s'attendre à une variation proportionnelle entre le coût total et le nombre de détenus. En effet, les prisons supportent des coûts fixes élevés liés aux infrastructures ainsi que des charges relativement rigides liés au personnel. Ainsi, la libération de 10 % des détenus ne se traduirait pas par une réduction équivalente de 10 % des dépenses carcérales. Il est néanmoins possible de faire une estimation généralisée des coûts par détenu. Les dépenses annuelles combinées des pays de l'AEA pour le système pénitentiaire s'élevaient à environ 2,3 milliards de dollars américains²¹¹. Cela couvre, entre autres, l'incarcération d'un nombre total d'environ 347 300 personnes purgeant des peines pour toutes sortes d'infractions. Un calcul approximatif à partir de ces chiffres révèle que la dépense annuelle moyenne par personne incarcérée était estimée à environ 6 500 dollars américains²¹².

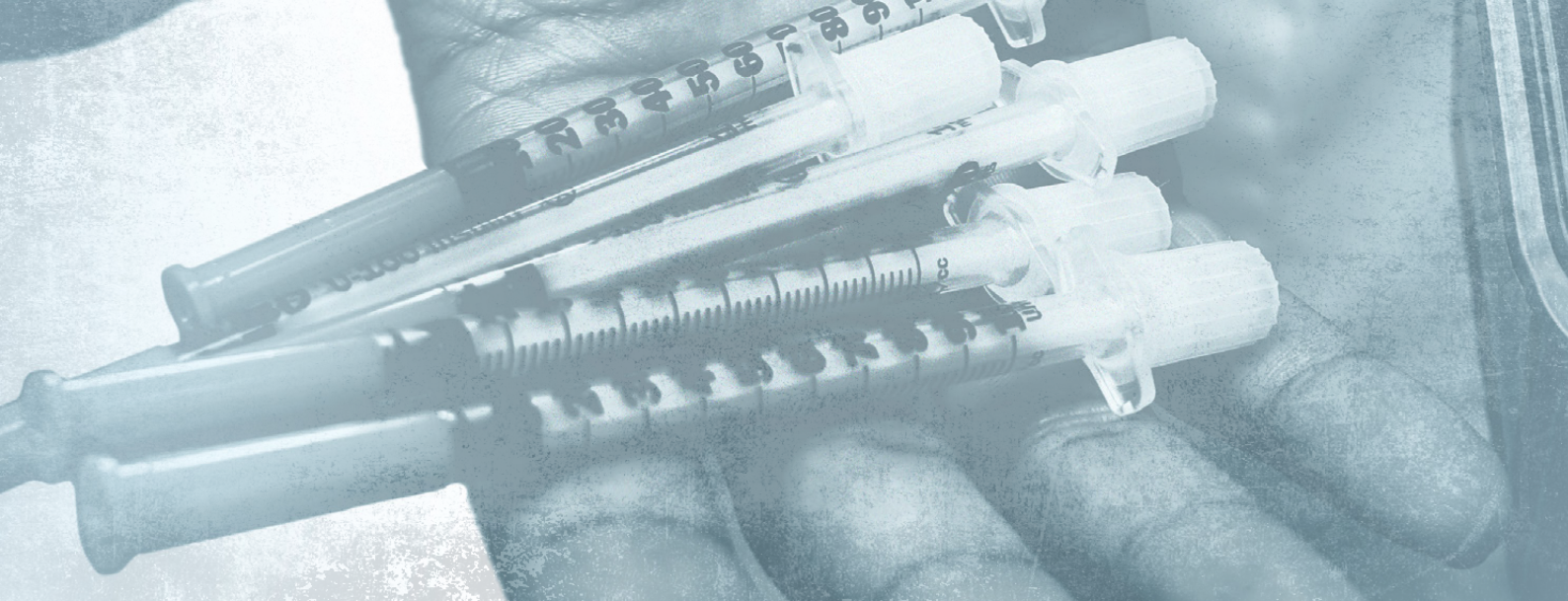
Il est difficile de déterminer quelle proportion correspond aux infractions liées à la drogue. Dans l'ensemble de la région de l'AEA, le nombre total d'individus incarcérés pour des infractions liées à la drogue variait entre 17 000 et 38 000. Selon la source des chiffres, la proportion moyenne du nombre total de détenus incarcérés pour des infractions liées à la drogue variait entre 5 % et 11 %. Avec une dépense annuelle moyenne estimée à environ 6 500 dollars US par personne incarcérée, cela représente une dépense annuelle totale pour l'incarcération des personnes ayant commis des infractions liées à la drogue comprise entre 112,8 millions et 248,1 millions de dollars US pour l'AEA²¹³.

Même si tous les pays de l'AEA continuent de considérer la politique en matière de drogues comme une question relevant principalement de l'application de la loi, ils doivent également couvrir les dépenses de santé liées à la drogue, notamment en termes de décès liés à la drogue, par exemple par overdose, et de traitement de maladies secondaires, notamment le VIH/sida, le VHB et le VHC. Les dépenses liées à la drogue dans le domaine de la justice pénale sont relativement directes et calculables. Leur nature permet également de voir plus facilement que la plupart de ces coûts sont liés à l'interdiction pénale de la consommation de drogue plutôt qu'à la consommation de drogue. Cette distinction est moins claire dans le domaine de la santé, bien qu'elle soit tout aussi importante.

Par exemple, une overdose peut sembler directement attribuable à la consommation de drogue, puisqu'elle survient après une dose excessive ou la consommation simultanée de plusieurs drogues. Sa probabilité est toutefois liée à la variabilité de la puissance et de la pureté des drogues. Celles-ci sont caractéristiques d'un marché non réglementé. L'issue d'une surdose dépend également de la mesure dans laquelle les personnes susceptibles d'en être témoins sont formées pour l'identifier, la prévenir ou la gérer. Les overdoses sont également une cause fréquente de décès chez les personnes récemment sorties de prison. Les politiques ont donc une incidence considérable sur les dommages résultant d'un certain niveau de consommation de drogues. De nombreux coûts de santé liés à la consommation de drogues sont en fait des coûts de santé liés à la consommation de drogues dans des conditions dangereuses, avec du matériel potentiellement contaminé, par des personnes socialement marginalisées qui ne peuvent pas accéder à une aide et à un soutien préventifs et continus de la part des prestataires de soins de santé²¹⁴.

Les discussions menées au sein de la Commission ont clairement montré qu'une part importante des ressources du système pénal est consacrée à l'application des lois sur les stupéfiants, même si la plupart de ces mesures ont peu de chances de perturber l'approvisionnement en drogues et peuvent même accroître les dommages et les coûts à long terme. Les réponses à l'usage de drogues occupent une place beaucoup moins importante, et moins directe, dans les budgets de la santé. Pourtant, des coûts importants à long terme sont associés à la consommation de drogues dans des conditions dangereuses, avec du matériel potentiellement contaminé, par des personnes socialement marginalisées qui ne peuvent pas accéder à une aide et à un soutien préventifs et continus de la part des prestataires de soins de santé. La plupart des pays ne disposent d'aucun budget pour les mesures de réduction des risques, même si leur efficacité et leur rentabilité sont clairement démontrées. Les données disponibles sont bien trop insuffisantes pour mener une analyse coûts-avantages rigoureuse des alternatives aux politiques en matière de drogue dans la région AEA. Néanmoins, à partir des meilleures données disponibles, il est possible d'établir un certain nombre de généralisations.

Tout d'abord, nous devons reconnaître que bon nombre des coûts engagés sont dus à l'approche politique adoptée, et non aux drogues elles-mêmes. En ce sens, les dépenses consacrées à l'application de la loi seraient plus judicieusement ciblées sur des activités en amont visant les réseaux transnationaux de trafic et les élites qui les soutiennent, une approche qui aurait plus de chances de perturber le marché de la drogue que les efforts actuels d'arrestation et de détention des personnes consommatrices de drogues dans la rue²¹⁵. En outre, les pays devraient donner la priorité aux considérations sanitaires et aux dépenses consacrées aux programmes de soins plutôt qu'aux initiatives en matière de justice pénale, notamment en augmentant considérablement le financement des programmes de réduction des risques. Le retour sur investissement de ces dépenses est significatif comparé à celui des initiatives axées sur la justice pénale²¹⁶. Enfin, il serait prudent que les pays investissent dans le développement de systèmes nationaux de surveillance des données afin de suivre et d'évaluer correctement les coûts de ces décisions politiques et leurs résultats.



LE DÉFI À RELEVER

Les problèmes liés à la drogue et au crime organisé dans la région AEA continueront de représenter un défi important et évolutif pour l'intégrité, la sécurité et la santé des États. Les pays de la région deviennent de plus en plus des plaques tournantes du transit et des destinations clés pour le commerce mondial de drogues illicites, en partie en raison de leur emplacement stratégique sur les principales routes maritimes de l'océan Indien. Cela a entraîné une augmentation de la présence de groupes criminels transnationaux, une exacerbation corrélée de la violence et de la corruption, et une atteinte concomitante à la sécurité et à la stabilité nationales. Ces caractéristiques de l'érosion sociale et sécuritaire mettent en évidence l'absence de politiques antidrogue holistiques et fondées sur des données probantes permettant de lutter efficacement contre ces problèmes, les mesures punitives étant souvent privilégiées par rapport à la réduction des risques et aux modèles efficaces de traitement de la dépendance aux stupéfiants.

À l'avenir, l'ESACD, en tant qu'organe consultatif et de soutien émergent de la région, continuera à réunir une équipe de commissaires, comprenant plusieurs anciens chefs d'État et d'autres personnalités publiques respectées et influentes issues de diverses disciplines. Ce faisant, la Commission contribuera aux dialogues thématiques sur les différentes options politiques spécifiques à la région pour lutter contre les marchés illicites de la drogue et plaider en faveur de mesures et d'approches fondées sur des réformes. En tant que commission de travail, l'ESACD estime qu'il est très important d'obtenir l'adhésion politique des plus hauts niveaux de gouvernement. Bon nombre de ses commissaires étant d'anciens dirigeants politiques, l'ESACD est particulièrement bien placée pour comprendre les dynamiques politiques inhérentes au paysage de la drogue et des politiques en matière de drogue. Elle est également en mesure d'organiser des réunions bilatérales avec les dirigeants actuels afin de discuter de ces questions de manière privée, entre pairs. Grâce à l'expertise combinée des commissaires dans les domaines de la gouvernance, du système judiciaire et de la recherche scientifique, l'ESACD est en mesure de créer un espace de dialogue unique dans lequel les participants, qu'il s'agisse d'activistes communautaires locaux ou de dirigeants nationaux, peuvent échanger leurs points de vue et contribuer à une discussion sur les défis et les solutions.

De la diversité des contributions recueillies lors des consultations régionales au contenu des documents d'information techniques sur mesure, en passant par les thèmes abordés lors d'échanges plus intimes en personne avec les membres des communautés touchées, les commissaires ont examiné et discuté d'une série de défis liés à la drogue auxquels la région est confrontée. Ces discussions ont porté sur les points suivants :

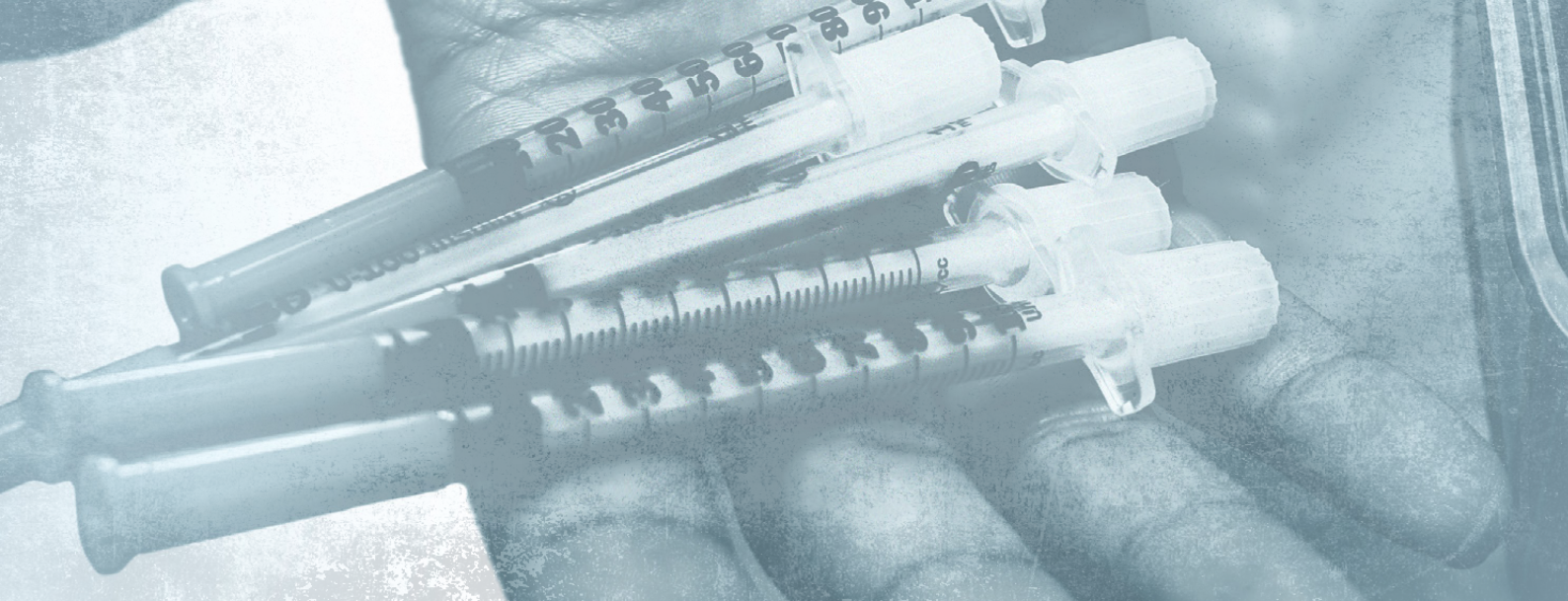
- L'éventail des mesures de maintien de l'ordre et autres initiatives de sécurité maritime et terrestre mises en œuvre dans diverses parties de la région et visant à perturber la production, la distribution et le transit de drogue.
- Le thème récurrent concernant l'inefficacité des interventions, en raison de facteurs tels que l'influence de réseaux de trafic de drogue intégrés et adaptatifs.
- L'immensité géographique de la région et son environnement maritime.
- Les lacunes des cadres réglementaires.

- La diversité des complications judiciaires causées par des questions de souveraineté et de complexité juridictionnelle, et la difficulté d'obtenir des condamnations dans les affaires de trafic.
- L'existence de lacunes dans les capacités de surveillance et de répression aux postes frontières, dans les aéroports et les ports maritimes, ainsi que dans les eaux territoriales.

Un autre défi relevé par les commissaires est la prise de conscience croissante que les politiques et pratiques en matière de drogues, fondées sur la prohibition, ne constituent pas une solution miracle face aux dommages causés par le marché des drogues illicites dans la région. En dépit d'approches fortement centrées sur la criminalisation, la consommation, la production et le commerce de drogues illicites dans la région AEA — ainsi que leurs effets négatifs sur les pays hôtes — se sont considérablement accrus, en particulier au cours de la dernière décennie.



L'intégration des points de vue des groupes de la société civile et des personnes consommant des drogues doit faire partie des consultations sur tous les aspects de l'élaboration des politiques et de la recherche en matière de drogues. © Yasmeen Sewnarain/ Gallo Images



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

La Commission constate que les solutions durables à long terme pour lutter efficacement contre le trafic de drogue dans la région et atténuer son ancrage corrosif au sein des sociétés d'Afrique de l'Est et australe (AEA) ne se trouvent ni dans les textes des instruments politiques ni dans les traités, ni dans les prisons et les centres de traitement obligatoire de nombreux pays. Elles résident plutôt dans l'éradication des facteurs d'inégalité, d'inégalité et de vulnérabilité structurelles au niveau national, et dans le développement positif des populations.

Les dirigeants africains ont déjà posé les bases pour la mise en œuvre de ces engagements. En témoignent leur adhésion aux objectifs de développement de l'Agenda 2030 et de l'Agenda 2063, ainsi que les droits et devoirs garantis par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. L'alignement de réformes des politiques régionales en matière de drogues sur ces cadres complémentaires de développement humain pourrait permettre à la région d'AEA de jouer un rôle de premier plan à l'échelle continentale dans la définition de réponses efficaces au trafic de drogue et dans la lutte contre l'influence sociopolitique néfaste des marchés de la drogue, non pas dans une perspective traditionnelle de lutte contre la drogue, mais comme un devoir fondamental et à long terme en matière de développement social et des droits.

Après avoir examiné les témoignages recueillis lors des consultations, les rapports de recherche et les autres documents et perspectives soumis, la Commission a convenu de la nécessité d'un plan d'action stratégique triennal, piloté par l'ESACD, en coordination avec d'autres initiatives régionales et en leur apportant son soutien, et visant à contribuer au lancement d'événements et de processus pour changer la réalité liée aux drogues et aux marchés de la drogue. La période proposée pour ce plan d'action s'étend de 2025 à 2028 et nécessiterait une prolongation de la période actuelle de financement externe de la Commission.

Compte tenu de ces éléments, la Commission présente ses conclusions et les mesures qu'elle recommande pour la région AEA.

Conclusion 1 : La surveillance régionale des drogues et des marchés de la drogue est médiocre et une réforme pratique est nécessaire

Le mantra selon lequel « nous croyons en savoir davantage sur les drogues et leurs marchés que ce n'est réellement le cas » a été répété à maintes reprises à la Commission au cours de ses consultations, et il constitue un point de convergence majeur. Contrairement à une idée répandue, de nouvelles données révèlent que les marchés de la drogue en Afrique de l'Est et australe (AEA) sont une véritable corne d'abondance de substances naturelles et synthétiques, d'intérêts criminels concurrents et de multiples menaces pour la santé publique. L'élaboration de réponses politiques efficaces face aux dangers de ces marchés suppose une compréhension approfondie de leurs caractéristiques. Or, la plupart des pays de la région ne sont pas en mesure de générer les données de base sur leurs marchés nationaux : combien de personnes consomment des drogues, quelles substances elles consomment et de quelle manière. Répondre à ces questions est une condition préalable à une vision plus globale, indispensable à l'élaboration de programmes de santé et de sécurité pertinents, efficaces, opportuns et adaptés, afin

de réduire les préjudices et de répondre aux défis propres à chaque marché domestique et à sa population. Ces connaissances fondamentales sont également importantes pour améliorer la compréhension régionale des drogues et de leurs marchés. Soutenir la surveillance et la compréhension des marchés grâce à des mesures telles qu'un observatoire régional des drogues est une solution envisageable. La mise en place de programmes nationaux de réduction des risques adaptés aux caractéristiques des marchés nationaux constitue un autre point de départ important.

À cet égard, la Commission promouvra et soutiendra les objectifs et actions suivants pour les trois prochaines années :

Objectif 1.1 : Renforcer la capacité des pays de l'AEA à mieux connaître les drogues et les marchés de la drogue qui existent à l'intérieur de leurs frontières.

Actions recommandées :

- a) En collaboration avec les observatoires nationaux des drogues et les agences des États de la région, et sur la base des principes fondamentaux de surveillance des marchés, promouvoir, faciliter et encourager l'élaboration d'un tableau de bord régional accepté des indicateurs de surveillance de la santé et de la sécurité dans le domaine des drogues et des marchés de la drogue.
- b) En collaboration avec les États de la région, encourager et soutenir la mise en œuvre d'évaluations des capacités nationales afin d'identifier les difficultés rencontrées par les institutions, systèmes et structures nationales de surveillance des données, qui contribuent à limiter la capacité de l'État à collecter les informations relatives aux indicateurs convenus.
- c) Par l'intermédiaire de la Commission, soutenir l'élaboration et l'adoption de directives techniques préliminaires par les pays afin d'améliorer leurs systèmes et stratégies de surveillance des données sur les drogues et les marchés de la drogue.
- d) En s'appuyant sur les bonnes pratiques approuvées par l'ONU et adaptées aux dynamiques locales des marchés de la drogue, et en partenariat avec les autorités locales, encourager la fourniture de conseils aux institutions nationales pour mesurer la couverture des services publics et privés de réduction des risques et de traitement de la dépendance aux stupéfiants (disponibilité et accès) dans chaque pays.

Objectif 1.2 : Créer un observatoire régional des drogues et du marché des drogues au service de toutes les nations de la région.

Cet observatoire régional serait une adaptation régionale inspirée par l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies. Il serait chargé de soutenir la collecte de données nationales sur les drogues et leurs marchés, nécessaires à une connaissance efficace et presque en temps réel des drogues et de leurs marchés dans la région. Il assurerait également la surveillance régionale des menaces liées aux drogues en mettant l'accent sur les fonctions d'alerte précoce, en complément des observatoires nationaux existants dans la région.

Actions recommandées :

- a) Plaider pour un accord au niveau des hautes autorités des États de la région concernant la création et la mise en œuvre d'observatoires nationaux des drogues illicites afin de recueillir des données quantitatives sur les marchés nationaux de la drogue.
- b) Plaider pour un accord au niveau des hautes autorités des États de la région concernant la création et la mise en œuvre d'un observatoire régional des drogues illicites, ainsi que pour la coopération entre les États de la région concernant le partage de données nationales quantitatives.
- c) Créer un observatoire régional des drogues, le connecter aux organismes d'observation nationaux de la région et lancer ses travaux.
- d) Sous l'égide de l'observatoire et avec la contribution des partenaires régionaux de surveillance, encourager et soutenir la publication de rapports annuels sur les tendances régionales dans le domaine des drogues et des marchés de la drogue, fondés sur l'analyse des données régionales fournies par les pays de l'AEA.

Objectif 1.3 : Plaider en faveur d'un soutien national et externe pour une disponibilité et une utilisation accrues des techniques de surveillance communautaire des drogues, ainsi que pour la collecte régulière de données de base sur les caractéristiques des marchés de la drogue.

Actions recommandées :

- a) Créer et soutenir un groupe de travail communautaire de contrôle des drogues afin d'aider les pays de la région et de renforcer leurs connaissances sur les marchés de la drogue dans la région. Cette action sera menée en collaboration avec la société civile et les partenaires gouvernementaux, par le développement et la mise en œuvre de services communautaires de contrôle des drogues. Ces services seront réalisés à l'aide de tests spectrographiques sur le terrain,

effectués sur des échantillons aléatoires de drogues achetés dans la rue, et, si possible, de tests de confirmation en laboratoire par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse.

- b) Promouvoir et fournir une assistance technique et des conseils aux pays de la région pour qu'ils réalisent des analyses annuelles nationales qui inventorieront les marchés de la drogue afin d'identifier les substances nouvelles ou émergentes liées aux drogues de synthèse et les effets nocifs qu'elles peuvent avoir sur la santé publique.
- c) Plaider pour la création d'un centre national d'échange de données sur les drogues au sein de chaque observatoire national des drogues et encourager tous les organismes de recherche et les programmes liés aux drogues à partager leurs données par son intermédiaire.

Conclusion 2 : Les approches et réponses stratégiques actuelles des pays aux drogues et aux marchés de la drogue n'ont pas fonctionné dans la région

Les politiques et stratégies antidrogue mises en œuvre dans la région se sont révélées inefficaces pour perturber les chaînes d'approvisionnement et répondre efficacement aux dommages liés à la drogue. Cette inefficacité s'explique en partie par l'absence de données pertinentes, nécessaires à l'élaboration de cadres stratégiques ciblés, fondés sur des données scientifiques et factuelles, et aux réponses qui y sont associées. Une surveillance renforcée — des données, des connaissances et une capacité de prévision de meilleure qualité — est nécessaire pour élaborer des réponses nationales et régionales plus efficaces face aux marchés de la drogue et à leurs dommages. Même les meilleures stratégies peuvent échouer si elles sont court-termistes, sont mal orientées ou aggravent les dégâts. La terminologie obsolète d'un « monde sans drogue » n'est plus utilisée à l'échelle des Nations Unies et ne devrait plus être référencée en Afrique. L'élaboration de nouvelles stratégies fondées sur des données probantes et adaptées aux objectifs nécessite une approche multisectorielle. Cela implique de repenser la manière dont les forces de l'ordre priorisent les activités de disruption et de répression, ainsi que la manière dont les agences et institutions de santé publiques et privées élaborent et priorisent les programmes de santé communautaire tels que la réduction des risques et les services de traitement de la dépendance aux stupéfiants. Cela appelle à envisager d'autres interventions sociales pour réduire la stigmatisation et la discrimination des personnes consommant des drogues (en particulier ceux qui souffrent de marginalisation et d'isolement), notamment la fourniture de services de santé aux populations consommatrices de drogues en prison et dans d'autres milieux fermés ; l'examen de réformes judiciaires, notamment la suppression des condamnations pour usage ou possession mineurs de drogues des casiers judiciaires individuels et la libération des personnes purgeant des peines pour usage ou possession mineurs ; et l'examen de la décriminalisation de l'usage ou de la possession de drogues pour usage personnel. Cela appelle également à l'élaboration de stratégies visant à redéfinir les priorités des forces de l'ordre en ciblant les trafiquants de haut niveau et à les détourner des personnes consommatrices de drogues.

La Commission promouvra et soutiendra les objectifs et actions suivants pour les trois prochaines années :

Objectif 2.1 : Faire campagne pour mettre fin à la criminalisation et à l'incarcération des personnes consommant des drogues, ainsi qu'à la stigmatisation qui accompagne la consommation de drogues, à l'échelle régionale.

Actions recommandées :

- a) Plaider pour la fin des objectifs régionaux et nationaux « zéro drogues » dans la région, ainsi que pour l'élaboration et l'adoption d'indicateurs et de cibles régionaux universels, significatifs et mesurables en matière de politique des drogues, alignés sur ceux du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de l'Agenda 2063.
- b) Effectuer une évaluation des politiques, de la législation et des pratiques existantes en matière de drogues dans les pays d'Afrique de l'Est et australe (AEA), et utiliser ces informations pour formuler des recommandations spécifiques à chaque pays afin de promouvoir la cohérence des pratiques régionales en matière de soutien aux principes de santé publique, de genre et de droits de l'homme concernant les personnes consommatrices de drogues et l'application unifiée des mesures politiques dans le domaine des stupéfiants.

Objectif 2.2 : Recentrer les stratégies et réponses nationales et régionales de lutte contre la drogue sur un objectif principal de perturbation du trafic de drogue et des élites du crime organisé, et s'éloigner de la pratique « d'arrestation et de détention » des personnes consommatrices de drogues.

Actions recommandées :

- a) En partenariat avec les communautés économiques régionales — la Communauté de l'Afrique de l'Est (EAC) et la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) — plaider en faveur d'une évaluation des capacités institutionnelles des forces de l'ordre de la région afin d'identifier les défis structurels qui nécessiteraient un soutien financier, en ressources humaines, technique et/ou politique pour apporter des améliorations conformément à cet objectif.

- b) Établir et soutenir un dialogue régional permettant aux forces de l'ordre nationales et régionales d'examiner les moyens d'intensifier la surveillance asymétrique des marchés de la drogue, fondée sur le renseignement, et d'encourager et de promouvoir des opérations policières conjointes avec les agences régionales et internationales, lorsque cela est possible et approprié.
- c) En collaboration avec les communautés économiques régionales, organiser une discussion sur les difficultés rencontrées par les systèmes judiciaires nationaux pour parvenir à des condamnations dans les poursuites contre les trafiquants de drogue de haut niveau et les organisations opérant dans plusieurs juridictions nationales de la région. Élaborer une stratégie régionale pour résoudre ce problème.

Objectif 2.3 : Envisager l'adoption d'approches politiques alternatives au contrôle du marché intérieur de la drogue, en particulier les options de décriminalisation, de légalisation et de réglementation.

Actions recommandées :

- a) Organiser des discussions régionales afin de favoriser l'élaboration de positions consensuelles sur les recommandations de réforme des politiques en matière de drogues, telles que :
 - i. L'adoption régionale des mesures de réduction des risques liés à la consommation de drogues recommandées par l'ONU, des orientations et des bonnes pratiques des Nations Unies en matière de traitement de la dépendance, et des devoirs et obligations des Nations Unies et de l'UA en matière des droits de l'homme relatifs à la santé et au bien-être des populations.
 - ii. La décriminalisation, la légalisation et la réglementation des drogues (avec une référence initiale spécifique au cannabis et au khat).
- c) En partenariat avec l'UA et les communautés économiques régionales, convoquer un groupe de travail judiciaire régional sur la suppression des condamnations pour usage de drogue ou possession mineure des casiers judiciaires, ainsi que sur les révisions législatives ou autres des mesures gouvernementales nécessaires à la mise en œuvre de ces changements.
- d) Réaliser une analyse régionale afin de comprendre comment la « possession personnelle » est définie et quelles poursuites elle engendre, selon les lois nationales sur les drogues dans la région.
- e) Établir et soutenir des dialogues nationaux afin d'examiner les modèles nationaux, le potentiel pour mettre en œuvre la légalisation du cannabis à des fins médicales et récréatives, ainsi que ses implications et exigences en matière d'application de la loi et de réglementation.

Objective 2.4: Inclure la société civile et les personnes consommatrices de drogues en tant que participants essentiels dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des stratégies nationales de contrôle des drogues et dans leurs approches connexes.

Actions recommandées :

- a) Créer et soutenir un forum régional de la société civile visant à impliquer les principales parties prenantes et les groupes marginalisés dans les processus nationaux de haut niveau d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des politiques nationales en matière de drogues.
- b) Créer et soutenir un réseau d'échanges académiques avec les universités de la région, ainsi que celles du continent africain et d'autres continents, afin d'échanger sur les bonnes pratiques en matière de politiques et de recherche dans les pays du Sud. Inclure dans ce réseau la mise en place d'un programme d'enseignement et de formation permettant aux décideurs régionaux de s'inspirer des expériences d'autres pays en matière de politiques relatives aux drogues.
- c) Promouvoir le partage interrégional, entre les pays du Sud, de pratiques et d'expériences communautaires efficaces en matière de suivi et d'évaluation des politiques, stratégies et approches connexes en matière de drogues, incluant la société civile.

Objective 2.5: Les gouvernements de la région devraient immédiatement libérer les personnes emprisonnées pour usage de drogue ou pour des délits mineurs de possession de drogue, et suspendre toutes les affaires criminelles en cours liées à l'usage de drogue ou à la possession mineure de drogue.

Actions recommandées :

- a) Plaider auprès des hauts responsables gouvernementaux en faveur d'initiatives régionales de décriminalisation et de désincarcération conformes aux bonnes pratiques internationales. Formuler des recommandations spécifiques et concrètes, et fournir une assistance technique, pour l'adoption et la mise en œuvre par les pays de la région AEA d'actions visant à élaborer un cadre régional.

- b) Organiser une discussion régionale entre hauts représentants des pays afin d'identifier les moyens de mettre en œuvre cette recommandation de manière rentable, efficace et sûre. Cette discussion devrait porter notamment sur la définition des seuils d'infraction pour envisager une libération, sur les besoins de libération et de réinsertion des institutions gouvernementales et sociales, des communautés et des personnes libérées, ainsi que sur les modalités pratiques permettant d'atteindre ces seuils.
- c) En partenariat avec les communautés économiques régionales, notamment la EAC, la SADC et la Commission de l'océan Indien, organiser une réunion régionale de hauts fonctionnaires et d'autres acteurs régionaux importants afin de discuter de l'élaboration et de l'adoption d'un cadre régional visant à instaurer cet objectif à l'échelle régionale.
- d) Avec les partenaires judiciaires régionaux de la région AEA, coordonner l'élaboration et l'adoption d'un ensemble de définitions régionales consensuelles à adopter dans les lois sur les drogues dans les pays de la région, afin d'établir une orientation et une interprétation communes des politiques en matière de drogues pour toute la région.

Conclusion 3 : La disponibilité et l'accès à des services de prévention, de traitement et de soins sociaux pertinents et fondés sur des données probantes en matière de dépendance aux stupéfiants sont extrêmement limités pour les personnes consommatrices de drogues

L'accumulation de connaissances et la volonté de les traduire en réponses politiques et programmatiques rendent nécessaire le développement de services de santé et de protection sociale, ainsi que d'interventions communautaires. Ces services constituent les mesures que les gouvernements doivent mettre en place pour réduire les dommages liés à la drogue et les autres conséquences pour les communautés, en particulier dans le domaine de la santé : transmission de virus transmissibles par le sang, manque d'accès à des traitements de la dépendance fondés sur des données probantes, ou encore insuffisance de services de santé et de protection sociale équitablement répartis. L'intégration des expériences des organisations de la société civile et des points de vue des personnes consommatrices de drogues demeure un objectif essentiel pour concevoir et mettre en œuvre ces services.

Conformément aux recommandations de la résolution S-30/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies, aux résolutions 53/4 et 54/6 de la Commission des stupéfiants, au document final de la session extraordinaire de 2016 de l'Assemblée générale des Nations Unies et à la résolution 141 de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, la Commission promouvra la nécessité de soutenir les objectifs et actions suivants :

Objectif 3.1 : Donner la priorité à la santé et à la sécurité des personnes en garantissant l'accès universel à la réduction des risques et aux services de prévention et de traitement fondés sur des données probantes pour les personnes consommatrices de drogues dans la communauté, ainsi que dans les prisons et autres milieux fermés.

Actions recommandées :

- a) Plaider auprès des gouvernements de la région pour l'adoption et la mise en œuvre de services de réduction des risques et de traitement de la dépendance accessibles et fondés sur des données probantes, conformément aux recommandations des Nations Unies en matière de bonnes pratiques.
- b) Encourager le respect volontaire par les États de l'AEA de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (les « Règles Mandela »), en particulier le respect des normes de santé énoncées dans les règles 24, 30 et 32.
- c) Plaider pour la disponibilité et l'accès aux services fondés sur le genre, et œuvrer à l'amélioration de la disponibilité des services de prévention et de traitement sensibles au genre pour les personnes consommant des drogues.
- d) Créer et gérer un fonds régional de réduction des risques afin de subventionner des initiatives innovantes en la matière, soutenant ainsi les efforts visant à encourager les pays à adopter et à mettre en œuvre des services nationaux de réduction des risques.

Objectif 3.2 : Assurer l'accès universel aux médicaments essentiels, en particulier aux substances contrôlées telles que les opioïdes pour la gestion de la douleur, et mettre fin au détournement de médicaments licites des milieux médicaux vers le marché illicite.

Actions recommandées :

- a) Plaider en faveur d'une amélioration mesurable de l'accès aux médicaments essentiels pour tous les habitants de la région AEA, notamment aux substances contrôlées visées par les Conventions des Nations Unies sur les drogues.
- b) Aider les communautés économiques régionales à élaborer et à mettre en œuvre un programme d'accompagnement pour conseiller les pays et les autorités nationales sur la manière d'atteindre et de maintenir ces améliorations.

Conclusion 4 : L'émergence et la prolifération rapides des drogues de synthèse constituent une menace majeure pour la santé publique et la sécurité des États de la région et de leurs populations

L'ESACD a conclu que les drogues de synthèse constituent probablement le plus grand défi émergent en matière de contrôle des drogues dans la région AEA, en termes de capacité des États à élaborer des mesures visant à atténuer efficacement les dommages liés à ces drogues. Il s'agit d'un enjeu de sécurité et de santé publiques, en particulier en ce qui concerne la manière dont la disponibilité accrue des drogues de synthèse affecte les capacités de réponse des services nationaux chargés de l'application de la loi et de la santé. La production, la distribution et la consommation de drogues de synthèse — en particulier dans les contextes où elles sont moins reconnues ou comprises — nécessitent souvent des réponses très différentes, non seulement en termes de répression, mais aussi de réduction des risques, de traitement et de soutien.

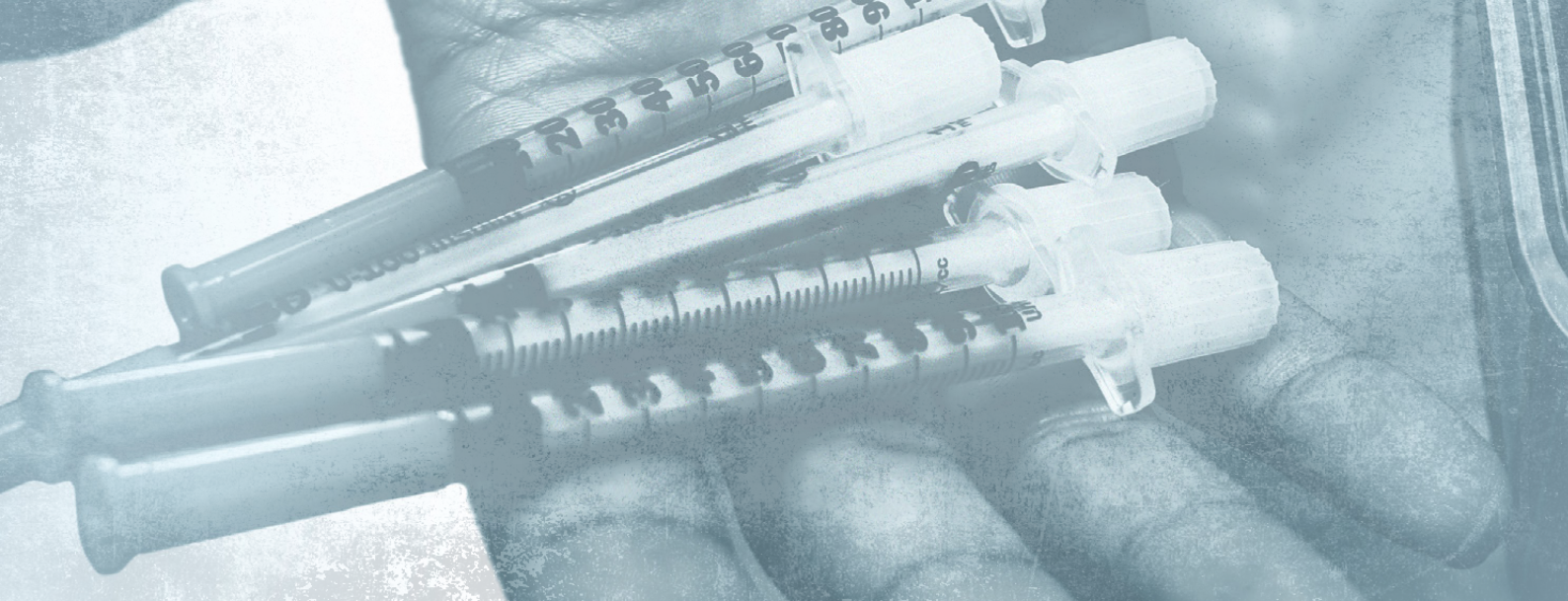
La Commission défendra et soutiendra les objectifs et actions suivants pour la prochaine période de trois ans :

Objectif 4.1 : Améliorer la capacité des forces de l'ordre nationales et des autres agences et institutions de sécurité à identifier les substances et à perturber les chaînes d'approvisionnement en précurseurs, en particulier en ce qui concerne les activités de détournement de produits chimiques.**Actions recommandées :**

- a) Plaider pour l'adoption, le financement et la mise en œuvre de stratégies nationales d'évaluation des risques de détournement concernant les précurseurs chimiques de synthèse, les médicaments essentiels et autres substances contrôlées dans les milieux médicaux, les pharmacies et les usines chimiques, agricoles et industrielles.
- b) Reconnaître le rôle de la corruption institutionnelle et individuelle dans l'expansion du trafic de drogues de synthèse illicites dans la région, et encourager les institutions nationales à renforcer leur législation anti-corruption et anti-blanchiment, conformément aux directives des Nations Unies, de la Banque mondiale et du Groupe d'action financière (GAFI).
- c) Plaider auprès des donateurs institutionnels pour qu'ils apportent aux États de la région les ressources financières, techniques et humaines nécessaires à la formation des institutions, agences et organismes chargés de l'application de la loi, du contrôle des frontières et des douanes, afin qu'ils puissent identifier rapidement et précisément les nombreuses drogues illicites courantes et leurs précurseurs chimiques.
- d) Susciter le soutien des pays de la région à la création d'un Groupe d'action mondial sur les produits chimiques, un organisme indépendant dont la structure et les fonctions seraient similaires à celles du GAFI, mais chargé de surveiller le respect par chaque État d'une série de normes réglementaires mondiales reconnues visant à protéger la chaîne d'approvisionnement mondiale contre le détournement et le commerce illicite des précurseurs chimiques.

Objectif 4.2 : Renforcer les capacités des pays de la région à détecter, atténuer et perturber la contamination des marchés locaux de la drogue par des composés synthétiques, afin de réduire les overdoses, les dommages et les décès chez les consommateurs.**Actions recommandées :**

- a) Plaider en faveur d'une assistance et d'une coopération intrarégionales entre les pays d'AEA afin d'exploiter les capacités institutionnelles des laboratoires médico-légaux pour réaliser des analyses nationales d'échantillons de substances illicites vendues dans la rue, sur une base trimestrielle, et communiquer ces résultats à l'observatoire régional.
- b) Encourager le partage d'informations entre les laboratoires médico-légaux de la région, notamment sur l'identification précoce des composés synthétiques émergents ; et informer les organismes régionaux de surveillance, notamment les organisations locales de la société civile travaillant avec les populations consommant des drogues, des menaces détectées.
- c) Fournir des conseils techniques sur les avancées nécessaires aux programmes de traitement et de prévention pour les consommateurs de drogues dans le contexte des drogues de synthèse émergentes et de la contamination associée, en particulier pour l'adoption à l'échelle régionale de programmes de prévention des overdoses, notamment la distribution gratuite de naloxone et d'autres médicaments contre les overdoses.



NOTES

- 1 Bob G Hill, *Čat (Catha edulis forsk)*, *Journal of Ethiopian Studies*, 3, 2, 1965, pp 13–23; John G Kennedy, *The Flower of Paradise*, Springer, 1987.
- 2 A titre d'exemple, voir Chris S Duvall, *Cannabis and tobacco in precolonial and colonial Africa*, dans Thomas Spear (ed.), *Oxford Research Encyclopedia of African History*, Oxford University Press, 2017.
- 3 A titre d'exemple, les groupes criminels nigériens ont été les premiers à utiliser la technique du « bodypacking », qui consiste pour les passeurs à avaler des capsules remplies de cocaïne ou d'héroïne enveloppées dans des préservatifs et à transporter la drogue jusqu'à sa destination finale à l'intérieur de leur corps. Voir Stephen Ellis, *This Present Darkness: A History of Nigerian Organized Crime*, Hurst, 2016. Cela reste l'une des méthodes les plus courantes pour dissimuler des stupéfiants, en particulier lors de voyages aériens longue distance. Ces groupes sont également considérés comme les pionniers de l'utilisation de « cut-outs » pour accomplir cette tâche. Ceux-ci sont des personnes recrutées comme coursiers pour ingérer et transporter ou passer en contrebande des drogues, mais qui n'ont aucun lien avec le réseau de trafic qui les a recrutées. Cette pratique se poursuit et a contribué au nombre élevé de personnes originaires de l'AEA emprisonnées pour des infractions liées à la drogue dans le monde entier, en particulier en Asie de l'Est.
- 4 Ashley Neese Bybee, *The twenty-first century expansion of the transnational drug trade in Africa*, *Journal of International Affairs*, 66, 1, 2012, pp 69–84.
- 5 Tuesday Reitano et Marcena Hunter, *The crime-development paradox: Organized crime and the SDGs*, GI-TOC et ENACT, 2018.
- 6 Les données régionales rapportées indiquent que 0 à 2 % des conteneurs entrants sont scannés dans les ports d'escale régionaux. Lorsque le scan est effectué, il est souvent réalisé par des opérateurs mal formés ou facilement influençables. En comparaison, la moyenne mondiale de scan des conteneurs dans les ports où la technologie existe est de 5 à 7 %.
- 7 ONU, *World Drug Report 2020 Booklet 3: Drug supply*, ONUDC, 2020, p 72.
- 8 ONU, *Afghanistan drug insights*, Vol. 4, ONUDC, Vienne, 2025.
- 9 Ibid.
- 10 Jason Eligh, *A synthetic age: The evolution of methamphetamine markets in Eastern and Southern Africa*, GI-TOC, 2021.
- 11 ONU, *World Drug Report 2020 Booklet 3: Drug supply*, ONUDC, 2020, p 68.
- 12 Un kilogramme d'héroïne provenant du Myanmar a été saisi à Maurice en 2024.
- 13 Susan Beckerleg, Maggie Telfer et Gillian Hundt, *The risk of injecting drug use in eastern Africa: A case study from Kenya*, *Harm Reduction Journal*, 2, 12, 2005.
- 14 De manière générale, à mesure que le prix de l'héroïne augmentait et que les niveaux de dépendance s'accroissaient, le moyen le plus économique pour les populations les plus pauvres de consommer cette drogue était l'injection.
- 15 Jason Eligh, *A synthetic age: The evolution of methamphetamine markets in Eastern and Southern Africa*, GI-TOC, 2021.
- 16 Ibid.
- 17 OECD/SWAC, *Africa's urbanisation dynamics 2020: Africapolis, mapping a new urban geography*, OECD Publishing, Paris, 2020.
- 18 Ibid.
- 19 ONU, *World Drug Report 2021*, ONUDC, Vienne, 2021, pp 1–96.
- 20 Ibid.

- 21 Z Donnenfeld, J Bello-Schunemann et L Welborn, *Drug demand and use in Africa: Modelling trends to 2050*, ENACT, 2019.
- 22 Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2020*, 2020.
- 23 ML Ndeffo-Mbah et al, *Dynamic models of infectious disease transmission in prisons and the general population*, *Epidemiologic Reviews*, 40, 1, 2018, pp 40–57.
- 24 ONU, *World Drug Report 2021*, ONUDC, Vienne, 2021, pp 1–96.
- 25 ONUSIDA, *Do No Harm: Health, human rights and people who use drugs*, Genève, 2016.
- 26 ONUSIDA, *Regional profile: Eastern and Southern Africa*, Genève, 2024.
- 27 Ibid.
- 28 J Leung et al, *A global meta-analysis of the prevalence of HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus among people who inject drugs – do gender-based differences vary by country-level indicators?*, *Journal of Infectious Diseases*, 220, 1, 2019, pp 78–90.
- 29 L Platt et al, *Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: A global systematic review and meta-analysis*, *Lancet Infectious Diseases*, 16, 7, 2016, pp 797–808; CW Spearman et al, *Hepatitis B in sub-Saharan Africa: strategies to achieve the 2030 elimination targets*, *Lancet Gastroenterology Hepatology*, 2, 12, 2017.
- 30 Stop TB Partnership, *Key populations brief: People who use drugs*, Genève.
- 31 Ibid.
- 32 KeNPUD, *Harm reduction in context of COVID-19 in Kenya*, International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, 2020; International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, *Harm reduction responses in the age of COVID-19: Documenting the experiences of people who use drugs in South Africa*, mars 2021.
- 33 Harm Reduction International et RELEASE, communication conjointe au HCDH sur les droits des personnes d'ascendance africaine dans le contexte de l'application de la législation sur les stupéfiants, 1 avril 2024.
- 34 ONU, *World Drug Report 2024*, ONUDC, Vienne, 2024.
- 35 Ibid.
- 36 Harm Reduction International, *Population size estimates for people who use drugs: Africa, Eastern and Southern*, 30 novembre 2022. Le chiffre de 300 000 cité ici représente la somme des chiffres individuels par pays présentés dans le rapport pour la région, sachant également que 10 pays n'ont pas fourni d'estimation de la taille de leur population de personnes consommatrices de drogues, qui n'est donc pas incluse dans le total. Le nombre réel de personnes consommatrices de drogues dans la région est donc supérieur à la valeur indiquée.
- 37 Z Donnenfeld, Lily Welborn et Julia Bello-Schünemann, *Drug demand and use in Africa: Modelling trends to 2050*, ENACT, août 2019.
- 38 ONU, *World Drug Report 2024*, ONUDC, Vienne, 2024.
- 39 Jason Eligh, *Global synthetic drug markets: the present and the future*, GI-TOC, 2024.
- 40 ONU, *International standards on drug use prevention, second updated edition*, ONUDC, Vienne, 2018.
- 41 OMS et Mental Health Gap Action Programme, *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, Version 2.0, 2016.
- 42 Mary Hawk et al, *Harm reduction principles for healthcare settings*, *Harm Reduction Journal*, 14, 1, 2017.
- 43 Ibid.
- 44 ONUDC et al, *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions*, UN, Vienne, 2017.
- 45 OMS, Discours d'ouverture du directeur général de l'OMS à la cinquième session ordinaire du Comité technique spécialisé sur la santé, la nutrition, la population et la lutte contre les — 8 août 2024, Genève, 2024.
- 46 International Centre on Human Rights and Drug Policy, ONUSIDA, OMS, PNUD, *International guidelines on human rights and drug policy*, 2019.
- 47 OMS et Mental Health Gap Action Programme, *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, Version 2.0, 2016.
- 48 ONU, *International standards on drug use prevention, second updated edition*, ONUDC, Vienne, 2018.
- 49 OMS, *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Genève, 2009.
- 50 Ibid.
- 51 Ibid.
- 52 Ibid.
- 53 OMS et ONUDC, *International standards for the treatment of drug use disorders*, ONUDC, Vienne, 2020.
- 54 AU, *Third ordinary session of the specialised technical committee on health, population and drug control*, Addis Ababa, 29 juillet –2 août 2019.
- 55 Voir les données de la Banque mondiale, <https://dataunodc.un.org>.
- 56 Ibid.
- 57 Voir les données de la Banque mondiale, <https://data.worldbank.org/country/>.
- 58 ONU, *World drug report 2017*, ONUDC, Vienne, 2017.
- 59 Kenya, Maurice, Mozambique, Seychelles, Afrique australe, Tanzanie et Ouganda. Harm Reduction International, *Global state of harm reduction 2024*, Londres, 2024, p 124.
- 60 Ibid.
- 61 OMS, *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, Genève, 2016.
- 62 A Kamarulzaman et al, *Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners*, *Lancet*, 388, 2016, pp 1 115–1 126.
- 63 OMS, *Community management of opioid overdose*, Genève, 2014.

- 64 OMS et Mental Health Gap Action Programme, *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, Version 2.0, 2016.
- 65 AU, *AU Plan of Action on Drug Control and Crime Prevention (2019–2023)*, 2019.
- 66 Ibid.
- 67 A Scheibe, *Prevention and treatment of drug dependence in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2022.
- 68 Harm Reduction International, *Global state of harm reduction 2024*, Londres, 2024, p 125.
- 69 A Scheibe, *Prevention and treatment of drug dependence in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2022.
- 70 Harm Reduction International, *Global state of harm reduction 2024*, Londres, 2024.
- 71 AJ Siegler, KA Komro et AC Wagenaar, *Law everywhere: A causal framework for law and infectious disease*, *Public Health Reports*, 135, 1_suppl, 25S–31S, 2020.
- 72 OMS, TDR, HRP, Alliance for Health Policy and Systems Research, *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*, eds E Blas, J Sommerfeld et AS Kurup, 2011, https://www.who.int/social_determinants/tools/SD_Publichealth_eng.pdf.
- 73 OMS, *Global health estimates 2019, Deaths by cause, age and sex, by World Bank income group, 2000–2019*, 2020.
- 74 M Nougier, A Cots Fernández et D Putri, *Taking stock of half a decade of drug policy: an evaluation of UNGASS implementation*, International Drug Policy Consortium, 2021.
- 75 A Scheibe, S Shelly et A Versfeld, *Prohibitionist drug policy in South Africa – reasons and effects*, *Revue internationale de politique de développement*, 12, 2020.
- 76 AU, *AU Plan of Action on Drug Control and Crime Prevention (2019–2023)*, STC-HPDC-3/EXP/SA24677, 2019. La durée du plan d'action 2019-2023 a été officiellement prolongée jusqu'en 2025 lors de la cinquième session ordinaire du Comité technique spécialisé de l'UA sur la santé, la nutrition, la population et la lutte contre les drogues (STC-HNPDC-5), qui s'est tenue du 5 au 9 août 2024 à Addis-Abeba.
- 77 OMS, *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, Genève, 2016.
- 78 Ibid.
- 79 ONU, *World Drug Report 2021*, ONUDC, Vienne, 2021, pp 1–96.
- 80 ONUSIDA, *Do no harm: Health, human rights and people who use drugs*, ONUSIDA, Genève, 2016.
- 81 L Degenhardt et al, *Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*, *Lancet*, 382, 9 904, 2013, pp 1 564–1 574; L Degenhardt et W Hall, *Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease*, *Lancet*, 379, 9 810, 2012, pp 55–70.
- 82 Z Donnenfeld, J Bello-Schunemann et L Welborn, *Drug demand and use in Africa: Modelling trends to 2050*, ENACT, 2019.
- 83 Ibid.
- 84 OMS, *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, Genève, 2016.
- 85 ONUSIDA, *Regional profile: Eastern and Southern Africa*, Genève, 2024.
- 86 Ibid.
- 87 Ibid.
- 88 Mauritian Ministry of Health and Quality of Life, *A respondent driven survey among people who inject drugs in the island of Mauritius: Integrated biobehavioural surveillance*, 2017, 2018; A Scheibe, *Drug policy and infectious disease transmission in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2022.
- 89 KeNPUD, *Harm reduction in context of COVID-19 in Kenya*, International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, 2020.
- 90 International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, *Harm reduction responses in the age of COVID-19: Documenting the experiences of people who use drugs in South Africa*, mars 2021.
- 91 KeNPUD, *Harm reduction in context of COVID-19 in Kenya*, International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, 2020.
- 92 ONUSIDA, *Tanzanian community-based organizations support women who use drugs*, 6 octobre 2020.
- 93 KeNPUD, *Harm reduction in context of COVID-19 in Kenya*, International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, 2020; International Network on Health and Hepatitis in Substance Users, *Harm reduction responses in the age of COVID-19: Documenting the experiences of people who use drugs in South Africa*, mars 2021; Eurasian Harm Reduction Network, *Harm reduction service delivery to people who use drugs during a public health emergency: Examples from the COVID-19 pandemic in selected countries*, novembre 2020.
- 94 ONUSIDA, *Rights in the time of COVID-19 – Lessons from HIV for an effective, community-led response*, 20 mars 2020, pp 2–4.
- 95 OMS, *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections*, vol. 53, 2021, pp 1 689–1 699.
- 96 ONUSIDA, *Global AIDS Strategy 2021–2026 – End inequalities, end AIDS*, Genève, mars 2021.
- 97 ONUSIDA, *Regional profile: Eastern and Southern Africa*, Genève, 2024.
- 98 ML Ndeffo-Mbah et al, *Dynamic models of infectious disease transmission in prisons and the general population*, *Epidemiologic Reviews*, 40, 1, 2018, pp 40–57.
- 99 Ibid; J Csete et al, *Public health and international drug policy*, *Lancet*, 387, 10 026, 2016, pp 1 427–1 480; J Csete, *From the mountaintops: What the world can learn from drug policy change in Switzerland*, Open Society Foundations, 2010.
- 100 H Sade, *Drug decriminalisation in Portugal: setting the record straight*, Transform Drug Policy Foundation, 2021, pp 1–4.
- 101 Drug Policy Alliance, *Approaches to decriminalizing drug use and possession*, 2015.

- 102 Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé. Ils doivent être disponibles en permanence dans les systèmes de santé opérationnels, avec une qualité garantie et des informations adéquates, à un prix abordable pour les individus et la communauté.
- 103 Les opioïdes sont une catégorie de substances qui comprend des substances organiques (dérivées de l'opium), semi-synthétiques et synthétiques. Ils sont généralement utilisés pour traiter les douleurs modérées à sévères. En raison de leur nature addictive, de nombreux opioïdes sont classés comme substances contrôlées sous le coup d'une réglementation stricte.
- 104 Les médicaments utilisés en soins palliatifs (notamment les opioïdes) qui sont réglementés par les conventions internationales sur le contrôle des drogues, principalement supervisées par l'ONU et l'OMS, sont considérés comme des médicaments essentiels sous contrôle international.
- 105 Les soins palliatifs consistent en un traitement holistique des personnes souffrant sévèrement en raison d'une maladie grave, en particulier celles qui approchent de la fin de leur vie. Ils visent à améliorer la qualité de vie des patients, de leurs familles et des soignants.
- 106 Felicia Marie Knaul, Paul E Farmer, Eric L Krakauer et al, *Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report*, *Lancet*, 391, 10128, April 2018, pp 1 391–1 454.
- 107 ONUDC, *Statement on behalf of the African Group at the 64th session of the Commission on Narcotic Drugs*, 2021.
- 108 International Association for Hospice and Palliative Care, *The Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief*, 2015.
- 109 INCB, *Report of the International Narcotics Control Board for 2018*, 2019.
- 110 Martha A Maurer, *New online tool for exploring global opioid consumption data*, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 31, 1, 2017, pp 45–51.
- 111 Katherine E Sleeman, Maja de Brito, Simon Etkind et al, *The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions*, *Lancet Global Health*, 7, 7 E883-E892, 2019.
- 112 OMS, Déclaration d'Astana 2018 et WHA 67/19, 2018.
- 113 Annette M Dekker, Joseph J Amon, Karl W le Roux et al, 'What is killing me most': chronic pain and the need for palliative care in the Eastern Cape, South Africa, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 26, 4, 2012, pp 334–340.
- 114 Katherine Pettus, *Colonial roots of the global pandemic of untreated pain*, dans *The War on Drugs and the Global Colour Line*, Londres: Pluto Press, 2019.
- 115 Romy Parker, Dan J Stein et Jennifer Jelsma, *Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review*, *Journal of the International AIDS Society*, 17, 1, 2014.
- 116 Richard Harding, Victoria Simms, Suzanne Penfold et al, *Availability of essential drugs for managing HIV-related pain and symptoms within 120 PEPFAR-funded health facilities in East Africa: A cross-sectional survey with onsite verification*, *Palliative Medicine*, 28, 4, 2014, pp 293–301.
- 117 ONUSIDA, *Regional profile: Eastern and Southern Africa*, Genève, 2024. Les chiffres indiqués sont des estimations moyennes. Les valeurs indiquées entre crochets représentent la fourchette minimale et maximale de ces estimations.
- 118 AU, *Progress report on the implementation of the AU Plan of Action on Drug Control (2013–2017) for the period 2014–2016, Second meeting of the specialised technical committee on health, population and drug control (STC- HPDC-2)*, Addis Abeba, 20–24 mars 2017.
- 119 University of California San Francisco, Anova Health Institute et National Institute for Communicable Diseases, *Brief report of the TipVal Study: An integrated bio-behavioral surveillance survey among people who inject drugs*, 2018.
- 120 L Platt et al, *Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: A global systematic review and meta-analysis*, *Lancet Infectious Diseases*, 16, 7, 2016, pp 797–808; CW Spearman et al, *Hepatitis B in sub-Saharan Africa: strategies to achieve the 2030 elimination targets*, *Lancet Gastroenterology Hepatology*, 2, 12, 2017.
- 121 A Scheibe, *Prevention and treatment of drug dependence in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2022.
- 122 Ibid.
- 123 Harm Reduction International, *The global state of harm reduction 2024*, Londres, 2024.
- 124 ONUDC, International Network of People Who Use Drugs, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida, PNUD, UNFPA, OMS, USAID, *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: Practical guidance for collaborative interventions*, ONUDC, 2017, pp 1–175; ONUDC et OMS, *International standards for the treatment of drug use disorders*, ONUDC, Vienne, 2020.
- 125 OMS, *Universal Health Coverage: Fact sheet*, Genève, 2021.
- 126 Objectif de développement durable n° 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.
- 127 ONU Femmes, *A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes*, juillet 2014.
- 128 EUDA, *Women and drugs in Europe — why gender matters*, 30 mars 2022.
- 129 Ibid.
- 130 ONU, *World Drug Report 2022, Booklet 1*, ONUDC, Vienne, 2022.
- 131 Kenaw Derebe Fentaw, Setegn Muche Fenta et Hailegebrael Birhan Biresaw, *Prevalence and associated factors of substance use male population in East African countries: A multilevel analysis of recent demographic and health surveys from 2015 to 2019*, *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 2022.

- 132 Jean Olivier Twahirwa Rwema et al, *Injection drug use practices and HIV infection among people who inject drugs in Kigali, Rwanda: A cross-sectional study*, *Harm Reduction Journal*, 18, 2021.
- 133 Cynthia Semá Baltazar et al, *Prevalence of HIV, viral hepatitis B/C and tuberculosis and treatment outcomes among people who use drugs: Results from the implementation of the first drop-in-center in Mozambique*, *International Journal of Drug Policy*, 90, 2021.
- 134 Carine Mutatayi et al, *Implementing a gender approach in drug policies: Prevention, treatment and criminal justice*, Groupe Pompidou et Conseil de l'Europe, 2022.
- 135 SA Meyers et al, *The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature*, *Drug and Alcohol Dependence*, 223, 1, 2021.
- 136 Ibid.
- 137 Women and Harm Reduction International Network, *Global mapping of harm reduction services for women who use drugs*, décembre 2021.
- 138 Catherine Mwangi et al, *Assessment of retrospective and current substance use in women who inject drugs in low-income urban settings in Kenya*, *Journal of Alcoholism & Drug Dependence*, 2019.
- 139 Catherine Mwangi et John Gachohi, *Women using heroin in Kenya: why it's important to intervene early in life*, *The Conversation*, 14 octobre 2019.
- 140 Ibid.
- 141 Jean Oliver Twahirwa Rwema et al, *Injection drug use practices and HIV infection among people who inject drugs in Kigali, Rwanda: a cross-sectional study*, *Harm Reduction Journal*, 18, 2021.
- 142 Claudia Stoicescu, Ariel Richer et Louisa Gilbert, *Nexus of risk: The co-occurring problems of gender-based violence, HIV and drug use among women and adolescent girls*, dans Julia Buxton, Giavana Margo et Lona Burger (eds.), *The Impact of Global Drug Policy on Women: Shifting the Needle*. Emerald Publishing, 2020; ONUDC, *In our own words, We were raped: a needs assessment of women who use drugs in four cities in South Africa*, 2019.
- 143 Claire Silberg et al, *Housing instability and violence among women who use drugs in Dar es Salaam, Tanzania*, *Harm Reduction Journal*, 19, 68, 2022.
- 144 H Otanga et al, *Gender-based violence against women who use drugs in Kenya: Experiences and policy directions*, Kenya Policy Brief, 2022.
- 145 ONUDC et OMS, *International standards for the treatment of drug use disorders*, ONUDC, Vienne, 2020.
- 146 Women and Harm Reduction International Network, *Global mapping of harm reduction services for women who use drugs*, décembre 2021.
- 147 Ibid.
- 148 ONUDC, *World Drug Report 2022, Booklet 1*, Vienne, 2022.
- 149 Voir The Global Drug Policy Index 2021, <https://globaldrugpolicyindex.net/wp-content/themes/gdpi/uploads/GDPI%202021%20Report%20EN.pdf>.
- 150 Harm Reduction International et South African Network of People Who Use Drugs, *Barriers to harm reduction among women who use drugs: Experiences from eThekweni (Durban), South Africa*, 2020.
- 151 Women and Harm Reduction International Network, *Global mapping of harm reduction services for women who use drugs*, décembre 2021.
- 152 Sophia Zamudio-Haas et al, *Generating trust: programmatic strategies to reach women who inject drugs with harm reduction services in Dar es Salaam, Tanzania*, *International Journal of Drug Policy*, 30, 2016.
- 153 Women and Harm Reduction International Network, *Global mapping of harm reduction services for women who use drugs*, décembre 2021.
- 154 Janni Leung et al, *A global meta-analysis of the prevalence of HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus among people who inject drugs – Do gender-based differences vary by country-level indicators?*, *The Journal of Infectious Diseases*, 220, 1, 2019.
- 155 ONUSIDA, *Regional profile – Eastern and Southern Africa*, Genève, 2024.
- 156 OHCHR, *Joint civil society submission, The impact of drug policies on the human rights of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people*, 18 mai 2018.
- 157 PNUD, *Situation analysis of substance use among LGBT communities in Thailand*, 2021; Avert, *Be in the know, Transgender people, HIV and AIDS*, <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/transgender>.
- 158 Jay Jackson, *On queerness and drugs*, Volteface, 23 décembre 2021.
- 159 Données de l'UNICEF, *What we do*, <https://www.unicef.org/what-we-do>.
- 160 Statistics South Africa, *Unemployment in South Africa: a youth perspective*, Pretoria, 17 mai 2024.
- 161 Banque mondiale, *Chômage des jeunes — classement des pays*, 2023.
- 162 Khalid Tinasti, *HIV and AIDS among adolescents who use drugs: Opportunities for drug policy reform within the sustainable development agenda*, *Journal of the International AIDS Society*, 21, suppl. 1, e25045, 2018.
- 163 Corina Giacomello, *Childhood that matters: The impact of drug policy on children with incarcerated parents in Latin America and the Caribbean*, Church World Service Regional Office for Latin America and the Caribbean, Buenos Aires, 2019.
- 164 Ernestien Jensema, *Human rights and drug policy*, Transnational Institute, 18 juin 2018.
- 165 Ibid.
- 166 Ibid.
- 167 Ibid.
- 168 Damon Barrett, *The impacts of drug policies on children and young people*, Open Society Foundations, New York, 2015.
- 169 Cynthia Semá Baltazar, Makini Boothe et Timothy Kellogg, *Young people who inject drugs in Mozambique: Should we emphasize them in the National Harm Reduction*

- Plan?, *Harm Reduction Journal*, Department of Public Health and Primary Care, Ghent University, 2020.
- 170 Julia Stanyard, *The impact of drug policy on children and young people in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2021.
- 171 Jason Eligh, *A shallow flood: The diffusion of heroin in Eastern and Southern Africa*, GI-TOC, 2020.
- 172 AIDS & Rights Alliance for Southern Africa, *Don't treat us as outsiders: Drug policy and the lived experiences of people who use drugs in Southern Africa*, 2019.
- 173 Louca-Mai Brady et al, *Involving young people in drug and alcohol research*, *Drugs and Alcohol Today*, 18, 1, 2018.
- 174 Sahlim Charles Amambia et al, *Participatory action research for advancing youth-led peacebuilding in Kenya*, *Peaceworks*, US Institute of Peace, 2018.
- 175 Cynthia Semá Baltazar, Makini Boothe et Timothy Kellogg, *Young people who inject drugs in Mozambique: Should we emphasize them in the National Harm Reduction Plan?*, *Harm Reduction Journal*, Department of Public Health and Primary Care, Ghent University, 2020.
- 176 Catherine Mwangi et John Gachohi, *Women using heroin in Kenya: Why it's important to intervene early in life*, *The Conversation*, 14 octobre 2019.
- 177 Julia Stanyard, *The impact of drug policy on children and young people in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2021.
- 178 Lucia Bird et al, *Changing tides: The evolving illicit drug trade in the western Indian Ocean*, GI-TOC, 2021.
- 179 Count the costs, *The war on drugs: Harming, not protecting, young people*, Transform Drug Policy Foundation, 2016.
- 180 Jason Eligh, *A shallow flood: The diffusion of heroin in Eastern and Southern Africa*, GI-TOC, 2020.
- 181 Count the costs, *The war on drugs: Harming, not protecting, young people*, Transform Drug Policy Foundation, 2016.
- 182 Corina Giacomello, *Childhood that matters: The impact of drug policy on children with incarcerated parents in Latin America and the Caribbean*, Church World Service Regional Office for Latin America and the Caribbean, Buenos Aires, 2019.
- 183 Cette définition est conforme à celle utilisée par l'Agence norvégienne de coopération pour le développement, *Anti-Corruption Approaches: A Literature Review*, 2009. Elle est plus large que la définition conventionnelle, « abus de fonction publique à des fins privées ». Cette dernière est difficile à appliquer dans les pays en développement, où la distinction entre sphères privée et publique est souvent floue. Il est à noter que ni la Convention des Nations Unies contre la corruption ni la Convention de l'Union africaine sur la prévention et la lutte contre la corruption ne définissent le terme « corruption », mais énumèrent des actes de corruption spécifiques à criminaliser, notamment le versement de pots-de-vin, le détournement de fonds, le trafic d'influence, l'abus de fonctions, l'enrichissement illicite, le blanchiment de produits du crime, le recel et l'entrave à la justice.
- 184 Jason Eligh, *A synthetic age: The evolution of methamphetamine markets in eastern and southern Africa*, GI-TOC, 2021.
- 185 Mark Shaw, *We pay, you pay: Protection economies, financial flows, and violence*, dans Hilary Matfess et Michael Miklaucic (eds), *Beyond Convergence, World Without Order*, Washington, DC: Center for Complex Operations, Institute for National Strategic Studies, 2016, pp 235–250.
- 186 GI-TOC, *Étude d'évaluation du marché*, Johannesburg, février 2021.
- 187 La valeur globale détournée par la corruption est considérable. Selon les estimations de l'ONU, chaque année, 1 000 milliards de dollars américains sont versés en pots-de-vin dans le monde et 2 600 milliards de dollars américains sont détournés par la corruption. Cette somme équivaut à plus de 5 % du PIB mondial. ONU, 346e réunion du Conseil de sécurité, « Le coût mondial de la corruption représente au moins 5 % du produit intérieur brut mondial », a déclaré le Secrétaire général au Conseil de sécurité, citant des données du Forum économique mondial, 10 septembre 2018.
- 188 Simone Haysom, *From the maskani to the mayor: The political economy of heroin markets in East and Southern Africa*, ENACT, 2020.
- 189 Il est souvent avancé que les marchés illicites corrompent de façon localisée, mais que cette influence corruptrice tend ensuite à se diffuser à l'ensemble de l'appareil étatique. Voir Peter Gastrow, *Termites at Work: Transnational Organized Crime and State Erosion in Kenya*, International Peace Institute, New York, 2011.
- 190 La petite corruption désigne des transactions financières de moindre envergure, affectant souvent la fourniture de services de base, les citoyens étant contraints de verser des pots-de-vin pour accéder aux services auxquels ils ont droit. La grande corruption implique généralement la participation de personnes occupant des fonctions publiques importantes et implique des sommes d'argent et des actifs importants.
- 191 Le ratio impôts/PIB de tous les pays de l'AEA, à l'exception des Seychelles, de l'Afrique australe, de Maurice, du Lesotho et de la Namibie, est inférieur à la moyenne de l'OCDE (24 %). Voir OCDE, *Revenue statistics in Africa*, 1990–2018.
- 192 Les sources de revenus jouent un rôle essentiel dans la définition des motivations et des stratégies de l'élite dirigeante. Lorsque les dirigeants doivent « gagner » des revenus en taxant les citoyens, cela crée des pressions en faveur de la responsabilité publique et les incite fortement à favoriser l'investissement productif et à renforcer la capacité à lever et à gérer les recettes publiques. Lorsque les revenus ne sont pas « gagnés », aucun mécanisme de responsabilisation n'existe, ce qui favorise la prédation, la corruption, la recherche de rentes et le clientélisme politique, au détriment d'un comportement politique inclusif axé sur la fourniture de biens publics. Les revenus non gagnés ont un pouvoir corrosif, qu'ils soient licites (par exemple, la « malédiction des ressources », où les ressources naturelles des pays atteignent des prix élevés sur les

- marchés internationaux des matières premières, ce qui se traduit par une corruption accrue et un affaiblissement de la gouvernance nationale) ou illicites. La nature de la source de revenus — licite ou illicite — façonne les stratégies de l'élite au pouvoir, en partie parce que ces dernières peuvent être directement appropriées. Les premières doivent généralement être obtenues par l'impôt. Le caractère « non gagné » et « illicite » des profits issus des marchés criminels les rend extrêmement corrompeurs pour les agents de l'État. Voir OCDE, *International drivers of corruption: A tool for analysis*, Paris, 2012.
- 193 Les recherches d'Interpol en Afrique de l'Est ont révélé que la corruption était un facteur clé dans l'affaiblissement de la capacité des gouvernements à collecter des recettes fiscales et que le trafic de drogue était le marché illicite le plus étroitement lié à la corruption. Voir Interpol, *Corruption as a facilitator for organized crime in the Eastern African Region*, ENACT, 15 octobre 2019.
- 194 Simone Haysom, Peter Gastrow et Mark Shaw, *The heroin coast: A political economy along the eastern African seaboard*, GI-TOC, 2018.
- 195 A titre d'exemple, dix fonctionnaires de justice zambiens ont été arrêtés en 2018, accusés d'être liés à la disparition, au tribunal de première instance de Lusaka, de 24 grammes de cocaïne détenus comme preuve dans une affaire contre des trafiquants. Voir *10 court officials arrested in connection with the disappearance of cocaine not being victimised-DEC*, *Lusaka Times*, 11 septembre 2018.
- 196 La menace qui pèse sur la responsabilité et l'indépendance des procureurs, du fait du crime organisé et des excès de pouvoir de l'exécutif, a été identifiée comme une source majeure de préoccupation par l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'indépendance des juges et des avocats, 2020.
- 197 Le juge José Matos, membre du conseil consultatif du Réseau mondial pour l'intégrité de la justice de l'ONUDC, a indiqué que l'indépendance de la justice est davantage menacée par la corruption qu'il y a dix ans. Commentaires formulés en amont d'un événement parallèle à la conférence de l'ONUDC intitulé « Exploring the effects of organized crime and corruption on the integrity and independence of the judiciary », 12 octobre 2020.
- 198 Simone Haysom, Peter Gastrow et Mark Shaw, *The heroin coast: A political economy along the eastern African seaboard*, GI-TOC, 2018.
- 199 Voir, par exemple, les rapports d'évaluation originaux (où les infractions principales sont classées) du Groupe anti-blanchiment en Afrique orientale et australe de l'Ouganda, de la Namibie et de la Zambie.: https://esaamlg.org/reports/2ND-ROUND-MUTUAL-EVALUATION-REPORT-OF-THE-REPUBLIC-OF-UGANDA_1.pdf; https://esaamlg.org/reports/Namibia_detailed_report.pdf; <https://esaamlg.org/reports/MER%20Zambia-June%202019.pdf>; Référence à l'Eswatini dans Groupe anti-blanchiment en Afrique orientale et australe, *From Arusha to Ezulwini: Looking back and looking ahead, Twenty Year Report*, 2020, <https://esaamlg.org/reports/ESAAMLG%2020%20YEAR%20REPORT.pdf>.
- 200 Banque mondiale, *Combatting corruption*, 11 mai 2017. Il convient de noter que les pays en proie à des allégations de corruption à grande échelle ont tendance à être moins bien classés dans l'Indice de la facilité à faire des affaires de la Banque mondiale, ce qui montre comment de telles pratiques entravent le progrès économique et augmentent la pauvreté.
- 201 Banque mondiale, *The World Bank in Eastern and Southern Africa*, 2020.
- 202 Botswana : Ministère des Finances et de la Planification du développement, discours sur le budget 2019 ; Eswatini : Gouvernement du Royaume d'Eswatini ; Kenya : Autorité indépendante de police et de surveillance, rapport de performance et déclaration budgétaire du Trésor national ; Lesotho : Supt. Retšelisitsoe Bokopane, chef de l'unité Diamants et drogues, LMPS, Maseru, et commissaire (CC) Chabana J Majara ; Malawi : Département du Trésor du ministère des Finances ; Maurice : République de Maurice, discours sur le budget, et Service pénitentiaire de Maurice, données budgétaires ; Namibie : ministère des Finances, rapport sur la responsabilité du gouvernement ; Seychelles : livre budgétaire ; Afrique australe : rapports annuels du Service de police sud-africain et du Département des services correctionnels ; Ouganda : ministère des Finances, de la Planification et du Développement économique ; Zimbabwe : ministère des Finances et du Développement économique, et Parlement du Zimbabwe, Assemblée nationale, Hansard n° 13 du 5 décembre 2019.
- 203 Ibid.
- 204 Données provenant de Urban-Brookings Tax Policy Center, <https://www.taxpolicycenter.org/statistics/state-and-local-revenues-and-expenditures-capita-function>.
- 205 A Kriegler, *Drug policy and its economic cost: an overview of law enforcement and social costs in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2023.
- 206 Ibid.
- 207 Police de l'Ouganda, *Annual crime report 2020*, 2020.
- 208 A Kriegler, *Drug policy and its economic cost: an overview of law enforcement and social costs in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2023.
- 209 Ibid.
- 210 Ibid.
- 211 Ibid.
- 212 Ceci est cohérent avec une autre source, qui a estimé les dépenses annuelles sud-africaines par prisonnier à 163 155 rands, soit environ 10 800 dollars américains, voir <https://acjr.org.za/events/review-of-south-africas-correctional-services-annual-report-2019-2021>. Les analyses par pays montrent que l'Afrique australe affiche l'un des taux de dépenses les plus élevés par détenu, bien

que les Seychelles soient le pays où les dépenses annuelles moyennes sont les plus élevées, avec une dépense annuelle moyenne d'environ 14 700 USD.

- 213 A Kriegler, *Drug policy and its economic cost: an overview of law enforcement and social costs in Eastern and Southern Africa*, ESACD, 2023.
- 214 Conseil de l'Europe, *Costs and unintended consequences of drug control policies*, 2017.
- 215 Global Commission on Drug Policy, *Enforcement of drug laws: refocusing on organized crime elites*, Genève, 2020.
- 216 Harm Reduction International, *Making the investment case: economic evidence for harm reduction (2024 update)*, Londres, 2024.



L'ESACD est financée par
l'Union européenne

The Eastern & Southern Africa Commission on Drugs

secretariat@esacd.org

