



MAS

MAISON DES ASSOCIATIONS DE LUTTE CONTRE LE SIDA
01 BP 2034 Tel: 20 98 34 55 Bobo-Dioulasso 01
Email: maisonassobobo@yahoo.fr

Août-septembre 2018



RAPPORT D'AUDIT DE LA LOI ANTI DROGUE DU BURKINA FASO

SOMMAIRE

Introduction	3
I- Observations préliminaires	3
II- Première partie - analyse	5
II.1- Les faiblesses du code des drogues dans la protection des droits humains et de la santé publique :	5
II.1.1- Faiblesses textuelles.....	5
II.1.2- Les faiblesses institutionnelles.....	8
II.2- Les forces du code des drogues dans la protection des droits humains et de la santé publique	10
III- Deuxième partie - proposition d'amendements	12
III.1- Droit du toxicomane à la protection de la santé	12
III.1.1- Section 1 : Prise en charge et traitement.....	14
III.1.2- Section 2 : L'injonction thérapeutique.....	14
III.1.3- Section 3 - La réduction des risques	16
III.2- La consolidation des droits humains chez le toxicomane.....	19
III.2.1- La décriminalisation du délit de consommation de stupéfiants.	19
III.2.2- Le choix opportun : la dépénalisation partielle	21
III.3- Amendement à l'article 98	22

Introduction

I- Observations préliminaires

La loi n° 17-99/AN du 22 avril 1999 portant Code des drogues constitue le cadre juridique principal dans lequel s'inscrit la politique burkinabé de lutte contre les drogues. Ses dispositions pénales (notamment les articles 44 à 72, 82) ont été abrogées et remplacées par les articles 381-1 à 387-10 de la loi n°025-2018/AN du 31 mai 2018 portant code pénal (CP). Cette dernière loi est entrée en vigueur le 05 juillet dernier. En outre, la loi N° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de la santé publique, encadre l'usage médical des stupéfiants.

La législation burkinabé réprime l'usage et le trafic des stupéfiants, en distinguant trois grands axes :

- ✓ La répression sévère du trafic de stupéfiants et de ses profits. (art. 381-1, 381-2, 381-3 et 382 CP)
- ✓ La pénalisation de l'usage (art. 385-1 et 385-2 CP)
- ✓ L'alternative de soin à la sanction de l'usage appelée "injonction thérapeutique" (art. 387-9 CP)

D'une manière générale, la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'usage des substances, plantes ou la culture des plantes classées comme vénéneuses sont interdites sauf dans les cas où la loi en dispose autrement, sur toute l'étendue du territoire national. Ces infractions sont prévues et réprimées par les articles 381-1 à Article 382-3 du nouveau Code Pénal (loi n°025-2018/AN du 31 mai 2018).

L'adoption du code des drogues a été **faite conformément au cadre juridique** international applicable aux drogues ; lequel est constitué de trois conventions internationales qui lient les États signataires et les obligent à une transposition dans leur législation interne. Ce sont :

- ✓ **La convention unique sur les stupéfiants de 1961**, modifiée par un protocole en 1972 qui met en place la "liste des stupéfiants". Principaux produits visés : opium, morphine, héroïne, méthadone, codéine, cocaïne, cannabis... **(Ratifiée le 16 septembre 1969 par le Burkina Faso)**

- ✓ **La convention de 1971 sur les substances psychotropes** qui met en place “la liste des substances psychotropes” Principaux produits visés : MDMA (ecstasy), LSD, amphétamines, buprénorphine, benzodiazépines...
- ✓ **La convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes** qui renforce la coopération internationale dans la lutte contre le trafic sous toutes ses formes. Elle prévoit également le contrôle de 23 substances utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants : les “précurseurs chimiques”. **(Ratifiée le 02 juin 1992)**

Ces conventions imposent aux Etats les ayant ratifiées cinq types d'obligations :

- ✓ Posséder des institutions nationales appropriées au contrôle des drogues.
- ✓ Etablir une classification nationale des différentes drogues au moins aussi stricte que celle retenue dans les précédentes conventions.
- ✓ Associer à chaque activité liée aux drogues un dispositif pénal déterminé. Si l'incrimination de l'usage est laissée à la discrétion de chaque pays, la possession et le trafic de drogue doivent être systématiquement incriminés et poursuivis.
- ✓ Mettre en place des dispositifs de réduction des risques et de diminution de la demande.
- ✓ Coopérer avec les institutions de l'Organisation des Nations Unies (ONU) dans leur activité de contrôle des drogues.

Les États signataires de ces conventions s'engagent à prendre les mesures nécessaires pour que les substances concernées ne soient utilisées qu'à des fins médicales ou scientifiques. Ils sont libres d'ajouter à ces listes d'autres substances qu'ils jugent dangereuses et d'adopter des mesures de contrôle plus sévères s'ils le jugent nécessaire pour la protection de la santé publique.

II- Première partie - analyse

Ce code des drogues constitué par la loi n° 17-99/AN du 22 avril 1999, en vigueur pendant deux décennies, apparaît aujourd'hui dépassé. Il est ainsi nécessaire d'y apporter des réformes pour lui permettre de toujours atteindre son objectif qui est d'aider notre pays à sortir victorieux dans la lutte contre l'abus des drogues. Cette révision doit consolider ses forces et palier ses insuffisances relevées au regard l'évolution du monde, de la recherche scientifique sur le fléau de la drogue mais surtout profiter des expériences acquises dans son application ainsi que des acquis engrangés par d'autres Etats dans la lutte contre la drogue. Afin de contribuer au débat et faire avancer les politiques en la matière, nous avons procédé à l'analyse de la législation sur la drogue en mettant le curseur sur la garantie des droits humains et la protection de la santé publique.

II.1- Les faiblesses du code des drogues dans la protection des droits humains et de la santé publique :

II.1.1- Faiblesses textuelles

Il sera ici examiné les lacunes résultant des dispositions de la loi.

II.1.1.1- La pénalisation de l'usage et de la détention de stupéfiants à des fins de consommation personnelle ;

1) **Le simple usage** ou la simple consommation de toute drogue illicite inscrite sur l'un des tableaux annexés à ladite loi est passible de poursuites pénales. En effet l'usage suppose l'achat, la culture ou la détention illicite d'au moins une faible quantité de stupéfiants ou de substances psychotropes. Dans ce cas il est fait application de l'article 385-2 qui prévoit diverses peines :

- ✓ S'il s'agit d'une plante ou d'une substance classée comme **drogue à haut risque** y compris l'huile de cannabis, l'emprisonnement est d'**un mois à un an** et d'une amende de deux cent cinquante mille (250 000) à six cent mille (600 000) francs CFA ;
- ✓ S'il s'agit d'un dérivé de la plante de cannabis autre que **l'huile de cannabis**, d'une peine d'emprisonnement de **un à six mois** et d'une amende du même montant.

- ✓ S'il s'agit d'une plante ou d'une substance classée comme **drogue à risque**, d'une peine d'emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de deux cent cinquante mille (250 000) à six cent mille (600 000) francs CFA.

2) **La détention et l'acquisition** d'une quantité quelconque de drogues associées à un usage individuel est pénalement réprimée de **deux (02) à cinq (05) ans de prison** ainsi que d'une amende variable selon la nature de la substance en cause :

- ✓ S'il s'agit d'une drogue à haut risque l'amende est d'un (01) million à cinq (05) millions (5 000 000) de francs (**article 381-4 Code Pénal**)
- ✓ S'il s'agit d'une drogue à risque l'amende est de cinq cent mille (500 000) à deux millions (2 000 000) de francs CFA (**article 382-1 CP**)

L'opinion que nous émettons en constatant les effets de l'application quotidienne de ces peines est que *“ce n'est pas avec la prison que l'on règle efficacement des problèmes d'addictions”*. L'incarcération des toxicomanes entraîne de graves problèmes :

- ✓ Le premier est celui de la **surpopulation carcérale**. En effet, malgré la répression, la consommation des stupéfiants s'est accrue dans la société et touche toutes les couches sociales. Les adolescents se trouvent pris au piège de la drogue sans réaliser comment y ils sont entrés. La solution répressive conduit alors à la détention d'un grand nombre de personnes, en atteste les statistiques de la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO) que nous annexons à l'audit. Au mois de juillet 2018, deux cent quatre-vingt dix neuf (299) personnes étaient détenues pour abus de drogues.
- ✓ Ensuite, il se pose un **problème de réinsertion sociale** en ce sens qu'en prison les usagers de drogue ne bénéficient pas toujours d'un suivi médical ou social particulier les mettant en mesure de sortir de la drogue. Dans la majorité des cas, ils poursuivront la consommation de drogue et finiront tôt où tard par être reconduits en prison pour ce fait. On constate ainsi un taux très élevé de récidive chez les toxicomanes.
- ✓ Enfin la prison constitue pour ces derniers une **école de délinquance**. Mis en contact avec les autres détenus pour diverses infractions du fait de

l'encellulement collectif, les usagers de drogue nouent des relations d'amitié inintéressantes et se retrouvent à leur libération embringués dans le banditisme pour obtenir les moyens de se procurer leurs doses.

2) L'absence de l'injonction thérapeutique pendant la phase d'enquête et d'information judiciaire. Comme il a déjà été indiqué, l'injonction thérapeutique telle que prévue ne peut être ordonnée que pendant la phase de jugement, ce qui l'exclut comme mesure alternative à la poursuite. Il conviendrait de la prévoir dès le stade de l'enquête comme mesure pouvant être édictée par le Procureur du Faso ou le Juge d'instruction et ce, avec le consentement du toxicomane. L'impossibilité légale de l'ordonner dès cette étape a des effets néfastes sur la santé publique puisque dans ces conditions on ne peut que procéder à la détention des toxicomanes qui pourtant et en général ont plus besoin de soins que d'être envoyés en prison où ils apprendront la délinquance aux côtés des autres détenus.

Dans la pratique, le ministère public ne recourt pas systématiquement à la détention pour tous les cas de consommation ou de détention pour usage personnel. Le système pénal burkinabé repose en effet sur le principe de l'opportunité des poursuites reconnu au Procureur du Faso. Il est donc procédé à un tri selon les alternatives qui s'offrent dans les cas d'espèce. De même les juridictions de jugement apprécient l'application de législation en matière de sursis et d'exemption de peines.

Néanmoins dans le cadre d'une révision il serait judicieux de prévoir l'injonction thérapeutique à toutes les phases du traitement de l'abus des stupéfiants.

3) Il faut noter par ailleurs que la **décriminalisation ou la dépenalisation totale** de certains stupéfiants (cannabis notamment) et des substances psychotropes pour les délits d'usage personnel, de détention ou acquisition à usage personnel peut être envisagée comme solution évitant la détention des toxicomanes. Certains pays y ont procédé mais pour ce qui est du Burkina Faso, ce projet, s'il est entendu comme l'exemption totale de sanctions pénales, nous paraît aujourd'hui prématuré et inopportun pour plusieurs raisons qui seront évoquées dans les amendements. Néanmoins un allègement des peines applicables est possible et peut être proposé.

4) La loi 17/99 AN n'incorpore pas des mesures de protection des usagers de drogue contre les pratiques policières abusives (extorsion, fouilles intempestives, vices de procédure, auditions de toxicomanes en état de manque, refus de soins...) Il est vrai que les toxicomanes, de par l'affaiblissement de leur santé, sont vulnérables à cette brutalité non nécessaire et aux antipodes des droits humains. Mais le code pénal et le code de procédure pénale burkinabé offrent suffisamment de garanties pour engager les responsabilités pénales et disciplinaires des OPJ et APJ qui se rendront coupables d'infraction dans l'exercice de leurs fonctions. Les victimes de ces pratiques abusives peuvent obtenir réparation en portant plainte suivant les voies de recours ordinaires. Il faut aussi éviter de trop accabler la police antidrogue quand on sait que les toxicomanes sont souvent violents et prêts à tout pour empêcher qu'on les prive de "leur dose". C'est pourquoi nous proposons le statu quo sur cette question.

Il existe des projets de réduction des risques ainsi que des structures privées de traitement de la dépendance aux drogues, où sont échangées des seringues et fournis des matériels de consommation (pipes par exemple) et tout autre service destiné aux usagers de drogues. Mais ces structures ne sont pas particulièrement protégées par la loi. C'est pourquoi nous avons proposé une section sur la réduction des risques.

II.1.2- Les faiblesses institutionnelles

- ✓ Le code des drogues appliqué depuis bientôt vingt (20) ans considère par les sanctions l'usager de drogue, quelle que soit la substance en cause, comme "une personne dangereuse" qu'il convient d'enfermer pour neutraliser le risque d'insécurité que de par sa consommation il fait courir aux autres. Sur cette base, le législateur a prévu des sanctions et le juge les applique aux toxicomanes. Mais à l'analyse et comme sus mentionné, **le résultat du traitement pénal de l'abus des stupéfiants est mitigé**. Le taux de récidence est très élevé et concerne tant des jeunes élèves et étudiants que des travailleurs de tous milieux.
- ✓ La traque des consommateurs de drogues, parfois à l'appel des citoyens, entraîne aujourd'hui une multiplicité de procédures conduisant à **l'encombrement des tribunaux et des prisons** par les consommateurs.

(Voir les statistiques du CNLD et de la MACO annexés). Le budget consacré pour les nourrir en prison aurait partiellement permis à l'État de prévenir ce mal ou même de faire fonctionner un centre de traitement.

- ✓ L'inefficacité du traitement de l'addiction aux drogues par les sanctions pénales est accrue par **la présence de la drogue en prison**. S'il est difficile d'avoir des données objectives sur la consommation de drogues par les personnes détenues, la présence de la drogue est incontestable dans les prisons. Dans la MACO, chaque année des détenus sont trouvés en possession de drogues. A titre illustratif nous annexons à ce travail des jugements et des extraits de jugement.

➤ Enfin **l'absence d'un centre de désintoxication** fait que l'injonction thérapeutique n'est presque jamais appliquée. C'est ainsi que de nombreux parents sont dans le désarroi en découvrant leurs enfants dans l'engrenage de la drogue et ne peuvent rien faire pour les en sortir. Il est indéniable qu'ils auraient souhaité les voir dans un centre de traitement et non dans un centre de détention qui ne règlera pas le problème.

➤ **L'inapplication de fait de l'injonction thérapeutique**. Bien que légalement prévue, comme alternative à la sanction, l'injonction thérapeutique n'est pas utilisée dans la pratique judiciaire. Cet état de fait s'explique entre autres par :

- l'absence du décret d'application qui devrait l'organiser (pour les modalités et la prise en charge financières),
- par l'inexistence d'infrastructures sanitaires adaptées,
- l'insuffisance de médecins psychiatres expérimentés en matière de cure de désintoxication,
- l'indisponibilité des traitements...

On peut conclure sur ce point à un manque de moyens et l'absence d'une bonne politique sanitaire.

En somme si la prohibition de la drogue et les peines prévues demeurent utiles pour prévenir l'abus de drogues tant sur le plan collectif qu'individuel, lorsque la toxicomanie s'est installée, la prison devient une solution inefficace.

II.2- Les forces du code des drogues dans la protection des droits humains et de la santé publique

- ✓ La **présente loi a l'avantage de définir des incarcérations quelque peu souples**. Pour la simple consommation, il est édité un maximum d'un an de prison (article 385-2) et pour la détention de stupéfiants, il est prévu une peine allant de deux (2) à cinq (5) ans de prison (art. 385-1 et 385-2) et permet aux juges d'exercer leur pouvoir d'appréciation quant à l'opportunité de leur application, lorsque les circonstances le justifient. (Principe de la personnalisation des peines, application du sursis, etc).
- ✓ L'utilisateur de drogue peut avoir une **dispense de peine ou de l'exécution** de celle-ci d'une part s'il n'a pas atteint l'âge de la majorité pénale (donc s'il est âgé de moins de dix huit ans) et d'autre part s'il n'est pas en état de récidive.
- ✓ Dans l'ensemble, la loi **garantit dans ses dispositions le respect des droits humains** (pas de peines de mort pour les trafiquants) même si des violations surviennent souvent par l'effet de son application (omission des considérations de santé, discrimination...).
- ✓ Les **sanctions pénales nous paraissent proportionnées** à la gravité de l'infraction. Bien qu'une distinction ne soit pas faite selon les quantités saisies, dans la pratique le juge en tient compte pour moduler la sanction.
- ✓ **La simple possession d'accessoires de consommation de matériel d'injection**, propre ou contenant des traces de substances) n'est pas incriminée comme il en a été souvent le cas dans certains pays. Une telle incrimination aurait amené les consommateurs de drogues par injection à partager et cacher leur matériel, et s'exposer davantage à des risques de contamination.
- ✓ **L'injonction thérapeutique** est prévue comme une mesure alternative à la condamnation pénale avec les faiblesses relevées. Mais il faut le déplorer encore, elle ne n'est quasiment jamais prononcée par le juge burkinabé.
- ✓ **Nous proposons donc d'étendre** l'injonction thérapeutique à toutes les étapes. Elle devra être faite avec le consentement du toxicomane si elle est décidée avant le jugement mais sera obligatoire si elle est prononcée par le juge comme alternative à l'emprisonnement. Sur ce point il faut veiller à ce

que l'échec d'un traitement ordonné par les tribunaux ne puisse pas constituer une infraction pénale comme dans certains pays mais le refus peut l'être. (Voir ci-dessus).

- ✓ Le code des drogues autorise l'usage médical des drogues et n'incrimine que l'usage à des fins récréatives.
- ✓ Approche équilibrée dans la réduction de l'offre et de la demande des drogues

III- Deuxième partie - propositions d'amendements

III.1- Droit du toxicomane à la protection de la santé

Dans le code des drogues, les usagers ont une double image de délinquants et de malades. Il ne fait pas de doute que les drogues sont dangereuses pour la santé. Sans nous étaler sur les méfaits de drogue observons sur le plan de la santé qu'elles altèrent la faculté de décision de leurs consommateurs. Le partage des aiguilles répand le virus du sida et l'hépatite C, et l'usage collectif des pailles à inhaler la fumée de l'héroïne et la chicha propage la tuberculose. La dépendance conduit en situation de manque à des violences familiales ou à de mauvais traitements, notamment à l'égard des enfants.

Le droit à la protection de la santé est consacré par les normes internationales. Rappelons que la convention de 1961 dans son article 38 réaffirme l'importance des mesures sanitaires de lutte contre l'abus des stupéfiants, invite les parties à prendre *“toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées”*. Le droit à la santé est garanti au toxicomane comme à tout citoyen. S'agissant de ces derniers, le droit à la protection de la santé est primordial mais paradoxalement, il voit son effectivité limitée, en raison de plusieurs considérations :

- D'abord, ***l'accès aux soins peut être entravé en raison de discriminations*** : il est démontré que les usagers de drogues vivant dans un pays où la consommation de drogues est une infraction hésitent à se faire soigner, par crainte que des informations concernant leur consommation ne soient communiquées aux autorités et n'entraînent leur arrestation. Aussi, les témoignages montrent qu'un usager de drogue admis dans un établissement de soins est souvent considéré comme un patient à part, alors qu'il devrait, comme tout autre malade, recevoir tous les soins que sa pathologie exige, et dans des conditions adaptées à sa situation.
- Ensuite, des ***lacunes dans la prise en charge sanitaire et sociale sont constatées***. En dépit des efforts réalisés ces dernières années, des progrès restent à faire sur le plan de la formation des personnels soignants, de l'adaptation aux

besoins des patients, et de la création de véritables réseaux de soins, le suivi de populations vulnérables, comme les détenus...

- Enfin, les **limites légales et réglementaires de la politique de réduction**. La criminalisation de l'usage de drogue au Burkina s'oppose en principe à l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque. Dans certains pays il existe des salles de consommation à moindre risque (SCMR), qui sont des lieux où les usagers s'injectant de la drogue par voie intraveineuse, peuvent venir pratiquer leur injection dans de bonnes conditions sanitaires et d'hygiène, en présence d'un personnel formé. On supervise l'injection des produits stupéfiants (héroïne, cocaïne ou médicaments), en enseignant parfois des techniques plus sûres et oriente les usagers vers des structures de soins ou de traitement de la dépendance. La pertinence de telles structures n'est pas contestable dans le contexte américain et européen mais leur mise en place doit tenir compte de l'évolution de la société et nécessite un programme national spécial. Pour le Burkina Faso, l'ampleur de la consommation de la drogue par injection ne nous paraît pas être aussi importante pour qu'il soit mis en place des SCMR. De plus il est à craindre qu'elle entrave la lutte contre la demande de la drogue et surtout qu'elle soit rejetée violemment.

On note que le législateur international entend favoriser le traitement des toxicomanes, tout en laissant le choix aux Etats membres d'appliquer toutes les mesures possibles. L'injonction thérapeutique et la réduction des risques constituent les principales mesures sanitaires mais si la première est évoquée insuffisamment dans le code des drogues, la réduction des risques est simplement occultée ainsi que le rôle de l'Etat dans la prise en charge sanitaire. Il conviendra d'insérer au titre III (Répression de la production et du trafic illicite des stupéfiants et mesures contre l'abus des stupéfiants et des substances psychotropes) et après le chapitre I (incrimination et peines principale) un nouveau chapitre qui sera le nouveau chapitre II et qui sera intitulé **(thérapie et réinsertion)**. Ce nouveau chapitre II aura trois sections consacrées respectivement :

III.1.1- Section 1 : Prise en charge et traitement

Article : L'Etat pourvoit à la prise en charge des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou psychosocial ou des mesures d'assistance en raison de troubles liés à l'addiction.

Ces traitements ont pour objectif la prise en charge thérapeutique et l'intégration sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, l'amélioration de leur santé physique et psychique ainsi que la création des conditions permettant l'abstinence.

L'Etat favorise la réinsertion sociale et professionnelle des personnes présentant des troubles liés à l'addiction.

Il crée les institutions nécessaires au traitement et à la réinsertion ou soutient des institutions privées répondant aux critères de qualité requis.

III.1.2- Section 2 : L'injonction thérapeutique

Les usagers ayant une double image de délinquants et de malades, des alternatives thérapeutiques à la peine, sont prévues au Burkina Faso (art 387-9 du nouveau code pénal) avec les insuffisances que nous avons relevées plus haut :

Article 387-9 : *“Lorsqu'un toxicomane fait l'objet d'une condamnation pour l'une des infractions prévues aux articles 381-1, 384-5, 385-1 à 385-3 de la présente loi, la juridiction peut, en remplacement ou complément de la peine, ordonner des mesures de traitement ou de soins appropriés à son état. Un texte réglementaire fixe les modalités d'exécution de ces mesures.”*

Nous proposons une reformulation en ajoutant trois alinéas ainsi qu'il suit :

Article 387-9 : “Lorsqu'une personne s'adonnant à l'usage hors prescriptions médicales des drogues sous contrôle est interpellée, elle peut à sa demande ou à celle de sa famille, être placée dans un établissement thérapeutique après soumission à l'expertise médicale nécessaire.

Le procureur du Faso saisi, au vu du rapport médical peut lui proposer de se soumettre à une cure de désintoxication, sous peine d'être poursuivie.

En cas d'acceptation la procédure est mise en instance. Dans le cas contraire, des poursuites pourront être exercées à son encontre avec toutes les conséquences pénales.

Article 387-10 : “Lorsqu’un toxicomane fait l’objet d’une condamnation pour l’une des infractions prévues aux articles 381-1, 384-5, 385-1 à 385-3 de la présente loi, la juridiction peut, en remplacement ou complément de la peine, ordonner des mesures de traitement ou de soins appropriés à son état. Un texte réglementaire fixe les modalités d’exécution de ces mesures.

Le refus par lui, de se soumettre à ces mesures, est puni d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de deux cent cinquante mille (250 000) à six cent mille (600 000) francs CFA ;

Cette formulation en deux articles présente **plusieurs avantages** :

- ✓ Prioriser les soins dès l’arrestation du toxicomane par son placement dans un centre de traitement au lieu de le conduire directement en prison en attendant son jugement. Ce placement tel que libellé ne nécessite aucun texte réglementaire et serait simple à mettre en œuvre avec le consentement du toxicomane.
- ✓ Permettre que l’usager de drogue ou sa famille puisse volontairement choisir l’alternative des soins qu’ils prendront en charge en cas d’indisponibilité de moyens fournis par l’Etat ou les structures communautaires.
- ✓ Faire pression sur le toxicomane qui a été condamné par le tribunal ou placé dans un établissement thérapeutique par le Procureur à suivre les soins (mais pas à les réussir nécessairement) sous peine de se voir poursuivi.
- ✓ la société civile disposant d'une capacité et d'un financement pour répondre aux troubles liés aux drogues pourra apporter son concours sans une grande formalité.

Néanmoins, l’effectivité de l’injonction thérapeutique est subordonnée à une convergence d’approches entre les magistrats et les médecins quant à la situation du toxicomane et surtout à la mise en place d’une bonne politique sanitaire avec notamment un personnel qualifié en addictologie ainsi qu’une disponibilisation des médicaments pour le traitement.

III.1.3- Section 3 - La réduction des risques

Un **changement de regard** s'est produit au cours de ces dernières décennies, en Europe et en Amérique notamment, en raison de la diffusion du VIH et du sida. La découverte du fait que les usagers de stupéfiants par voie intraveineuse étaient particulièrement atteints, a conduit à des modifications, parfois substantielles, des politiques concernant les consommateurs. Des pratiques, puis des politiques de réduction des risques ont commencé à être développées.

Ces politiques tendent à reconnaître certains droits aux consommateurs visant, entre autres, à **mieux protéger leur droit à la santé**. D'une part, on a affirmé le droit des usagers à être informés sur les effets des produits qu'ils consomment, y compris pour les produits interdits, afin de connaître les principaux risques sanitaires que ceux-ci provoquent, ainsi que la manière la moins risquée de les utiliser. D'autre part, la possibilité d'accéder légalement aux produits dits de substitution, réduit non seulement les risques de consommation de substances frelatées, mais aussi le besoin de commettre des infractions pour acheter des produits illicites.

Ce constat est valable pour le Burkina Faso en ce qu'il est prouvé que si la prévalence du Sida a reculé dans la population en général, le taux de séropositivité reste élevé au sein de certains groupes vulnérables comme les toxicomanes. Il est évident que ces derniers, vivant dans la population et ayant des rapports charnels avec les autres, constituent un risque de propagation de l'épidémie ; d'où il suit qu'il convient d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale dans une dynamique de santé publique.

En outre cela est conforme à **l'esprit des trois conventions internationales** ratifiées par le Burkina Faso et qui imposent aux États d'assurer "**le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale**" des personnes présentant un usage problématique de drogues. Confère l'article 38 de la Convention de 1961, repris dans les deux conventions suivantes (1971 et 1988).

Il apparait que la prise en charge sanitaire efficace et adaptée nécessite :

D'abord un **renforcement de la formation médicale**, initiale et continue, en addictologie (toute chose qui relève de la stratégie nationale de lutte contre la drogue et non de la loi) ;

Ensuite une nouvelle politique de lutte contre la drogue comportant **une politique de réduction des risques**, en particulier :

- ✓ les programmes d'échanges de seringues,
- ✓ les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Ce chemin semble être emprunté dans notre pays avec le programme dénommé **“Réduction des risques VIH/Tuberculose et autres co-morbidités, et promotion des droits humains auprès des consommateurs de drogues injectables au Burkina Faso, au Cap vert, en Cote d’Ivoire, en Guinée Bissau et au Sénégal”**. Ce programme est mis en œuvre depuis juillet 2017 par l'Initiative Privée et Communautaire pour la santé et la riposte au VIH/SIDA au Burkina Faso (IPC/BF). Il est donc temps et **nécessaire de lui donner un cadre juridique** en procédant à certaines réformes législatives qui prendraient en compte les initiatives visant à contenir la propagation des maladies infectieuses par le fait de la consommation de drogues injectables et l'exonération de la responsabilité des personnes chargées de la mise en œuvre de la RdR.

Pour ce faire nous proposons un article ainsi formulé :

Article : Politique de réduction des risques

A- La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psycho-actives ou classées comme stupéfiants.

B- Sa mise en œuvre s'effectue dans le cadre de programmes et projets initiés ou autorisés par le ministère en charge de la santé et conformément à un cahier des charges adopté par arrêté.

C – Elle comprend et permet les actions visant à :

- 1) Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psycho actives ou classées comme stupéfiants ;
- 2) Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

3) Promouvoir et distribuer dans le cadre de programmes et projets autorisés, par le Ministère en charge de la santé, des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

4) Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risque, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

5) Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

D- Dans l'exercice de leurs missions, les médico-sociaux et les intervenants dûment habilités jouissent d'une immunité.

Ils ne peuvent être poursuivis, recherchés, arrêtés, détenus ou jugés pour les actes qu'ils posent dans les lieux d'exécution de leurs missions.”

N. B :

1) L'immunité pénale ainsi définie est limitée aux faits de complicité d'usage illicite et de facilitation de l'usage illicite de stupéfiants. Cependant elle n'exclut pas qu'en cas d'accident survenu à la suite d'une consommation de substances psycho actives dans le lieu du déroulement d'un projet de RER, des enquêtes policières ou judiciaires puissent être menées pour rechercher les causes de la mort ou du chef de blessures ou homicide involontaires, à l'instar du régime de droit commun (comme cela se fait pour la responsabilité médicale en cas de décès suite à une intervention hospitalière).

2) Le mandat de la police et de la justice continue à s'exercer en matière de lutte aux drogues et à l'égard des personnes liées aux groupes criminalisés, et ce, incluant les alentours des éventuels des lieux où se déroulent les programmes si cela s'avère nécessaire (trafic de drogues ou toutes autres infractions aux lois et aux règlements). La police conserve l'obligation de répondre aux appels de service de la population

qui peuvent concerner directement ou indirectement les usagers de ces sites. Il faut donc une approche concertée entre les partenaires pour l'exécution d'un programme équilibré alliant prévention, traitement, application de la loi et la réduction de certains méfaits.

III.2- La consolidation des droits humains chez le toxicomane

Le choix burkinabé de faire de l'usage de drogues une infraction pénale et de considérer parallèlement le consommateur, quel qu'il soit, à la fois comme un délinquant et un toxicomane, c'est-à-dire un malade, soulève un certain nombre de questions liées aux droits humains et qui se posent au niveau mondial à tous les pays qui traitent comme nous l'usage de drogue. Le Haut Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme a ainsi conduit en 2015, une étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme. L'étude souligne que *"l'objectif premier du régime international de contrôle des drogues, tel qu'il est énoncé dans le préambule de la Convention de 1961, est de protéger la santé physique et morale de l'humanité"* Au regard de la situation particulière de l'utilisateur de drogue, une attention doit être portée outre sur son droit à la santé, à ses droits humains notamment sa liberté individuelle ; d'où la problématique de la décriminalisation de la drogue.

III.2.1- La décriminalisation du délit de consommation de stupéfiants.

En se basant d'abord sur le fait qu'en dépit des sanctions pénales, la consommation de cannabis est une réalité "notamment chez les adolescents et les jeunes adultes, et que cet usage constitue un véritable problème de santé publique dont la répression entrave des réponses adéquates, certains activistes des droits humains proposent d'autoriser aux personnes majeures, de façon très encadrée, la vente au détail et l'usage de plantes de cannabis et de produits dérivés. D'autres théoriciens vont au delà du cannabis et évoque les drogues en général. Il est soutenu que *'tant que le cannabis sera interdit, il attirera les jeunes par goût de la transgression et fera la fortune des réseaux mafieux. En réalité, interdire le cannabis n'empêche pas les gens de fumer ; cela les empêche juste de respecter la loi'*. Un projet de loi portant sur ce sujet a été examiné et rejeté le 2 avril 2015 par le Sénat français. Pour qualifier cette autorisation des stupéfiants plusieurs termes sont utilisés et il convient de les définir brièvement.

III.2.1.1- Clarification conceptuelle

- ✓ **La « libéralisation »** consiste à **enlever toute interdiction juridique** en ce qui concerne l'usage, la détention et le commerce d'un produit. La libéralisation des drogues, plus précisément du cannabis, désigne donc le processus visant à réduire voire à éliminer la prohibition des drogues.
- ✓ **La légalisation** est la **reconnaissance juridique** d'un comportement, qui implique la reconnaissance d'une liberté (comme la libéralisation). L'intervention de l'Etat peut servir d'appui dans ce cas et se résumera à la mise en place des moyens nécessaires à l'exercice de cette liberté.

N.B. : Légaliser ou libéraliser l'usage du cannabis ou toute drogue consistera à autoriser sa détention pendant que sa production et sa distribution peuvent être contrôlées et encadrées par l'Etat. Un tel choix serait contraire à nos engagements internationaux parce que les conventions proscrivent l'autorisation de l'usage des drogues à des fins récréatives. Nous savons que cela n'est pas envisagé ici.

- ✓ **La décriminalisation** désigne "le processus tendant non seulement à **la suppression de l'application de toute sanction pénale** à l'égard d'un comportement déterminé, mais encore à la suppression de son statut même de d'infraction pénale ou de crime ;
- ✓ **La dépénalisation** s'entend stricto sensu, de la suppression de l'interdiction pénale. Mais en général elle est employée pour désigner le processus tendant *à réduire l'application de sanctions pénales à l'égard d'un comportement déterminé*. Cette réduction de sanctions peut être utilisée pour parvenir progressivement à la suppression pure et simple de l'interdiction. Cette notion est alors proche de celle de la "décriminalisation". On parle parfois de dépénalisation " partielle" ou "totale" de l'usage de cannabis selon le niveau de réduction des sanctions.

III.2.1.2- Les obstacles de fait à la décriminalisation de l'usage des drogues (cannabis particulièrement) :

- ✓ L'absence d'une **véritable politique de prévention et surtout de traitement de la dépendance** à la drogue (le Burkina Faso ne dispose pas de centre de désintoxication, peu d'agents de santé sont formés à la prise en charge des

addictions et l'accès aux médicaments ne sera pas aisé pour la majorité de la population) ;

- ✓ Le risque de **surenchérissement du coût de la santé publique** eu égard au risque d'encouragement de la consommation des stupéfiants ;
- ✓ Il nous semble que **la société burkinabé n'est pas encore prête** à accepter l'usage, même contrôlé d'une quelconque drogue à des fins de loisir. L'opinion n'est pas encore préparée. Pour ce faire, il conviendrait de **procéder pour le moment par une dépénalisation de fait**, en faisant la promotion d'un traitement des toxicomanes et non leur arrestation. Lorsqu'une telle habitude s'installera, le toxicomane sera réellement vu comme un malade et non plus comme un délinquant et alors la loi pourrait être amputée des sanctions prévues pour l'abus des stupéfiants. Pour le moment il y a donc un risque d'inacceptation sociale quand on sait que le toxicomane de par l'altération de ses facultés mentales est perçu comme une source d'insécurité publique et la population le considère comme un danger et n'hésite pas à faire appel à la police pour son arrestation. Pour illustrer cette crainte, considérons la résistance actuelle, dont fait montre la société burkinabé, contre un projet de révision du code pénal pour une "éventuelle légalisation de l'IVG (interruption volontaire de grossesse)", et ce depuis la publication d'une audience accordée le 22 août 2018 par le président de l'assemblée nationale, Alassane SAKANDE, à la délégation de la Fondation Susan Buffett introduite par le ministre de la Santé.

Tenant compte des aspects ci-dessus, nous estimons qu'il serait indiqué dans le contexte actuelle d'envisager une dépénalisation partielle.

III.2.2- Le choix opportun : la dépénalisation partielle

La **dépénalisation totale** désigne la suppression de toute peine (le comportement d'usage est extrait du champ infractionnel), alors que la **dépénalisation partielle** désigne l'assouplissement des peines prévues par la loi. Il peut s'agir d'une part de diminuer les peines d'emprisonnement prévues aux dispositions qui incriminent l'usage des stupéfiants et d'autre part de remplacer les peines de prison par une peine d'amende ou par une peine de travail d'intérêt général.

Des amendements pourront être faits aux articles 385-1 et 385-2 CP à l'issue des échanges si la tendance est à la réduction des peines et selon le niveau de préparation de la société. Pour notre part nous nous inclinons pour l'utilisation efficiente de l'injonction thérapeutique, les peines étant maintenues en l'état à titre dissuasif mais uniquement appliquées si l'usage de stupéfiant s'accompagne d'autres infractions.

III.3- Amendement à l'article 98

Cet article dispose : *“Des structures de lutte et/ou de coordination de lutte contre la drogue seront créées par voie réglementaire”*.

Cette formulation est inappropriée dans la mesure où la structure de coordination a déjà été mise en place : le “Comité National de Lutte contre la Drogue” créé par décret n° 93-231/PRES/PM du 26 juillet 1993 et modifié par décret N°96-395/PRES/PM/MATS du 20 novembre 1996, portant réorganisation, attribution et composition du comité de lutte contre la drogue. Il convient de lui accorder une place dans la nouvelle loi antidrogue conformément aux prescriptions internationales. Nous proposons alors que l'article 98 soit revu ainsi qu'il suit :

La coordination des actions de lutte contre la drogue est assurée par le Comité National de Lutte contre la Drogue

Il a pour objet :

- ✓ de coordonner l'action de tous les intervenants dans la lutte contre le trafic et l'abus des drogues
- ✓ d'appliquer et d'animer la politique définie par le gouvernement en matière de lutte contre les stupéfiants et les autres substances psychotropes ;
- ✓ de préparer les décisions du gouvernement, tant au plan national qu'international en ce qui concerne la lutte contre le trafic illicite et la consommation des drogues;
- ✓ de proposer au gouvernement des plans d'action ainsi que des mesures efficaces visant à protéger le Burkina Faso contre le fléau de la toxicomanie;
- ✓ de veiller à l'application des traités internationaux dont le Burkina Faso est signataire en matière de stupéfiants et de substances psychotropes;

- ✓ de coordonner la mise en œuvre des mesures prises par les différents départements ministériels en matière de stupéfiants et autres substances psychotropes.

La composition, l'organisation et les règles de fonctionnement du Comité National de Lutte contre la Drogue sont fixées par voie réglementaire.

Telles sont en définitifs et à notre avis les amendements pertinents à apporter à la législation anti drogue du Burkina Faso pour mieux garantir les droits humains et la santé publique. Les motivations qui les étayent ont été faites dans les faiblesses relevées. Les réflexions et débats suscités par ces dernières commanderont sans doute d'autres amendements qu'à votre convenance, nous formulerons en termes de droit.