



MAS

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



DOCUMENT DE PLAIDOYER POUR UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES



**Soutenez.
Ne punissez pas.**
www.supporttotheuash.org

Sommaire

Introduction.....	3
I. Contexte.....	4
II. Quelle lecture de la loi antidrogue au Burkina Faso par la société civile ?.....	6
2.1- Faiblesses textuelles (résultant des dispositions de la loi)	6
2.2- Les faiblesses institutionnelles.....	7
III. Rappel des engagements du Burkina Faso.....	9
3.1- Les conventions internationales ratifiées :	9
3.2- Les plans d'actions de l'UA et de la CDEAO non mis en œuvre au Burkina.....	10
IV. Les défis à relever	10
V. Qu'attendons-nous ? « LA RELECTURE DE LA LOI »	11
5.1- Section 1 : Prise en charge et traitement	11
5.2- Section 2 : L'injonction thérapeutique.....	12
5.3- La réduction des risques :.....	14
5.4- La question de la décriminalisation du délit de consommation de stupéfiants.....	17
VI. Le coût de l'inaction.....	19
Conclusion.....	19

Introduction

L'usage problématique de la drogue est en passe de devenir l'un des problèmes de santé majeurs auxquels doivent faire face les pays de l'Afrique de l'Ouest. Les narcotrafiquants sont en avance sur nos gouvernants et investissent des budgets colossaux, développent des stratégies efficaces de recrutement de nouveaux consommateurs et d'écoulement de leurs drogues. Aucune couche n'est épargnée mais les plus vulnérables et les plus touchés sont les enfants et les jeunes qui constituent leurs cibles privilégiées hypothéquant ainsi l'avenir de nos populations. Beaucoup d'efforts sont fournis au niveau politique pour réduire l'offre à travers la répression aussi bien des narcotrafiquants que des usagers. Ces politiques se sont révélées inefficace selon la Commission Ouest Africaine sur la Drogue (WACD). Nos enfants, nos frères et sœurs, enrôlés dans ce cercle vicieux sont laissés à eux-mêmes, sans soutien d'aucune sorte, s'ils ne sont pas tout simplement arrêtés et jetés en prison. Ils sont victimes d'abus divers et rejetés par les communautés qui les perçoivent comme des criminels qu'il faille sanctionner. La discrimination, la stigmatisation et les bavures policières les empêchent d'avoir recours aux services de santé pour les soins dont ils ont droit. Ces situations font d'eux des groupes fortement exposés aux maladies comme le VIH/Sida, la tuberculose et les hépatites en témoignent les prévalences élevées dans ces groupes. Si rien n'est fait pour la prise en charge de ces personnes, il est à craindre un rebond des maladies sus citées et le développement exponentiel de la criminalité et de l'insécurité. Le présent document de plaidoyer est rédigé par la société civile en vue d'interpeller les autorités administratives et politiques pour une prise en charge des usagers de drogues.

I. Contexte

Selon le rapport de l'Organisation internationale de contrôle des stupéfiants (OICS), publié le 2 mars 2016 : « **le continent africain demeure l'une des principales zones de transit du trafic de drogues à l'échelle mondiale, et sa classe moyenne en expansion est un nouveau débouché pour les trafiquants. Les trafiquants en quête de nouveaux marchés illicites où écouler la cocaïne et l'héroïne ciblent la classe moyenne qui se développe dans certains pays africains** ». L'organisation fait ainsi état d' « **une augmentation de l'usage illicite de drogues en Afrique de l'Ouest** », à cause de l'intensification du trafic dans la sous-région.

Peu de pays disposent de données chiffrées sur le fléau mais le nombre d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) est estimé à 1 778 500 de consommateurs en Afrique Subsaharienne avec une prévalence au VIH/Sida très élevée au sein de ce groupe (12,42%).

Au Burkina Faso, peu d'études ont été réalisées sur la question. Les chiffres disponibles font état de 8 704 usagers de drogues recensés selon l'enquête « **Cartographie et enquête bio-comportementale au niveau des populations clés** » réalisée en 2017 par le SP/CNLS. 971 malades usagers de drogues ont été admis dans les services de psychiatries en 2016 (rapport du Pr Arouna OUEDRAOGO du département de psychiatrie du CHUYO). Toutes les classes socioprofessionnelles sont touchées avec une forte proportion de jeunes. En effet, 75 % des usagers de drogue ont entre 20 à 39 ans (**Cartographie et enquête bio-comportementale au niveau des populations clés 2017**).

Le lien entre l'usage de drogues et autres substances psychotropes et la transmission de maladies infectieuses n'est plus à démontrer. Malgré les progrès considérables dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et les hépatites B et C, certaines populations restent hautement vulnérables à ces maladies, parmi lesquels les usagers de drogue, et en particulier les usagers de drogues injectables (incidence du VIH 22 fois plus élevée qu'en population générale). L'étude « **Cartographie et enquête bio-comportementale au niveau des populations**

clés » relève une prévalence de l'infection à VIH de 1.02% chez les usagers de drogue au Burkina contre 0.80% en population générale.

Hormis les problèmes graves de santé que l'usage de drogues entraîne, il constitue le principal lit de l'insécurité et de la criminalité de plus en plus récurrente. Les narcotrafiquants, les djihadistes et autres bandits de grand chemin utilisent ces substances pour entraîner les jeunes désœuvrés dans la spirale de violence et du crime. L'usage problématique de la drogue constitue donc une menace sérieuse pour la survie de nos pays. C'est pourquoi le programme régional de la CEDEAO 2016-2020 a formulé la recommandation suivante : « **Les autorités nationales fournissent un accès renforcé aux services de traitement, de soins et de réhabilitation des toxicomanes fondés sur des données probantes et grâce aux actions consolidées des autorités nationales, de la société civile et des autres partenaires** ».

Pour lutter efficacement contre la drogue, il y a lieu d'agir simultanément sur l'offre et la demande. Le constat que nous faisons est que l'accent est mis sur le premier aspect au détriment du second, notre politique étant essentiellement répressive.

En vue de contribuer à une politique équilibrée, la société civile, sous le leadership de la Maison des Associations de lutte contre le Sida (MAS) a entamé un plaidoyer auprès des autorités administratives et politiques. A cet effet, elle a commandité un audit de la loi n° 17-99/AN du 22 avril 1999. La validation du rapport a eu lieu les 4 et 5 octobre 2018 au cours d'un atelier qui a réuni des représentants d'associations et ONG, des juristes, des spécialistes en droits humains et des personnes ressources du milieu médical. Les participants audit atelier ont lancé un vibrant cri de cœur consigné dans le présent document.

La présente mission est la suite logique du plaidoyer déjà enclenché et vise son intensification pour plus d'efficacité. Il s'agit pour la MAS et ses partenaires de veiller à la mise en œuvre des recommandations faites au cours des différents ateliers à travers une interpellation des autorités à savoir l'Assemblée Nationale et les ministères impliqués dans la lutte contre la drogue.

II. Quelle lecture de la loi antidrogue au Burkina Faso par la société civile ?

La loi n° 17-99/AN du 22 avril 1999, étant restée en vigueur pendant deux décennies, elle apparaît aujourd'hui dépassée. 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 guerre contre la drogue. Cette révision doit consolider les forces de la loi en vigueur et palier ses insuffisances relevées au regard de l'évolution du monde, de la recherche scientifique sur le fléau de la drogue, 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, la société civile a commandité 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. S'agissant du code des drogues, l'atelier a relevé quelques faiblesses dans la sauvegarde des droits humains et de la santé publique.

2.1- Faiblesses textuelles (résultant des dispositions de la loi)

- ✓ **La pénalisation de l'usage et de la détention de stupéfiants à des fins de consommation personnelle** : le simple usage article 385-2, la détention et l'acquisition article 381-4 et 382-1 CP. L'opinion qu'émet l'atelier 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**. Ensuite, il se pose un **problème de réinsertion sociale**. Enfin la prison constitue pour ces derniers une **école de délinquance**.
- ✓ **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.

Aussi faudra t-il dans le cadre d'une révision, prévoir l'injonction thérapeutique à toutes les phases du traitement judiciaire de l'abus des stupéfiants.

Faudrait-il penser à la **décriminalisation ou la dépénalisation totale** de certains stupéfiants (cannabis notamment) et des substances psychotropes pour les délits d'usage personnel, de détention ou acquisition à usage personnel ?

- ✓ Absence **de 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 Officiers de Police Judiciaires et Agents de Police Judiciaires qui se rendront coupables d'infraction dans l'exercice de leurs fonctions.

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.

2.2- Les faiblesses institutionnelles

Du fait de l'application rigoureuse des dispositions pénales du code des drogues, l'usager de drogue apparaît 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. Mais à l'analyse et comme sus mentionné, **le résultat du traitement pénal de l'abus des stupéfiants est mitigé** :

- ✓ Le **taux de récurrence** est très élevé et concerne tant des jeunes élèves et étudiants que des travailleurs de tous milieux.
- ✓ **l'encombrement des tribunaux et des prisons** par les consommateurs. 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**.
- ✓ 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 et les intérêts de la protection de la santé du toxicomane sont considérablement compromis.

III. Rappel des engagements du Burkina Faso

3.1- Les conventions internationales ratifiées :

Le Burkina a signé et ratifié les conventions ci-après :

- ✓ **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).
- ✓ **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 (Ratifiée le 02 juin 1992). Elle prévoit également le contrôle de 23 substances utilisées pour la fabrication illicite des stupéfiants : les "précurseurs chimiques".

Les trois conventions précitées 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 ;

3.2- Les plans d'actions de l'UA et de la CDEAO non mis en œuvre au Burkina.

- ✓ *Plan d'action de l'Union africaine 2007-2012*: Renforcement des capacités régionales et nationales et formation en vue de renforcer la prévention et la prise en charge des toxicomanes et des personnes infectées par le VIH/SIDA sous l'effet de la drogue ;
- ✓ *Plan d'action de l'Union africaine 2013-2017*: Mise en œuvre de services de prévention de l'abus de drogues et de dépendance, de traitement et de suivi des consommateurs de drogue qui soient complets, accessibles, fondés sur des données factuelles, axés sur les normes d'éthique et les droits de l'homme.
- ✓ *Programme régional pour la période 2010-2014*
- ✓ Puis programme régional 2016-2020 = priorités stratégiques et les réalisations attendues en Afrique de l'Ouest pour la période 2016-2020.

Il faut retenir qu'au bilan, le Burkina n'a mis en œuvre aucun de ces programmes, ce qui n'honore pas notre pays qui est cité comme exemple dans bien des domaines.

IV. Les défis à relever

Pour lutter efficacement contre la drogue, il y'a lieu de relever simultanément les défis suivants :

- ✓ *la réduction de l'offre* à travers le contrôle et la répression du trafic illicite ;
- ✓ *la réduction de la demande* à travers la prévention de l'usage et le traitement des toxicomanes. Ce 2^{ème} défi contribue également à relever le 1^{er}. Agir sur l'offre sans agir sur la demande est voué à l'échec.

V. Qu'attendons-nous ? « LA RELECTURE DE LA LOI »

Sans nous étaler sur les méfaits des drogues, 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 des hépatites B et C, et l'usage collectif des pailles à inhaler la fumée de l'héroïne 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 et la convention de 1961 dans son article 38 réaffirme l'importance des mesures sanitaires de lutte contre l'abus des stupéfiants. Elle 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 et 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*** ; ensuite, des ***lacunes dans la prise en charge sanitaire et sociale sont constatées*** ; enfin, les ***limites légales et réglementaires de la politique de réduction***.

L'injonction thérapeutique et la réduction des risques constituent les principales mesures insuffisamment pris en compte dans notre 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 un chapitre qui sera intitulé « **thérapie et réinsertion** ». Ce nouveau chapitre aura trois sections consacrées respectivement :

5.1- 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 aux drogues.

Ces traitements ont pour objectif la prise en charge thérapeutique et l'intégration sociale des personnes présentant des troubles liés aux drogues, 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 aux drogues.

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

5.2- 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, à celle de sa famille, ou à celle des services sociaux, 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, sa famille ou les services sociaux puissent **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 cadre de prise en charge approprié, un personnel qualifié en addictologie ainsi qu’une disponibilisation des médicaments pour le traitement.

5.3- La réduction des risques :

Une reconsidération des politiques en matière de drogues s'est opérée au cours de ces dernières décennies, en Europe et en Amérique notamment, en raison de la diffusion du VIH/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 VIH 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 ; c'est pourquoi 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 apparaît que la prise en charge sanitaire efficace et adaptée nécessite entre autres **une politique de réduction des risques**, en particulier : les programmes d'échanges de seringues, les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Cette démarche est en cours de mise en œuvre 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 reformes 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 :*
 - ✓ *Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psycho actives ou classées comme stupéfiants ;*
 - ✓ *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 soins adapté à leur situation spécifique et d’améliorer leur état de santé physique, psychique et leur insertion sociale ;*
 - ✓ *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 ;*

- ✓ *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 point « 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 ;*
 - ✓ *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 dument 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 :

- ✓ 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 RdR, 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.
- ✓ Le mandat de la police et de la justice continue à s'exercer en matière de lutte contre les drogues et à l'égard des personnes liées aux groupes criminalisés et ce, incluant les alentours 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.

5.4- La question de la décriminalisation du délit de consommation de stupéfiants.

Dans le contexte actuel du débat mondial sur la légalisation du cannabis, il ne peut être procédé à des réformes législatives sur la drogue sans évoquer la question de la décriminalisation de l'usage illicite.

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 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.

Dans le cadre de cette analyse nous avons estimé le quantum des peines prévues acceptables et renvoyé à l'autorité son appréciation dans le cadre d'une dépénalisation partielle.

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 ;

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 dépenalisation 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.

Le choix opportun : la dépenalisation partielle

La **dépenalisation totale** désigne la suppression de toute peine (le comportement d'usage est extrait du champ infractionnel), alors que la **dépenalisation 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 optons 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.

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 tel que proposé.

Pour terminer cette partie, rappelons que la Commission Ouest Africaine sur les Drogues a proposé une loi type dont pourraient s’inspirer les Etats de l’Afrique de l’Ouest pour la relecture de leurs lois. Nous suggérons à l’Assemblée Nationale de s’en servir.

VI. Le coût de l’inaction

Comme tout problème de santé publique, l’inaction engendre une expansion et une aggravation du phénomène. Les coûts alors engendrés pour la prise en charge d’un nombre de plus en plus croissant de personnes seront nécessairement plus élevés que ceux des actions de prévention précoces.

Si rien n’est fait, la mortalité directe et indirecte liée aux drogues et à leurs conséquences occasionnera des pertes pour la société.

Selon la commission Ouest Africaine sur les drogues, les budgets consacrés à la prise en charge des personnes incarcérées pour causes de drogues dépassent souvent les budgets de certains états.

Conclusion

Pour conclure, nous lançons ce cri de cœur émanant de la société civile Burkinabé :

- ✓ **L’élaboration d’une stratégie nationale de lutte contre la drogue pour encadrer les actions.** L’absence de cadre stratégique de lutte contre la drogue

entrave sérieusement les interventions. Chacun y allant selon son inspiration. Ce document va baliser le terrain et proposer les stratégies et outils nécessaires à l'action. Il s'agira de mettre les ressources nécessaires à la disposition du CNLD pour son élaboration avec la participation de toutes les parties prenantes ;

- ✓ **La création de centres spécifiques de prise en charge des UD** : il est urgent que les deux principales villes que sont Ouagadougou et Bobo-Dioulasso disposent de centres spécifiques de traitement des addictions aux drogues. En attendant que les structures adéquates soient construites, nous suggérons d'identifier dans ces villes des bâtiments publics abandonnés qui pourront être réhabilités. Le personnel nécessaire sera mis à disposition et formé en addictologie. Des partenaires au jumelage décentralisé des formations sanitaires seront mis à contribution pour la formation sur place au Burkina Faso du personnel ciblé. Par ailleurs, l'Université Cheick Anta Diop de Dakar délivre un Diplôme Universitaire en addictologie. Les médecins, infirmiers et assistants sociaux pourront être formés dans cette université pour réduire le coût de formation. Les médicaments nécessaires au traitement de la dépendance (Méthadone, Buprémorphine, etc.) devront être commandés par le ministère de la santé.
- ✓ **Restructuration du Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) pour renforcer son ancrage institutionnel** : la création du CNLD et sa récente restructuration sont à saluer, cependant, pour lui donner un meilleur ancrage et plus de pouvoir d'action et de décision, nous proposons qu'il soit érigé en « Conseil » et qu'il soit rattaché à la primature ou à la présidence du Faso. Ainsi, il aura un budget propre et une plus grande capacité de mobilisation des ressources à l'image du Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST.
- ✓ **Financement des interventions de prévention de la société civile** : la société civile a démontré ses capacités à prévenir les maladies dans notre pays. Elle peut et doit être mise à profit pour prévenir la consommation illicite des drogues et promouvoir la réinsertion sociale des toxicomanes. L'Assemblée Nationale doit user de tout son pouvoir afin qu'un budget conséquent soit voté pour la réduction des risques liés à l'usage problématique de la drogue (RdR) dans notre pays.