



*Centre d'entraide La Boussole inc.*

*René GAGNON, s.a.m.*

Expertise en toxicomanie

6, rue Court, GRANBY (Québec) J2G 4Y5

Tél. et télécopie (450) 378-6116

Courriel : rene.gagnon@centrelaboussole.ca

**PROMOTION DE LA SANTÉ  
ET LÉGALISATION DES DROGUES**

*par*

*René GAGNON, s.a.m.*

*DÉCEMBRE 1994*

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
INTRODUCTION .....	3
1 - L'ORIGINE DES LOIS PROHIBITIVES SUR LES DROGUES.....	4
A) Les États-Unis et les Conventions internationales.....	4
B) - Le Canada .....	8
2 - LES ENJEUX DES LOIS PROHIBITIVES SUR LES DROGUES.....	10
3 - PRINCIPES POUR UNE POLITIQUE SANITAIRE COHÉRENTE EN MATIERE DE DROGUES .....	19
CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	25

## INTRODUCTION

Depuis des temps ancestraux, toute société a connu l'un ou l'autre usage de psychotropes, allant d'un usage restreint dans les rites sacrés, en passant par des usages guerriers ou médicinaux, jusqu'à une certaine banalisation de l'usage par un grand ensemble de citoyens. L'utilisation de certains psychotropes est disparue avec le temps, comme la mandragore qui, au Moyen-Age, a été associée à la sorcellerie, alors que d'autres, comme le vin, ont perduré et ont été intégré culturellement dans nos sociétés occidentales, tout en souffrant d'un interdit religieux dans les sociétés musulmanes.

L'Occident, au XIX<sup>ème</sup> siècle, a connu l'arrivée de nouvelles drogues comme l'opium et ses dérivés, le haschisch, l'éther et la cocaïne. Toutes ces drogues connaissent un même scénario: d'abord utilisées dans un contexte médical, elles jouissent d'une grande popularité pour guérir tous les maux. Par la suite, elles connaissent un désenchantement lorsque les troubles liés à un usage abusif apparaissent, plus particulièrement, chez les populations pauvres qui en éprouvent un plus grand besoin compensatoire pour faire face à leur situation lamentable.

Dans plusieurs États occidentaux, au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, des médecins et des mouvements religieux ont exercé des pressions sur leurs gouvernements afin de restreindre certains usages de psychotropes et même d'interdire légalement le recours à certains autres. Ainsi, au nom de la santé publique, l'utilisation des opiacés a été limitée à un usage médical, alors que le cannabis et la cocaïne ont été déclaré illicites.

Jusqu'à nos jours, de nombreux États se sont livrés à une guerre sans merci pour enrayer l'utilisation des psychotropes qui ont été déclarés illicites. Malgré une forte

répression policière, jusqu'à présent, le nombre de toxicomanes faisant usage de ces psychotropes n'a fait qu'augmenter et dans des milieux criminels s'est élevé une véritable narcocratie.

L'échec de la guerre à la drogue nous conduit à reposer le problème de la toxicomanie de façon différente. Il n'y a pas de bons et de mauvais psychotropes, il n'y a que de bons ou mauvais usages. Il n'y a pas de drogues douces ou de drogues dures, il n'y a que des usages doux ou des usages durs. Et le remède à la toxicomanie ne consiste pas à réduire l'offre par la répression, mais passe par l'amélioration des conditions de vie socio-économiques dans une optique de promotion de la santé.

Dans un premier temps, nous analyserons l'origine et les enjeux des lois prohibitives sur les drogues. Puis nous définirons les concepts de «santé» et de «promotion de la santé». Enfin, nous tenterons d'établir une politique cohérente de promotion de la santé pour l'ensemble des drogues.

## **1 - L'ORIGINE DES LOIS PROHIBITIVES SUR LES DROGUES**

### ***A) Les États-Unis et les Conventions internationales***

Les Lois prohibitionnistes actuelles en matière des drogues, tant à l'échelle nationale qu'internationale ont été élaborées au tournant du XXIème siècle. Selon BEAUCHESNE (1991)<sup>1</sup>, la prohibition est surtout une histoire américaine. Le "bouillon

---

<sup>1</sup>Line BEAUCHESNE, *La légalisation des drogues... pour mieux en prévenir les abus*, Montréal, Editions du

de culture" américain dans un contexte socio-économique difficile a été le ferment de ces lois pour défendre, il doit s'en dire, les intérêts économiques américains.

En effet, les États-Unis, au XIXe siècle, ont connu l'apparition de nouvelles drogues comme l'opium, la cocaïne et le cannabis. Sans l'exercice d'aucun contrôle et sans informations suffisantes pour une consommation sécuritaire, leur usage a été très répandu dans la population et les compagnies pharmaceutiques se sont bâties des empires financiers.

Les troubles plus sévères liés à l'utilisation de psychotropes se sont manifestés plus particulièrement parmi les populations plus démunies et cela a eu pour conséquence que ces toxicomanes ont été perçus comme des délinquants incapables d'intégration sociale et de productivité. Se sont donc les drogues et non les conditions socio-économiques qui étaient responsables de la misère. Les drogues devinrent alors des produits dangereux et "contagieux" puisque l'ordre social était menacé... par l'abondance des pauvres. Ainsi était justifié l'établissement de contrôles sociaux afin que tous soient protégés du "fléau" de la drogue.

À la même époque, les ligues de tempérance, provenant de la religiosité anglo-saxonne, estimaient que l'alcool pervertissait le corps et l'esprit et donc contraire à la grâce et au salut. Il fallait donc en interdire tout usage. Les femmes, subissant les conséquences des beuveries et de la violence masculines et voulant mettre un terme à cela, jouèrent un rôle important pour instituer la "guerre" à l'alcool et pour demander une prohibition totale pour tous.

Parallèlement à ces événements, un racisme anti-chinois est apparu parce que ces fumeurs d'opium constituaient une main d'oeuvre à bon marché et qu'ils étaient ainsi un obstacle aux revendications syndicales des Blancs. Fin XIXième siècle, pour défendre les intérêts sociaux et économiques américains, les premières lois prohibitives de l'opium fumé sont sanctionnées et reposaient sur ce racisme anti-chinois.

S'ajoutant aux pressions décrites ci-haut, d'autres se sont élevées sur le gouvernement américain pour interdire l'usage non médical de l'opium.

En effet, le marché intérieur étant trop petit, les compagnies américaines cherchaient des débouchés internationaux pour leurs produits. Or, la Chine boycottait les produits américains parce que les lois racistes américaines fomentaient de la violence à l'égard de leurs ressortissants. Depuis la fin du XVIIIe siècle, la Chine subissait sur son territoire un imposant trafic d'opium contrôlé par l'Angleterre via la "East India Company". En échange de l'aide des États-Unis pour une prohibition internationale de l'opium, la Chine achèterait les produits américains. De plus, les Philippines, possession américaine depuis 1898, offraient un autre marché s'il y avait substitution aux dépenses d'opium des Philippines pour des produits américains.

Sous l'égide du gouvernement américain, le Dr. Wright, secondé par Mgr Brent, archevêque des Philippines, ont organisé une Convention internationale pour interdire l'usage non médical de l'opium. À la Commission de Shanghai en 1909, les pays participants, voulant protéger leurs intérêts économiques, se sont bornés à une déclaration de principe sans contrôle réel de l'accord. Même aux États-Unis, après cette Convention, il a été impossible de faire voter une loi interdisant l'usage non médical de l'opium se heurtant aux lobbies des compagnies pharmaceutiques pour garder un marché d'opiacés sans usage médical.

En 1911, Wright organise une autre Convention internationale. Les intérêts économiques des pays industrialisés ont encore prévalu. En 1912, on recommande aux pays signataires de la Convention de sanctionner sur leur territoire des lois prohibitionnistes avec des mesures préventives et thérapeutiques sur les drogues, mais le commerce d'opium via d'autres pays pouvait se continuer.

En 1914, le Congrès américain vote une Loi établissant une taxe fédérale sur la production et le commerce d'opium et de cocaïne et pénalise les médecins prescrivant des drogues à des fins non médicales et cela sans aucune mesure préventive et thérapeutique pour la population.

Cette prohibition de la cocaïne repose sur le racisme à l'égard des Noirs des ghettos américains. S'appuyant sur le fait que la principale drogue consommée par les détenus Noirs est la cocaïne, il a été aisé de conclure que la cocaïne fomentait la révolte chez les Noirs et qu'ils devenaient des criminels. Encore une fois, ce ne sont pas les éléments socio-économiques, mais l'usage d'une drogue qui était responsable des conditions de vie de ghettos des Noirs, considérés alors comme des toxicomanes et des criminels. C'est pourquoi la cocaïne fut prohibée et introduite dans le *Harrison Narcotic Act* de 1914.

La prohibition de la marijuana, en 1937, est fondée cette fois-ci sur le racisme à l'égard des Mexicains vivants aux États-Unis. Ces derniers constituaient une main d'oeuvre à bon marché dans les États limitrophes du Mexique. Peu avant la crise économique, les Mexicains ont formé des associations de travailleurs pour améliorer leurs conditions de travail. Les tensions montèrent entre les Blancs et les Mexicains. Plusieurs lois locales racistes ont été votées pour emprisonner et pour faire fuir les

Mexicains. Il a été facile de conclure que la marijuana incitait les Mexicains à la violence et on avait pour preuve que ceux qui étaient détenus fumaient de la marijuana. Alors, une loi fédérale prohibitionniste de la marijuana a été votée par le Congrès sans difficulté.

## ***B) - Le Canada***

Avant 1908, comme aux États-Unis, les opiacés circulaient librement au Canada et ils étaient une importante source de revenu pour les gouvernements grâce aux tarifs douaniers. Aux manufactures de transformation d'opium étaient liés des fumeries fréquentées par des Chinois. Lorsque cet usage se répandit dans la population blanche, un racisme anti-chinois est né, car, semble-t-il, les valeurs blanches anglo-saxonnes étaient délaissées.

De plus, dans l'Ouest canadien, les Blancs anglo-saxons protestants puritains, se sont sentis menacés, dans leur supériorité, par l'immigration asiatique et sud-européenne. L'alcool et l'opium étaient des vices apportés par les races étrangères... et les discours religieux racistes firent campagne. À ces discours, s'est ajouté celui des ligues de tempérance dont plusieurs leaders, à l'origine, étaient américains. L'alcoolisme et la dépendance aux opiacés étaient devenues des tares contraires à la vie chrétienne. Les groupes moraux pressent donc le gouvernement canadien de légiférer sur la moralité publique afin de protéger les valeurs blanches anglo-saxonnes.

La dépendance à l'opium étant perçue comme une conséquence médicale, le gouvernement canadien n'a réagi à cette croisade antidrogue que lorsqu'il y a eu des émeutes à Vancouver, en 1907, où des résidences et des commerces asiatiques ont été



attaqués. Une baisse de l'emploi alliée à un discours raciste avaient créé des tensions entre Blancs et Asiatiques qui ont éclaté en soulèvements violents.

La solution du gouvernement canadien à ce soulèvement se composait de deux volets: d'une part prohiber l'opium fumé afin de «satisfaire» le racisme chinois et d'ouvrir alors de nouveaux débouchés commerciaux avec la Chine en se garant du côté américain (pour une interdiction internationale de l'opium), et, d'autre part, compenser discrètement les victimes. En 1908, une Loi prohibitionniste de l'opium a été votée en arguant que l'habitude chinoise de fumer de l'opium menaçait les bonnes mœurs de la gent féminine et était contraire aux valeurs chrétiennes. Aussi, le parlement s'est assuré que des Blancs ne seraient pas condamnés sous cette loi.

Cette loi n'avait donc pas pour but de protéger la santé publique comme en font foi deux autres lois adoptées la même année. Un projet de Loi sur l'interdiction du tabac a terminé comme une interdiction de vente aux moins de seize ans et en une amélioration de la compétitivité de l'industrie canadienne du tabac. Un projet de loi sur l'étiquetage, la capacité thérapeutique des médicaments et de leur publicité a terminé en contrôle minime sur l'étiquetage: la nécessité d'indication sur l'étiquette d'un médicament contenant un opiacé dépend des critères du Ministère du Revenu.

Le Canada a subi le même courant anti-drogue que les États-Unis. En 1920, la juge Murphy et le Bureau des drogues dangereuses ont alimenté la paranoïa à l'égard des drogues et leurs discours conjugués ont réussi, en 1929, à faire augmenter les pouvoirs de la police en matières de drogues illégales.

Nous pouvons déduire qu'aucune loi prohibitionniste sur les drogues tant au Canada, aux États-Unis où dans les Conventions internationales n'a été sanctionnée dans

le but de promouvoir la santé publique, de prévenir les toxicomanies et ou de les guérir. Le contexte de racisme et de protectionnisme des intérêts économiques des industries et des États occidentaux pose, par le fait même, la question sur la pertinence du maintien de ces lois... à moins que l'on puisse démontrer que ces lois ont eu des effets bénéfiques dans nos sociétés.

## **2 - LES ENJEUX DES LOIS PROHIBITIVES SUR LES DROGUES.**

Selon les données fournies par le Département d'État américain, entre 1984 et 1988, la production mondiale de cocaïnes s'est accrue de 44% et celle de la marijuana, en Amérique latine, a augmenté de 30% et celle de haschich s'est stabilisée<sup>2</sup>. Une majoration de la production de psychotropes illicites signifie certainement un accroissement de la consommation. Les lois prohibitives en matières de drogues n'ont pas réussi en plus de 80 ans à réduire la prévalence des toxicomanies dans les sociétés occidentales. Il est donc judicieux de se demander si le droit pénal peut être un instrument pour aider les gens à gérer leurs habitudes de consommation de psychotropes.

La Pr. BERTRAND (1989)<sup>3</sup>, professeure de criminologie à l'Université de Montréal, considère que la prohibition est immorale, hypocrite et illégitime. En effet, elle souligne que les États évoquent la sauvegarde de la santé des citoyens pour interdire

---

<sup>2</sup>COUV RAT J.F. ET PLESS N., *La face cachée de l'économie mondiale*, Paris, Hatier, 1988, in BEAUCHESNE Line, op. cit., p. 57.

<sup>3</sup>Marie Andrée BERTRAND, « *L'immoralité de la prohibition* », in *Psychotropes*, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 15-21.

certaines psychotropes, tout en retirant des revenus considérables de la vente du tabac et de l'alcool, alors que ces derniers «constituent un danger beaucoup plus grave et causent plus de dommages réels sur les personnes que les drogues interdites ou dites dangereuses»<sup>4</sup>. De plus, elle constate que le contrôle pénal est totalement inefficace pour réduire les toxicomanies, qu'il est discriminatoire en frappant surtout les plus démunis d'une société et qu'il viole la charte des droits et libertés en imposant un traitement obligatoire pour les usagers de drogues illicites. Enfin, elle note que la prohibition génère des coûts sociaux et économiques énormes, tout en permettant la prolifération de marchés illégaux. Elle conclue que les lois prohibitives ont fait beaucoup plus de tort dans les sociétés occidentales que les drogues interdites elles-mêmes.

Me Georges APAP (1989)<sup>5</sup>, procureur de la République de France, est parvenu à une conclusion similaire : les drogues illicites sont dangereuses parce qu'elles sont illégales et non l'inverse. Selon ce procureur, ce ne sont donc pas les substances psychoactives qui sont dangereuses en tant que telles, mais bien un mode inadapté de consommation d'une part et d'autre part l'altération et la cherté des produits et le recours à un milieu criminalisé pour la production et la distribution des psychotropes illicites. Aussi, les dommages pour la santé étant liés à un usage abusif de drogues, ils ne peuvent justifier à eux seuls l'existence d'une loi contrôlant la santé publique dans le but de normaliser les individus. Selon lui, la légalisation des drogues illicites améliorerait la qualité des produits tout en diminuant leur coût. La société s'étant bien accommodée des inconvénients liés au régime alimentaire - plus de 71% des décès aux États-Unis, en 1987, étaient dus à des maladies associées au régime alimentaire, elle peut donc faire face

---

<sup>4</sup>Thomas SZASZ, « *Plaidoyer pour la fin de la plus longue guerre du XX<sup>e</sup> siècle : la guerre contre la drogue* », in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, p. 71.

<sup>5</sup>Georges APAP, « *La persécution des drogués relève-t-elle d'une idéologie* », in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 23-28.

à d'autres difficultés de santé, tout en lui épargnant les conséquences néfastes reliées à l'altération des substances et tout en lui faisant bénéficier d'une réduction de la délinquance.

L'honorable Manuela Carmena CASTILLO<sup>6</sup>, magistrat à Madrid, abonde dans le même sens que Me APAP. On ne peut se servir du droit pénal pour imposer aux citoyens des habitudes de santé quel que soit le niveau, sexualité, alimentation ou autre. Il faut respecter les libertés individuelles et n'intervenir légalement que lorsqu'il y a un heurt entre les droits et les devoirs des uns et des autres. Une législation répressive, imposant des sanctions disproportionnées à la faute, comme c'est le cas en matière de drogue, ne sera jamais respectée, parce que ne reposant pas sur un profond consensus parmi la population.

Le Pr. DIEZ-RIPOLLES<sup>7</sup>, doyen de la faculté de droit de l'Université de Malaga, croit lui aussi que la protection de la santé publique ne passe pas par le droit pénal, sinon que pour assurer des contrôles administratifs sur la production et la vente des drogues, comme pour tout autre produit pouvant affecter la santé publique.

D'après ces critiques, le recours au droit pénal n'est nullement justifié comme instrument de promotion de la santé. Si les États se permettaient d'imposer, par la loi, de saines habitudes de vie à leurs citoyens, ils agiraient alors en États totalitaires et despotiques. Ils violeraient ainsi les droits et libertés individuelles et ils seraient une insulte au jugement, à la responsabilité et à la capacité des personnes à autogérer leur

---

<sup>6</sup>Manuela Carmena CASTILLO, « *La légalisation actuelle et les possibilités d'alternative* » in *Psychotropes*, Montréal, Vol. V, Nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 29-31.

<sup>7</sup>José Luis DIEZ-RIPOLLES, « *Les politiques anti-drogues en Europe occidentale* », in *Psychotropes*, Montréal, Vol. V., nos 1 et 2, hiver 1989, p. 57.

santé.

Des enjeux importants se dégagent du maintien des lois prohibitionnistes. Premièrement ces lois sont contraires au droit de l'homme, sinon comment interpréter le refus de l'Organisation mondiale de la santé<sup>8</sup>, à l'invitation de la Cité du Vatican, d'inclure le respect des Droits de l'homme dans le préambule aux conventions internationales de lutte contre la toxicomanie? Deuxièmement elles sont une entrave à la santé publique en ne permettant pas d'assurer la qualité des psychotropes présentement interdits.

De plus, les lois prohibitionnistes, n'ayant pour seul but que de réduire l'offre, elles n'apportent aucune aide ou support pour diminuer la prévalence et l'incidence des toxicomanies.

En effet, la Dr. ROELANDT<sup>9</sup>, psychiatre, estime qu'il est impossible de réduire les «personnalités» prédisposées à la toxicomanie. De plus, l'augmentation actuelle des stress sociaux, dans nos sociétés occidentales, touchant à la réalisation de soi devient un facteur prédisposant à la toxicomanie et à l'augmentation du nombre de consommateurs. Selon ce psychiatre, l'éradication complète, même momentanée, d'un produit auquel une personne est dépendante cause des effets plus graves que la dépendance elle-même, car le toxicomane se tourne alors vers des produits qu'il n'a pas l'habitude de gérer et l'overdose fatale en est souvent la conséquence. Selon elle, l'éducation à la santé doit remplacer les lois prohibitives et tous devraient apprendre les avantages, les limites et les

---

<sup>8</sup>Georges APAP, op. cit., p. 26.

<sup>9</sup>Micheline ROELANDT, « *La prohibition présente-t-elle un quelconque avantage clinique ou épidémiologique?* » in Psychotropes, Montréal, Vol. V., nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 39-43.

risques associés à la consommation de tel ou tel psychotrope.

D'autre part, le Dr. Bruce K. ALEXANDER<sup>10</sup>, docteur en psychologie, pose des limites à l'éducation sanitaire en matière de drogue. En effet, la modération serait impossible pour les personnes les plus vulnérables lorsqu'elles doivent vivre dans un monde chaotique ou inhospitalier. Il faudrait s'attaquer aussi aux problèmes de société.

Le Pr. LAMBERTI<sup>11</sup>, professeur de sociologie à l'université de Naples, expert reconnu du phénomène de la Camorra, la mafia napolitaine, nuance le fait que seuls les problèmes sociaux ou individuels seraient responsables de l'accroissement de la demande en drogue. D'après lui, la demande serait gonflée par un prosélytisme et des modes de distribution mis en place par des organisations criminelles qui s'apparentent aux lois du marché et de la publicité. On pousse l'offre pour augmenter la demande et maintenir des prix élevés à la consommation.

Peter REUTER<sup>12</sup>, économiste à la *Rand Corporation*, spécialiste dans la recherche sur l'activité des organisations criminelles et les problèmes relatifs à la politique en matière de stupéfiants, confirme également que le recrutement «forcé» de nouveaux consommateurs pour obtenir des revenus colossaux est amené par des programmes extrêmement répressifs de la réduction de la consommation de stupéfiants.

---

<sup>10</sup>Bruce K. ALEXANDER, « *Alternatives à la Guerre contre la drogue* », in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 45-47.

<sup>11</sup>Amato LAMBERTI, « *Les organisations criminelles, facteur d'incitation à la diffusion et à la consommation des drogues* » in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 49-54.

<sup>12</sup>Peter REUTER, « *La politique des États-Unis en matière de stupéfiants. Un triste passé, un avenir douteux.* », in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, p. 111.

La prohibition ne fait donc que renforcer les organisations criminelles, en plus de favoriser l'augmentation et de la consommation et du nombre de consommateurs, tout en étant totalement inefficace sur les facteurs de vulnérabilité personnelle et sur les stress sociaux prédisposants à la toxicomanie. La prohibition révèle un autre enjeu important : via les organisations criminelles, le nombre de toxicomanes ne peut que s'accroître.

De plus, la prohibition, en générant des revenus exorbitants pour les trafiquants, sert au financement de plusieurs opérations politico-militaires.

En effet, M. Alain LABROUSSE, directeur de l'Observatoire Géopolitique des Drogues à Paris, démontre dans un article impressionnant, intitulé *La drogue et les conflits locaux : de l'Amérique centrale à l'Afghanistan*<sup>13</sup>, que l'argent généré par le trafic des drogues interdites, avec l'appui de services secrets et avec l'assentiment et parfois même la protection des Chefs d'États, ont financé nombre d'opérations politico-militaires.

La CIA, selon M. LABROUSSE, s'est directement impliquée dans le trafic de stupéfiants pour des fins politiques :

- a) la lutte anticastriste, suite à l'avortement de l'invasion de Cuba, à la Baie des Cochons, en 1961, était financé par le trafic d'héroïne et les dirigeants cubains de ce mouvement étaient conseillés «militairement» par la CIA, - les Cubains impliqués dans cette affaire étaient responsables de 30% de l'héroïne vendue aux États-Unis;
- b) la CIA a «permis» à des généraux laotiens et vietnamiens à faire du

---

<sup>13</sup>Alain LABROUSSE, « La drogue et les conflits locaux : de l'Amérique centrale à l'Afghanistan », in Psychotropes, Montréal, Vol. VIII, Nos 1 et 2, Automne 1992 - Hiver 1993, pp. 79-90.

- trafic d'héroïne à grande échelle afin de fournir, en opiacés, les soldats américains lors de la guerre du Viêt-nam;
- c) via la *Nugan Hand Bank* - banque bidon créée par la CIA servant au blanchiment de l'argent de la drogue, des opérations secrètes ont été financés pour récupérer les soldats manquants au Viêt-Nam;
  - d) la CIA, dans ce qui est désormais appelé l'*Iran Gate*, apportait une aide militaire au Contra au Honduras et au Costa Rica, via la vente d'armes à l'Iran et via un réseau de trafiquants de drogues et ces derniers ont pu bénéficier d'un appui logistique de la CIA;
  - e) la CIA s'allie *Noriega*, au Panama, afin de continuer la guerre au Salvador; celui-ci fournit les fonds et entraînent les soldats de la liberté; or *Noriega* s'était allié au Cartel de Medellin pour le trafic de la drogue et il combattait la concurrence, - les fonds provenaient directement des revenus du trafic de la drogue, fait que la CIA ne pouvait ignorer.

Selon M. LABROUSSE, dans d'autres pays du monde, victimes de conflits locaux, tel le Pakistan, l'Afghanistan et le Liban, les revenus générés par le trafic de la drogue sert, avec la «bénédiction» des Chefs d'États, à l'achat d'armes, à la reconstruction des infrstructures après les conflits ou à revivifier une économie chancelante.

La prohibition permet donc aux États d'adopter des positions contradictoires en matière de drogue. Les États-Unis en sont un bon exemple. En effet, d'une part, ils ont adopté l'une des politiques des plus répressives en matière de drogue et d'autre part, une agence gouvernementale telle la CIA, avec l'assentiment de la Maison Blanche, s'avise de s'impliquer et de faciliter une certaine expansion du trafic de la drogue pour des fins



politiques. L'un des enjeux qui se dégage de cette situation, c'est que, tout simplement, les plus vulnérables d'une société (qui sont ou qui deviendront toxicomanes) servent indirectement de chair à canon dans des opérations politico-militaires. La prohibition, en rendant possible cette situation de double position, permet également aux États de s'impliquer directement dans des conflits extérieurs sans se compromettre officiellement. Ainsi, ils n'ont pas besoin d'aller chercher une légitimité et un appui auprès de leurs concitoyens. La transparence des gouvernements en matière de drogue devient donc un autre enjeu de la prohibition.

Ainsi donc, les lois prohibitionnistes, loin de promouvoir la santé publique, ont des effets pervers suffisants pour mériter une saine réflexion sur leur abolition. Nous avons vu que le droit pénal ne peut être utilisé afin que les populations acquièrent de bonnes habitudes de vie et qu'il est n'a aucun pouvoir d'action sur les facteurs psychosociaux prédisposants à la toxicomanie. De plus la prohibition empêche l'obtention de produits de qualité et à moindre coût. La légalisation des drogues interdites, par elle-même, ne peut réduire la prévalence et l'incidence des toxicomanies, mais elle favorise un meilleur contexte pour la prévention et la réadaptation. La légalisation permet également aux drogues et aux consommateurs d'échapper au pouvoir des organisations criminelles et aux fins politiques inavouées des États.

Par crainte de voir la consommation de drogues augmenter, ainsi que le nombre de consommateurs par une légalisation des drogues, certains ont avancé une politique pragmatique de réduction des dommages associés à la consommation des drogues illicites.

Le « modèle Mersey de réduction des méfaits »<sup>14</sup>, en Angleterre, consiste essentiellement en cinq points : 1) la prescription des drogues, 2) l'approvisionnement en seringue propres et en condoms, 3) la référence des usagers par les policiers au service de santé, 4) donner une information sur des pratiques sexuelles et des usages de drogues plus sécuritaires et 5) offrir un service d'emploi et de logement. Ce modèle a réduit de façon significative la criminalité dans la région de Liverpool, la propagation du sida et il a favorisé un retour au travail.

Le modèle d'Amsterdam est basé sur le plus grand nombre de contacts possibles avec le plus grand nombre d'usagers par des travailleurs de rue qui se rendent dans les endroits fréquentés par les consommateurs et par des médecins qui visitent deux fois par jour les postes de police. Dans ces contacts, une information est donnée sur les pratiques sexuelles et sur un usage plus sécuritaire des drogues. À cela, est ajoutée une distribution gratuite ou à coût minime des condoms et des seringues propres. On informe également de la possibilité de recevoir des traitements gratuits (sans longue liste d'attente) et pour ceux qui ne se sentent pas prêts d'arrêter de consommer un programme d'entretien à la méthadone leur est offert. Ce service leur sera rendu par une unité mobile « de méthadone » qui se déplace aux divers sites de rassemblement des toxicomanes. Ce modèle néerlandais a donné des résultats similaires à celui de Merseyside.

Les deux objectifs poursuivis par ces politiques de réduction des risques associés à la consommation de drogue sont d'une part une consommation de drogue plus sécuritaire et d'autre part la réadaptation des toxicomanes dans le respect des libertés individuelles. Ces politiques s'avèrent très intéressantes par les résultats obtenus, par contre, présentement, elles se limitent aux drogues injectables et la plus populaire en

---

<sup>14</sup>Diane M. RILEY, « *La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques* », 1993.

Europe est l'héroïne. Elles ne visent donc pas l'ensemble des drogues licites ou illicites. De plus, elles n'ont pas pour but d'agir sur les mécanismes psychosociaux prédisposants aux toxicomanies. Même si ces politiques décriminalisent, du moins *de facto*, les consommateurs et l'usage de drogues, elles laissent de côté de nombreux problèmes causés par la prohibition de certains psychotropes. Il est donc pertinent d'établir des principes pour une politique sanitaire cohérente sur l'ensemble des drogues afin de protéger la santé publique.

### **3 - PRINCIPES POUR UNE POLITIQUE SANITAIRE COHÉRENTE EN MATIÈRE DE DROGUES**

Les modes d'action d'une politique dépendent du modèle théorique qui a servi à la définition d'un problème et à son cadre d'analyse. Les concepts de « santé » et de « promotion de la santé » doivent donc être définis avant d'aborder les principes de cohérence d'une politique sanitaire sur l'ensemble des drogues.

L'Organisation mondiale de la santé, en 1946, a défini la santé comme étant un bien-être physique, biologique et social. Santé et Bien-être social Canada (1988) définit la santé mentale comme étant la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement ou à l'emploi optimale des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation des buts individuels et collectifs justes et à la création de condition d'égalité fondamentale. La première définition se situe dans une approche bio-médicale et elle est dichotomique (santé ou maladie). La deuxième découle d'une approche biopsychosociale et fait appel à la responsabilité individuelle et sociale.

Au mot « santé », dans ces deux définitions, pourrait lui être facilement substitué le mot « bonheur ». Aussi, le concept de « bonheur » pourrait être opérationnalisé dans les mêmes termes. Bien qu'il y ait similitude entre les deux concepts de « santé » et de

« bonheur », ce dernier fait appel à la dimension spirituelle de l'être humain et au sens de la vie que les gens peuvent se donner. La différence entre les deux concepts, à ce stade-ci, est fort importante parce qu'il est possible d'être en santé et de ne pas être heureux et de connaître un bonheur tout en ayant des difficultés de santé. La toxicomanie étant souvent une automédication<sup>15</sup> face aux souffrances de la vie, le mal de vivre<sup>16</sup> chez le toxicomane peut très bien perdurer après le rétablissement de la santé. Alors son problème demeure entier et les stratégies de promotion de la santé se heurteront à une certaine inefficacité pour maintenir la sobriété. Cela démontre déjà une certaine limite de la promotion de la santé face à la toxicomanie.

Il existe deux grandes définitions de la promotion de la santé. La conception américaine<sup>17</sup> de la promotion de la santé est de développer et de maintenir des habitudes de vie saines et de créer des environnements sains. Elle aura deux grandes catégories de cibles

- a) les comportements individuels (usage de psychotropes, alimentation, activité physique, gestion du stress, etc.) et
- b) les environnements (les lois, les équipements de loisirs, les sessions de gestion de stress, la protection de la santé contre des agents agresseurs tels les produits toxiques, les virus, les accidents de la route, les conditions physiques de travail, la qualité de l'eau, etc.).

La deuxième définition<sup>18</sup> importante de la promotion de la santé est celle de l'Organisation mondiale de la santé. Elle vise l'amélioration de la qualité de vie et des conditions favorables à la santé. Ces cibles se divisent en trois catégories :

- a) la situation économique,
- b) les conditions de vie et
- c) l'équité en santé (égalité d'accès aux ressources qui favorisent la santé).

---

<sup>15</sup>Oriol ROMANI et Joseph COMELLES, « *Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines : automédication et dépendance* » in *Psychotropes*, Montréal, Vol. X, No 3, hiver 1991, pp. 39-57.

<sup>16</sup>Ce que la psychanalyse a nommé l'angoisse existentielle. D'autre part, les toxicomanes, ayant commis des actes criminels graves contre la personne, éprouvent souvent une culpabilité très oppressante. Recourir à la dimension spirituelle de l'être humain est parfois la seule piste de solution pour mieux composer avec la réalité et maintenir la sobriété.

<sup>17</sup>Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La promotion de la santé : une perspective, une pratique*, p. 7.

<sup>18</sup>Idem.

Afin d'établir quelle définition de la promotion de la santé qu'il serait plus souhaitable d'adopter en ce qui a trait à l'utilisation de psychotropes, il est utile de définir le concept de toxicomanie.

Nous adopterons la définition de la toxicomanie du «Centre d'entraide la Boussole inc.», un organisme communautaire, parce que cette définition a été le fruit d'une pratique de dix ans auprès des toxicomanes. Selon cet organisme, la toxicomanie<sup>19</sup> est un mode inadapté de consommation de psychotropes où la personne développe une dépendance psychologique ou physique à de telles substances. Elle est une stratégie d'adaptation à une réalité qui est difficile à assumer pour la personne ou un mode d'ajustement à un environnement psychosocial propice au développement de problèmes de comportement, de maladie physique ou mentale, voire même de la déviance sociale. La toxicomanie est une réponse normale à des situations anormales, mais étant une mauvaise solution, elle engendre toute une gamme de problèmes qui ont pour conséquence, selon la durée et la gravité de la toxicomanie, des pertes plus ou moins nombreuses.

Cette définition de la toxicomanie se situe dans une approche biopsychosociale et elle fait appel à des facteurs de vulnérabilité personnelle comme à des facteurs psychosociaux environnementaux. La personne dépendante est responsable de sa toxicomanie, sans toutefois en être coupable.

D'après l'ensemble des définitions ci-haut mentionnées, la promotion de la santé en matière de drogue doit donc viser trois cibles :

- a) les comportements individuels - i.e. habiliter les personnes à assumer un plus grand contrôle sur leur santé par une information adéquate sur tous les psychotropes et en améliorant leur aptitude à assumer leur expérience de vie;
- b) les conditions de vie - i.e.améliorer les conditions socio-économiques afin de faciliter l'autonomie et amélioration des milieux de vie afin de permettre une qualité d'expérience raisonnable
- c) accès égalitaire au service permettant le maintien de la santé et faciliter d'accès aux services curatifs en matière de toxicomanie.

---

<sup>19</sup>Centre d'entraide la Boussole inc., pamphlet publicitaire, Granby, 1994.

Les principes guidant une politique cohérente sur l'ensemble des drogues dans une promotion globale de la santé, d'après BEAUCHESNE (1991)<sup>20</sup> comprend les éléments suivants : la promotion de styles de vie plus sains, l'amélioration des conditions socio-économiques déterminantes pour la santé, la prévention des situations à risques (dépistage et intervention précoce), une réglementation efficace augmentant la sécurité du public et la qualité des produits et de l'environnement et une accessibilité égalitaire et aisée aux services de santé et de réadaptation dans la communauté dont la priorité serait la prévention et non le curatif.

Ainsi la promotion de la santé n'est pas un objectif à atteindre, elle est plutôt un moyen pour que les gens puissent faire des choix responsables afin d'accroître leur qualité de vie, en assurant des moyens socio-économiques pour se faire. Ces objectifs seraient facilités par le déplacement des argents investis dans la répression vers la prévention et par les économies réalisées par le désengorgement des tribunaux en décriminalisant *de facto* l'usage des drogues sans qu'il soit nécessaire de modifier les lois internationales.

Dans un cadre de promotion de la santé, il ne peut exister des psychotropes licites ou illicites. Les personnes sont libres de choisir leurs substances psychoactives et apprennent à gérer leur usage. La légalisation des drogues actuellement interdites ne ferait certainement pas disparaître toute la criminalité qui est liée à leur présente prohibition. Mais elle serait probablement ramenée aux dimensions de celle qui est reliée à la consommation d'alcool. Le recours au droit pénal, comme nous l'avons vu plus haut, ne peut être utilisé afin que des individus adoptent de saines habitudes de vie. Il ne devrait donc exister que les infractions relatives à l'usage de drogue pouvant constituer une menace pour autrui, telle la conduite d'un véhicule moteur avec les facultés affaiblies par une drogue.

Selon BEAUCHESNE (1991)<sup>21</sup>, ce ne sont pas les drogues interdites actuelles qui sont à craindre dans un marché plus libéral des drogues, mais la venue de nouvelles drogues synthétiques des compagnies pharmaceutiques pour augmenter les capacités de travail ou d'autres types d'habiletés ou pour réguler les humeurs sans réellement permettre une meilleure adaptation sociétale. La recherche d'une pilule qui guérit tout est déjà bien inscrite

---

<sup>20</sup>Line BEAUCHESNE, op. cit., pp. 243-275.

<sup>21</sup>Idem.

dans les moeurs de la population. Les compagnies pharmaceutiques pourraient donc s'en donner à coeur joie pour proposer une gamme étendue de produits selon les attentes de la population.

Une commercialisation active de l'ensemble des drogues ne ferait que prolonger et augmenter des habitudes de consommation sans réellement promouvoir la santé. Une commercialisation passive serait donc plus appropriée. Cela signifie, selon les recommandations de BEAUCHESNE, la mise en place d'une législation qui supprime les encouragements du marché à produire ou à consommer des drogues, qui supprime les marques de commerce, qui contrôle les prix et qui établit le monopole de l'État dans la production, l'importation et la distribution de toutes les drogues. À cela, doit toujours s'ajouter des programmes d'éducation et de prévention afin que la population soit en mesure de gérer par elle-même l'utilisation de toutes les drogues.

Une politique globale sur l'ensemble des drogues doit tenir compte que la nocivité d'une drogue dépend de son usage et de son contexte d'utilisation et par conséquent la promotion de la santé est à développer en minimisant les encouragements à consommer. De plus, la consommation de drogues dépend des habitudes socioculturelles ou religieuses d'où découlent les attitudes, les attentes et les perceptions des effets de ces divers produits, la promotion de la santé doit permettre un cheminement dans l'éducation sur les drogues.

## **CONCLUSION**

Nous avons vu que le droit pénal ne peut être un instrument de promotion de la santé et par conséquent, les lois prohibitionnistes en matières de drogues n'ont aucune efficacité pour réduire la prévalence de la toxicomanie. Au contraire, selon le mode de distribution des organisations criminelles, le taux de prévalence ne peut qu'augmenter. De plus le trafic de drogue sert à des fins politiques occultes.

D'un autre côté, la légalisation des drogues présentement illicites priorise un ensemble de politiques socio-économiques et sanitaires afin que la population, soit en mesure de gérer l'usage de drogues et qu'elle puisse faire des choix responsables pour améliorer sa qualité de vie. Une libéralisation du marché des drogues n'est pas, par le fait même, une

solution pour diminuer le nombre de toxicomanes. Des stratégies de prévention et d'éducation dans un cadre global de promotion de la santé sont à la base d'une saine gestion des drogues.

Nous n'avons pas abordé à dessein les solutions pratiques qui s'offrent suite à une légalisation de l'ensemble des drogues, comme le modèle prohibant l'usage de drogue dans des endroits publics, le modèle où les gens obtiennent leur drogue sous ordonnance médicale, le modèle de droit privé où les gens peuvent obtenir une compensation financière suite à un tort qu'une drogue peut leur avoir causé, le modèle de rationnement où les gens reçoivent un nombre limité de tickets pour l'achat des drogues, ou encore le modèle d'impôt sur la nocivité des drogues. Parce que chacun de ces modèles est l'application de la démarche théorique que nous avons élaboré et il y aurait eu redondance, car chacun brise les distinctions et les discriminations actuelles apportées par la prohibition.

Il est certain que la légalisation fait face aux craintes de la population à l'égard de produits inconnus par elle et aux craintes de divers intervenants socio-sanitaires et politiques de faciliter, par une libéralisation du marché de la drogue, une expansion des toxicomanies.

Il est facile de décrier ce qui ne va pas, mais il est plus difficile de construire un modèle qui corrige les erreurs du passé sans créer de nouvelles difficultés plus imposantes que les premières. La prudence est donc de mise et un certain «étapisme» s'étendant sur plusieurs générations est certainement plus profitable que l'anarchie suite à une légalisation hâtive où tous les éléments d'une politique globale n'ont pas été mis en place. Le mieux serait que la population n'est pas à subir des effets pervers de la prohibition, ni de la libéralisation des marchés de la drogue. En matière de santé, la population est la première concernée, mais la dernière informée et outillée adéquatement... Autant les divers intervenants politiques que socio-sanitaires ont été habitués à prendre des décisions pour elle. Il est donc temps que la population puisse faire des choix éclairés en matière de psychotropes, que ces derniers soient présentement licites ou pas. Des modèles de libération du marché des drogues sont encore à inventer pour respecter le contexte socioculturel de chaque État, ou de chaque région, ou de chaque ethnie. Aussi, les instances décisionnelles n'ont-elles pas à «ré-inventer» la confiance dans le peuple?



## BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER, Bruce K., «*Alternatives à la Guerre contre la drogue*», in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 45-47.
- APAP, Georges, «*La persécution des drogués relève-t-elle d'une idéologie*», in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 23-28.
- BEAUCHESNE, Line, *La légalisation des drogues... pour mieux en prévenir les abus*, Montréal, Éditions du Méridiens, 1991, pp. 85-141.
- BERTRAND, Marie Andrée, «*L'immoralité de la prohibition*», in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 15-21.
- CASTILLO, Manuela Carmena, «*La légalisation actuelle et les possibilités d'alternative*» in Psychotropes, Montréal, Vol. V, Nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 29-31.
- DIEZ-RIPOLLES, José Luis, «*Les politiques anti-drogues en Europe occidentale*», in Psychotropes, Montréal, Vol. V., nos 1 et 2, hiver 1989, p. 57.
- LABROUSSE, Alain, «*La drogue et les conflits locaux : de l'Amérique centrale à l'Afghanistan*», in Psychotropes, Montréal, Vol. VIII, Nos 1 et 2, Automne 1992 - Hiver 1993, pp. 79-90.
- LAMBERTI, Amato, «*Les organisations criminelles, facteur d'incitation à la diffusion et à la consommation des drogues*» in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 49-54.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La promotion de la santé : une perspective, une pratique*, p. 7.
- REUTER, Peter, «*La politique des États-Unis en matière de stupéfiants. Un triste passé, un avenir douteux.*», in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, p. 111.
- RILEY, Diane M., «*La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques*, 1993.
- ROELANDT, Micheline, «*La prohibition présente-t-elle un quelconque avantage clinique ou épidémiologique?*» in Psychotropes, Montréal, Vol. V., nos 1 et 2, hiver 1989, pp. 39-43.
- ROMANI Oriol et Joseph COMELLES, «*Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines : automédication et dépendance*» in Psychotropes, Montréal, Vol. X, No 3, hiver 1991, pp. 39-57.
- SZASZ, Thomas, «*Plaidoyer pour la fin de la plus longue guerre du XX<sup>e</sup> siècle : la guerre contre la drogue*», in Psychotropes, Montréal, Vol. V, nos 1 et 2, hiver 1989, p. 71.