



EVALUATION DES POLITIQUES DES DROGUES

La riposte sanitaire, sociale et légale relative aux personnes usagères de drogues

TOGO & BENIN



Table des matières

Acronymes et sigles	4
Glossaire	6
Résumé exécutif	8
Contexte de l'évaluation et Méthodologie	11
Introduction.....	13
1. Drogues et politiques des drogues : Constat International et sous-régional	14
1.1 Le contexte international	14
1.1.1. La situation	14
1.1.2. Les réponses sanitaires et sociales au niveau global	15
1.1.3. La réponse politique au niveau global.	15
1.2 Au niveau sous-régional	16
1.2.1. La situation	16
1.2.2. Les réponses sanitaires et sociales sous-régionales	16
1.2.3. Les politiques des drogues au niveau sous-régional	17
1.3 Les partenaires au niveau global et sous-régional	18
1.3.1. Les partenaires internationaux	18
1.3.2. Les partenaires sous-régionaux	18
2. Contexte national : Le Togo	20
2.1. La situation des drogues	20
2.2. La réponse sanitaire et sociale	20
2.3. La législation sur les drogues	21
2.4. Les documents politiques	24
2.5. Les personnes usagères de drogues et leurs réalités.	26
2.6. Les partenaires	28
2.6.1. Le CNAD	28
2.6.2. Le CNLS-IST	29
2.6.3 Le PNAPP	29
2.6.4. CEPIAK	30
2.6.5. Le PNLS-IST	31
2.6.6 OCAL.....	32
2.6.7 Les partenaires de la société civile	32
2.6.7.1 Plateforme des OSC.....	32
2.6.7.2: ONG travaillant dans la thématique des drogues.....	33
2.6.8. Les partenaires de la chaîne judiciaire	34
3. Contexte national : Le Benin	36
3.1. La situation des drogues	36
3.2. La réponse sanitaire et sociale	37
3.3 La législation sur les drogues	39
3.4. Les documents politiques	42
3.5. Les personnes usagères de drogues et leurs réalités	43
3.6. Les partenaires	45
3.6.1. Le CILAS	45
3.6.2. Le CNLS-TP.....	45
3.6.3. CEPIAC	46
3.6.4 Plan International Bénin (PR)	48
3.6.5. Les partenaires de la chaîne judiciaire	49
3.6.6. OCAL.....	50
3.6.7 Les partenaires de la société civile	50
4. Les meilleures pratiques en matière de politiques relatives aux drogues	52
4.1. Comment différencier l'usager du trafiquant ?	52
4.2. Comment différencier l'usage problématique de l'usage non-problématique ?	54

4.3. Quel traitement pour l'usage non-problématique ?	55
4.4. Quel traitement pour l'usage problématique ?	58
4.5. La responsabilité financière de l'Etat quand une cour de justice (ou une entité mandatée) ordonne une injonction thérapeutique	60
5. Les recommandations	61
5.1 Le Togo	61
5.1.1. Plaidoyer concernant les services sanitaires et sociaux.....	61
5.1.2 Les recommandations de réformes légales	64
5.2. Le Bénin	67
5.2.1. Plaidoyer concernant les services sanitaires et sociaux	67
5.2.2 Les recommandations de réformes légales	71
Conclusion	74
Annexe : Liste de personnes ressources.	75



Acronymes et sigles

ACD Agent chargé de dépistage (Bénin)
AFAZ Association des femmes Amazones Zen (Togo)
APB Agence pénitentiaire du Bénin
BORNES Bénin Orientation Neutre Santé
CAFUDD Convergence d'Actions en Faveur des Usagers de Drogues et des Détenus (Togo)
CARIJ Comité d'appui aux réformes institutionnelles et juridictionnelles (Togo)
CASA Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (Côte d'Ivoire)
CEPIAC Centre de prise en charge intégrée des addictions de Cotonou (Bénin)
CEPIAD Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (Sénégal)
CEPIAK Centre de Prise en charge intégrée des Addictions de Kodjoviakopé (Togo)
CILAS Comité Interministériel De Lutte Contre L'abus Des Stupéfiants Et Des Substances Psychotropes (Bénin)
CIU Code d'identifiant Unique
CNAD Comité National Anti-Drogue (Togo)
CNLS-IST Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (Togo)
CNLS-TP Conseil National de Lutte contre le Sida, la tuberculose, le paludisme, les IST, les hépatites et les épidémies (Bénin)
CRIET Cour de répression des infractions économiques et du terrorisme (Bénin)
DH Droits Humains
DIC Drop-in centre
EFPJ École de Formation des Professions Judiciaires (Bénin)
ESDG Etude de Surveillance de Deuxième Génération (Bénin)
ESSG Etude de surveillance de Seconde génération (Togo)
EVT Espoir Vie Togo
FGD Discussions de groupe (Focus Group discussions)
HRI Harm Reduction International
HSH Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IDPC Consortium International sur les Politiques des Drogues
IT Injonction thérapeutique
MdM Médecins du Monde
NCP Nouveau Code pénal
NSP Nouvelles substances psychoactives
OCAL Organisation du Corridor Abidjan-Lagos
ODH Observatoire des Droits Humains (Togo)
ONUDD Office des Nations unies contre la drogue et le crime
PA Pair Animateur (Bénin)
PAS Programme d'aiguilles et de seringues
PC Population clé
PE Pair éducateur
PEC Prise en charge
PES Programme d'échange de seringues
PNAPP Programme national des addictions aux produits psychoactifs (Togo)
PNI Plan National intégré (Plan national drogues – Bénin)
PNIDC Plan national intégré de lutte contre la drogue et le crime (Togo)
PNLS IST Programme national de lutte contre le sida et les IST (Togo)
POS Procédures opérationnelles standardisées
PR Récipiendaire principal (des subventions du Fonds Mondial)
PrEP Prophylaxie Pre Exposition
PS Professionnel.le du Sexe
PSLS Programme Santé de Lutte contre le VIH/Sida et les IST (Bénin)

Evaluation des politiques de drogues au Togo et au Bénin
PSNIE Plan stratégique national intégré pour l'élimination du VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales et les IST (Bénin)
PTF Partenaires techniques et financiers
PUD Personne usagère de drogues
RAPAA Recherche Action Prévention Accompagnement des Addictions (Togo)
RAS+ Réseau des associations des personnes vivant avec le VIH Sida (Togo)
RdR Réduction des risques
ROAD Réseau des ONG Anti-Drogue (Togo)
SAN Syndrome d'abstinence néonatal
S&D Stigmatisation et discrimination
SGAM Secrétaire Général Adjoint du Ministère de la Justice
SP Secrétaire Permanent
SR Sous récipiendaire (des subventions du Fonds Mondial)
SSR Sous sous récipiendaire (des subventions du Fonds Mondial)
STA Stimulant de type amphétamine
TAO Traitement par agoniste opioïdes
TIG Travail d'intérêt général
UNGASS United Nations General Assembly Special Session (Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies).
UNODC Office des Nations unies contre la drogue et le crime
USAID Agence des États-Unis pour le développement international
VBG Violence basée sur le genre
VHB Virus de l'hépatite B
VHC Virus de l'hépatite C
WACD Commission Ouest Africaine sur les Drogues
WADPN Réseau Ouest Africain des Politiques en Matière de Drogue
WENDU West African Epidemiology Network on Drug Use (Réseau épidémiologique ouest-africain sur la consommation de drogues)



Glossaire

« Personne usagère de drogues injectables » vs « Toxicomane »

Le terme « Personne usagère de drogues injectables » est préféré à consommateur de drogues injectables (CDI) ou utilisateur de drogues injectables (UDI) dans ce document, en ligne avec le Guide de référence linguistique d'INPUD¹ (le réseau international des personnes usagères de drogues).

Comme le précise ce guide, il est important de mettre l'accent sur la personne d'abord, et ne pas définir les gens par leur usage de drogues ou leur pathologie. Aussi, le terme « Personne usagère de drogues injectables » est neutre en matière de genre, et utilisé la plupart du temps dans ce document. Quant aux termes « toxicomanes », « addictes », ou « drogués », ils ne sont absolument pas utilisés dans ce document, à l'exception de citations de documents, comme dans le Nouveau Code Pénal (Togo et Bénin) où le terme « toxicomane » apparaît. Par ricochet, les termes « Usage de drogues » ou « troubles liés à l'usage de drogues » sont préférés au terme « toxicomanie ». Il est à noter que l'ONUSIDA aussi déconseille des termes comme « toxicomanes » ; « drogués », « consommateurs de drogue par voie intraveineuse », dans son guide de terminologie², et encourage l'utilisation de « personne/personnes qui s'injecte(nt) des drogues » car cela met l'accent sur les personnes.

Réduction des risques

Le terme réduction des risques a une définition qui varie selon les organisations. D'après le Fonds Mondial, « La réduction des risques fait référence aux politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les effets néfastes, sur les plans sanitaire, social et juridique, associés à la consommation de drogues et aux lois et politiques connexes. L'objectif des approches axées sur la réduction des risques est d'appuyer un changement positif sans que les personnes n'aient besoin d'arrêter leur consommation de drogues ».³ Cette stratégie ne nécessite pas forcément l'abstinence aux drogues, mais vise à approcher les personnes usagères de drogues sans jugement, et à créer des liens afin de faciliter l'offre de services, et surtout l'accès à ces services. L'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUDC proposent plutôt un paquet d'interventions pour la réduction des risques, notamment une série

de neuf (09) mesures en 2009, (Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, Thérapie de substitution aux opiacés et autres traitements des troubles liés à l'usage de drogues fondés sur des données probantes, services de dépistage pour le VIH, thérapie antirétrovirale, Prévention et traitement des IST, Programmes de distribution des préservatifs destinés aux personnes usagères de drogues et leurs partenaires sexuels, Information, sensibilisation et communication ciblées destinées aux personnes usagères de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, Prévention, vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale, Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose), et l'OMS y ajoute progressivement des interventions additionnelles en 2016 (Prévention et gestion des overdoses et Prophylaxie Préexposition [PrEP] ⁴). En 2025, l'OMS publie une liste de lignes directrices pour les populations clés⁵, et la partie destinée aux personnes usagères de drogues injectables est assez exhaustive, et tient compte aussi de l'élément du genre dans l'offre de services.

« Programme d'aiguilles et de seringues (PAS) » vs « programme d'échange de seringues (PES) »

Le terme « Programme d'aiguilles et de seringues » (PAS) est préféré au terme « programme d'échange de seringues » (PES) afin d'éviter de mettre l'accent sur la dimension de l'« échange ». Autant que possible, il est grandement conseillé de procéder à la distribution de matériel d'injection, plutôt qu'à l'échange de matériel stérile sous la condition unique qu'il y ait retour de matériel usagé. Les modèles de distribution ne doivent pas exiger un échange « unitaire » : Les bénéficiaires d'un programme de distribution d'aiguilles et de seringues devraient toujours être encouragés à rapporter le matériel d'injection usagé au programme ou au service mobile mais sans que cela conditionne la fourniture de matériel neuf. Le terme PES est cependant utilisé dans la partie concernant le Bénin. Ce terme est préféré par les partenaires béninois car c'est celui qui apparaît dans leurs documents officiels.

Opiïdes vs opiacés

Les opiacés (opium, morphine, codéine) constituent des dérivés naturels de la plante

du pavot (Pavot à opium). Les opioïdes sont des composés semi-synthétiques (héroïne, buprénorphine) ou synthétiques (fentanyl), dont les propriétés analgésiques (qui calment les douleurs) sont beaucoup plus puissantes. Le terme « opioïdes » tend désormais à désigner toutes les substances, qu'elles soient des opiacés d'origine naturelle ou synthétique. Une de leurs caractéristiques majeures est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique.

Méthadone

La méthadone est un médicament opiacé synthétique utilisé principalement pour traiter la dépendance à d'autres opioïdes, tels que l'héroïne. Elle agit en bloquant les effets de ces autres drogues et en réduisant les symptômes de sevrage. Contrairement à d'autres opioïdes, la méthadone a une action prolongée. Cela permet de réduire les envies et les symptômes de sevrage, facilitant ainsi le sevrage et la réinsertion sociale. La méthadone fonctionne cependant uniquement sur les opioïdes (héroïne, Tramadol, etc), et ne marche pas pour d'autres drogues comme la cocaïne, le crack ou les amphétamines.

Traitement par agoniste opioïdes (TAO) et Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)

Les termes TAO et TSO sont utilisés dans le contexte de la dépendance aux opioïdes. Le TSO est l'ancienne appellation. Elle désigne le processus de prise de médicaments de substitution (comme la méthadone ou la buprénorphine) pour réduire les symptômes de sevrage et les envies chez les personnes dépendantes aux opioïdes. L'accent est mis sur la «substitution», c'est-à-dire le remplacement d'un opioïde illicite par un opioïde prescrit. Quant au TAO, c'est la nouvelle appellation, plus précise et plus englobante. Elle met l'accent sur le mécanisme d'action des médicaments utilisés, qui sont des «agonistes opioïdes» (c'est-à-dire qu'ils se fixent sur les mêmes récepteurs que les opioïdes illicites). Cette nouvelle appellation est plus correcte car les médicaments utilisés ne font pas que se substituer, ils agissent sur les mêmes récepteurs. Le terme TAO inclut une gamme plus large de médicaments et de stratégies

thérapeutiques. Dans ce document, si ces termes sont utilisés, ils font généralement allusion au TSO, car les autres traitements de TAO comme la buprénorphine, ne sont pas disponibles dans la prise en charge des dépendances aux opiacés au Togo ou au Bénin.

Naloxone

La naloxone est un médicament qui peut inverser les effets d'une overdose d'opioïdes. Elle agit comme un antidote en bloquant les effets des opioïdes sur le cerveau. Ainsi, si une personne fait une overdose d'opioïdes, l'utilisation de la Naloxone devrait empêcher la mort qui aurait pu être causée par cette overdose.

L'injonction thérapeutique

L'injonction thérapeutique est une mesure juridique qui oblige une personne à suivre un traitement médical, souvent dans le contexte de troubles liés à l'usage de substances ou de problèmes de santé mentale. Les implications éthiques et les droits humains de ces mesures sont complexes et varient selon les juridictions.

Les alternatives à l'incarcération

Les alternatives à l'incarcération sont des mesures pénales qui visent à remplacer ou à compléter l'emprisonnement, en privilégiant des solutions qui favorisent la réinsertion sociale. Elles peuvent être prononcées par un juge en fonction de la gravité de l'infraction, de la personnalité du condamné et des circonstances de l'affaire. Les objectifs des alternatives à l'incarcération visent entre autres, à réduire la surpopulation carcérale, favoriser la réinsertion sociale des condamnés, prévenir la récidive, etc. Les alternatives à l'incarcération peuvent comprendre les amendes, le travail d'intérêt général (TIG), l'injonction thérapeutique, ou toute une série de mesures. Les alternatives à l'incarcération dans ce document font souvent référence aux Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo)⁶. Il est important de noter que le choix de l'alternative à l'incarcération la plus appropriée dépend de chaque cas particulier.



Résumé exécutif

Cette évaluation de politiques des drogues au Togo et au Bénin fournit une analyse complète des réponses sanitaires, sociales et légales pour les personnes usagères de drogues, en se concentrant sur les services, les expériences et les politiques au Togo et au Bénin. Elle met en évidence le passage d'une approche répressive à une approche intégrant les perspectives de santé publique et de droits humains.

Comme le démontre les éléments de ce document, au niveau du contexte global, la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) sur les drogues en 2016 a marqué un tournant significatif dans la politique mondiale en matière de drogues. Elle a souligné la nécessité d'une approche équilibrée incluant la réduction de l'offre et de la demande, la santé, les droits humains et le développement. Cette session a contribué à déplacer l'accent de l'application de la loi vers la santé publique. Ainsi, plusieurs pays ont maintenant amendé leurs textes législatifs et réglementaires en matière de drogues, y compris au niveau de la sous-région.

Un aperçu de la situation des drogues dans les deux pays montre qu'ils font face à des défis importants en matière de trafic et de consommation de drogues, en particulier le long du corridor Lagos-Abidjan. Les drogues illicites les plus couramment utilisées incluent le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, les produits pharmaceutiques du marché noir et les drogues de synthèse. Bien que la méthode de consommation de la plupart des personnes qui utilisent des drogues au Bénin et au Togo soit par voie orale, ou par inhalation, il y a aussi des personnes qui s'injectent des drogues.

En matière de réponses sanitaires et sociales, le document discute des divers services sanitaires et sociaux disponibles pour les personnes usagères de drogues au Togo et au Bénin. Ces services incluent des centres de sevrage, mais ceux-ci comprennent des frais qui ne sont à la charge de la personne. Il y a aussi des programmes de réduction des risques, tels que les programmes d'aiguilles et de seringues et la thérapie de substitution aux opioïdes comme la méthadone. Cependant, il est nécessaire de mieux intégrer la réduction des risques dans le système de santé. Il existe ainsi des lacunes importantes dans la prestation de services, en

particulier concernant l'accès à ces services, dû au manque de décentralisation et de mise à échelle. De plus, les services concernant les femmes qui utilisent des drogues et parfois même les données à leur sujet sont peu disponibles. Par ailleurs, les services sont plutôt limités aux drogues injectables par rapport aux autres méthodes de consommation.

Quant aux cadres légaux, le Togo et le Bénin ont tous deux des cadres légaux qui criminalisent la consommation et la possession de drogues. Le document met en lumière les défis posés par ces lois répressives, notamment le manque d'accès aux services de santé et le risque d'incarcération. Bien que l'injonction thérapeutique soit présente dans les textes législatifs, le manque de décrets d'application fait que cette option est très peu, voire pas du tout utilisée.

Le document traite aussi des meilleures pratiques en matière de politiques relatives aux drogues, en mettant l'accent sur la nécessité de remplacer l'incarcération par des services sanitaires et sociaux pour les personnes usagères de drogues. Contrairement aux idées reçues, la majorité des personnes qui utilisent des drogues n'ont pas de problèmes liés à leur usage.

Les politiques répressives, qui ciblent principalement les personnes usagères de drogues, éloignent les personnes vulnérables des services nécessaires, causant des dommages sanitaires et sociaux. Les agences de l'ONU recommandent de décriminaliser l'usage de drogues et de privilégier la réduction des risques, en se concentrant sur les soins sanitaires et sociaux pour les usages problématiques, tout en évitant d'incarcérer les autres.

Le document explique également le rationnel des différentes propositions basées sur des recommandations des Nations Unies et des meilleures pratiques internationales. Il souligne l'importance de définir des seuils indicatifs pour différencier l'usage personnel du trafic. Il préconise aussi de mettre en place l'injonction thérapeutique qui doit tenir compte des différents profils de personnes usagères de drogues et la réponse doit ainsi inclure de brèves interventions, des options de traitement et de réduction des risques, et d'autres alternatives à l'incarcération en fonction de la situation de la personne.

En matière de recommandations, le document

en fournit plusieurs en vue d'améliorer les réponses sanitaires, sociales et légales à l'usage de drogues au Togo et au Bénin :

- **Renforcer les services de traitement et de réduction des risques** : étendre les services de réduction des risques, y compris les programmes d'aiguilles et de seringue, et le traitement de substitution aux opiacés, et s'assurer qu'ils soient accessibles et sans discontinuité à toutes les personnes usagères de drogues, y compris les femmes. La disponibilité et l'accessibilité de centres de sevrage devra aussi être étendue, de même que des services différenciés pour les personnes qui utilisent des drogues par inhalation.

- **Réformes légales** : réformer les textes législatifs et réglementaires sur les drogues pour offrir des services sanitaires et sociaux à travers l'injonction thérapeutique adaptée avec un soutien financier de l'État et d'autres alternatives à l'incarcération pour les personnes usagères de drogues.

- **Renforcement des Capacités** : Former les prestataires de soins de santé, les organisations de la société civile, les forces de l'ordre et le système judiciaire sur la réduction des risques et les droits des personnes usagères de drogues, et sur l'importance des réformes des textes législatifs et réglementaires à ce sujet.

- **Engagement Communautaire** : Impliquer les personnes usagères de drogues dans la conception et la mise en oeuvre des politiques et programmes qui les concernent.

- **Collecte de Données** : Améliorer la collecte de données sur la consommation de drogues et l'efficacité des programmes de réduction des risques pour informer les politiques et les pratiques.

En somme, le document conclut qu'une approche équilibrée de la politique en matière de drogues, qui inclut la réduction des risques, la réforme légale et l'engagement communautaire, est essentielle pour améliorer la santé et le bien-être des personnes usagères de drogues au Togo et au Bénin. Il appelle à un passage des mesures répressives à un accent sur la santé publique et les droits humains.

Contexte de l'évaluation et Méthodologie

L'usage de drogues en Afrique de l'Ouest est un phénomène qui prend de l'ampleur. De plus, les types de drogues et les modes de consommation sont très variés. Cela a un impact sanitaire et social indéniable, notamment sur les taux de VIH, de tuberculose, des hépatites virales, et également sur le taux d'incarcération dans des contextes de surpopulation carcérale, comme c'est le cas au Togo et au Bénin.

Ainsi, les réponses sanitaires et sociales, notamment les services de réduction des risques (RdR) s'installent graduellement dans la sous-région. A titre indicatif, les programmes d'aiguilles et de seringues (PAS) sont disponibles dans neuf (09) pays d'Afrique de l'Ouest, et le TAO, spécifiquement le TSO, dans cinq (05) pays. Cependant, l'offre de services aux personnes usagères de drogues (PUD), notamment de RdR va de pair avec une remise en question des politiques en matière de drogues. En réalité, le lien entre les politiques répressives inadéquates et l'impact sur la santé publique et les droits humains est documenté depuis de nombreuses années⁷. Aujourd'hui les stratégies mondiales de l'ONUSIDA, de l'OMS et de bien d'autres agences onusiennes préconisent la décriminalisation ou la dépénalisation de l'usage de drogues.

Si plusieurs pays ont déjà développé des modèles alternatifs en matière de politique des drogues, l'Afrique de l'Ouest n'est pas en reste avec le Ghana et la Côte d'Ivoire qui ont déjà adopté de nouvelles législations sur les drogues, qui tiennent compte de la santé publique et des droits humains.

Ainsi, le but de cette étude est d'évaluer les politiques en matière de drogues au Togo et au Bénin et de faire des recommandations en vue d'améliorer les politiques nationales existantes, dans le but d'améliorer la riposte sanitaire, sociale et légale relative aux personnes usagères de drogues. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet mené par Médecins du Monde (MdM) en Côte d'Ivoire, qui vise à promouvoir les expertises en réduction des risques pour les PUD en Afrique de l'Ouest francophone. S'appuyant sur l'expérience de MdM acquise entre 2015 et 2023, le projet ambitionne de développer une offre de soins de santé adaptée et accessible aux PUD vulnérables. Parmi les principaux partenaires, Coalition PLUS joue un rôle clé en orchestrant l'Objectif Spécifique 2 (OS2) qui consiste à développer une approche

transversale de plaider pour influencer les politiques nationales et régionales en matière de drogues, tout en mettant l'accent sur la promotion des droits humains. Cela inclut un soutien spécifique aux organisations du Togo et du Bénin, s'inspirant des réformes légales récentes de la Côte d'Ivoire en 2022. À un niveau régional, des axes de plaidoyer tels que des alternatives à l'incarcération et l'intégration des PUD dans les politiques de lutte contre le VIH et la tuberculose sont également prioritaires. Les autres partenaires, comme l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS) du Sénégal, Bénin Orientation Neutre Santé (BORNES) et Espoir Vie-Togo (EVT), collaborent pour assurer le succès de ces initiatives au niveau pays à travers leurs expertises respectives.

La méthodologie utilisée a consisté en amont à une revue documentaire et des entretiens avec les associations partenaires telles que EVT (Togo) et BORNES (Bénin). Une fois sur place, des discussions de groupe avec les PUD ont eu lieu, de même que des visites de terrain. Des rencontres se sont aussi tenues avec divers partenaires notamment les comités/conseils nationaux de lutte contre le VIH et les comités nationaux relatifs aux drogues, les programmes nationaux de lutte contre le VIH, les centres de prise en charge des PUD, les ministères de la justice et autres partenaires du milieu juridique, l'ONUSIDA et OCAL (Organisation du Corridor Abidjan-Lagos). De même, les partenaires de la société civile ont été rencontrés, certains en présentiel et d'autres discussions de groupe ont aussi eu lieu en ligne. Les partenaires étatiques ont été choisis par rapport au lien des institutions gouvernementales avec la thématique des drogues et des politiques en matière de drogues, y compris les politiques sanitaires. Quant aux représentants des OSC, les partenaires choisis sont ceux travaillant dans le domaine des drogues, ou ceux travaillant avec les populations clés.

Il y a donc un total de quatre-vingt-treize (93) personnes rencontrées dans le cadre de cette étude. Au Togo, quarante-quatre (44) personnes y ont participé, dont onze (11) représentants institutionnels, quatre (04) représentants des OSC et dix-neuf (19) PUD, dont quinze (15) hommes et quatre (04) femmes. Quant

au Bénin, quarante-neuf (49) personnes ont été rencontrées dont onze (11) représentants institutionnels, une agence du système des nations unies (ONUSIDA), seize (16) représentants non gouvernementaux, et vingt-et-une (21) PUD dont quinze (15) hommes (y compris cinq sur le programme de TSO) et six (06) femmes.

Bien que la plupart des partenaires identifiés ont pu être rencontrés, certaines rencontres n'ont pas pu avoir lieu. Au Bénin par exemple, une rencontre avec les PUD issues de la communauté LGBT n'a pas pu se faire pour des raisons logistiques. Concernant justement les membres de la communauté LGBT qui utilisent des drogues, la seule rencontre organisée s'est tenue au Togo, et il y avait uniquement trois (3) HSH, sans représentation de femmes ou de personnes transgenres, même si l'invitation avait été lancée. Ainsi, s'il existe des spécificités de cette catégorie de PUD, l'échantillon rencontré est trop limité pour pouvoir documenter des besoins spécifiques au Togo, et ces spécificités béninoises n'ont malheureusement pas pu être documentées.

En matière de lois, les textes de lois du Bénin sont disponibles en ligne sur le site de la Présidence de la République, mais les textes de lois du Togo n'étaient pas disponibles en ligne, mis à part le nouveau code pénal. Ces contraintes sont mentionnées ici dans un souci de transparence.

Ce rapport commence par une vue d'ensemble globale (partie 1), puis se subdivise en sections spécifiques pour le Togo (partie 2) et le Bénin (partie 3). Les parties 4 et 5 abordent des sujets communs aux deux pays ; des codes couleurs sont utilisés pour distinguer facilement les informations spécifiques à chaque pays. De plus, des encadrés rouges fournissent des informations supplémentaires pour mieux comprendre le contenu et les encadrés jaunes, dans la partie 4, offrent des recommandations techniques générales sur des alternatives à l'incarcération. Finalement, la partie 5 comporte des recommandations spécifiques à chaque pays.

Les sources citées dans les notes de bas de page se composent de liens hypertextes menant directement à l'ouvrage cité en ligne si ledit document est disponible en ligne.



Contexte de l'évaluation et Méthodologie

L'usage de drogues en Afrique de l'Ouest est un phénomène qui prend de l'ampleur. De plus, les types de drogues et les modes de consommation sont très variés. Cela a un impact sanitaire et social indéniable, notamment sur les taux de VIH, de tuberculose, des hépatites virales, et également sur le taux d'incarcération dans des contextes de surpopulation carcérale, comme c'est le cas au Togo et au Bénin.

Ainsi, les réponses sanitaires et sociales, notamment les services de réduction des risques (RdR) s'installent graduellement dans la sous-région. A titre indicatif, les programmes d'aiguilles et de seringues (PAS) sont disponibles dans neuf (09) pays d'Afrique de l'Ouest, et le TAO, spécifiquement le TSO, dans cinq (05) pays. Cependant, l'offre de services aux personnes usagères de drogues (PUD), notamment de RdR va de pair avec une remise en question des politiques en matière de drogues. En réalité, le lien entre les politiques répressives inadéquates et l'impact sur la santé publique et les droits humains est documenté depuis de nombreuses années⁷. Aujourd'hui les stratégies mondiales de l'ONUSIDA, de l'OMS et de bien d'autres agences onusiennes préconisent la décriminalisation ou la dépénalisation de l'usage de drogues.

Si plusieurs pays ont déjà développé des modèles alternatifs en matière de politique des drogues, l'Afrique de l'Ouest n'est pas en reste avec le Ghana et la Côte d'Ivoire qui ont déjà adopté de nouvelles législations sur les drogues, qui tiennent compte de la santé publique et des droits humains.

Ainsi, le but de cette étude est d'évaluer les politiques en matière de drogues au Togo et au Bénin et de faire des recommandations en vue d'améliorer les politiques nationales existantes, dans le but d'améliorer la riposte sanitaire, sociale et légale relative aux personnes usagères de drogues. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet mené par Médecins du Monde (MdM) en Côte d'Ivoire, qui vise à promouvoir les expertises en réduction des risques pour les PUD en Afrique de l'Ouest francophone. S'appuyant sur l'expérience de MdM acquise entre 2015 et 2023, le projet ambitionne de développer une offre de soins de santé adaptée et accessible aux PUD vulnérables. Parmi les principaux partenaires, Coalition PLUS joue un rôle clé en orchestrant l'Objectif Spécifique 2

(OS2) qui consiste à développer une approche transversale de plaidoyer pour influencer les politiques nationales et régionales en matière de drogues, tout en mettant l'accent sur la promotion des droits humains. Cela inclut un soutien spécifique aux organisations du Togo et du Bénin, s'inspirant des réformes légales récentes de la Côte d'Ivoire en 2022. À un niveau régional, des axes de plaidoyer tels que des alternatives à l'incarcération et l'intégration des PUD dans les politiques de lutte contre le VIH et la tuberculose sont également prioritaires. Les autres partenaires, comme l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS) du Sénégal, Bénin Orientation Neutre Santé (BORNES) et Espoir Vie-Togo (EVT), collaborent pour assurer le succès de ces initiatives au niveau pays à travers leurs expertises respectives. La méthodologie utilisée a consisté en amont à une revue documentaire et des entretiens avec les associations partenaires telles que EVT (Togo) et BORNES (Bénin). Une fois sur place, des discussions de groupe avec les PUD ont eu lieu, de même que des visites de terrain. Des rencontres se sont aussi tenues avec divers partenaires notamment les comités/conseils nationaux de lutte contre le VIH et les comités nationaux relatifs aux drogues, les programmes nationaux de lutte contre le VIH, les centres de prise en charge des PUD, les ministères de la justice et autres partenaires du milieu juridique, l'ONUSIDA et OCAL (Organisation du Corridor Abidjan-Lagos). De même, les partenaires de la société civile ont été rencontrés, certains en présentiel et d'autres discussions de groupe ont aussi eu lieu en ligne. Les partenaires étatiques ont été choisis par rapport au lien des institutions gouvernementales avec la thématique des drogues et des politiques en matière de drogues, y compris les politiques sanitaires. Quant aux représentants des OSC, les partenaires choisis sont ceux travaillant dans le domaine des drogues, ou ceux travaillant avec les populations clés.

Il y a donc un total de quatre-vingt-treize (93) personnes rencontrées dans le cadre de cette étude. Au Togo, quarante-quatre (44) personnes y ont participé, dont onze (11) représentants institutionnels, quatre (04) représentants des OSC et dix-neuf (19) PUD, dont quinze (15) hommes et quatre (04) femmes. Quant

au Bénin, quarante-neuf (49) personnes ont été rencontrées dont onze (11) représentants institutionnels, une agence du système des nations unies (ONUSIDA), seize (16) représentants non gouvernementaux, et vingt-et-une (21) PUD dont quinze (15) hommes (y compris cinq sur le programme de TSO) et six (06) femmes.

Bien que la plupart des partenaires identifiés ont pu être rencontrés, certaines rencontres n'ont pas pu avoir lieu. Au Bénin par exemple, une rencontre avec les PUD issues de la communauté LGBT n'a pas pu se faire pour des raisons logistiques. Concernant justement les membres de la communauté LGBT qui utilisent des drogues, la seule rencontre organisée s'est tenue au Togo, et il y avait uniquement trois (3) HSH, sans représentation de femmes ou de personnes transgenres, même si l'invitation avait été lancée. Ainsi, s'il existe des spécificités de cette catégorie de PUD, l'échantillon rencontré est trop limité pour pouvoir documenter des besoins spécifiques au Togo, et ces spécificités béninoises n'ont malheureusement pas pu être documentées.

En matière de lois, les textes de lois du Bénin sont disponibles en ligne sur le site de la Présidence de la République, mais les textes de lois du Togo n'étaient pas disponibles en ligne, mis à part le nouveau code pénal. Ces contraintes sont mentionnées ici dans un souci de transparence.

Ce rapport commence par une vue d'ensemble globale (partie 1), puis se subdivise en sections spécifiques pour le Togo (partie 2) et le Bénin (partie 3). Les parties 4 et 5 abordent des sujets communs aux deux pays ; des codes couleurs sont utilisés pour distinguer facilement les informations spécifiques à chaque pays. De plus, des encadrés rouges fournissent des informations supplémentaires pour mieux comprendre le contenu et les encadrés jaunes, dans la partie 4, offrent des recommandations techniques générales sur des alternatives à l'incarcération. Finalement, la partie 5 comporte des recommandations spécifiques à chaque pays.

Les sources citées dans les notes de bas de page se composent de liens hypertextes menant directement à l'ouvrage cité en ligne si ledit document est disponible en ligne.



Introduction

La consommation de drogues est souvent entourée de stéréotypes et d'idées reçues. Contrairement à la croyance populaire, la majorité des personnes qui consomment de drogues ne souffrent pas de troubles liés à leur usage. En effet, le rapport mondial de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) de 2025 révèle que près de 80% des personnes usagères de drogues ne sont pas considérées comme dépendantes et ne nécessitent pas de traitement⁸.

Cependant, en dépit de ces statistiques, d'énormes sommes d'argent sont consacrées chaque année à la répression, qui cible principalement les simples usagers plutôt que les réseaux de grands trafiquants de drogues. Cette stratégie s'avère non seulement coûteuse mais également inefficace pour résoudre les problèmes associés à l'usage des drogues⁹.

La criminalisation des drogues expose les personnes usagères, en particulier celles qui s'injectent des drogues à des risques sanitaires majeurs, notamment la transmission du VIH, de la tuberculose et des hépatites virales. De surcroît,

cette politique a tendance à éloigner les usagers des services sanitaires et sociaux, aggravant ainsi les effets négatifs de la consommation de drogues¹⁰. En outre, elle contribue directement à la surpopulation carcérale.

Il est important de souligner que les personnes usagères de drogues ne vivent pas isolées du reste de la population. Elles interagissent avec leur entourage, conjoints, enfants, parents, collègues, clients, etc. Cette réalité souligne l'urgence de repenser les politiques en matière de drogues.

Adopter une approche de réduction des risques se traduit par des politiques axées sur la santé publique et les droits humains, plutôt que sur la répression. Cette stratégie vise à minimiser les dommages associés à la consommation de drogues, en fournissant des services tels que des programmes d'aiguilles et de seringues, le TSO et un accès plus facile aux soins de santé. En choisissant une telle approche, on pourrait mieux protéger la santé et le bien-être des personnes usagères de drogues, tout en réduisant les coûts et les impacts négatifs des politiques actuelles.



1. Drogues et politiques des drogues : Constat International et sous-régional

1.1 Le contexte international

1.1.1. La situation

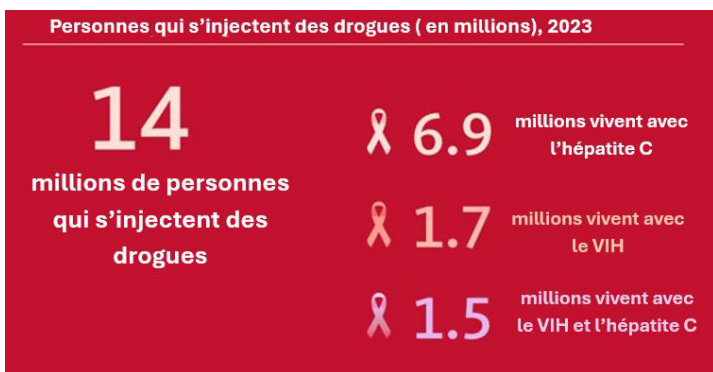
L'usage de drogues est un phénomène mondial observé et documenté depuis de nombreuses années. Selon le dernier rapport de l'ONUDC, environ 316 millions de personnes dans le monde ont consommé au moins une drogue illicite en 2024. Parmi ces personnes, 4 personnes sur 5 (4/5) ne souffrent pas de troubles liés à l'usage de drogues¹¹. Sur ces 316 millions de personnes, les drogues illicites les plus utilisées au niveau mondial sont le cannabis, les opioïdes, les amphétamines, la cocaïne et les « ecstasy » suivant un ordre décroissant. Parmielles, 14 millions ont recours à l'injection de drogues. Les pratiques liées à l'usage de drogues injectables étant souvent collectives, le risque de partage du matériel d'injection est élevé,

surtout si elles vivent dans un environnement où les seringues stériles et autres matériels d'injection ne sont pas facilement accessibles. (Cela est aussi valable pour la consommation par inhalation, où les pailles et pipes à crack sont aussi partagées entre personnes qui utilisent

des drogues). Ce partage de matériel d'injection les expose à un risque accru de transmission du VIH, de la tuberculose et d'autres virus transmissibles par le sang, tels que les hépatites. En effet, selon les

chiffres de l'ONUDC, parmi les personnes qui utilisent des drogues injectables dans le monde, à peu près une sur deux (1/2) vit avec le virus de l'hépatite C (VHC), une sur huit (1/8) avec le VIH, et une sur dix (1/10) est coinfectée par le VIH et le VHC¹².

Nombre de personnes usagères de drogues illicites dans le monde (UNODC 2025)



Source : Rapport Mondial sur les drogues 2025



1.1.2. Les réponses sanitaires et sociales au niveau global

Il est important de noter que ces chiffres sont alarmants et soulignent la nécessité de mettre en place des politiques de réduction des risques et de prévention de la transmission des maladies infectieuses chez les personnes usagères de drogues. Ces politiques peuvent inclure entre autres, l'accès à du matériel d'injection stérile (type programme d'aiguilles et de seringues) ou d'inhalation sécuritaire (type pailles et pipes à crack), des traitements par agoniste opioïde (TAO) type méthadone, de prévention des overdoses (type Naloxone) ainsi que des services de dépistage et de traitement des hépatites, de la tuberculose et du VIH.

Ainsi, dans les années 1980, l'apparition du VIH au sein de la communauté des personnes usagères de drogues injectables a mis en lumière l'insuffisance des approches traditionnelles de réduction de l'offre et de la demande. Des pays comme les Pays-Bas, la Suisse, le Royaume-Uni et la France ont rapidement constaté que ces stratégies ne suffisaient pas à enrayer la propagation du VIH et des autres maladies transmissibles par le sang au sein de cette population, où les taux de transmission augmentaient de manière exponentielle. Face à cette impasse, une nouvelle stratégie a émergé : la Réduction des Risques (RdR).¹³ Contrairement aux approches précédentes, la RdR ne requiert pas nécessairement l'abstinence, mais cherche plutôt à établir un contact avec les personnes usagères de drogues, sans jugement, afin de créer des liens de confiance et de faciliter l'accès aux services de soins et de prévention, de même qu'un encadrement social. Elle englobe également la création d'un environnement favorable, y compris un cadre légal adapté, pour faciliter la mise en oeuvre et l'accès aux différents services proposés.

1.1.3. La réponse politique au niveau global.

Pendant plusieurs décennies, la communauté

internationale a adopté une approche prohibitionniste de la politique mondiale en matière de drogues, souvent qualifiée de «guerre contre la drogue». Cette approche était fondée sur la conviction que l'application stricte de la loi, la répression et la prévention de la consommation étaient les seules solutions pour lutter contre l'usage de drogues et le trafic de stupéfiants. Elle s'appuyait en grande partie sur le système international de contrôle des drogues, à travers 3 conventions mises en place par les Nations Unies¹⁴. Les premières conventions sur

les drogues, avant même l'existence des Nations Unies datent déjà du début du 20ème siècle¹⁵.

Cependant, au cours des années 2000, un nombre

croissant d'États membres et de groupes de la société civile ont commencé à reconnaître que cette approche n'atteignait pas ses objectifs et qu'elle causait au contraire des dommages importants à la société. L'inquiétude grandissante et l'effritement du consensus mondial ont même conduit certains experts à affirmer que la période entourant l'UNGASS 2016 (Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le problème mondial de la drogue) a marqué le début d'une ère «post-guerre contre la drogue».¹⁶

Certains pays avaient déjà commencé à s'éloigner du régime prohibitionniste, l'exemple le plus cité étant le Portugal qui a décriminalisé toutes les drogues en 2001. La période post-UNGASS a vu de plus en plus de pays abandonner les politiques de criminalisation systématique. La légalisation du cannabis à des fins récréatives et non médicales est une réforme majeure de cette tendance. Ainsi, de nombreux États, répartis sur plusieurs continents, ont choisi de ne plus considérer la possession de drogues pour usage personnel comme un acte criminel, suivant différentes formules adaptées aux différents contextes.¹⁷ Ces nouvelles perspectives sont le fruit d'un travail de plusieurs années avec l'apport de la société civile, le régime prohibitionniste des drogues ayant été ancré dans les systèmes juridiques et les mentalités avec les premières

L'UNGASS 2016 sur les drogues était une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies qui a réuni des gouvernements, des organismes des Nations Unies et des organisations de la société civile pour discuter du problème mondial de la drogue. Cet événement a contribué à faire reconnaître la nécessité d'une approche plus globale et équilibrée de la politique en matière de drogues, une approche qui se concentre à la fois sur la réduction de l'offre et la réduction de la demande, mais aussi sur la santé, les droits humains et le développement. Il a contribué à déplacer l'attention d'une approche purement axée sur l'application de la loi vers une approche davantage axée sur la santé publique.

conventions de contrôle des drogues datant de plus d'un siècle.¹⁸

1.2 Au niveau sous-régional

1.2.1. La situation

En Afrique de l'Ouest, un rapport de 2014 de la Commission Ouest Africaine sur les drogues (WACD) a révélé que la région n'est pas seulement une zone de transit pour le trafic de drogues, mais qu'elle est également confrontée à un problème croissant de consommation. Ce rapport souligne notamment l'augmentation de l'usage de drogues, ainsi que la production et le trafic de stimulants de type amphétamine (STA) au sein de la sous-région¹⁹.

Les premiers pays de la région africaine à enregistrer un usage problématique de drogues comme les opiacés durant les années 2000 étaient principalement en Afrique de l'Est et Australe (Ile Maurice, Tanzanie, Kenya, Afrique du Sud, Seychelles). Cependant, durant ces dernières décennies, la situation a considérablement évolué. Aujourd'hui, l'usage de drogues injectables en Afrique de l'Ouest est un phénomène en pleine expansion.

Ce qui est inquiétant, c'est que les chiffres ci-contre sont loin de refléter la réalité plus large, car les drogues utilisées par voie injectable ne représentent que 5,6% de l'usage de drogues en 2023 dans la sous-région. En effet, l'Afrique de l'Ouest fait face à une diversité, aussi bien en matière de variété de drogues, que de méthode de consommation.

Selon les données du Réseau épidémiologique ouest-africain sur la consommation de drogues (WENDU) publiées dans un document de la CEDEAO²⁰, les tendances varient, l'inhalation étant de loin la méthode la plus utilisée pour la

Modes courants d'administration des drogues en Afrique de l'Ouest (WENDU 2024)		
Année	2020	2023
Inhalation	59,1 %	42,4 %
Voie orale	27,4 %	41,8 %
Combinaison	11,6 %	5,7 %
Usagers de drogues par voie injectable	1,9 %	5,6 %

consommation de drogues au niveau de la sous-région.

En matière de drogues principales circulant dans la sous-région, en plus du cannabis, ces dernières

années ont vu la prolifération de produits comme les opioïdes (héroïne, Tramadol, etc.), la cocaïne

« les drogues couramment consommées (dans la sous-région) comprennent: l'alcool, le cannabis, les opioïdes, la cocaïne, les produits pharmaceutiques, le kush et plusieurs drogues consommées de manière simultanée ou séquentielle. La polytoxicomanie fait référence à l'utilisation de plusieurs substances telles que les speedballs (injections contenant un stimulant associé à un dépresseur, en général l'héroïne avec cocaïne ou amphétamine) et d'autres combinaisons variées d'alcool, de cannabis, de cocaïne, d'héroïne, de produits pharmaceutiques (benzodiazépines et barbituriques) et d'opioïdes de synthèse. » CEDEAO/ENACT, 2024²¹

et ses dérivés, de même que les nouvelles drogues de synthèse. L'utilisation de plusieurs drogues simultanées est aussi observée.

1.2.2. Les réponses sanitaires et sociales sous-régionales

En matière de réponses sanitaires et sociales sous-régionales, le Sénégal a été un des premiers pays de la sous-région à mettre en place des programmes sanitaires et sociaux à destination des personnes usagères de drogues injectables. L'ouverture du Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD) en 2015 témoigne de cet engagement. La Côte d'Ivoire a suivi aussi avec la mise en place du Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA) en 2018.

Diapos tirées du Global State of Harm Reduction 2024 (HRI)²²

Au niveau de l'Afrique de l'Ouest aujourd'hui, plusieurs pays offrent déjà des services de réduction des risques, comme les programmes d'aiguilles et de seringues disponibles dans 9 pays (Mali, Sénégal, Côte d'Ivoire, Togo, Bénin, Guinée, Sierra Leone, Ghana, et Nigéria) et le traitement par agoniste opioïde disponible dans cinq (05) pays (Sénégal, Côte d'Ivoire, Togo, Bénin et Sierra Leone). En dépit de la réalité des modes de consommation dans la sous-région, il n'y a pas encore de programmes de distribution de matériel lié à l'inhalation des drogues (comme les pipes à crack).²³



Diapos tirées du Global State of Harm Reduction 2024 (HRI)²²

1.2.3. Les politiques des drogues au niveau sous-régional

A l'époque où les premières conventions internationales sur les drogues ont commencé à être votées au niveau des Nations Unies au début des années 60, les pays africains s'efforçaient de travailler au développement de leur nation. L'impérialisme des pays de l'Ouest influençait largement cette phase de développement. Les Etats africains se sont donc naturellement alignés sur le régime international de contrôle des drogues des Nations Unies. Dans les années 1970, le régime prohibitionniste est devenu plus connu sous le nom de « guerre contre la drogue » et s'est profondément enraciné tant au niveau continental que mondial.

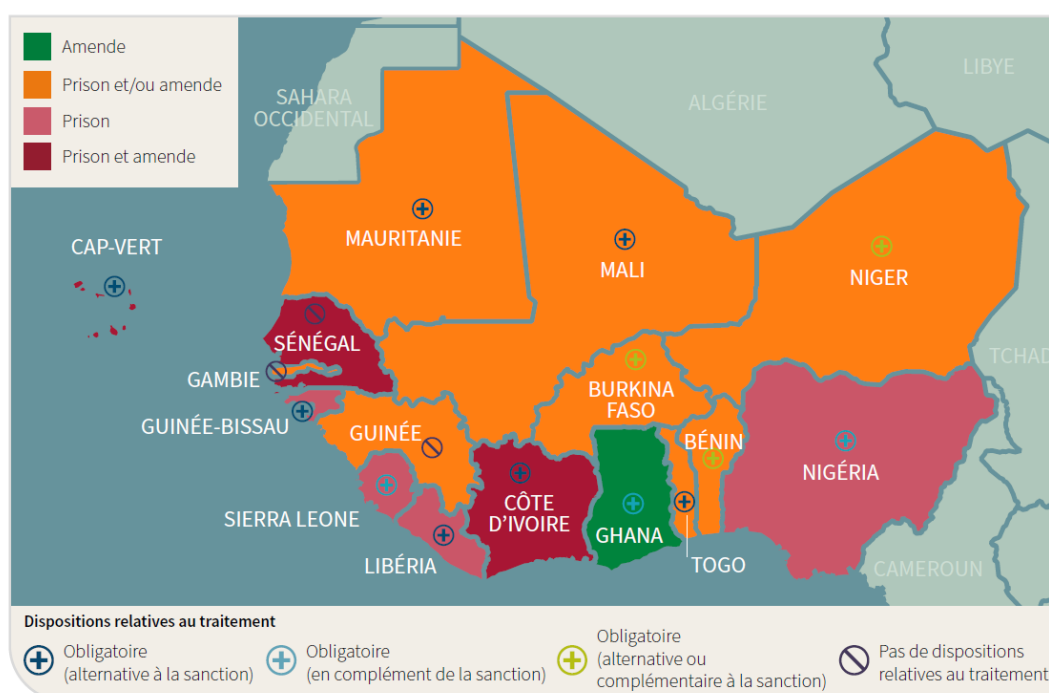
Après l'UNGASS 2016 sur les drogues viendront les différentes recommandations des Nations Unies²⁴, de même que des différentes stratégies globales comme la stratégie actuelle de l'ONUSIDA²⁵. En même temps, les pays africains observent des taux de prévalence au VIH plus élevés parmi les personnes usagères de drogues. Cela donnera lieu à des changements dans certains pays africains, y compris au niveau de la sous-région.

Ainsi, en 2020, le Ghana adopte la Loi de 2020 de la Commission de contrôle des stupéfiants (loi 1019). Cetteloiestsansdoutela plus progressiste de la sous-région, car elle est la seule à n'imposer

aucune peine d'emprisonnement pour usage de drogues (une amende est plutôt appliquée, mais la personne sera incarcérée uniquement si cette amende n'est pas honorée).

Elle adopte une approche de santé publique et offre aussi des alternatives à l'incarcération. Une licence peut aussi être accordée pour la culture de cannabis à des fins industrielles ou médicinales. Elle permet ainsi de répondre aux besoins de moyens de subsistance durables des agriculteurs ruraux, en particulier les jeunes pour qui la culture du cannabis est un moyen de survie.²⁷

La Côte d'Ivoire suit le pas en 2022 avec la Loi N°2022-407 portant lutte contre le trafic et l'usage illicites de stupéfiants, de substances psychotropes et leurs précurseurs²⁸. Cette loi a aussi pour objectif d'inclure une approche de santé publique en y proposant l'injonction thérapeutique, et en y proposant aussi des activités de Réduction des Risques dans la pyramide sanitaire. Les décrets d'application de l'injonction thérapeutique sont en cours de validation, en lien avec l'article 19 de la loi No 2022-407 concernant l'application de l'injonction thérapeutique. Cela se fera via une Unité médico-judiciaire où la PUD sera canalisée afin que ce panel discute des meilleures options pour son suivi²⁹. L'incarcération demeure cependant toujours une éventualité.



1.3 Les partenaires au niveau global et sous-régional

1.3.1. Les partenaires internationaux

• IDPC

Le International Drug Policy Consortium (le Consortium International sur les Politiques des Drogues) est l'organisation phare au niveau international en matière de plaidoyer pour la réforme des politiques relatives aux drogues. Il s'agit d'un réseau mondial qui travaille collectivement en vue de promouvoir des politiques relatives aux drogues centrées sur la personne et en promouvant les droits aux niveaux : national, régional et international.³⁰ Il compte environ 200 associations membres à travers le monde avec une expertise large et diversifiée, y compris des réseaux communautaires, des groupes de terrain, des ONG focalisées sur le plaidoyer, ainsi que de grandes organisations internationales. Les membres reçoivent régulièrement des informations et newsletters sur la politique des drogues au niveau global, et IDPC met en réseau les membres régionaux. Elle offre aussi des renforcements de capacités et webinaires gratuits afin d'aider ses membres à se familiariser avec la thématique des politiques en matière de drogues et des aspects techniques connexes. Ils ont plusieurs matériels pédagogiques disponibles en français.

• HRI

Le Harm Reduction International est une ONG de premier plan qui oeuvre à promouvoir et à élargir le soutien à la réduction des risques. A travers les données et le plaidoyer, ils font la promotion de la réduction des risques et la réforme des politiques en matière de drogues. HRI est une source mondiale influente de recherche, d'analyse politique/juridique et de plaidoyer sur les questions liées à la réduction des risques, l'usage de drogues, la santé et les droits humains. Ils organisent aussi la conférence biennale internationale sur la réduction des risques.³¹ Cependant, ils offrent peu de matériel en français.

• ONUDC

L'ONUDC collabore étroitement avec divers partenaires, incluant les gouvernements nationaux, d'autres organisations internationales, les entités des Nations Unies

et la société civile, afin de concevoir et de déployer des programmes adaptés aux besoins spécifiques des pays et des régions. En matière de réformes des politiques sur les drogues et d'alternatives à l'incarcération, l'ONUDC a publié plusieurs recommandations qui sont largement citées plus bas dans ce document. L'ONUDC (avec d'autres organisations des Nations Unies comme l'ONUSIDA ou le PNUD) offre aussi un soutien à certains pays dans le processus de réforme de cadres légaux, comme c'est le cas au Bénin sur la loi VIH³².

• OICS

L'organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), créé par l'article 9 de la convention unique de 1961, a pour but de surveiller la mise en place des conventions sur le contrôle des drogues. Sa seconde fonction est d'assurer la disponibilité au niveau international des drogues pour la recherche médicale et scientifique. L'OICS organise des visites pays et elle peut être contactée en amont afin que les partenaires, y compris la société civile, soit rencontrés³³.

1.3.2. Les partenaires sous-régionaux

• Commission Ouest Africaine sur les Drogues (WACD)

Convoquée par Kofi Annan, la Commission Ouest Africaine sur les Drogues (WACD- West African Commission on Drugs) comprend un groupe d'éminentes personnalités d'Afrique de l'Ouest, issues des mondes de la politique, de la société civile, de la santé, de la sécurité et de la justice. La Commission, présidée par l'ancien président du Nigeria, Olusegun Obasanjo, est un organe indépendant et peut donc s'exprimer avec impartialité et franchise.³⁴ Avec le soutien d'experts de premier plan et de la Fondation Kofi Annan, la WACD a formulé des recommandations politiques complètes et publié un rapport faisant autorité en juin 2014 : Pas seulement une zone de transit Drogues, État et société en Afrique de l'Ouest³⁵. La WACD travaille avec les parties prenantes nationales, régionales et internationales, notamment l'Union africaine (UA), la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC).

Il est important de noter que leur publication :

Loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'Ouest: Un outil pour les décideurs politiques³⁶ est un document qui sera utile pour le plaidoyer en matière de réforme des politiques des drogues dans la sous-région, car il propose un modèle de lois sur les drogues qui respecte les droits humains, promeut la santé et ce modèle peut être adaptée à différents contextes au sein de la sous-région.

Michel SIDIBE, envoyé spécial de l'Union africaine, ancien ministre de la Santé et des Affaires Sociales du Mali et ancien Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a récemment repris les commandes de la WACD et intervient depuis lors au nom de la Commission. La WACD prévoit de publier à l'avenir des modules de formation sur les alternatives à l'incarcération adaptés au contexte sous-régional.

- **WADPN**

Le Réseau Ouest Africain des Politiques en Matière de Drogue est une coalition d'OSC d'Afrique de l'Ouest (West Africa Drug Policy Network - WADPN) qui se sont réunies pour

soutenir la réforme des politiques en matière de drogue en Afrique de l'Ouest en renforçant la capacité des OSC locales à faire face à l'impact des marchés de la drogue sur la démocratie, la gouvernance, la sécurité humaine, les droits humains et la santé publique.³⁷ Ils ont un point focal dans chaque pays de la sous-région, bien que les représentations togolaise et béninoise aient été inactives dernièrement. Les OSC ont cependant la possibilité de devenir membres directement auprès du réseau sans passer par le point focal pays. Le WADPN publie aussi une newsletter électronique mensuelle qui est partagée sur les réseaux, et ceux qui sont intéressés peuvent s'abonner en ligne.

A noter qu'après la publication de la Loi type sur les drogues de la Commission Ouest Africaine sur les Drogues, le WADPN a publié en collaboration avec IDPC, 2 documents 'explicatifs' (disponibles en français) afin de faciliter l'utilisation de la loi type, le premier qui résume les éléments clés³⁸, et le deuxième qui est un guide de plaidoyer pour la réforme des lois sur les drogues pour les OSC³⁹.

2. Contexte national : Le Togo

2.1. La situation des drogues

Comme d'autres pays de la sous-région, le Togo se situe sur la route transatlantique de cocaïne depuis l'Amérique latine. Comme mentionné plus haut, les pays de la sous-région ne sont plus uniquement une zone de transit, mais également de consommation. Le Togo se situe aussi sur le corridor Lagos-Abidjan qui fait l'objet de différents trafics.

Ainsi, le cannabis y est produit localement, et est la drogue illicite la plus consommée. Les autres drogues utilisées sont importées à travers ces différents canaux. Après le cannabis, les drogues les plus consommées sont l'héroïne, la cocaïne, le crack, les benzodiazépines et d'autres drogues, notamment la méthamphétamine, ou encore les substances stimulantes de type amphétaminique (STA). Des laboratoires de fabrication de drogues de synthèse ayant été découverts au Nigeria, les autorités pensent que

cette fabrication sous-régionale a un impact sur l'offre et les saisies de ces drogues sur le marché Togolais et d'autres pays de la sous-région.⁴⁰

Il est à noter que durant les rencontres avec les personnes usagères de drogues à Lomé, il a été noté que l'utilisation des termes 'crack' et 'cocaïne' sont interchangeable, et cela devrait être pris en compte en analysant ces données de l'Enquête de Surveillance de Seconde Génération des populations clés (ESSG PC) de 2022⁴² ci-contre. A noter aussi que les benzodiazépines ou la catégorie « Autres » concernent vraisemblablement les sirops antitussifs, le Tramadol, un produit appelé « Pararouge », un autre appelé « 120 » qui est une gélule avec une poudre à l'intérieur, le « Colorado » qui semble être du cannabis synthétique, le « Blublou » (ou bloublou) qui serait un STA, le Xylocaine et le Diazépam, selon leurs témoignages.

2.2. La réponse sanitaire et sociale

Les services en matière de dépendance aux drogues sont plutôt limités au Togo. Il y a des centres qui offrent la possibilité de se faire sevrer (ONGsetcentresconfessionnels) et cela est aussi possible à travers des centres psychiatriques publics. Cependant, si l'accompagnement au sevrage nécessite un protocole médicamenteux, cela est à la charge de la personne.

Cependant, comme certains pays de la sous-région, le Togo a commencé à offrir des services de réduction des risques (RdR). Ainsi, le PAS est disponible, ainsi que le TSO. Bien que le TSO soit gratuit, certains bilans médicaux sont nécessaires avant l'inscription au programme, et certains de ces bilans ne sont pas pris en charge, ce qui constitue un frein à l'accès. Cependant, il a été rapporté qu'un accord a été signé récemment et que bientôt certains bilans médicaux pré-thérapeutiques seraient pris en charge.

Le TSO est servi quotidiennement dans un seul centre, le Centre de Prise en charge intégrée des Addictions de Kodjoviakopé (CEPIAK) créé en 2018. Cela est aussi un frein car certains habitent loin du centre et ne peuvent pas se permettre le budget quotidien du transport, et le nombre de personnes abandonnant le programme est

élevé.

En matière de RdR, la grande majorité des personnes usagères de drogues consomment des drogues par inhalation plutôt que par voie injectable, mais l'offre de service de RdR ne propose aucun intrant (type paille ou pipe à crack) à cette cible spécifique, bien que cela soit inclus dans le document cadre régissant les services de RdR au Togo⁴³. La difficulté avec ce type d'intrants c'est que le lien entre la prévention des maladies transmissibles comme le VIH ou les hépatites est moins clair et évident. Cependant, au-delà de la prévention du VIH, ce type de matériels est en ligne avec la philosophie de la RdR qui vise à limiter les risques liés à l'usage de différents types de drogues. Ce type d'intrants peut aussi servir de « produits d'appel » afin d'établir un lien entre les services et les populations cachées. Il est à noter que certaines personnes qui inhalent des drogues peuvent migrer vers l'injection à un moment, et si ce lien est déjà établi, elles seront déjà dans le circuit des soins. Il est plus difficile de justifier l'achat de ce type de matériels dans des contextes où les ressources sont parfois limitées, et à une période où les fonds que les partenaires pensaient acquis

se réduisent drastiquement avec la nouvelle politique américaine par rapport à l'USAID.

En ligne avec la philosophie de la RdR, les services de dépistage et de PEC sont aussi disponibles sur certains sites, de même que le counseling.

Bien que la PrEP soit disponible, il n'y a pas de réelle demande pour celle-ci de la part des personnes usagères de drogues, aussi bien au CEPIAK (qui est le centre de dispensation du TAO), que sur les services de proximité. Selon le partenaire Togolais Espoir Vie Togo (EVT), les messages sur le terrain par rapport à la PrEP sont très ciblés sur les rapports sexuels, ciblant ainsi plutôt les HSH et PS (professionnel.es du sexe). De plus, les prestataires ne sont pas toujours à l'aise pour discuter des risques liés à l'usage de drogues.

Il n'y a pas de Drop in Centre (DIC) ciblant spécifiquement les personnes usagères de drogues au Togo, et les équipes mobiles vont donc vers différents points chauds afin de rencontrer la cible, offrir le dépistage, le PAS, etc.

Comme dans plusieurs pays, les femmes

2.3. La législation sur les drogues

Concernant les textes juridiques nationaux, le Togo a adopté :

- la Loi N°98-008 du 18 mars 1998 portant contrôle des drogues
- le Nouveau Code Pénal (Loi N°2015-010 du 24 novembre 2015) ⁴⁴ qui prend en compte la problématique de la drogue en renforçant les sanctions de la loi précédente sur les drogues.
- la Loi uniforme N° 2018 -004 du 04 mai 2018 relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme dans les Etats membres de l'UEMOA etc. ⁴⁵

Ce document se concentre principalement sur le Nouveau Code Pénal (NCP) de 2015 dans lequel 3 Articles nous intéressent principalement, les articles 254, 256, 257 : la pénalisation de l'usage, la possession et le partage de drogues

Ainsi, le nouveau code Pénal de 2015 a durci les peines, aussi bien en termes de durée d'emprisonnement que du seuil minimum de l'amende. Ainsi selon l'article 254 du NCP :

Sont punis d'une peine de vingt (20) à trente (30) ans de réclusion et d'une amende de cinquante millions (50.000.000) à cent millions (100.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines, ceux qui contreviennent aux dispositions législatives et réglementaires

usagères sont moins nombreuses que les hommes, et elles représentent 8,7% des personnes usagères de drogues au Togo. Il y a ainsi des femmes parmi les équipes qui font la paire éducation. Cependant, certains services ciblant spécifiquement les femmes usagères de drogues sont limités par manque de moyens.

Quant à la question de la documentation des cas de violations de droits humains, il y a au Togo, via la plateforme des OSC/VIH/Santé/Droits Humains, un observatoire des droits humains (ODH) qui documente ces cas via la remontée d'informations des associations PVVIH et identitaires PC. Cependant, il n'y a pas de documentation concernant les abus envers les PUD, car il n'y a pas d'association identitaire PUD, et donc pas de représentant d'organisation identitaire UD au sein de la plateforme des OSC/VIH/Santé/Droits Humains.

Il y a aussi un manque flagrant de parajuristes UD. Il y a certes eu des sessions de formation de mise à jour, mais la formation initiale n'aurait pas été accessible aux personnes usagères de drogues d'après les informations recueillies.

concernant l'exportation, l'importation et le transport international de substances à haut risque.

Sont également punis des mêmes peines, ceux qui contreviennent aux dispositions législatives et réglementaires concernant l'offre, la mise en vente, la distribution, le courtage, la vente, la livraison à quelque titre que ce soit, l'envoi, l'expédition, le transport, l'achat, la détention ou l'emploi des substances à haut risque.

Nous voyons que l'usage et la possession de drogues sont pénalisés indépendamment de la quantité. Ces peines et amendes varient en fonction du type de substance, celles-ci étant catégorisées en 3 dans le NCP, soit les substances à haut risque, à risque et les précurseurs. Les peines relatives aux substances à haut risque et les précurseurs prévoient maintenant 20 à 30 ans, et pour les substances à risque 10 à 20 ans. Alors que, dans la Loi N°98-008 du 18 mars 1998, les peines vont d'une durée de 5-10 ans pour les substances à risque, et de 10-20 ans pour les substances à haut risque et les précurseurs.

L'injonction thérapeutique (Article 278)

L'article 278 fait mention de l'injonction thérapeutique, car la personne « toxicomane » peut être soumise, à une « mesure de traitement

approprié à son état » en remplacement ou en complément de la peine. A noter que le « toxicomane » est défini sous l'article 252 du NCP comme une « personne dans un état de dépendance physique et/ou psychique au regard d'une substance soumise à réglementation sur le territoire national ». Il est important de noter que le paragraphe suivant du même article prévoit un emprisonnement de 1 à 5 ans et /ou une amende de 500,000 à 10 millions de FCFA pour ceux qui refusent cette mesure.

Cela pose quelques problèmes :

- D'abord l'injonction thérapeutique est présentée ici comme un traitement forcé car il est difficile de parler de choix lorsque l'autre option qui est présentée est la prison et/ou des amendes élevées. De plus, le traitement médical devrait être un choix et pas une contrainte, et il est justifiable de se demander si dans ce cas spécifique, le traitement médical est vraiment un choix.

- Ensuite quand bien même la personne serait d'accord de bénéficier de l'injonction thérapeutique, il n'y a aucun décret d'application à cet article. Or, si une cour de justice prononce un tel jugement, l'Etat devrait logiquement prendre en charge cette mesure thérapeutique. Mais comme cela n'est stipulé dans aucun décret, la prise en charge reste aux frais de la personne. Cela pose un problème additionnel, celui de ne pas être égal aux yeux de la loi. Ainsi, la personne qui peut se permettre ou dont la famille peut se permettre ces frais peut échapper à l'incarcération et suivre un traitement pour le sevrage, alors que celui qui n'en a pas les moyens se retrouvera en prison et/ou avec une amende conséquente. Cela pose un réel problème de droits humains car la personne en situation de pauvreté pourrait difficilement bénéficier de l'injonction thérapeutique si elle le souhaite.

- Par ailleurs, le manque de décrets d'application fait que les juridictions hésitent à appliquer cette mesure. Il a été rapporté que quelques cas ont pu y bénéficier, car la famille du prévenu en avait les moyens, et certaines ONG font le plaidoyer auprès des acteurs de la chaîne judiciaire afin que certaines personnes puissent en bénéficier. Mais il semblerait qu'il s'agirait de cas assez limités.

- Enfin il faut aussi noter que le manque de structures médicales pouvant offrir ce suivi étant limité, même s'il y avait un décret qui stipulait clairement la responsabilité financière

de l'Etat dans la prise en charge de cette mesure, il faudrait que ces services soient disponibles.

Faible quantité pour consommation personnelle (Article 267)

Il est intéressant de noter que le NCP 2015 fait provision de peines différenciées pour la détention, l'achat ou la culture de « plantes ou substances classées comme stupéfiants ou substances psychotropes, dont la faible quantité permet de considérer qu'elles étaient destinées à leur consommation personnelle ». La peine est ainsi de 1 à 3 ans, et est accompagné d'une amende de 500,000 à 3 millions de FCFA. De plus, cet article propose des légères mesures d'alternatives à l'incarcération car le paragraphe suivant du même article stipule que : « L'intéressé peut être dispensé de la peine ou de l'exécution de celle-ci :

1. s'il n'a pas atteint l'âge de la majorité pénale ;
2. s'il n'est pas en état de récidive ; et
3. si par déclaration solennelle faite à l'audience, il s'engage à ne pas recommencer. »

Il semblerait que cet article vise à protéger surtout les mineurs. Cependant, selon les partenaires de la chaîne judiciaire au Togo, il semblerait que les 3 conditions (âge mineur, non-récidive, engagement à ne pas recommencer) ne doivent pas nécessairement être réunies pour considérer une dispense de peine.

Il est intéressant de noter que le NCP ne fait pas mention de seuils pouvant définir « la faible quantité ». La notion de « seuils » en tant que bonne pratique sera présentée dans la partie des meilleures pratiques plus bas à la section 4.1.

Il est aussi intéressant de constater que l'article sur l'injonction thérapeutique (Art. 278) précise que le traitement pourrait être proposé « lorsque la personne poursuivie au titre des infractions prévues aux articles 267 à 269 est toxicomane », ce qui veut dire que si une personne se fait arrêter pour consommation personnelle sous ce présent article 267 pour consommation personnelle, la cour pourrait, en théorie, référer cette personne à une « mesure de traitement approprié à son état », ce qui pourrait être une bonne chose si les décrets d'applications sont adéquats. Une personne en possession d'une petite quantité peut tout aussi bien avoir un usage problématique, et cela permettrait de la rallier aux soins.

Peines facultatives (Article 276)

L'article 276 du code pénal offre un éventail de peines facultatives, pouvant s'ajouter aux peines d'emprisonnement ou amendes. Ces peines, telles que l'interdiction de séjour, la privation des droits civiques (1 à 10 ans), l'interdiction de quitter le territoire (1 à 10 ans), ou l'interdiction d'exercer la profession liée à l'infraction (1 à 10 ans ou définitive), pourraient être envisagées comme alternatives à l'incarcération (au lieu de peines additionnelles comme c'est actuellement le cas), en tenant compte des durées minimales prévues à cet article. Le fait que ces dispositions soient déjà inscrites dans la loi pourrait faciliter cette proposition.

Point de vigilance : Exemptions et atténuations de peines

Les articles 271 et 272 (section 5) offrent certes des exemptions ou atténuations de peines, mais cela est conditionnel à la dénonciation. Il est important de préciser que la dénonciation est très irréaliste pour les populations marginalisées, surtout celles qui vivent dans les ghettos, et qui seront ensuite exposées à des situations d'insécurité accrue au moment de leur libération. On peut penser que la personne a le choix de ne pas retourner au ghetto, comme

certaines personnes ont tendance à le penser. Cependant, pour les populations marginalisées qui ont parfois été chassées de chez elles, il n'y a souvent pas d'autres recours. Ainsi, proposer des atténuations de peines contre les dénonciations est une entrave aux droits humains car cela placerait ces personnes ou même leurs proches dans une situation de marginalisation et de vulnérabilité accrue.

A noter que le Togo travaille actuellement sur le nouveau code de procédure pénale, et que ce texte de loi aura très certainement un impact sur la politique des drogues au sens large du terme, car l'avant-projet de loi adopté au conseil des ministres en 2022 « accordera davantage d'attention aux droits humains, à travers le renforcement des droits des victimes et des droits de la défense, à l'organisation des alternatives aux poursuites et à la détention provisoire. Également, les voies de recours en matière criminelle seront mieux établies. »⁴⁶ Ainsi, nos recommandations pourront influencer ce processus de manière significative, notamment en ce qui concerne la politique des drogues dans son ensemble. Grâce à nos propositions, ces objectifs pourraient être mieux intégrés dans la conception du projet de loi. De plus, les voies de recours en matière criminelle seront mieux définies. Cependant cela dépendra du calendrier de la validation de ce projet de loi.

2.4. Les documents politiques

Il y a au Togo une série de documents politiques qui concernent les drogues, les droits humains, le VIH, etc. qui peuvent être utiles dans le cadre du plaidoyer sur la politique et les services relatifs aux drogues.

- **Le Plan national intégré de lutte contre la drogue et le crime (PNIDC) 2020-2024**⁴⁷

Le Plan national intégré de lutte contre la drogue et le crime 2020-2024 est le cadre harmonisé des interventions des différents acteurs dans la riposte nationale en matière de drogues. Bien

que le document intègre les éléments de la réduction de l'offre et de la demande de drogues, il fait aussi la part belle aux services de santé par rapport à l'usage de drogues. Parmi les résultats attendus de ce plan au moment de son élaboration, il est question, entre autres, de la mise en oeuvre d'un traitement intégré en vue de la prise en

charge des troubles liés à l'usage de substances illicites, en mettant l'accent sur les infections à VIH, la tuberculose, le VHB et le VHC et en ciblant les personnes qui s'injectent des drogues. Le document inclut aussi des éléments concernant l'amélioration des cadres juridiques et politiques pour l'administration effective de la justice et la protection des droits humains. Ce plan ayant pris fin en 2024, un nouveau cadre n'a pas encore été mis sur pied à ce stade.

- **La politique nationale de lutte contre le VIH et le sida, vision 2030**⁴⁸

Parmi les principes directeurs de ce document, les personnes à haut risque d'infection à VIH doivent bénéficier des programmes de prévention du

VIH/sida adaptés et la dimension du genre et des droits humains doit être systématiquement prise en considération dans l'élaboration et la mise en oeuvre de tous les projets et programmes de lutte contre le sida au Togo. Cette politique nationale reconnaît les personnes usagères de drogues et de drogues injectables (UDI) comme population clé au Togo. Elle rappelle que « les interventions favorisant l'environnement favorable, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination doivent être renforcées (et) toutes les interventions du VIH doivent

systématiquement prendre en compte les aspects de droits humains et de genre qui constituent des goulots d'étranglement dans l'accès des services ».

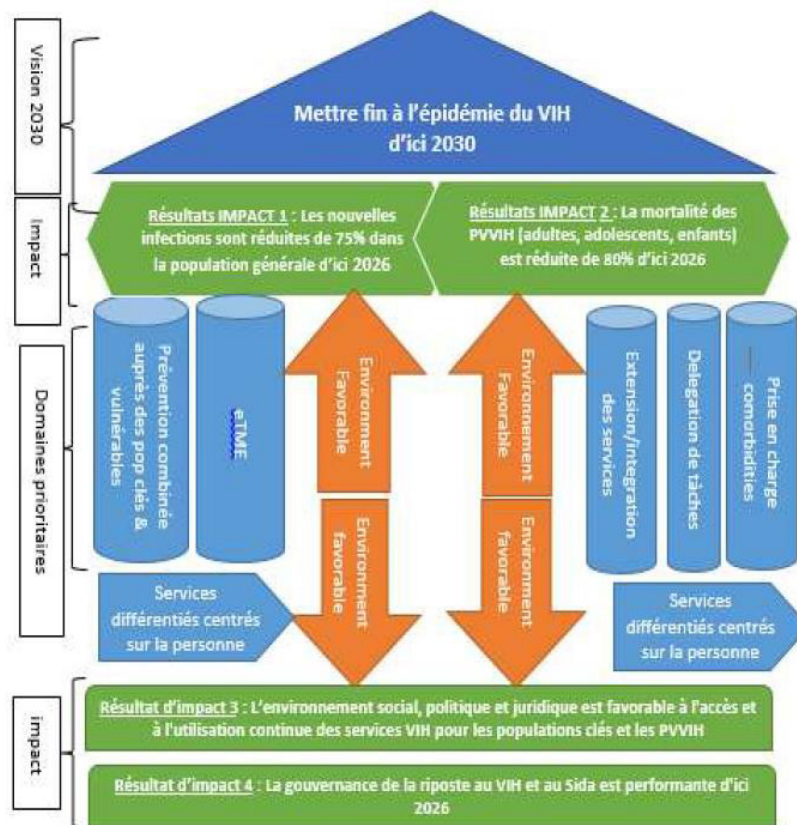
- **Le Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2023-2026**⁴⁹

Le PSN 2023 - 2026 vise l'accélération de la réduction des nouvelles infections à VIH, la réduction de la mortalité liée au Sida et la réduction de tous les

obstacles qui freinent l'accès des populations les plus vulnérables aux services. Un des résultats d'impact est que l'environnement social, politique et juridique soit favorable à l'accès et à l'utilisation continue des services VIH pour les PVIH, les populations vulnérables et les populations clés. C'est un document qui vise à tenir compte des orientations stratégiques de l'ONUSIDA. Si nous nous référons au cadre de résultats de ce PSN, on peut dire que l'environnement favorable est au coeur de la riposte.

- **Le Plan d'action Genre et Droits humains en matière du VIH/Sida et de tuberculose au Togo : 2022-2025**⁵⁰

Le plan est quadriennal et vise à réduire les



obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose et, ce faisant, à garantir l'accès aux services de santé liés au VIH et à la tuberculose pour tous, y compris les groupes de populations marginalisés. Il est intéressant de noter que ce plan mentionne explicitement comme activité dans la partie de l'amélioration de l'environnement juridique et politique, de « Mener des séances de plaidoyer pour la révision des textes et lois punitives sur la prostitution et les actes homosexuels et usagers de drogues »⁵¹

- La Politique de prévention et de prise en charge du VIH chez les populations clés⁵²

Ce document « constitue un cadre national cohérent et normatif pour tous les acteurs intervenant dans la réponse nationale » et vise à servir de guide pour la mise en oeuvre des interventions ciblant ces populations dans le cadre du PSN 2021-2025. Parmi ses indicateurs d'impact 5.3.2.1, nous voyons des éléments comme: 'Les populations clés ont un accès facile aux services de qualité', ou encore 'L'environnement social, politique et juridique est favorable à l'accès et l'utilisation continue des services VIH pour les populations clés et les PVVIH'.⁵³



2.5. Les personnes usagères de drogues et leurs réalités.

Selon le dernier ESSG PC du Togo⁵⁴, le profil des personnes usagères de drogues injectables est comme suit : la majorité sont des hommes (91,3%), et l'âge médian à la première consommation de drogue est de 20 ans. La prévalence du VIH a été estimée à 3,6 % chez les personnes usagères de drogues injectables, par opposition à une prévalence d'environ 1,8% dans la population générale⁵⁵. Par rapport au sexe, l'ESSGPC indique une estimation de la prévalence du VIH de 15,1% chez les UDI de sexe féminin contre 2,4% chez les UDI de sexe masculin. Cela est un indicateur de la vulnérabilité des femmes usagères de drogues injectables par rapport aux hommes, car elles sont 6 fois plus vulnérables que leurs confrères usagers de drogues. Il est à noter que dans la population générale au Togo, les femmes (3,1%) sont environ deux fois plus infectées que les hommes (1,7%).⁵⁶

Il y a eu différentes rencontres avec la cible pour des discussions de groupe, notamment un groupe de femmes, un groupe d'hommes, un groupe des membres de la communauté LGBT, une personne sur le programme de TSO et une descente sur le terrain. Un total de 15 hommes et 4 femmes ont été rencontrés. La communauté transgenre avait également été conviée, cependant, aucun membre n'était présent. Les personnes usagères de drogues rencontrées dans le cadre de cette évaluation ont fait ressortir les points suivants :

Les modes de consommation :

- Beaucoup plus de drogues inhalées qu'injectées ;
- La consommation des drogues inhalées se fait à travers une paille ;
- En fonction du produit, l'inhalation se fait aussi sur du papier aluminium (méthode « Chasser le dragon » où briquet/allumette est placé/e sous le papier aluminium, et le produit est inhalé près de



Pipe à crack artisanale

- la surface supérieure de la feuille en aluminium) ;
- La pipe à crack artisanale (fabriquée entre autres avec la coque de la noix de palme et un tube en métal, sert à fumer le crack) est partagée

par plusieurs personnes, et elle est parfois louée le temps de l'usage, ou vendue ;

- Certains mélangent l'héroïne avec le cannabis qu'ils roulent dans un joint qui est fumé.

Arrestations :

- Lors des opérations policières, toutes les personnes présentes sont arrêtées, même celles qui n'ont pas de drogues en leur possession, mais uniquement du matériel pour consommer des drogues et parfois même les travailleurs sociaux sont arrêtés ;
- Les arrestations spécifiquement pour possession de seringues ou de pipes n'ont pas été signalées ;
- Lors des rafles, les PUD hésitent à retourner sur les lieux où ont lieu les actions de proximité, ce qui les prive de l'accès aux services locaux.

Incarcération liée à l'usage ou la possession de drogues

- Les PUD estiment qu'elles ne devraient pas être incarcérées, mais devraient plutôt recevoir du counseling, ou un travail d'intérêt général ;
- Les trafiquants devraient avoir des peines, pas les PUD ;
- Il est rare qu'une personne arrêtée pour usage ou possession de drogues soit orientée vers une injonction thérapeutique. La plupart des PUD interrogées ne connaissent personne ayant bénéficié de ce service. Un seul participant a mentionné un cas où quelqu'un en avait bénéficié, mais la famille de cette personne avait les moyens de le payer ;
- Une quantité de 10 doses par substance devrait être autorisée par personne.

Prison

- La drogue circule en prison, mais aucun participant présent (dont certains avaient été incarcérés dans le passé) n'a vu ou entendu des cas d'usage de drogues par voie injectable en prison ;
- Quelques participants avaient été incarcérés à Lomé et avaient fait état d'un dépistage au VIH et d'une prise en charge adéquate au Cabanon (pavillon d'hospitalisation des détenus au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio [CHU SO]). Ils ont cependant précisé que cette prison était différente des autres prisons, car les services sanitaires y étaient dispensés de manière plus adéquate.

Services

- La majorité des participants aux groupes de discussion étaient des personnes qui consomment des drogues par inhalation. Ceux qui utilisent des drogues par voie injectable ont indiqué qu'ils reçoivent le matériel adéquat (kits composés de seringues à usage unique et un garrot, tampons alcoolisés). Cependant, la distribution de ce matériel ne suffit pas pour répondre à la demande, et il y a des moments où elle est interrompue. Cela se produit notamment lorsque les fournisseurs de services attendent le financement ou les fournitures entre les étapes du projet. La grande majorité affirme que les personnes abandonnent le programme de TSO car le seul centre de dispense, le CEPIAK est éloigné de certains ghettos, et le paiement du transport quotidien est beaucoup trop élevé ;
- Certaines personnes souhaitent s'inscrire au programme, mais elles doivent passer des bilans médicaux qui ne sont pas toujours remboursés, ce qui les empêche de participer en raison du coût élevé. Les centres de sevrage et de réhabilitation sont limités et certains participants n'en connaissaient aucun. Un participant a mentionné un centre où le sevrage se faisait « à sec » et cela n'était pas adapté pour lui ;
- Une personne participant au programme de TSO, ayant constaté une amélioration significative de ses conditions de vie, a néanmoins exprimé qu'elle ressentait une pression de la part de l'équipe pour réduire progressivement sa dose afin d'arrêter le traitement. Cela va à l'encontre des recommandations du document de référence⁵⁷ qui n'encourage pas cette pratique.

Overdose:

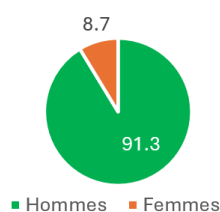
- Les connaissances sur la gestion d'une overdose sont très limitées ;
- Si quelqu'un est témoin d'une overdose, il ne va pas, selon les participants, l'emmener à l'hôpital, par manque de moyens et par peur des représailles ;
- Un seul participant connaissait la Naloxone ;
- La plupart étaient d'avis que ce produit pourrait et devrait être disponible dans la communauté.

Questions spécifiques aux femmes usagères de drogues

- Les femmes ont la possibilité d'emmener leurs enfants avec elles quand elles doivent aller dans des centres de traitement et la garde d'enfants

- n'est ainsi pas une entrave à l'accès aux soins ;
- Dans un couple, c'est généralement l'homme qui utilise le matériel en premier lorsqu'il est partagé ;
- Certaines des femmes usagères de drogues préfèrent parfois aborder certains sujets avec d'autres femmes éducatrices ;
- Il n'y a pas de centre ou d'horaire spécifiquement dédié aux femmes. Dans le ghetto, quand il faut discuter d'un sujet relatif à la santé de la femme, elles peuvent trouver un endroit pour discuter entre elles ;
- Elles n'avaient pas d'information sur la prévention du cancer du col de l'utérus, ni de service en ce sens. Certaines éducatrices paires présentes avaient vu quelques images, mais pas de formation approfondie, bien que cela serait prévu pour 2025 ;
- Il n'y a pas de serviettes hygiéniques disponibles en raison d'un manque de fonds, selon une travailleuse de proximité ;
- Les femmes interrogées manquaient d'informations sur l'impact de certaines drogues spécifiques sur leur corps et leur santé sexuelle et reproductive. Concernant la violence basée sur le genre (VBG), bien que peu de femmes aient été interrogées, aucune n'a signalé de violence de la part de la police. La violence provenait plutôt d'autres usagers de drogues masculins. En cas de violence, les femmes étaient orientées vers des points focaux par leurs pairs, mais il n'était pas clair si ces démarches aboutissent à des solutions concrètes, même pour celles ayant personnellement vécu des violences.

Personnes usagères de drogues au Togo (ESSG PC 2022)



Un groupe de discussion a été organisé avec des membres de la communauté LGBTQ qui consomment également des drogues. Bien que des pratiques comme le chemsex, souvent associées aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), n'aient pas été mentionnées, il est important de noter que le groupe n'était composé que de trois personnes, ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble de la communauté. L'entretien avait aussi pour objectif d'évaluer si les services de réduction des risques (RdR) étaient inclusifs pour les membres de la communauté LGBTQ. Cependant,

les participants n'étant ni injecteurs ni usagers d'opiacés et ils n'utilisaient pas les services de RdR disponibles.

Le chemsex c'est l'utilisation de produits psychoactifs pendant et pour les relations sexuelles au sein de la communauté gay. Les produits peuvent être sniffés, avalés, insérés dans l'anus ou bien utilisés dans la pratique du slam, c'est-à-dire par injection intraveineuse. Le chemsex est une sous-catégorie de l'usage sexualisé de drogue, spécifique à la communauté gay⁵⁸

2.6. Les partenaires

2.6.1. Le CNAD

Le Comité National Anti-Drogue (CNAD), créé en 1996, a pour but de rapprocher les services chargés de lutter contre le trafic et l'usage illicite de drogues afin d'en supprimer les dysfonctionnements et de développer des synergies entre les intervenants. La rencontre s'est faite avec l'adjoint au secrétaire permanent du CNAD.

Les attributions du CNAD consistent à conseiller le Gouvernement sur les politiques en matière de contrôle des drogues et de prévention, diriger les efforts en vue d'élaborer une stratégie nationale anti-drogue, et coordonner les activités de toutes les agences impliquées dans la lutte contre les stupéfiants, en particulier dans les domaines de la répression et de la réduction de la demande. Elle doit aussi conduire des études en profondeur sur l'étendue du trafic et de l'abus de drogues et favoriser la coopération inter-agence et développer des politiques conduisant à une meilleure répression et prévention de l'abus de drogues, ainsi qu'à un traitement et une réhabilitation effective.

Le CNAD est composé de trois commissions, notamment :

- La prévention, le traitement et la réinsertion ;
- La répression, les lois et la destruction des drogues saisies ;
- Les relations internationales et la communication.⁵⁹

Les points forts ressortis de la rencontre :

Le représentant du CNAD est investi sur la question des alternatives à l'incarcération. Il a déjà animé des sessions de formation sur le

sujet avec des partenaires pays. Les modules de formation utilisés sont traduits des modules de l'OAE (Organisation des États Américains), et sont plutôt basés sur un modèle d'abstinence. Bien que cela pourrait créer des divergences d'opinion dans les détails autour des alternatives à l'incarcération, il est plutôt positif que le CNAD se soit saisi de cette question.

Il n'y a pas de cadres normatifs pour les services de sevrage et de réhabilitation. Il y a quelques centres psychiatriques étatiques, ONG et organisations confessionnelles qui offrent ce service, mais la prise en charge est payante.

L'élaboration de ces cadres normatifs devrait être assurée par le Programme national des addictions aux produits psychoactifs (PNAPP) et ensuite remonté au CNAD. Depuis la formation du PNAPP il y a quelques années, le CNAD se désintéresse un peu de la question sanitaire relative aux drogues.

Selon lui, certaines personnes usagères de drogues n'ont pas besoin d'être incarcérées. En fonction d'une évaluation, une gestion des cas peut être assurée par la police et les agents de santé.

Il est un fervent défenseur de la méthode des 12 étapes visant l'abstinence des drogues. Ainsi, il est d'avis que tout usager peut être « guéri » en 12 sessions.

Une des complexités des décrets d'application pour l'injonction thérapeutique selon l'adjoint au secrétaire permanent est la prise en charge des cas qui est budgétivore.



2.6.2. Le CNLS-IST

Le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) est l'instance décisionnelle et d'orientation stratégique de la riposte du VIH/Sida au Togo, et est placé sous le leadership du Président du Conseil. La rencontre a eu lieu avec le Coordonnateur National du CNLS-IST.

L'organe exécutif du CNLS-IST est chargé de coordonner et de suivre la mise en oeuvre de la politique nationale de lutte contre le Sida déclinée successivement à travers les différents Plans Stratégiques (PSN). Le SP/CNLS-IST est organisé en différents services et dispose de plusieurs groupes techniques multisectoriels.⁶⁰ Le coordonnateur du SP/CNLS-IST a indiqué que la question des réformes légales sur les drogues ne relevait pas directement de leur responsabilité. Bien que le plan stratégique national accorde de l'importance à la création d'un environnement favorable, il pense que ce sont plutôt le CNAD, les forces de sécurité

ou le système judiciaire qui devraient s'en charger. Selon lui, « la loi est la loi et elle doit être appliquée ». En ce qui concerne l'extension du programme de TSO, il a précisé que selon le plan d'expansion du PNLS, 300 personnes supplémentaires devraient être intégrées au programme d'ici 2026, avec l'ouverture de 4 à 5 nouveaux centres.

Malgré l'importance que l'ONUSIDA accorde à la décriminalisation et malgré l'alignement du plan stratégique VIH aux orientations internationales, telles que la Stratégie Mondiale de Lutte contre le Sida 2021-2026, le coordonnateur semble peu convaincu par cette cause, rendant difficile pour le CNLS de promouvoir une ébauche de loi à ce stade. Pour rappel, la Stratégie Mondiale susmentionnée a comme objectifs entre autres que « moins de 10% des pays ont des lois et des règles punitives »⁶¹ ciblant les populations clés.

2.6.3 Le PNAPP

Le Programme national des addictions aux produits psychoactifs (PNAPP) a été mis sur pied il y a quelques années. D'après les informations obtenues en ligne, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique du Togo a mis en place un programme national des addictions aux produits psychoactifs (PNAPP) en 2021 qui a pour mission de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins aux personnes ayant des problèmes avec la consommation de substances. Selon le site web du International Society of substance use professionals - Société Internationale des Professionnels de l'Usage de Drogues (ISSUP) (qui a une branche togolaise), ce programme collaborera avec les institutions nationales en charge de la réduction de la demande de drogues pour la dissémination des bonnes pratiques en

matière de prévention et de traitement de la dépendance aux substances psychoactives.⁶² Ce n'est ainsi pas très clair comment les programmes de réduction des risques s'insèrent dans les attributs du PNAPP, bien que de par l'appellation de cet organisme, il semblerait logique qu'ils aient un rôle actif au sein de la RdR au Togo.

Rien de très concret n'a donc pu être obtenu de cette rencontre, et le partenaire pays, notamment EVT n'avait pas non plus une compréhension très claire des attributs du PNAPP. Cependant, si, comme l'a mentionné le CNAD, ce dernier se désintéresse un peu à la question sanitaire relative aux drogues depuis la formation du PNAPP, il faudrait faire du PNAPP un allié.



2.6.4. CEPIAK

Le Centre de Prise en charge intégrée des Addictions de Kodjoviakopé (CEPIAK) est un centre de RdR qui est le seul point de dispense de TSO du pays. Le coordonnateur du CEPIAK, a présenté les services, accompagné de la dispensatrice de méthadone, du point focal UD, du psychologue, et du médiateur. Le CEPIAK offre divers services comme la PEC des personnes usagères de drogues, un appui nutritionnel (2 repas offerts par semaine), la PEC du VIH, le suivi psycho-social, la réinsertion sociale, la médiation avec les familles, et le référencement vers d'autres services.

Le programme de TSO est financé par le Fonds Mondial. Quant à Expertise France, elle offre, à travers la plateforme des ONG, des services connexes additionnels comme les services de proximité.

Selon le CEPIAK, il y avait 198 personnes dans la file active de personnes sous TSO (dont 18 femmes) à fin décembre 2024. Cependant, l'équipe fait aussi mention d'un niveau élevé de personnes ayant abandonné le traitement.

La discussion au CEPIAK s'est longuement appesantie sur ce point, car l'équipe du CEPIAK est très consciente du défi que représente le paiement du transport journalier des personnes qui viennent de quartiers très éloignés du CEPIAK pour la dispense du TSO. Ils ont essayé diverses méthodes en vue de mitiger cette barrière, notamment en approchant les maires des différentes communes pour un soutien au niveau du transport, mais sans succès. Les démarches ont été entreprises auprès du PNLIS-IST pour voir dans la mesure du possible comment rapprocher le TSO des bénéficiaires. Dans ce cadre, une mission de prospection a été organisée au centre de Zébé et au centre de santé d'Agoè. Toutes ces démarches n'ont pas encore abouti. Il est donc évident aux yeux de l'équipe que ce problème nécessite des solutions rapides et durables.

Une des solutions serait incontestablement la décentralisation. Ainsi, la décentralisation du TSO pourrait se faire via d'autres centres de santé,

des centres communautaires ou via une clinique mobile. Il faut aussi considérer que l'offre du TSO attire une population souvent marginalisée et afin d'éviter une réaction potentiellement négative de la part de la population, la collaboration avec les pairs éducateurs et éducatrices serait primordiale. Ces acteurs pourraient faire le lien entre la communauté, les personnes usagères du TSO et les équipes de dispensation afin de faciliter le processus.

Ces options pourraient nécessiter une mise à jour des textes règlementaires car la méthadone

est un produit contrôlé. Ainsi, déplacer ce produit vers d'autres structures ou en structure mobile nécessiterait un protocole approprié, les règlements concernant le stockage et la distribution des produits contrôlés étant très stricts. L'option de la clinique mobile pourrait être pratique et cela se fait déjà dans plusieurs pays. D'autant plus que le CEPIAK a déjà un



Le TSO est préparé individuellement (en fonction de la dose requise pour chaque personne) au CEPIAK et distribué à travers la fenêtre.

véhicule qui pourrait servir en ce sens, selon le coordonnateur. L'équipe du CEPIAK continue de réfléchir à divers moyens de pallier ce manque.

Un autre point discuté avec le CEPIAK concerne les données à propos des personnes usagères de drogues. Le CEPIAK n'est pas connecté au E-tracker, mais uniquement au DHIS2. Il note cependant que la file active est assez faible.

Un autre point soulevé est la difficulté de la rétention des personnes sous méthadone dans la file active si elles sont incarcérées en cours de traitement. Il faudrait ainsi des protocoles établis afin que le TSO qui est un traitement médical puisse être offert en prison si quelqu'un qui en utilise déjà est incarcéré. À ce stade le CEPIAK essaie de faire le suivi au cas par cas avec les prisons où les personnes sous TSO sont incarcérées, mais autrement, la dispensation est discontinuée.

Concernant la PrEP, le CEPIAK rapporte qu'il n'y a pas de demande à ce stade de la part des personnes usagères de drogues ou des personnes inscrites au programme de TSO. Cependant cela est toujours possible sur demande.

Quant aux programmes de proximité, le PAS est

offert, mais est actuellement discontinué car ils sont en attente des intrants pour relancer le programme.

La question de protocoles concernant le suivi des femmes UD enceintes n'a pas été évoquée car les POS n'étaient pas encore disponibles au moment de cette rencontre. Cependant, les POS reçues plus tard par OCAL a permis de voir que la PEC des femmes usagères de drogues, et plus spécifiquement d'opiacés avant, pendant et après l'accouchement ne figurent pas dans ce document spécifique. Ainsi, ces informations se trouvent peut-être dans d'autres protocoles de PEC, et une recherche plus poussée à ce sujet s'avère nécessaire, car le TSO est recommandée pour les femme enceintes par l'OMS qui préconise « de conseiller aux femmes enceintes dépendantes aux opioïdes de poursuivre un traitement d'entretien aux opioïdes soit à la méthadone, soit à la buprénorphine ou de le démarrer »⁶³. De plus, toujours selon l'OMS, « il n'est pas recommandé de procéder à un

sevrage médical d'un agoniste opioïde pendant la grossesse. Le sevrage est associé à des taux élevés d'abandon du traitement et de rechute, ainsi qu'au risque qui en découle pour la femme et le fœtus. De plus, le sevrage des opioïdes accroît le risque de fausse couche »⁶⁴

Les TAO sont aussi préconisés dans la gestion du Syndrome d'abstinence néo natal (SAN) – aussi appelé syndrome de sevrage néonatal (SDN). La PEC du SAN (voir encadré ci-dessous) peut être mise en place, si ce n'est pas déjà le cas suivant des recommandations existantes de l'OMS à ce sujet.⁶⁵

Enfin, concernant l'incarcération des personnes usagères de drogue, l'équipe pense que le trafiquant doit être pénalisé, mais pas l'utilisateur qui pourrait être réprimé sans pour autant qu'il soit enlevé de son environnement, de sa famille, son travail. Elle pense aussi que les rafles policières entravent le travail entamé par les différents partenaires envers les personnes usagères de drogues.

Le syndrome d'abstinence néonatal (SAN) Les nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse peuvent souffrir du SAN. Toutefois, l'exposition prénatale aux opioïdes n'entraîne pas toujours un SAN. La recherche n'a pas encore déterminé pourquoi certains bébés développent un SAN et d'autres pas. Comment le SAN est-il traité ? Les recherches montrent que le contact peau à peau, l'allaitement et les soins à la mère et au bébé dans la même chambre (« cohabitation ») peuvent réduire considérablement la durée de séjour du nouveau-né à l'hôpital et le besoin de médicaments. Certains nouveau-nés diagnostiqués atteints par le SAN peuvent avoir besoin d'un traitement médical. Le SAN est une pathologie traitable et temporaire. Il ne met pas la vie en danger et des études montrent que le développement des nouveau-nés souffrant du SAN n'est pas différent de celui des autres enfants⁶⁶ Il conviendrait de ne pas retarder le démarrage du traitement pharmacologique du syndrome de sevrage néonatal. Les médicaments les plus couramment utilisés pour traiter ce syndrome dû à l'exposition aux opioïdes sont la morphine ou la méthadone administrées par voie orale, selon le poids et le score.⁶⁷

2.6.5. Le PNLS-IST

La Responsable de l'Unité IST- IC du Programme national de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles (PNLS/IST) s'est montrée très intéressée à la discussion. Du fait de sa proximité avec les réalités du terrain, elle est consciente des effets négatifs d'une politique trop répressive envers les personnes usagères de drogue. Elle a précisé qu'après les rafles policières, la cible se cache et il est difficile de les atteindre pour les programmes de santé. Ainsi il faudrait être en mesure de revoir la loi afin qu'il y ait des traitements différenciés pour les personnes usagères de drogues. Selon elle, les personnes qui ont un usage non problématique devraient plutôt bénéficier d'un counseling au lieu de la prison. Quant à celles qui ont un usage problématique, on devrait être en mesure de

leur proposer un traitement. Cependant si la personne refuse ce traitement, la représentante du PNLS-IST pense qu'elle devrait quand même être incarcérée et recevoir un accompagnement en prison par rapport à sa dépendance aux drogues. Elle est d'avis que le CNAD et le CNLS devraient travailler ensemble afin de proposer un nouveau cadre législatif et que le PNLS devrait aussi y être associé pour les questions relatives au TSO.

La question du financement du Fonds mondial a aussi été abordée. La 2ème phase de négociation aura lieu en décembre 2025 et durant cette négociation, le pays fera le point sur les économies faites par rapport à la subvention du Fonds mondial.

2.6.6 OCAL

L'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (OCAL) est une organisation sous-régionale inter-gouvernementale. Elle a été créée en 2002 sous l'initiative de 5 Chefs d'Etats (Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Bénin et Nigéria). L'OCAL apporte en complément aux réponses nationales, une réponse transfrontalière à la vulnérabilité au VIH des populations mobiles, y compris la riposte contre les épidémies. Les volets mis en oeuvre sont, entre autres, la prévention communautaire du VIH/Sida, la prise en charge des personnes usagères de drogues par le TSO, la prise en charge psychologique et judiciaire des populations clés, et le plaidoyer pour la suppression des obstacles à l'accès aux services. L'OCAL a d'ailleurs joué un rôle important pour le lancement du programme de TSO au Togo, notamment à travers le financement du document cadre sur la réduction des risques, élément essentiel pour le lancement du programme de TSO.

Selon le chargé de programme à l'OCAL, sur la

2.6.7 Les partenaires de la société civile

2.6.7.1 : Plateforme des OSC

Une première discussion a eu lieu en ligne avec la plateforme des OSC, notamment la coordinatrice et le Responsable Suivi Evaluation. La plateforme des OSC a pour membres les différentes associations travaillant dans le domaine du VIH notamment les associations de PVVIH, les populations clés et les groupes identitaires. La plateforme est le sous-récepteur (SR) du Fonds Mondial et travaille avec huit (8) sous-récepteurs (SSR), et deux (2) prestataires à savoir le CEPIAK et RAS+.

Les points forts :

RAS+ (réseau des associations des personnes vivant avec le VIH SIDA), un des prestataires, travaille sur la mise en oeuvre des activités droits humains (DH), stigmatisation et discrimination (S&D) et VBG. Ainsi il gère l'Observatoire des droits humains (ODH), qui documente les atteintes aux droits humains des personnes vivant avec le VIH aussi bien que des populations clés. Ainsi RAS+ a des bénévoles sur le terrain pour le suivi des cas de stigmatisation & discrimination avec les associations de PVVIH et identitaires. Ils sont cependant conscients d'une lacune concernant les informations identitaires des PUD. La plateforme des OSC essaie de faire

question de la réforme des lois en matière de drogues, l'organisation peut apporter un soutien au niveau du plaidoyer. Ils ont en effet organisé dans le passé des comités multidisciplinaires au niveau des 5 pays avec les forces de l'ordre, la justice, le ministère de l'Intérieur, etc.

A la question du processus en vue d'une réforme des textes législatifs et réglementaires, il faudrait selon lui convaincre un certain nombre de décideurs, et avoir un expert juridique pour travailler sur une ébauche de loi, idéalement un consultant national.

Concernant les alternatives à l'incarcération, l'OCAL se dit ouverte au débat, et devrait plutôt être alliée sur cette question et le plaidoyer connexe via des plateformes multidisciplinaires. Selon le chargé de programme, l'ONUSD pourrait aussi être un partenaire stratégique pour des ateliers reliés à la réduction des barrières d'accès aux services de PEC.

le lien entre les PUD et RAS+, mais il n'y a pas de remontées d'informations conséquentes. Ils sont donc d'avis qu'il serait extrêmement important de créer une association identitaire de PUD afin que les informations puissent remonter directement de la communauté des PUD jusqu'à eux. (Il est important de mentionner que l'ESSG PC 2022 a bien intégré une question sur la stigmatisation & la discrimination, mais au lieu de chercher à comprendre la stigmatisation & la discrimination vécue par les PUD, la question cherche à savoir ce que pensent les PUD des PVVIH, ce qui est une occasion manquée de documentation de la stigmatisation & de la discrimination auxquelles font face les PUD).

Ils ont aussi mentionné le fait qu'il y a un accord qui a été signé afin que les PUD puissent bénéficier de bilans gratuits nécessaires avant d'intégrer le programme de TSO car certains bilans médicaux, notamment les bilans rénaux, étaient à la charge de la personne. Cela était un frein pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer de tels bilans.

Quant à la question de la pénalisation de l'usage de drogues, la plateforme est d'avis qu'un usager de drogues ne devrait pas être sanctionné. Ils ont d'ailleurs mentionné un atelier sur les DH

et le VIH facilité par une magistrate en 2022. L'atelier avait été organisé dans le cadre de la revue des textes légaux, et il avait été question de la dépénalisation de l'usage de drogues durant cet atelier. Il est à noter que ce rapport fait effectivement mention de l'impact négatif de la criminalisation de l'usage de drogues, mettant en avant que cela était une barrière entre les services sanitaires et sociaux et les

2.6.7.2 : ONG travaillant dans la thématique des drogues

Une rencontre a été organisée où différentes associations travaillant sur la thématique des drogues ou avec les PUD étaient présentes. Ces associations sont celles qui feront partie du comité consultatif qui travaillera avec EVT sur le suivi du plaidoyer sur la question des politiques des drogues. Le but de cette rencontre était de comprendre l'écosystème des services ciblant les PUD et/ou travaillant dans la thématique des drogues. L'autre objectif était de comprendre où ils se situent sur la question des alternatives à l'incarcération. Cette deuxième partie a été complétée en ligne plus tard.

- L'association ROAD (Réseau des ONG Anti-Drogue du Togo) organise la sensibilisation au niveau des écoles et des quartiers et fait un plaidoyer au niveau des autorités pour les conditions des PUD en général.
- CAFUDD (Convergence d'Actions en Faveur des Usagers de Drogues et des Détenus) travaille en faveur des PUD et les détenus avec les auxiliaires de justice. Ils travaillent aussi au niveau de la prévention scolaire et extrascolaire et réfèrent certains cas au niveau des centres de santé. Ils offrent aussi des services de prise en charge, de réinsertion socio-économique et font des visites à domicile. De plus, ils font un plaidoyer auprès du personnel de la chaîne judiciaire et des décideurs afin que l'injonction thérapeutique puisse être appliquée dans certains cas (mais la PEC demeure à la charge de la personne).
- La Croix Bleue Togo offre des services de prévention de la VBG, de suivi au niveau des IST et du VIH, de l'exclusion et de la pauvreté. Elle offre aussi des services de réhabilitation et de sevrage en suivant la méthode des 12 étapes basée sur l'abstinence. Elle propose ainsi des activités sportives entre autres. Certains de leurs services sont payants, surtout au niveau de la PEC médicale par rapport au sevrage.
- L'association RAPAA (Recherche Action Prévention Accompagnement des Addictions)

PUD. Cependant bien que ce point ait été noté dans le rapport, il ne figure pas dans la partie des recommandations du rapport.⁶⁸

La plateforme pense aussi que les dynamiques sous-régionales qui ont donné lieu à une réforme des lois sur les drogues a son importance au Togo. Cependant les financements manquent pour le plaidoyer envers les institutions étatiques.

offre des services de prévention avec les PUD. Ainsi ils travaillent avec les chefs de canton pour avoir accès aux leaders au niveau des ghettos. Ils travaillent au niveau de la prévention primaire des drogues et la prévention du VIH et des IST. Ils offrent un accompagnement psychologique, la médiation familiale et des séances de groupe avec des psychologues sur le terrain. Ils font aussi un plaidoyer auprès des autorités pour le respect des droits des PUD et contre la S&D, où l'accent est mis sur l'accès aux soins pour les PUD.

- AFAZ (Association des femmes Amazones Zen) travaille principalement avec les professionnelles du sexe (PS), mais il y a plusieurs membres au sein de leur cible qui sont aussi des PUD. L'association offre donc des sessions de sensibilisation dans les ghettos auprès des PS.
- Le réseau Cupidon est un réseau d'associations de la communauté LGBTQ. Ils offrent aussi des sessions de sensibilisation aux DH et un volet de renforcement de capacité envers les leaders communautaires. Parmi ces leaders communautaires se trouvent aussi des PUD, y compris des personnes usagères de drogues injectables. Ainsi, ce renforcement de capacité concerne le leadership et la gouvernance à travers des ateliers.
- La Coalition Communautaire Antidrogue offre des sessions de prévention à la fois auprès des PUD et du grand public.

La deuxième rencontre a permis de discuter des politiques des drogues, et les participants venaient de CAFUDD, RAPAA, AFAZ et Cupidon. De manière générale, il y a consensus sur le fait que la répression a échoué. RAPAA a mis de l'avant le fait que l'accent est mis aujourd'hui sur la prévention et les traitements, AFAZ a parlé de l'importance de ne pas « trop punir » les usagers, et Cupidon a mis l'emphase sur l'importance de l'environnement favorable.

A la question des peines pour les usagers occasionnels, non violents ou ceux et celles ayant un usage non problématique, les partenaires s'entendent sur le fait que cette personne ne devrait pas être incarcérée. Selon RAPAA, elle devrait recevoir quelques sessions de prévention primaire, et Cupidon est d'avis qu'il faudrait des dispositions protectrices, mais pas la prison et que des experts devraient décider au cas par cas. AFAZ partage aussi cette idée que ce profil ne nécessite pas la prison, mais plutôt une sensibilisation.

A la question plus délicate, à savoir, quel sort réserver aux PUD qui se voient proposer un traitement via l'injonction thérapeutique, mais qui refusent ce traitement, selon RAPAA, il faudrait lui proposer un moratoire de quelques mois pour réfléchir, et un accompagnement motivationnel en parallèle, mais ultimement, la prison pour un mois en cas de refus.

Finalement, à la question de la PEC des traitements, les participants sont d'avis que si une cour de justice envoie quelqu'un vers l'injonction thérapeutique, cela devrait être subventionné. Les sources de financement pourraient être obtenues en réaffectant une partie des budgets des prisons vers les services de santé puisqu'il y aura moins de personnes

qui seront envoyées en prison. Cela permettrait aussi de faire des économies sur les services de santé, car les personnes seront moins exposées à des complications de santé comme le VIH. Cela permettrait ainsi au pays de se rapprocher de son objectif de mettre fin au sida.

A savoir que durant les divers échanges dans le cadre de cette consultance, EVT a été le seul à proposer comme solution aux personnes ayant un usage problématique des services comme le sevrage et/ou la réduction des risques. Pour EVT, la personne ayant un usage non-problématique paye une amende, ou reçoit un travail d'intérêt général (TIG). Quant à la personne ayant un usage problématique, si elle n'est pas motivée pour le sevrage, elle reçoit une peine d'emprisonnement légère de 3 à 6 mois.

Ainsi, ces discussions montrent qu'il y a peu de partenaires qui considère la réduction des risques comme une des options à être intégrées dans les différentes étapes ou options de l'injonction thérapeutique. Les partenaires qui travaillent dans le domaine de la drogue ont une vision où le but ultime est l'abstinence. Cependant, il y a des points de convergences qui devront être explorés si une position commune est visée.

2.6.8. Les partenaires de la chaîne judiciaire

Madame la conseillère (Magistrate conseillère à la chambre Judiciaire de la Cour suprême du Togo) est le point focal VIH au ministère de la Santé. L'objectif de la rencontre était de mieux saisir les processus afin de comprendre comment les alternatives à l'incarcération pourraient être implémentées de la manière la plus appropriée dans le contexte juridique Togolais.

L'ancien directeur de la direction de l'accès au droit et à la justice a aussi été rencontré.

Selon les deux juristes, il y a deux façons de procéder à une réforme légale : via l'Assemblée nationale et le Sénat (Proposition de loi), ou via le Gouvernement (Projet de loi), et le processus qui a le plus de chance de réussir dans le contexte Togolais est à travers un projet de loi en passant par le Gouvernement via la Commission des lois. Il est aussi administrateur du comité d'appui aux réformes institutionnelles et juridictionnelles (CARIJ). Il pourrait être intéressant de considérer approcher le CARIJ afin de les inviter sur le comité consultatif ou considérer d'autres

formes de collaboration.

Pour pousser un «projet de loi» à travers le Gouvernement, il s'agira de pousser un avant-projet de loi par l'entremise d'un Ministère (dans le cas des drogues, cela peut être fait via le Ministère de la Santé, de la Sécurité, des Droits de l'Homme, de la Justice etc.), ce qui a plus de chance d'aboutir. Il faudra pouvoir justifier le choix du Ministère, et l'angle de la santé serait pertinent en utilisant des arguments sanitaires ou de la réduction de la vulnérabilité, etc.) Il faut des alliés au sein du ministère cité. Lorsque plusieurs Ministères s'allient, cela a plus de chance de devenir un dossier prioritaire pour le conseil des ministres, idéalement assortie d'une communication du conseil des ministres via un porte-parole du Ministère qui porte ce projet de loi. Cela est ensuite envoyé à l'Assemblée nationale et au Sénat. Ainsi, les commissions des lois à l'Assemblée nationale et au Sénat se pencheront dessus. Une personne sera ensuite sélectionnée au Ministère qui portera ce dossier

à la Commission des lois. Quand l'Assemblée nationale adoptera cette loi, cela sera sous la responsabilité du Président du Conseil. Il faudra ensuite déjà élaborer des avant-projets de décrets d'application qui devront être soumis après le vote de la loi. Au niveau parlementaire, il faut une porte d'entrée à la commission pour augmenter les chances que le projet soit pris en compte.

Selon l'ancien directeur, il faudrait un consultant, juriste national de préférence pour élaborer l'avant-projet de loi et les avant-projets de décrets d'application.

Le CNAD pourrait être le porte-parole auprès du Ministère selon l'ancien directeur. Mme la conseillère pense que cela pourrait être porté à la fois par le CNAD et le CNLS qui est présidé par le Président du Conseil. Cependant, vu l'intérêt du CNAD sur cette question, il pourrait être un meilleur allié, bien que ce serait plus logique que le CNLS s'approprie ce dossier, car les alternatives à l'incarcération sont basées sur une logique de santé publique et de droits humains. Il faut aussi prendre en compte que le représentant du CNAD rencontré dans le cadre des échanges de cette évaluation, pense que le Togo a une

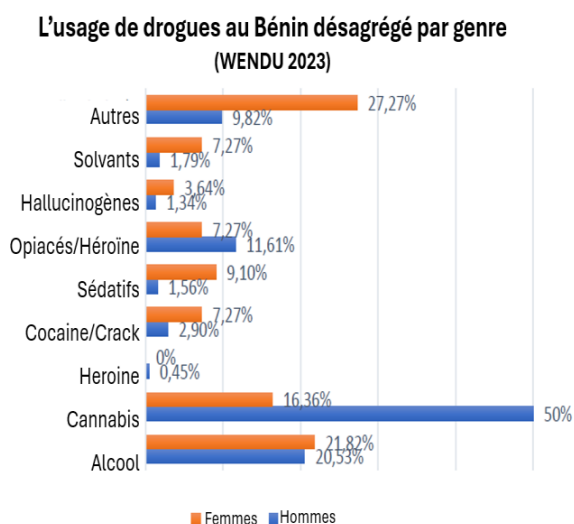
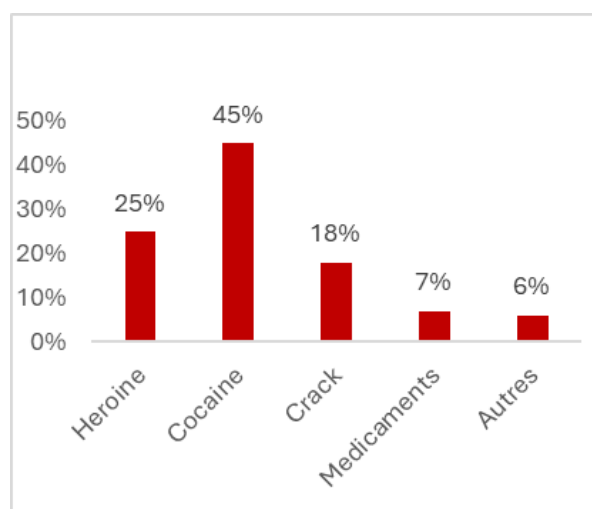
des meilleures lois sur les drogues dans la sous-région. Il y a ainsi de fortes chances qu'au niveau du CNAD, ils pensent qu'il faudrait tout simplement ajouter des décrets d'application pour l'injonction thérapeutique, et que cela constituerait des alternatives à l'incarcération suffisantes. Il existe cependant un risque que l'injonction thérapeutique forcerait toutes les personnes usagères de drogues interpellées vers des programmes ou des sessions d'abstinence. D'ailleurs, un des indicateurs du Cadre de résultats du PNIDC 2020-2024 est le « Nombre de services de traitement et de réadaptation en guise d'alternative à l'incarcération des délinquants mineurs souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychoactives fonctionnels »⁶⁹. Les risques associés à cette perspective restrictive seront discutés plus loin à la section 4 sur les meilleures pratiques et recommandations des instances internationales. Si tout le débat autour de l'importance de ne pas incarcérer les PUD se limite à l'injonction thérapeutique, cela est aussi une option, mais les détails de ces décrets d'application feraient toute la différence, et ce serait très certainement là où il y aurait des divergences d'opinions.

3. Contexte national : Le Bénin

3.1. La situation des drogues

Comme plusieurs pays de la sous-région, le Bénin fait face depuis un certain nombre d'années au trafic et à l'usage de drogues comme la cocaïne, de même que l'héroïne, ou les drogues de synthèse du type STA. Certaines informations sur les drogues qui sont utilisées au Bénin peuvent être obtenues dans l'enquête de surveillance de deuxième génération sur les populations clés (ESDG 2022)⁷⁰. Aussi, les discussions de groupe (FGD) qui ont eu lieu avec les PUD dans le cadre de cette évaluation ont permis de compléter cette liste. Les drogues les plus consommées par les personnes qui utilisent des drogues injectables sont l'héroïne, la cocaïne et le crack. Il y a aussi les médicaments et la catégorie 'autres', ce qui doit faire référence aux produits suivants : Cannabis, Tramadol, Sedaspir, Pararouge, sirop antitussif à base de

codéine, Dramol, Colorado (qui a l'air d'être un cannabinoïde synthétique). Il est à noter que les personnes qui utilisent des drogues injectables utilisent aussi des drogues non injectables, ce qui explique les forts taux de drogues qui ne sont pas traditionnellement injectées dans cette liste. Cependant, le cannabis demeure la drogue illicite la plus consommée dans le pays. Les données du dernier rapport du réseau épidémiologique ouest-africain sur la consommation de drogues⁷¹ (WENDU 2023), qui se base sur les données des centres de traitement du pays, montrent bien une prédominance de l'usage du cannabis. (Il y a aussi des données dans le dernier plan stratégique intégré sur les drogues⁷², mais ce dernier ayant été élaboré en 2018, ces données ne sont peut-être plus fiables, la situation des drogues étant extrêmement dynamique).



3.2. La réponse sanitaire et sociale

Les traitements pour gérer le sevrage sont disponibles dans un certain nombre de structures (des Centres Nationaux Hospitaliers Universitaires : le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C), le Centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), le Centre Hospitalier Universitaire Départemental Borgou-Alibori (CNHUD-B) et le centre confessionnel Saint Camille). Le pays offre également un traitement de substitution aux opioïdes (méthadone) à travers le Centre de prise en charge intégré des addictions de Cotonou (CEPIAC). A titre indicatif, le nombre de personnes ayant bénéficié des traitements de sevrage (y compris via le TSO) en 2023 étant de 503 (y compris 79 au CEPIAC).⁷³

A travers l'association BORNES qui est sous sous récipiendaire, les PUD reçoivent des services comme le dépistage de l'infection à VIH, de la tuberculose, la mobilisation communautaire, la sensibilisation, le référencement VIH, de même que le programme d'échange de seringues (PES) qui se déroule une fois par mois. Les services sont offerts par les pairs animateurs (PA) dans neuf (09) départements sur douze (12) au niveau national. Il y a quarante (40) PA dans les programmes de BORNES financés par le Fonds Mondial, et huit (08) PA sur le programme d'Expertise France. Il importe de noter l'absence de femmes PA dans les équipes des projets du Fonds mondial et la présence de deux femmes uniquement sur le projet d'Expertise France. Le récipiendaire principal, Plan International Bénin, a réactualisé les fiches de postes. Avant il y avait les pairs éducateurs (PE) pour la paire éducation et les Agents chargés de dépistage (ACD). Actuellement, ces 2 paquets d'interventions sont sous la responsabilité des pairs animateurs (PA). Les équipes de PA sont des ex PUD ou des personnes proches de la communauté des PUD. Il n'y a pas d'usagers actifs au sein des équipes car les responsabilités qui incombent aux PA sont d'un niveau trop élevé pour les PUD actifs qui tardent à produire des rapports, sont souvent indisponibles, ou sous effet de la drogue et difficiles à joindre sur leurs portables, selon l'expérience de BORNES.

Lors des sessions mensuelles de PES, les PA rencontrent cinq (05) PUD, et essaient généralement de trouver deux (02) nouveaux

clients à chaque session. Chaque PUD reçoit trente (30) seringues, et il y a donc cent cinquante (150) seringues distribuées par session mensuelle. Durant le mois de janvier 2025, le PES était interrompu étant en attente d'intrants.

Il y a aussi des centres de PEC étatiques et BORNES y a des médiateurs. Les services offerts dans ces centres sont le bilan complet VIH (dépistage, charge virale), et les soins VIH, TB et les pansements. Lorsqu'il y a des référencement qui sont faits, selon les médiateurs de BORNES, il y a un monde entre les PUD et le personnel de santé et cette PEC est facilitée par les médiateurs. Les PUD reçoivent aussi des soins via la collaboration avec le CEPIAC, pour les sorties soins et dépistages en outreach, où il y a aussi des médecins, psychologues et infirmiers et les équipes de pairs de BORNES.

Quant au programme de TSO, la méthadone est disponible depuis fin 2023, et est dispensée au CEPIAC. Au début du programme, le centre était très spacieux et faisait aussi office de Drop-in Center (DIC). Les usagers qui venaient prendre le TSO pouvaient s'y reposer, y laver leurs vêtements, au besoin prendre une douche et le centre était plus près des ghettos. En effet, après quelques temps, le centre a été transféré dans un autre lieu où l'espace est beaucoup plus restreint, et les personnes usagères de TSO et le staff s'y sentent à l'étroit. A titre indicatif, il y a eu une quinzaine de perdus de vue lors de la réaffectation du centre et à ce stade, il y a cinquante-trois (53) personnes inscrites.

BORNES offrait également les services de DIC dans ses locaux. Mais en raison des plaintes du voisinage, il n'y a plus de DIC ciblant les PUD au Bénin.

Certaines PUD ont abandonné le programme de TSO, principalement par manque de moyens de transport, car il faut s'y rendre tous les jours et certains vivent dans des lieux éloignés du centre. Les PA de BORNES essaient de retrouver les perdus de vue à travers des visites à domicile et dans les ghettos.

Au Bénin, bien que la plupart des PUD mentionne inhaler des drogues, en matière de réduction des risques (RdR), il existe un écart entre les pratiques de consommation de drogues et l'offre de services. En effet, les programmes de RdR ne fournissent pas le matériel adapté, comme des

pailles ou des pipes à crack.

La justification de la distribution de ce matériel est complexe. Contrairement aux seringues, le lien avec la prévention des infections comme le VIH, la tuberculose ou les hépatites est moins direct. Cependant, cette approche s'inscrit dans la philosophie de la RdR, qui vise à minimiser les risques liés à tous les types de consommation. De plus, ces outils (pailles/pipes) peuvent être utilisés comme « produits d'appel » en vue de faciliter le contact avec les PUD et servir de point d'entrée vers les services de soins. Ce lien est crucial, car les personnes qui inhalent les drogues peuvent éventuellement évoluer vers l'injection et un contact précoce favorise leur intégration dans le système de santé. Néanmoins, l'allocation de ressources à ce type de matériel est délicate, surtout dans un contexte de financement limité et de réduction des subventions internationales, notamment de l'USAID.

La grosse lacune au Bénin est la sous-représentation des femmes dans la documentation, aussi bien qu'au niveau des services.

En effet, au moment de la dernière enquête bio comportementale PUD en 2022 (ESDG)⁷⁴, il y a eu la sélection des « graines » (seeds). Le problème est que pour cette étude sur les PUD au Bénin, il y avait sept (07) graines initiales

qui étaient tous des hommes. Ainsi, sur un échantillon de 428 personnes au total qui ont participé à cette étude, il y avait uniquement sept (07) femmes, ce qui équivaut à 1,6% de représentation féminine dans cette étude cruciale. Cette sous-représentation rend difficile l'analyse des données sexo-spécifiques. Il est impossible de dire le pourcentage de femmes dans la communauté des PUD, ni l'impact du VIH, de la tuberculose ou d'autres infections sur les femmes UD à cause de cet échantillon trop limité de femmes. A titre indicatif, les sept (07) femmes étaient négatives au VIH, et les résultats de l'étude montrent une prévalence au VIH de 0% chez les femmes UD au Bénin, alors qu'au niveau global et sous-régional, ces chiffres montrent souvent des prévalences plus élevées chez les femmes⁷⁵. L'étude ne présente aucune donnée désagrégée par sexe (à part le taux de VIH de 0% chez les femmes UD).

Quant au nombre de femmes inscrites au programme de TSO, il est de trois (03) sur cinquante-trois (53) au moment de l'évaluation, ce qui équivaut à 5,6%. Bien que cela peut être une indication de la sous-représentation des femmes sur le programme, il est difficile d'estimer le pourcentage de femmes usagères de drogues par rapport aux hommes.

Au niveau de BORNES, sur quarante-huit (48) pairs animateurs, il n'y a que deux (02) femmes.

Dans une recherche de ce type (Respondent-driven sampling method), les chercheurs identifient un petit nombre d'individus au sein de la population cible. Ces individus sont appelés des «graines». Ces graines sont choisies parce qu'elles sont susceptibles d'avoir un vaste réseau de connexions au sein de leur groupe. Les graines distribuent ensuite des coupons à leurs ami.es, connaissances ou autres membres de leur réseau appartenant également à la population cible, qui à leur tour relient leurs ami.es/connaissances à l'enquête, comme un effet boule de neige. Cependant, la sélection des graines initiales est cruciale. Les chercheurs s'efforcent généralement de choisir des graines diverses et représentatives de la population cible afin de minimiser les biais.



3.3 La législation sur les drogues

Les textes juridiques concernant les stupéfiants au Bénin sont comme suit :

- La Loi n° 97-025 du 18 juillet 1997 relative au contrôle des drogues et précurseurs⁷⁶ ;
 - La Loi n° 2018-16 portant code pénal⁷⁷, Section V.
 - La Loi n° 2018-16 portant code pénal en République du Bénin tel que modifiée par la loi n° 2022-37⁷⁸. (Cette loi concerne les forces de sécurité, notamment la désertion et l'insoumission).
 - Le décret n° 99-162 du 08 avril 1999 portant création, composition, attributions et fonctionnement du comité interministériel de lutte contre l'abus des stupéfiants et des substances psychotropes⁷⁹. (Cette loi définit les attributions et fonctionnement du CILAS (Comité Interministériel De Lutte Contre L'abus Des Stupéfiants Et Des Substances Psychotropes). Parmi ses attributions se trouve à l'article 3 : « élaborer ou actualiser la réglementation nationale sur les stupéfiants et substances psychotropes conformément aux dispositions des traités internationaux en la matière ».)
- Selon le Secrétaire Permanent du CILAS, les textes législatifs et réglementaires suivants concernent aussi son institution (Ces lois faisant principalement référence au terrorisme et à l'organisation judiciaire, ce document ne s'y attarde pas) :
- La Loi n° 2020-23 du 29 septembre modifiant et complétant la Loi n° 2012-15 du 18 mars 2013, modifiée, portant code de procédure pénale en République du Bénin⁸⁰, (Cette loi concerne la prescription pour les actes de terrorisme, de trafic de drogue, de blanchiment de capitaux, ou de piraterie maritime, des pouvoirs de police judiciaire de la marine nationale en mer et Coopération internationale en matière de lutte contre la corruption).
 - La Loi n° 2018-13 modifiant et complétant la Loi n° 2001-37 du 27 août 2002 portant organisation judiciaire en République du Bénin modifiée et création de la cour de répression des infractions économiques et du terrorisme⁸¹ (Cette loi concerne la CRIET, la Cour de répression des infractions économiques et du terrorisme, visant à poursuivre la lutte contre la corruption au Bénin)

Le Bénin dispose aussi d'autres textes juridiques, selon le plan national intégré contre la drogue de 2018⁸² (plan non validé) qui concernent d'autres

éléments connexes ci-dessous. Ce document ne s'y attarde pas non plus, car ces éléments ne sont pas en lien avec la santé publique et les droits humains en matière de politiques des drogues.

- La Loi n° 2006-04 du 10 avril 2006 portant condition de déplacement des mineurs et répression de la traite d'enfants ;
- La Loi n° 2011-20 du 12 octobre 2011 portant lutte contre la corruption et autres infractions connexes crée une Autorité nationale de lutte contre la corruption ;
- La Loi n° 2010-11 du 7 mars 2011 portant code maritime.
- La Loi n° 2017-27 du 18 décembre 2017 relative à la production, au conditionnement, à l'étiquetage, à la vente et l'usage du tabac, de ses dérivés et assimilés en République du Bénin.
- La Loi n° 2017-20 du 20 avril 2018 portant Code du numérique en République du Bénin.
- La Loi n° 2018-14 modifiant et complétant la loi n° 2012-15 du 18 mars 2015 portant code de procédure pénale en République du Bénin.
- la loi n° 2018-17 du 11 juin 2018 portant lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en République du Bénin.

Ainsi, les articles qui concernent plutôt les personnes qui utilisent des drogues (par opposition aux trafiquants) sont les articles de la Loi n° 97-025 relative au contrôle des drogues et précurseurs. Il y a aussi le chapitre V du Nouveau Code Pénal (NCP) qui consiste surtout à revoir le niveau des peines, mais les délits sont surtout détaillés dans la Loi n° 97-025.

Détention et usage de drogues (Articles 961 du NCP)

L'Article 961 pénalise quiconque « produit, fabrique, distribue ou fait le commerce de gros ou de détail, transporte, détient, offre, cède à titre onéreux ou gratuit, acquiert, emploie, importe, exporte, fait le transit sur le territoire national, des plantes ou substances classées comme stupéfiants ou substances psychotropes ». Bien que ces délits étaient déjà pénalisés sous la Loi n° 97-025 (Articles 97, 99, et 100), le NCP augmente les peines de 5 à 15 ans et d'une amende de 5M à 10M FCFA.

L'Art. 1008 du NCP précise que « La présente loi qui abroge toutes dispositions antérieures contraires sera exécutée comme loi de l'État ». Ainsi, la loi no 97-025 devrait être appliquée sauf si certains articles du NCP contredisent cette loi,

et les peines sont augmentées dans le NCP. Les articles suivants de la loi no 97-025 sur les stupéfiants ne sont cependant pas repris dans le NCP, et ainsi, devraient toujours être applicables tel quel :

L'Injonction thérapeutique (Article 116 de la Loi no 97-025):

L'article 116 fait mention de l'injonction thérapeutique, car la personne « toxicomane » peut être soumise, au « traitement ou aux soins appropriés à son état » en remplacement ou en complément de la peine. Il est cependant important de noter que le paragraphe suivant du même article prévoit un emprisonnement de 1 à 5 ans et /ou une amende de 100,000 à 1 M de FCFA pour ceux qui refusent cette mesure. A noter que, selon l'article 94 de ce même texte de loi, le « toxicomane » « désigne la personne « dans un état de dépendance physique et, ou, psychique à l'égard d'une drogue placée sous contrôle sur le territoire national. »

L'article 116 pose cependant quelques problèmes :

- Le principe fondamental du droit à la santé est le consentement libre et éclairé. Or, l'injonction thérapeutique, telle qu'elle est présentée, bafoue ce principe. Comment considérer un traitement médical comme un choix lorsqu'il est imposé sous la menace de sanctions pénales ?
- L'inégalité d'accès à l'injonction thérapeutique est flagrante dans l'état actuel des choses. L'absence de décret d'application signifie que seuls ceux qui ont les moyens financiers peuvent en bénéficier, tandis que les plus pauvres sont condamnés à la prison. Cette discrimination est inacceptable et constitue une violation des droits humains.
- Le manque de décrets d'application fait que les juridictions hésitent à appliquer cette mesure.

Les peines varient en fonction des catégories des drogues, comme suit :

Les détails de l'Art. 142 (Loi no 97-1025) sur la détention, l'achat et culture illicites pour consommation personnelle	
Une plante ou substance classée comme drogue à haut risque, y compris l'huile de cannabis	1-3 mois et/ou 25.000 - 100.000 FCFA
Dérivé de la plante de cannabis autre que l'huile de cannabis	2-6 mois et/ou 15.000 - 75.000 FCFA
Une plante ou substance classée comme drogue à risque	1-3 mois et/ou 10.000 - 50.000 FCFA

Il a été rapporté par le CILAS que certains magistrats acceptent de l'appliquer, alors que d'autres refusent, sans doute par manque de modalités claires de mise en oeuvre.

- Bien qu'il y ait des structures médicales au Bénin pour offrir des traitements appropriés, ce n'est pas clair si ces structures suffiraient si des décrets d'application étaient élaborés et mis en oeuvre pour l'injonction thérapeutique (décrets qui stipuleraient clairement la responsabilité financière de l'Etat dans la prise en charge de cette mesure).

Détention, Achat et culture illicites pour consommation personnelle (Article 142 de la Loi no 97-025)

Il est intéressant de noter que la Loi n° 97-025 fait provision de peines différenciées pour la détention, l'achat ou la culture de « plantes ou substances classées comme stupéfiants ou substances psychotropes, dont la faible quantité permet de considérer qu'elles étaient destinées à leur consommation personnelle ».



De plus, cet article propose une dispense ou exécution de la peine suivant les conditions ci-dessous :

1. s'il n'a pas atteint l'âge de la majorité pénale
2. s'il n'est pas en état de récidive

Ce n'est cependant pas clair si ces 2 conditions doivent être réunies ou si l'une d'entre elles suffiraient. Ainsi, la possibilité de pouvoir bénéficier de dispense pour possession de faible quantité en tant que personne majeure de même que pour les mineurs) pourrait ne pas être exclue en théorie si la personne n'est pas en situation de récidive, et cela serait déjà un point à mettre en avant par rapport aux alternatives à l'incarcération.

Il est intéressant de noter que le NCP ne fait pas mention de seuils pouvant définir « la faible quantité ». La notion de « seuils » en tant que bonne pratique sera présentée dans la partie des meilleures pratiques plus bas à la section 4.1.

Il est aussi intéressant de constater que l'article 116 (sur l'injonction thérapeutique) précise que le traitement pourrait être proposé « Lorsqu'un toxicomane sera condamné pour l'une des infractions prévues aux articles 95 à 103, 142 et 143 », ce qui veut dire que si une personne se fait arrêter pour consommation personnelle sous cet article 142, la cour pourrait, en théorie, référer cette personne au « traitement ou aux soins appropriés à son état », ce qui pourrait être une bonne chose si les décrets d'applications sont adéquats. Une personne en possession d'une petite quantité peut tout aussi bien avoir un usage problématique, et cela permettrait de relier les personnes qui en ont besoin aux soins. Peines facultatives (Article 114 de la Loi n° 07-025)

L'article 114 fait mention de certaines peines facultatives, qui, semble-t-il pourraient être administrées en plus des peines déjà prévues d'incarcération ou d'amendes. Ces peines incluent l'interdiction de séjour, de droits civiques pour une durée définie (10-20 ans), l'interdiction de quitter le territoire national et le retrait du passeport (5-10 ans), l'interdiction définitive ou pour une durée de 5 à 10 ans d'exercer la profession à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise, etc. Bien que certaines de ces

peines peuvent être assez dures, une option serait de pouvoir proposer ce type de peines (idéalement en réduisant les durées) comme alternatives à l'incarcération, et non pas en complément de la peine. Le fait que ces éléments figurent déjà dans le texte de loi pourrait peut-être faciliter cette démarche.

Point de vigilance : Exemptions (Art. 109 de la Loi n° 97-025) et Atténuations de peines (Art.110 de la Loi n° 97-025)

Bien que les articles 109 et 110 prévoient des exemptions ou des réductions de peine, celles-ci sont subordonnées à la dénonciation. Or, cette exigence est particulièrement problématique pour les populations marginalisées, notamment celles vivant dans les ghettos. En effet, la dénonciation les expose à un risque accru de représailles et d'insécurité une fois libérées.

L'idée que ces personnes pourraient simplement choisir de ne pas retourner dans leur quartier d'origine après leur libération est souvent illusoire. Fréquemment chassées de leur domicile, elles n'ont d'autre choix que de revenir dans ces environnements précaires.

Ainsi, lier l'atténuation des peines à la dénonciation constitue une violation des droits humains. Cette pratique place les individus les plus vulnérables dans une situation de marginalisation et de danger accru.

Point de vigilance : Causes d'aggravation des peines (Art. 108 de la Loi n° 97-025).

L'article 108 précise que le maximum des peines prévues aux articles 95 à 103 sera porté au double en cas de plusieurs situations mentionnées dans cet article. Le dernier point concerne la récidive, c'est-à-dire « lorsque l'auteur de l'infraction sera en état de récidive. Les condamnations prononcées à l'étranger sont prises en compte pour établir la récidive. »

La spécificité de la dépendance étant « chronique et récurrente» selon l'OMS⁸³, les situations de récidive sont susceptibles de se produire fréquemment. Ce point sur la nature de la dépendance sera développé plus bas à la section 4.4.



3.4. Les documents politiques

Dans le cadre du plaidoyer sur les politiques et les services sanitaires et sociaux relatifs aux drogues, le Bénin a élaboré certains documents sur le plan national pour la prise en charge de cette population clé en matière de lutte contre le VIH et d'autres affections.

- **Plan stratégique national intégré pour l'élimination du VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales et les IST 2024-2030 (PSNIE 24-30)** ⁸⁴

Pour renforcer sa lutte contre les maladies prioritaires et les épidémies, le gouvernement béninois a élaboré le PSNIE 24-30, un plan qui repose sur des interventions judicieuses, un financement substantiel et une utilisation partagée et efficace des ressources.⁸⁵

Le PSNIE vise à garantir un accès équitable aux services de santé essentiels pour les populations clés et vulnérables, en éliminant les obstacles liés aux droits humains et au genre. Pour ce faire, il prévoit des interventions novatrices telles que la RdR pour les personnes usagères de drogues injectables, incluant le programme d'échange de seringues, le TSO, la prévention des overdoses et le dépistage, la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hépatite C.⁸⁶

En matière de référentiels, ce PSNIE a comme fondation, entre autres la Stratégie mondiale de lutte contre le Sida 2021-2026 de l'ONUSIDA dont l'un des objectifs est que « moins de 10% des pays ont des lois et des règles punitives »⁸⁷ visant les populations clés. Les Stratégies Mondiales du Secteur de la Santé Contre, Respectivement, le VIH, l'Hépatite Virale et les Infections Sexuellement Transmissibles Pour la Période 2022-2030 de l'OMS est aussi un référentiel de ce PSNIE, et il est important de mentionner que ce document de l'OMS cite que « l'extension importante des services nécessaire pour atteindre les cibles de 2030 sera illusoire si elle ne s'accompagne pas d'efforts contre la stigmatisation, la discrimination, les inégalités et la pénalisation des groupes clés qui exacerbent le risque d'infection et empêchent souvent l'accès individuel aux services essentiels. »⁸⁸

- **Plan national intégré de lutte contre le trafic de drogue, l'abus de drogue et la criminalité organisée 2019-2023 (Plan non validé)** ⁸⁹

L'ébauche du Plan National Intégré (PNI)

représente le cadre stratégique national visant à apporter une riposte efficace et coordonnée aux menaces posées par le trafic illicite, l'abus de drogues et la criminalité organisée. Son objectif ultime consiste à placer la lutte contre ces fléaux dans le contexte global de la politique nationale de développement. Ce document a été élaboré, en 2018 et avait pour objectif de parvenir à un plan national intégré solide et durable. Ainsi, cette ébauche devait être validée lors d'un atelier national avec le gouvernement, puis approuvée par décret ministériel. Cette démarche garantirait l'engagement de tous les ministères, l'appropriation des actions et la pérennité des résultats. Il semblerait que ce processus de validation n'ait pas eu lieu. Cela est dommage car le plan intégrait à la fois les axes de réduction de l'offre et de la demande, mais aussi la réduction des risques, y compris les mesures d'alternatives aux poursuites, notamment certains objectifs (et résultats connexes) ci-dessous :

- Un observatoire des drogues est mis en place afin de suivre l'évolution de l'usage des drogues, la demande de traitements et les maladies infectieuses liées à la drogue (résultat 10.1)
- Le système pénal est fluidifié et les peines alternatives encouragées (résultat 2.2)
- Une politique et une stratégie de prévention et de traitement basées sur des données probantes, alignées sur les standards internationaux et respectueuses des Droits Humains sont élaborées. (résultat 10.4)
- Un Protocole de Traitement National répondant aux Normes standards internationaux est élaboré, adopté et appliqué par les acteurs. (résultat 12.1)
- Les centres de traitement des consommateurs de drogue sont rénovés et équipés pour améliorer leur capacité et leur qualité d'accueil (résultat 12.2)
- Les professionnels de la santé aux divers niveaux du système de santé sont formés à la prise en charge des consommateurs de drogue et des personnes dépendantes et travaillent en réseau entre eux, avec les OSC et avec les autres services VIH et TB (résultat 12.3)
- Un paquet complet d'interventions VIH est fourni aux consommateurs de drogues injectables dans un environnement légal favorable (résultat 13.2)
- Un paquet complet d'interventions VIH est fourni aux prisonniers avec l'appui des Programmes,

services et OSC pertinents (résultat 13.3)
Bien que le plan n'ait pas été validé, certaines des activités qui y figurent ont pu être mises en oeuvre. Cependant, si ce plan n'a pas été validé suivant le processus proposé, il est impossible de demander aux autorités d'être redevables par rapport à ce qui n'a pas été mis en oeuvre dans ce plan. De plus, il ne peut y avoir d'évaluation

en vue d'obtenir des bases objectives pour l'élaboration du prochain plan national sur les drogues. Cependant, un plaidoyer peut être fait en vue d'intégrer à nouveau ces éléments dans un nouveau plan actualisé qui devra être validé par toutes les parties prenantes, y compris les OSC et les PUD.

3.5. Les personnes usagères de drogues et leurs réalités

Selon le dernier ESDGPC 2022, le taux de VIH dans la population des PUD s'élève à 2,1%, comparé à une prévalence nationale de 0,8%. Comme mentionné plus haut, il n'y a pas d'indication fiable sur la prévalence parmi les femmes usagères de drogues, ou sur d'autres éléments spécifiques au genre dans cette dernière étude bio comportementale disponible.

La majorité des PUD interrogées (56%) ont commencé à s'injecter des drogues après 20 ans, tandis qu'un peu plus d'un tiers (39%) ont débuté entre 15 et 19 ans, et une petite proportion avant l'âge de 15 ans (4,2%). Ces chiffres démontrent quand même que près de la moitié des personnes qui s'injectent des drogues ont eu leur première injection avant l'âge de 20 ans.⁹⁰

Durant les discussions de groupe (FGD) organisées dans le cadre de cette évaluation au Bénin, 21 PUD ont été rencontrées, y compris les femmes usagères de drogues, et les personnes inscrites au TSO. Le FGD avec les membres de la communauté LGBT qui utilisent des drogues n'a malheureusement pas pu être organisé.

Quelques points forts remontés durant les discussions de groupe :

- La majorité des PUD interviewées consomment l'héroïne et le crack. Plusieurs mentionnent la cocaïne, mais en les questionnant à ce sujet, ils précisent qu'il s'agit spécifiquement du crack ;
- Ils utilisent la noix de cola pour la fabrication de la pipe ;
- Très peu étaient au courant de l'existence de centres de sevrage ;
- Plusieurs mentionnent que le coût du transport quotidien est la raison pour laquelle ils n'envisagent pas de s'inscrire au TSO. Un des participants déclare s'être rendu au CEPIAC, mais quand on lui a simplement dit de revenir le lendemain, il n'y est jamais retourné, car le transport lui avait déjà coûté 3000 FCFA ;
- Certains participants avaient déjà fait de la prison. Ils ont déclaré que la drogue circule

bien en milieu carcéral, y compris l'injection de drogues. Ils n'étaient cependant pas en mesure de donner plus de détails sur le matériel utilisé pour l'injection, à savoir s'il s'agissait de seringues artisanales ou pas, n'étant pas eux-mêmes des injecteurs ;

- Les PUD présents ont dit que les services de BORNES étaient accessibles, et qu'ils étaient satisfaits de ces services reçus par les travailleurs de proximité de BORNES. (Cependant, la discussion ayant eu lieu chez BORNES, les participants étaient sans doute déjà dans la file active de BORNES.) ;

- Certains ont déclaré ne pas être à l'aise lors de visites dans des centres de santé, à cause de leur usage de drogues ;

- Il y avait bien quelques informations correctes (mais très limitées) sur la gestion des overdoses. Cependant, personne n'était au courant de l'existence de la Naloxone ;

- Ils sont tous d'avis que les PUD ne devraient pas faire de prison pour simple consommation de drogue. Certains ont mentionné qu'ils devraient être envoyés dans un centre pour « décrocher », ou peut-être effectuer des travaux (travail d'intérêt général) ;

- Un des participants était très réticent à parler ouvertement de sa consommation car il avait laissé ses coordonnées à BORNES dans le cadre de l'entretien. C'est uniquement vers la fin de l'entretien qu'il a commencé à s'ouvrir. A noter que le système de code d'identifiant unique (CIU) qui est déjà utilisé sur les programmes du Fonds Mondial n'ont pas été utilisés. De plus, le décaissement des allocations de transport a pris beaucoup de temps, ce qui a fortement déplu à certaines PUD (en impactant négativement sur la qualité des échanges durant le FGD) qui commençaient à sentir les effets de manque pendant qu'ils attendaient le décaissement, bien que ces FGD étaient prévus un mois à l'avance.

Éléments spécifiques aux personnes bénéficiant du TSO (Ce FGD était composé uniquement d'hommes) :

- Les personnes rencontrées inscrites au TSO ont, quant à eux, tous mentionné qu'ils étaient en bonne santé et avaient renoué les liens avec les membres de leur famille.
- Ils déplorent cependant le coût du transport quotidien pour se rendre au CEPIAC pour le TSO, et précisent qu'ils ont des amis qui voudraient s'y inscrire aussi, mais qui ne peuvent se permettre ces dépenses, car ces derniers n'ont pas de travail. Ils pensent que le TSO devrait être dispensé dans d'autres centres de santé plus près des fumeurs.
- Ils déplorent aussi le manque de travail ou d'activité génératrice de revenus.
- Ils préféreraient de loin le lieu où le CEPIAC se trouvait avant, car la structure était plus spacieuse, et ils s'y sentaient plus chez eux.

Éléments spécifiques aux femmes UD

- Certaines femmes usagères de drogues préfèrent ne pas se montrer sur le PES à cause de la police entre autres. Ainsi, les autres paires ramènent des seringues neuves pour elles.
- Les participantes qui ont fait de la prison n'ont pas vu de drogues injectables en prison pour les femmes.
- Celles qui s'injectent des drogues disent ne pas se partager leurs seringues car « Tonton » (PA de BORNES) leur donne des seringues neuves.
- Aucune femme présente n'était au courant du programme de TSO, et une des participantes était enceinte.
- Elles préfèrent avoir affaire à des paires femmes quand il s'agit de parler de sujets personnels (souvent liés à la santé sexuelle et reproductive).

Il est à noter que lors de la mise en place de l'entretien avec les femmes usagères de drogues, elles ont eu à attendre longtemps, car un rendez-vous avait été décalé plus tôt. Ainsi, certaines étaient en manque, et l'entretien a duré moins longtemps que prévu à cause de cela. De plus, une visite de terrain n'a pas pu être effectuée, et ainsi, les informations reçues durant les FGD peuvent être biaisées, car il s'agit de personnes déjà en contact avec BORNES. Il est ainsi important de tenir compte du fait que, à échelle nationale, seulement le quart (26,9%) des personnes usagères de drogues injectables ont bénéficié d'un ensemble combiné

d'interventions de prévention, selon les données disponibles.⁹¹

Drogues en milieu carcéral

Par rapport à l'information de l'usage de drogues injectables en prison, il est effectivement documenté dans l'ESDG que : « S'agissant de la consommation de drogues en prison, 6,9% des enquêtés rapportaient qu'ils poursuivaient leur consommation en prison et la drogue la plus consommée était l'héroïne (67,2%). Quant à la consommation spécifique des drogues par injection, 27,8% des consommateurs avaient affirmé adopter cette pratique en prison et la totalité de ceux-ci ont pratiqué le partage de seringues avec un co-détenu. »⁹² Cela est un argument à mettre en avant dans le plaidoyer sur la réforme des politiques de drogues. D'autant qu'il y a un taux de surpopulation carcérale pouvant être très élevé au Bénin, le pays disposant de 11 établissements pénitentiaires avec des taux d'occupation variant entre 126 et 497%.⁹³ De plus, au Bénin, les établissements pénitentiaires enregistrent des nouveaux cas de tuberculose par an. Cette incidence a progressé au cours des cinq dernières années, soulignant un problème de santé publique majeur, commun à de nombreux pays en développement.⁹⁴

Violence

A la question de la violence, l'ESDG donne quelques éléments, bien que ceux-ci n'ont pas été désagrégés par le genre. La discussion avec les femmes n'a pas pu aborder cette question non plus. Cependant, il est bien documenté que, parmi les PUD, 18,2% ont déclaré avoir été victimes d'une ou de plusieurs formes de violence, venant de clients ou dealers (13,2%), police ou force de l'ordre (12,6%), leader ou pair UDI (2,4%) et des propriétaires de maison ou gérants (6,5%).⁹⁵ De plus, selon une étude menée par Plan International Bénin en Octobre 2022, sur les Violences Basées sur le Genre (VBG) et les violations des droits humains à l'endroit des PVVIH, des PS, des HSH, et des personnes usagères de drogues injectables, 56,1% des personnes usagères de drogues injectables sont touchées par au moins une des trois formes de violence (physique, psychologique et/ou sexuelle), et 94,7% des personnes usagères de drogues injectables ont connu de la stigmatisation et/ou de la discrimination dans un espace public.⁹⁶

3.6. Les partenaires

3.6.1. Le CILAS

Créé par décret en 1999⁹⁷, le Comité Inter Ministériel de Lutte contre l'Abus des Stupéfiants et des Substances Psychotropes (CILAS) a pour missions de coordonner la politique gouvernementale de lutte contre les drogues, de proposer des plans d'action, d'assurer l'application des accords internationaux et de superviser toutes les structures impliquées. Il est l'instance faîtière de cette lutte au Bénin.

Le CILAS, qui regroupe 13 ministères, joue un rôle central dans la définition de la politique nationale de lutte contre les drogues. Il élabore les stratégies et les plans d'action, détermine les orientations en matière de prévention et de répression, et sert de point focal pour la coopération internationale. Ainsi, des points focaux au sein de chaque ministère devraient être nommés, et à chaque semestre, un rapport d'activité doit être soumis au CILAS. Il devrait aussi avoir des comités départementaux, mais ces comités ne sont pas encore installés.

Durant la rencontre avec le CILAS, nous avons été accueillis par le Secrétaire Permanent (SP) du CILAS, qui est aussi Contrôleur Général de

Police. Le Secrétaire Permanent a été nommé en janvier 2024 suivant un décret⁹⁸, et s'efforce depuis sa nomination, à mettre en place les différentes structures nécessaires au bon fonctionnement du CILAS.

La délégation générale, le noyau dur du CILAS, est composée des ministères suivants : sécurité ; santé publique ; affaires étrangères et coopération ; justice, législation et droits de l'homme ; finances.

Quant à l'injonction thérapeutique, le SP a effectivement confirmé qu'il n'y a pas de décrets d'application, et ainsi, certains magistrats acceptent d'en faire usage, mais d'autres refusent. Le SP a cependant précisé que cela avait été débattu récemment avec le procureur, les directeurs départementaux de la santé et le coordonnateur du CEPIAC. Il faudrait que les partenaires de la chaîne judiciaire fassent partie des discussions concernant les modalités de la mise en oeuvre de l'injonction thérapeutique avec d'autres partenaires et que cela soit à la charge de l'Etat.

3.6.2. Le CNLS-TP

Le Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies (CNLS-TP), créé en 2018 via le Décret N°2018-149, modifié par le décret N° 2023-079 du 15 mars 2023, a pour mission de coordonner la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies.

Ces maladies constituant un frein au développement, le CNLS-TP vise à garantir le droit à la santé et à la protection sociale. Le CNLS-TP a été rattaché

Au cœur de la mise en oeuvre du PSNIE 2024-2030, le ministère de la Santé, avec ses diverses structures, joue un rôle prépondérant. La Direction Nationale de la Santé Publique assure la supervision des programmes clés, notamment le Programme Santé de Lutte contre le VIH/Sida et les IST (PSLS), et préside le comité national d'approvisionnement. L'Agence Nationale des Soins de Santé Primaire supervise quant à elle le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP). Le ministère de la Santé est responsable de toutes les interventions en matière de santé humaine. Source : CNSL-TP99

au ministère de la Santé en 2022 via le décret N°2022-184, tout en préservant sa mission.

Lors de la rencontre avec les membres du CNLS-TP, dont le deuxième secrétaire exécutif adjoint, le conseiller technique juridique, le responsable du suivi et de l'évaluation, et la chef du département de surveillance épidémiologique, nous avons

eu l'occasion d'explorer les perspectives d'implémentation du plan stratégique du VIH/Sida. Notre discussion a porté sur l'objectif de réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre, qui entravent l'accès des populations clés et vulnérables aux services de prévention et de prise en charge des pathologies prioritaires.

Les échanges ont été constructifs et ont soulevé des questions importantes, notamment sur la priorité des alternatives à l'incarcération dans le contexte béninois. Nos

interlocuteurs ont souligné l'importance de conduire des études sociologiques pour évaluer la faisabilité de telles mesures. L'accent mis sur l'employabilité est un aspect prometteur qui pourrait avoir des implications positives au-delà du seul contexte du VIH. Le CNLS-TP a ainsi proposé des initiatives, telles que la création

d'une «prison des métiers» pour favoriser la réinsertion.

Un accent particulier a été mis sur l'harmonisation potentielle des lois au niveau sous-régional, ainsi que l'importance d'une approche collaborative impliquant magistrats, médecins, psychologues et sociologues pour un cadre législatif adapté. Ces propositions représentent ainsi des opportunités pour une avancée collective.

Bien que certains défis subsistent, notamment en ce qui concerne la pleine intégration des

3.6.3. CEPIAC

Le Centre de Prise en charge intégrée des Addictions de Cotonou (CEPIAC) est le point de distribution exclusif du TSO. Nous avons été reçus par le Coordonnateur du CEPIAC. Nous avons aussi rencontré une partie de l'équipe composée du Dispensateur, de l'Infirmière, de l'Assistante sociale, de la Secrétaire, et du Médecin.

Le CEPIAC offre un service d'addictologie, et ainsi, toutes les addictions peuvent y être reçues, pas uniquement les drogues, mais aussi d'autres comportements addictifs comme le jeu par exemple. Généralement, quand quelqu'un s'y présente, la personne doit passer par le circuit de PEC. Il y a donc une discussion avec la personne, un test urinaire est effectué, l'équipe demande à la personne si le sevrage est voulu à ce stade ou pas. Si c'est le cas, un sevrage médicamenteux est proposé si nécessaire et la personne se rend ainsi tous les jours au CEPIAC afin d'avoir ses médicaments et a un RDV hebdomadaire pour le suivi. Cependant ces médicaments sont à leur charge. Par conséquent, un protocole interne préétabli est disponible pour la prise en charge des différents types de drogues.

Pour accéder au TSO, les tests urinaires sont gratuits ainsi que la méthadone. Cependant, des médicaments pour les autres soins de santé étaient disponibles avant, mais actuellement on observe une rupture du stock dans le centre.

A ce stade, le TSO y est distribué durant toute la journée. Le programme n'étant pas décentralisé, certaines personnes rencontrent des difficultés pour y accéder, entraînant même des cas d'abandon. Le CEPIAC propose une stratégie avancée par des dotations anticipées. Le principe est de suivre la personne, et si cette dernière a un encadrement lui permettant de prendre des doses à emporter, des doses lui seront proposées graduellement. Le but est d'une part d'autonomiser la personne, mais aussi de palier au problème d'accès qui est une

recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA concernant la criminalisation de certaines pratiques des populations clés et/ou les alternatives à l'incarcération, les efforts conjoints du CNLS-TP contribueront à renforcer la stratégie nationale béninoise. Ainsi, les OSC resteront certainement disponibles pour accompagner ces réflexions vers des actions concrètes bénéfiques pour les populations ciblées.

barrière au service, et à long terme, cela pourrait aussi permettre de désengorger les centres de distribution (même si à ce stade, le CEPIAC ne fait pas face à ce problème). Bien que le programme de TSO soit en place, il n'y a, à ce stade, pas de POS écrites sur le TSO, selon le coordonnateur du PSLS rencontré dans le cadre de la validation de cette présente évaluation.

• **Décentralisation**

Des options de décentralisation ont été discutées avec l'équipe. Afin d'améliorer l'accès au TSO, une décentralisation gagnerait à être implémentée, en plus des essais de doses à emporter qui ont déjà débuté. Elle implique l'utilisation de structures variées, telles que des centres de santé, des centres communautaires et des cliniques mobiles. Pour surmonter les réticences potentielles de la population, la collaboration avec des pairs éducateurs est indispensable. La mise en oeuvre de cette stratégie nécessiterait sans doute une adaptation des procédures ou textes y relatifs, en raison des contraintes généralement liées à la distribution de produits contrôlés.

• **Injonction thérapeutique**

La conversation avec le Coordonnateur du CEPIAC a tourné, entre autres, autour du sevrage et des différents types d'usage de drogues. Ce dernier est très clair sur le besoin de motivation d'une personne avant de réussir à s'en sortir. Tant que la personne est dans le déni, il y a peu de chance de succès. De plus, selon lui, en tant que psychiatre, une personne qui a un usage occasionnel ne nécessite pas d'injonction thérapeutique menant à un protocole de sevrage. Ainsi, si des décrets d'application sont élaborés, il faudrait pouvoir faire la différence entre différents types d'usage via un panel d'experts médicaux. Il est d'avis que l'incarcération n'est jamais une solution.

Pour que l'injonction thérapeutique devienne

une réalité, il faudrait des décrets d'application. Ainsi, il faudrait évaluer l'impact des lois sur les drogues, et pour cela, il faudrait un état des lieux. Il a aussi plaidé pour la création d'un observatoire des drogues (sous l'égide de la présidence). Il faudrait aussi travailler avec le personnel de la chaîne judiciaire. A la question de qui devrait porter un projet de loi, il précise que le CILAS est sous le ministère de la sécurité, et pas de la santé. Il précise aussi que sur le noyau dur du CILAS, le ministère de la justice devrait être plus présent, afin d'afficher leur intérêt concernant cette thématique.

• TSO et prison

Une des raisons pour laquelle il y a des perdus de vue, est aussi le fait que certaines personnes qui reçoivent le TSO sont parfois incarcérées. A ce stade, il y a des démarches qui sont entreprises auprès de l'agence pénitentiaire du Bénin (APB). Cependant, cette collaboration n'est pas officielle à ce stade. De plus, l'injection de drogues a été documentée en prison. Il y a ainsi une discussion avec le CILAS pour l'implémentation du TSO en prison.

• Le TSO et les femmes.

Le faible taux de présence des femmes sur le programme de le TSO au Bénin a aussi été abordé. Comme mentionné plus haut, à ce stade, il y a uniquement 5,6% de femmes inscrites au programme. Il faudrait donc plus de travail de proximité ciblant les femmes, car les femmes peuvent être plus vulnérables à l'usage de

drogues. A ce sujet, le Coordonnateur a réitéré la nécessité d'une collaboration avec BORNES. (Une collaboration étant déjà existante, cela fait sans doute référence à une collaboration plus officielle ou avec des TDR précis).

Quant aux femmes enceintes usagères d'opioïdes, il n'y aurait pas de clause spécifique dans les POS pour leur donner priorité. Cependant, le CEPIAC est ouvert à l'inscription des femmes enceintes, étant conscient de la vulnérabilité d'une femme UD, et des risques du sevrage brutal d'opiacés et des symptômes de manque liés aux fausses couches (avortements spontanés). Il n'y a néanmoins pas de demande à ce sujet, et à ce stade, il n'y a jamais eu de femmes enceintes sur le programme du TSO. Ce n'est pas clair dans quelle mesure l'information de la disponibilité du TSO pour les femmes enceintes est accessible aux femmes UD.

Idéalement, il faudrait aussi qu'il y ait dans les POS ou d'autres protocoles y relatifs la prise en charge (PEC) des femmes usagères d'opiacés, avant, pendant et après l'accouchement. Cela inclut aussi le syndrome d'abstinence néonatale (SAN)- aussi appelé syndrome de sevrage néonatal (SDN). Selon le coordinateur du PSLs, il n'y a, à ce stade, aucun protocole de PEC à ce sujet. Un protocole incluant la PEC du SAN (voir encadré ci-dessous) peut être mis en place, basé sur des recommandations existantes de l'OMS à ce sujet. ¹⁰¹

Le syndrome d'abstinence néonatal (SAN)

Les nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse peuvent souffrir du SAN. Toutefois, l'exposition prénatale aux opioïdes n'entraîne pas toujours un SAN. La recherche n'a pas encore déterminé pourquoi certains bébés développent un SAN et d'autres pas. Comment le SAN est-il traité ? Les recherches montrent que le contact peau à peau, l'allaitement et les soins à la mère et au bébé dans la même chambre (« cohabitation ») peuvent réduire considérablement la durée de séjour du nouveau-né à l'hôpital et le besoin de médicaments. Certains nouveau-nés diagnostiqués atteints par le SAN peuvent avoir besoin d'un traitement médical. Le SAN est une pathologie traitable et temporaire. Il ne met pas la vie en danger et des études montrent que le développement des nouveau-nés souffrant du SAN n'est pas différent de celui des autres enfants¹⁰² Il conviendrait de ne pas retarder le démarrage du traitement pharmacologique du syndrome de sevrage néonatal. Les médicaments les plus couramment utilisés pour traiter ce syndrome dû à l'exposition aux opioïdes sont la morphine ou le TSO administrées par voie orale, selon le poids et le score.¹⁰³

• La PrEP pour les PUD

Il n'y aurait pas de demande pour la PrEP de la part des PUD. Selon les différents partenaires, les PUD doivent d'abord être incluses dans

la dispensation de la PrEP. Ce n'est pas clair s'il y a des campagnes PrEP ou des sessions d'information à ce sujet visant spécifiquement les PUD.

3.6.4 Plan International Bénin (PR)

Plan International Bénin (souvent appelé Plan au niveau pays) est le récipiendaire principal (PR) du Fonds mondial, et les personnes rencontrées chez Plan étaient le Chief of Party des Subventions du Fonds Mondial, la Pharmacienne Spécialiste GAS (Gestion des approvisionnements et stocks), et l'assistant droits humains. Les programmes ciblant les PUD sont financés par le Fonds mondial via Plan. Ainsi, BORNES est SSR de Plan pour les services spécifiques aux PUD.

• **Actions directes ciblant les PUD financées par le Fonds mondial via Plan**

Plan offre des produits de santé comme le TSO, la Naloxone et les tests urinaires au CEPIAC, de même que des kits d'injection pour le PES à BORNES.

• **Plaidoyer**

En matière de plaidoyer, Plan organise des ateliers divers, notamment :

- Des réunions de concertation tous les 6 mois avec le CILAS, des juges et des PUD, où on laisse la parole à ces derniers. Il y a aussi des ateliers de déconstruction qui ont été organisés. Des débats sur les alternatives à l'incarcération ont aussi déjà été enclenchés, avec les soins de santé mentale comme mesure proposée (les soins de santé mentale étant la seule mesure proposée comme alternative durant la conversation, il ne semblerait qu'aucune autre mesure ne soit évoquée à ce stade).
- Des visites organisées dans des commissariats avec le CILAS pour entamer des discussions afin que les activités de terrain ne soient pas entravées par les descentes de police.
- Des discussions avec L'École de Formation des Professions Judiciaires (EFPJ), afin d'y organiser des formations de droits humains des PC. Plan vise à inclure cette thématique dans leur curriculum de formation. (Deux ateliers ont eu lieu sur cette thématique à ce stade).
- Une assistance juridique dans la PEC pour faciliter la réception de plaintes à travers la collaboration avec un cabinet d'avocats. Bien qu'il y ait une vingtaine de cas qui ont été devant la justice, les cas de PUD sont très limités, les PUD étant réticentes à voir l'assistant juriste selon Plan.
- Des formations basées sur l'approche LILO (Look in look out) dans le but de modifier la perception négative des populations clés (PC) et ciblant des leaders religieux, des

juristes ou encore des membres de la force policière.

- Des cadres de concertation (rencontres périodiques) avec des partenaires comme le CILAS, Plan, MdM, BORNES, le CEPIAC, et Social Watch.

• **Décentralisation/mise à échelle du TSO**

Dans le cadre de l'expansion du programme de TSO au Bénin, des discussions sont déjà en cours avec certains préfets pour explorer une mise à échelle progressive dans 2 ou 3 départements, parmi les 12 que compte le pays. Bien que la cartographie et l'extension du programme à d'autres départements soient essentielles, il est important de clarifier la portée de la décentralisation envisagée au sein du département de Cotonou. Un modèle de programme disponible mais possédant une accessibilité limitée pourrait ne pas servir de référence optimale pour sa réplique ailleurs. Ainsi, il est fondamental d'aborder ces questionnements pour éviter toute approche de tokénisme avant de nouvelles étapes d'extension.

Le financement du GC7 du Fonds Mondial soulignant la nécessité pour les structures étatiques de subvenir aux ressources humaines doit être intégré dans les plans. L'Etat pourrait examiner la possibilité de soutenir ces efforts si les performances du CEPIAC s'avèrent convaincantes, conformément à ce que Plan a exprimé. À noter que le CEPIAC dispose d'une clinique mobile, un atout potentiel non discuté lors de notre dernière rencontre, mais qui pourrait jouer un rôle clé dans l'amélioration de l'accessibilité aux services. Tirer parti de cette ressource mobile permettrait de maximiser les capacités existantes en organisant une distribution élargie et flexible, en collaboration étroite avec les pairs, au plus près des communautés concernées.

L'École de Formation des Professions Judiciaires (EFPJ) est un établissement public à caractère social et scientifique placé sous la tutelle du ministère de la Justice et de la Législation. Elle résulte de la volonté du Gouvernement de garantir une formation professionnalisante. Elle prend donc en charge la formation du personnel judiciaire de l'École Nationale d'Administration et de la Magistrature (ENAM). Source EFPJ¹⁰⁴

3.6.5. Les partenaires de la chaîne judiciaire

Bien que l'ONUSIDA soit un partenaire multilatéral, la discussion avec sa représentante a principalement porté sur les réformes légales. La Conseillère en appui communautaire nous a accueilli au siège de l'ONUSIDA. Le but de cette rencontre était de comprendre le processus le plus approprié dans le contexte béninois pour des réformes légales. Elle a expliqué que des réformes légales peuvent se faire par une proposition de loi via un Parlementaire qui la porte à l'Assemblée Nationale ou par un projet de loi via le Gouvernement.

Basé sur l'expérience en cours de l'ONUSIDA en lien avec la (future) nouvelle loi sur le VIH au Bénin, le processus s'est finalement fait via un Projet de loi, selon les étapes suivantes : (A noter que ce processus est toujours en cours) :

1. Création d'un comité technique inclusif de révision de la loi (qui pourrait être piloté par le CILAS ou le ministère de la justice) ;
2. Organisation d'ateliers dans le cadre du suivi de ce comité technique, avec l'appui d'un consultant. Cet atelier devrait inclure des conseillers techniques juridiques (CNLS-TP, CILAS, etc.) ;
3. Elaboration de moutures de textes de loi, avec l'appui d'un consultant (idéalement un.e juriste du Bénin, ou un tandem de consultants national et international), qui seront communiqués au cabinet via le ministre concerné. Tout nouveau projet de loi doit être accompagné de ses textes d'application. (Dans le cadre de la loi VIH, le PNUD a appuyé un consultant qui a élaboré des notes explicatives) ;
4. En parallèle, le Ministre concerné devra convoquer un conseil interministériel pour faire une communication au sujet de cette proposition de loi et leur en présenter les détails. (Le Conseil se réunit toutes les semaines avant le Conseil des Ministres). Le Ministre fait une communication au sujet de cette proposition aussi en conseil des Ministres devant le Président de la République. La conseillère a aussi expliqué que si le processus se fait par une proposition de loi, elle doit être portée par un Parlementaire au Président de l'Assemblée nationale via un Conseiller Technique Juridique de l'Assemblée. Avoir des alliés Parlementaires peut influencer et accélérer ce processus. En attendant, des briefings peuvent être organisés en parallèle (Cependant, le risque est que, selon le calendrier, si le processus dure trop longtemps au niveau de l'Assemblée nationale, il faudra organiser

ces briefings à nouveau). Dans le cadre de la loi sur le VIH, des briefings ciblant les commissions parlementaires avaient été organisés par le PSLS. A noter que si un briefing des 109 Parlementaires est organisé, cela augmente les chances de réussite. (Cela peut être organisé par un consultant ou une autre entité).

L'ONUSIDA, peut apporter son soutien ponctuellement pour l'organisation d'ateliers de haut niveau nécessaires à ce processus, ou des interventions stratégiques envers les structures étatiques. Elle peut aussi faire partie du comité de sélection des consultants qui seront nécessaires tout au long du processus, ou faire partie de toute forme de comité de réflexion travaillant sur cette question. L'ONUSIDA peut aussi financer de manière ponctuelle des interventions pilotes pouvant être mises à échelle.

Le Secrétaire Général Adjoint du Ministère de la Justice (SGAM) et l'Assistant du Secrétaire Général du Ministère de la Justice (SGM) ont aussi été rencontrés. Le SGAM abonde dans le même sens. Il a cependant précisé qu'une réforme (ou une nouvelle loi) proposée via une proposition de loi, bien que plus rapide, peut cependant ne pas être promulguée même si elle est votée. De plus, dans le cas d'une proposition de loi, dès que les propositions de textes législatifs sont déposées à l'Assemblée Nationale, le Bureau de l'Assemblée nationale s'assure de la recevabilité financière du texte. La proposition ne doit pas avoir pour conséquence une diminution des ressources publiques ou la création d'une nouvelle charge publique sans compensation, en vertu de l'article 107 de la Constitution¹⁰⁵, à moins qu'elles « ne soient accompagnées d'une proposition d'augmentation de recettes ou d'économies équivalentes ». Cette contrainte peut donc limiter fortement leur portée.

Ainsi, si le processus se fait via une proposition de loi par un Parlementaire, il faudrait qu'au préalable, une étude soit faite sur les économies que ces réformes légales pourraient générer sur le système législatif et carcéral et sur la santé publique. A titre indicatif, le SGAM a mentionné le cout approximatif à l'Etat de 9 millions de FCFA par détenu par an sans compter la prise en charge médicale.

La sélection du processus législatif approprié est également conditionnée par l'identification de l'acteur (député ou Gouvernement) le plus à même d'assurer le portage politique de la réforme

3.6.6. OCAL

(Il est à noter que l'entretien avec OCAL a eu lieu en ligne alors que la consultante se trouvait au Togo dans le cadre de cette évaluation. Le représentant d'OCAL se trouvait lui cependant au Bénin, et le contenu de cet entretien concernait aussi bien le Togo que le Bénin. Ainsi, cette partie est une reproduction/adaptation de l'entretien inclus dans le chapitre Togo de ce même document).

L'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (OCAL) est une organisation sous-régionale inter-gouvernementale. Elle a été créée en 2002 sous l'initiative de 5 Chefs d'Etats (Côte-d'Ivoire, Ghana, Togo, Bénin et Nigéria). L'OCAL apporte en complément aux réponses nationales, une réponse transfrontalière à la vulnérabilité au VIH des populations mobiles, y compris la riposte contre les épidémies. Les volets mise en oeuvre sont, entre autres la prévention communautaire du VIH/Sida, la prise en charge des personnes usagères de drogues par le TSO, la prise en charge psychologique et juridique des populations clés, et le plaidoyer pour la suppression des obstacles à l'accès aux services. L'OCAL a d'ailleurs joué un rôle important pour le lancement du programme

3.6.7 Les partenaires de la société civile

Une rencontre a été organisée auprès des acteurs de la société civile qui sont en lien avec BORNES. Ainsi, cette rencontre a vu la participation de divers partenaires, notamment :

- ROEF-Benin (Réseau des Organisations pour l'Epanouissement des Femmes au Bénin) qui milite pour les droits et les devoirs des PS.
- BESYP (Réseau Bénin Synergie Plus), réseau national des associations de personnes LGBTIQ, est aussi le point focal de la Plateforme Afrique de l'Ouest (PFAO).
- REBAP+ est le Réseau Béninois des Associations de Personnes vivant avec le VIH et travaille sur le plaidoyer, le renforcement de capacités, et la protection des droits des PVVIH.
- RSB (Réseau Sida Bénin) qui est un réseau des populations clés, a pour vision la protection des droits humains et la lutte contre les IST/VIH/Sida.

Il y avait également 2 acteurs de terrain de BORNES qui ont participé à la discussion.

Un des buts de cette rencontre était de mieux comprendre l'écosystème des associations gravitant autour de BORNES et qui constitueront

de TSO au Togo, notamment à travers le financement du document cadre sur la réduction des risques, élément essentiel pour le lancement du programme de TSO.

Selon le chargé de programme à l'OCAL, à la question de la réforme des lois en matière de drogues, cette organisation peut apporter un soutien au niveau du plaidoyer. Ils ont en effet organisé dans le passé des comités multidisciplinaires au niveau des 5 pays avec les forces de l'ordre, la justice, le ministère de l'Intérieur, etc.

A la question du processus en vue d'une réforme juridique, il faudrait selon lui convaincre un certain nombre de décideurs, et avoir un expert juridique pour travailler sur une ébauche de loi, idéalement un.e consultant.e national.

Concernant les alternatives à l'incarcération, ils sont ouverts au débat, et devraient plutôt être des alliés sur cette question et le plaidoyer connexe via des plateformes multidisciplinaires. Selon lui, l'ONUDC pourrait aussi être un partenaire stratégique pour des ateliers reliés à la réduction des barrières d'accès aux services de PEC.

le comité consultatif sur le plaidoyer drogues, et de mieux cerner leur point de vue autour de la politique des drogues de manière générale. Bien que certains participants n'étaient pas familiers à la thématique, d'autres avaient des opinions plus tranchées. Cependant, tous les participants s'accordaient à dire que la place de la personne usagère de drogue n'était pas en prison. Les points suivants ont aussi été mentionnés :

- La nécessité de la PEC de l'usager et l'accompagnement psychologique plutôt que la prison
- Certains ont aussi soutenu le concept des seuils indicatifs (développé plus bas) qui leur a été présenté. Ils pensent ainsi que les personnes ayant des petites quantités (inférieures aux seuils quantitatifs) ou ayant un usage non problématique devraient plutôt bénéficier d'amendes (au lieu de la prison), voire d'aucune peine.
- La nécessité de la présomption d'innocence, car lors des rafles des forces de l'ordre, ces derniers pensent que tout le monde est coupable de délits.

- Le manque de clarté de la loi sur l'injonction thérapeutique, et l' « après délit », notamment la clémence des peines.
- La nécessité d'une collaboration entre BORNES et ces associations partenaires afin que les cibles des associations travaillant avec des PC (PS, HSH) et qui seraient aussi des PUD puissent bénéficier des services de RdR. Certains membres des PC peuvent avoir tendance à rester entre eux.elles. Ainsi, les PA de BORNES ne peuvent pas les atteindre car ces

personnes ne sont pas dans les lieux habituels de consommation comme les fumeurs. Ainsi, le recrutement des PA de la communauté LGBT ou PS pourraient être envisagé qui cibleraient ces communautés transversales spécifiques . Aussi, des discussions entre ces ONG et au besoin avec le PR devraient être enclenchées afin que les outils et les besoins administratifs ne soient pas un frein dans la collaboration et l'offre de services à ces cibles spécifiques.



4. Les meilleures pratiques en matière de politiques relatives aux drogues

Contrairement aux idées reçues, la plupart des PUD n'ont pas de problèmes liés à leur usage. Les politiques répressives, qui ciblent surtout les consommateurs, éloignent les personnes vulnérables des services nécessaires, causant des dommages sanitaires et sociaux documentés. 106. Les agences de l'ONU recommandent plutôt de décriminaliser l'usage de drogues et de privilégier la réduction des risques. Il est essentiel de se concentrer sur les soins sanitaires et sociaux pour les usages problématiques, et d'éviter d'incarcérer les autres, qui ne menacent pas la sécurité publique.

Ainsi, ce chapitre sert à expliquer le rationnel des différentes propositions qui seront faites plus loin dans ce document. Il s'agit d'explications techniques, basées principalement sur des recommandations des Nations Unies (OMS/ ONUDC entre autres) et sur certaines meilleures pratiques afin que ces points puissent être défendus en connaissance de cause. Les recommandations de ce chapitre (encadrées en jaune) ne sont pas spécifiques au contexte Togolais ou Béninois, mais sont des recommandations générales qui peuvent être pertinentes. Certaines références sont faites dans cette partie sur les contextes togolais et béninois, avec des codes couleurs pour le Togo et le Bénin afin de faciliter la lecture.

L'objectif ultime des conventions internationales sur les drogues est le « Bien être de l'humanité »¹⁰⁷, et non l'éradication de l'usage. Au fil des années, certains pays ont évolué dans leur approche, reconnaissant les limites de la répression envers les PUD.

4.1. Comment différencier l'usager du trafiquant ?

Au Togo, comme au Bénin, les lois sur les stupéfiants ne définissent pas clairement ce qu'est un usager par opposition à un trafiquant en cas de possession de drogues, et cela peut laisser la place à de mauvaises interprétations, et même des abus. Au Togo comme au Bénin, il y a des peines différenciées en fonction de la possession de « faibles quantités ». Le Nouveau Code Pénal de 2015 (NCP) du Togo prévoit des peines pouvant aller de 10-20 ans ou 20-30 ans plus amendes de 25M à 100M de FCFA, en fonction de la catégorie de la substance et du

Il est primordial de mentionner ici que les pays hésitent souvent à modifier leurs textes législatifs et réglementaires sur les drogues de peur de ne pas être en phase avec les 3 conventions internationales sur le contrôle des drogues. Les recommandations ci-dessous sont en phase avec ces conventions, et la publication de « La loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'Ouest: Un outil pour les décideurs politiques »¹⁰⁹ explique cela plus en détails dans des encadrés « Instruments juridiques internationaux ».

L'approche répressive étant coûteuse et contre-productive, l'incarcération est de plus en plus remise en question. Cependant, des défis pratiques et éthiques persistent quant à la mise en oeuvre de solutions alternatives. Ces questions, bien que parfois délicates, doivent être abordées de manière constructive dans le cadre des discussions sur la réforme des politiques en matière de drogues :

1. Comment différencier l'usager du trafiquant dans un cas de possession de drogues ?
2. Comment différencier la personne ayant un usage problématique par rapport à celle ayant un usage non-problématique (occasionnel ou expérimental par exemple) ?
3. Quelles propositions pour la personne ayant un usage non problématique ?
4. Quelles propositions pour la personne ayant un usage problématique ? Quelles options en cas « d'échec » du traitement ?
5. Qui assure l'aspect financier de la PEC quand l'injonction thérapeutique est ordonnée par une cour de justice ou un panel qui en a le mandat ?

délict- la possession, l'achat et l'usage inclus). Quant au Bénin, la loi prévoit des peines variant (en fonction de la catégorie de drogues et du délict- la possession, l'offre et l'usage inclus) d'après le NCP du Bénin, de 5 à 15 ans et d'une amende de 5M à 10M de FCFA. Certes, le NCP Togolais mentionne (entre autres) la possession, l'achat et l'usage « dont la faible quantité permet de considérer qu'elles étaient destinées à leur consommation personnelle », et prévoit une peine d'1 à 3 ans et d'une amende de 500.000 à 3M de FCFA ou l'une de ces deux peines. » De

plus ce même article stipule que « L'intéressé peut être dispensé de la peine ou de l'exécution de celle-ci s'il n'a pas atteint l'âge de la majorité pénale, s'il n'est pas en état de récidive et si par déclaration solennelle faite à l'audience, il s'engage à ne pas recommencer. » Il y a une provision similaire au Bénin qui fait provision de peines différenciées pour la détention, l'achat ou la culture de substances « dont la faible quantité permet de considérer qu'elles étaient destinées à leur consommation personnelle ». Les peines varient ainsi de 1-3 mois ou 2-6 mois et /ou de 25,000 à 100,000 FCFA. Similairement, cet article propose une dispense ou exécution de la peine : 1. s'il n'a pas atteint l'âge de la majorité pénale 2. s'il n'est pas en état de récidive ;

Cependant, à la fois au Togo et au Bénin, la faible quantité n'est définie nulle part. Certes, le montant de certaines saisies ne laisse parfois pas de place au doute, mais parfois la ligne est plus fine. Au Togo, selon les partenaires de la chaîne judiciaire, il semblerait que les 3 conditions (âge mineur, non-récidive, engagement à ne pas recommencer) ne doivent pas nécessairement être réunies pour une dispense de peine. Cela inclurait donc déjà la possibilité de remise pour les personnes adultes (de même que mineures) en cas de « faibles quantités », et/ou en cas de première offense si les personnes interpellées s'engagent à ne pas recommencer. Au Bénin, ce n'est pas clair si les 2 conditions (âge mineur et non-récidive) doivent être réunies ou si l'une d'entre elles suffirait, bien qu'il semblerait qu'une seule suffirait. Ainsi, la possibilité de pouvoir bénéficier de dispense pour possession de « faibles quantités » en tant que personne majeure (de même que mineure) pourrait être déjà de mise si la personne n'est pas en situation de récidive, et cela serait déjà un point à mettre en avant par rapport aux alternatives à l'incarcération.

L'établissement de seuils pourrait ainsi être une réponse appropriée à cette situation, à la fois au Togo et au Bénin.

Selon les documents relatifs aux conventions internationales des Nations Unies sur les drogues¹¹⁰, la définition de seuils indicatifs pourrait contribuer à clarifier la distinction entre la possession à des fins personnelles et le trafic, en plus d'autres critères objectifs.

A noter que « les quantités définies dans la loi ou les directives de la poursuite doivent être significatives - c'est à-dire adaptées aux habitudes de consommation, à la quantité de drogue qu'une personne est susceptible d'utiliser en une journée, aux habitudes d'achat et aux réalités du marché. Elles doivent aussi garantir que les personnes ne seront pas détenues, criminalisées ou autrement stigmatisées pour la consommation de drogue et que les infractions de trafic de drogue seront efficacement appliquées. La définition de quantités spécifiques contribuera à la cohérence et à la transparence et entravera la corruption et les arrestations et poursuites injustifiées des personnes qui consomment des drogues. »¹¹¹

Conformément aux meilleures pratiques, notamment celles observées au Portugal, il est recommandé d'établir des seuils de possession équivalents à 10 jours de consommation.

Cette approche, préconisée dans la Loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'Ouest¹¹², s'inspire également des quantités définies par le système juridique espagnol.¹¹³

Afin de tenir compte des situations où une personne pourrait détenir des quantités supérieures à sa consommation personnelle sans intention de trafic, il est crucial que ces seuils soient flexibles. L'objectif principal est de minimiser les risques d'incarcération pour les personnes vulnérables.

Pour distinguer un usager d'un trafiquant, en plus de la quantité des 10 jours de consommation, il faudrait une approche clinique. Il est à noter que les partenaires Togolais ont ainsi recommandé dans le cadre d'une réforme des textes de loi, de tenir compte de l'association de la quantité de 10 jours, la quantité journalière de consommation et l'approche clinique (dépistage) de la personne interpellée. Cela est aussi valide pour le Bénin. Les expertises des deux pays pourraient aussi

« Pour déterminer la stratégie à suivre pour appliquer les dispositions de la Convention aux différentes infractions liées à une consommation personnelle (...), il conviendra sans doute d'analyser la pratique suivie par les États, et ils sont nombreux, qui établissent une distinction entre ces infractions et celles de caractère plus grave en fixant des seuils prédéterminés, exprimés, par exemple, en termes de poids. Une telle démarche pourra être particulièrement utile dans le contexte de la détention à des fins de consommation personnelle. »

Commentaire de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (E/CN.7/590), 1988

être combinées afin de proposer des solutions adaptées en y incluant le personnel médical.

car cela varie en fonction des contextes. Il est primordial aussi que ce panel puisse se réunir annuellement (ou à une fréquence établie par les partenaires pays) afin de revoir les quantités seuils pour les nouvelles drogues qui apparaissent continuellement sur le marché. A titre d'information, selon le dernier rapport mondial sur les drogues de l'ONUDC, il y avait plus de 500 nouvelles substances psychoactives (NSP) sur le marché en 2023, dont 56 nouvellement identifiées¹¹⁴.



Il serait cependant important qu'un panel puisse définir ce que constitue une quantité de 10 jours,

et impactées par des nouvelles drogues sur le marché.

Recommandations liées à l'établissement de seuils indicatifs:

- Afin de différencier l'usager du trafiquant dans un cas de possession de drogues, des seuils indicatifs pourraient être établis, en lien avec les Conventions internationales sur les drogues, en parallèle avec d'autres critères objectifs. Ces seuils peuvent représenter 10 jours de consommation journalière pour chaque drogue ;
- Il serait souhaitable que la contribution des réseaux de personnes usagères soit prise en compte afin que cette liste soit revue de manière régulière, de manière à y inclure les nouvelles drogues qui apparaissent sur le marché au fil du temps.

4.2. Comment différencier l'usage problématique de l'usage non-problématique ?

(Occasionnel, expérimental ou non dépendant par exemple)

Au Togo et au Bénin, une PUD pourrait être envoyée dans un centre de traitement, car les 2 textes législatifs stipulent que la personne « toxicomane », peut être soumise, en remplacement de la peine, ou en complément de la peine à une mesure de soins (« Soins ou traitements » au Bénin, et « traitements » au Togo) « approprié à son état ». Le contexte légal des 2 pays définissent le toxicomane comme « la personne dans un état de dépendance physique et/ou psychique » au regard d'une substance soumise à réglementation sur le territoire national.

Il faudrait d'abord qu'il y ait un décret d'application pour faciliter la mise en pratique de cette mesure d'injonction thérapeutique. De plus, il faudrait qu'il y ait un réel besoin médical établi. Ainsi « il est

important de ne pas confondre la consommation de drogues et la dépendance aux drogues : la dépendance aux drogues est considérée comme un trouble chronique et récurrent pouvant nécessiter un traitement médical. En revanche, la consommation de drogues n'est pas une condition médicale et n'implique pas nécessairement une dépendance. En effet, la majorité des personnes qui consomment des drogues ne deviennent pas dépendantes et ne nécessitent aucun traitement. »¹¹⁵

Face à des ressources restreintes, il est impératif de concentrer les efforts sur les personnes ayant un usage problématique et nécessitant un suivi médico-social.¹¹⁶ Un panel d'experts devrait assurer cette sélection, tandis que la société civile pourrait jouer un rôle crucial dans le suivi

des injonctions thérapeutiques.

Il est à noter que des outils ont été développés en ce sens, et sont utilisés, dans plusieurs pays par le personnel médical. « Les instruments d'évaluation reposant sur le modèle risque-besoins-réceptivité (RBR) peuvent être utilisés à côté des outils de dépistage et d'évaluation cliniques des troubles liés à l'usage de drogues à presque tous les stades du processus de justice pénale afin de produire des informations sur les mesures alternatives possibles. Ce modèle d'évaluation a été élaboré pour encadrer efficacement le traitement sous surveillance judiciaire et permettre la prise de décisions éclairées sur la gestion des délinquants et leur traitement ; il établit un lien entre les niveaux de risque et de besoin que présentent les

délinquants et l'intensité de la surveillance dont ils font l'objet de la part de la justice pénale. Il peut aider les prestataires de services à réaliser une évaluation globale des risques, des besoins et des styles d'apprentissage des délinquants, y compris de ceux qui souffrent de troubles liés à l'usage de drogues, et il peut être utilisé à presque tous les stades du processus de justice pénale. »¹¹⁷

Ainsi, le « toxicomane », aussi bien que la personne non-dépendante, devrait pouvoir bénéficier de moyens d'éviter l'incarcération. Cela peut se faire par injonction thérapeutique, à condition que les décrets d'application de l'injonction thérapeutique proposent des solutions différenciées pour différents types d'usage. Cela est développé plus bas.

Recommandation :

Le traitement médical n'est pas nécessaire ou requis pour la majorité des usagers, mais pour les personnes « toxicomanes ». Ce diagnostic revient au personnel médical, afin que ce soient uniquement les personnes ayant un usage problématique qui soient référées vers un traitement adapté.

4.3. Quel traitement pour l'usage non-problématique ?

Bien que les textes législatifs togolais et béninois mentionnent la possibilité d'un traitement approprié pour les personnes « toxicomanes », il n'y a pas de décret stipulant qui décide ce qu'est un traitement approprié et comment. Ainsi, le traitement devrait être adapté à l'usager, afin qu'il soit « approprié à son état » selon les termes des textes de lois des 2 pays.

Si l'état de la personne ne nécessite aucun traitement médical, comment peut être interprété le traitement approprié, ou le concept de l'injonction thérapeutique ? Selon les recommandations de l'ONUDDC, « dans le cas des usagers de drogues non dépendants, cette approche peut consister en une action pédagogique, en la fourniture d'informations fiables et en une assistance de courte durée

destinée à motiver et à favoriser un changement de comportement »¹¹⁸

Le Portugal, pionnier en la matière, a réformé ses textes législatifs et réglementaires en 2001, établissant un modèle de référence. Désormais, les personnes usagères de drogues interpellées sont orientées vers des « commissions de dissuasion », qui ont remplacé les tribunaux pénaux. Ces commissions privilégient l'information et la dissuasion, tout en ayant le pouvoir d'imposer des sanctions civiles et d'orienter vers des traitements. Conscientes des effets néfastes de l'incarcération, elles privilégient le counseling. En cas de non-comparution, des sanctions administratives sont appliquées, comme une amende, ou un travail d'intérêt général.¹¹⁹

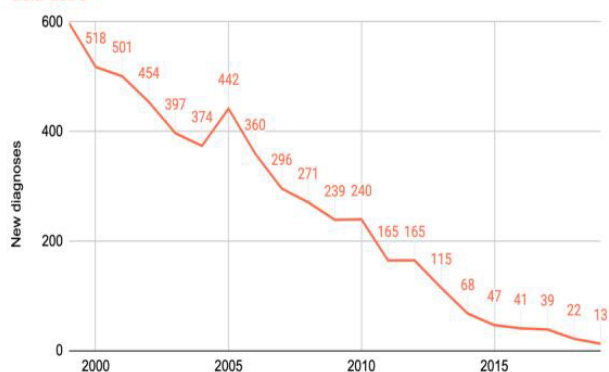


Le cas du Portugal : La décriminalisation et ses retombés

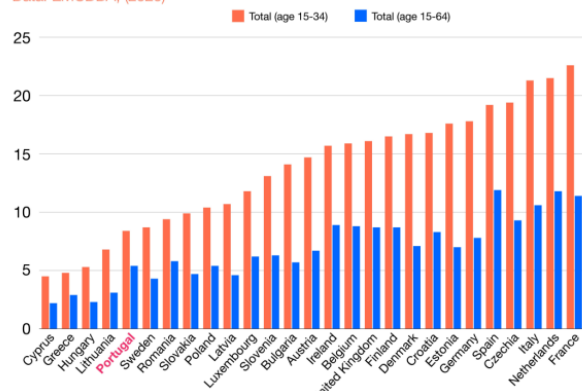
En 2001, le Portugal a décriminalisé la possession personnelle de toutes les drogues dans le cadre d'une réorientation plus large de sa politique vers une approche axée sur la santé, par le biais de la Loi 30/2000. La possession de drogues pour usage personnel est plutôt traitée comme une infraction administrative (d'après les articles 4 et 36 de la Convention Unique sur les stupéfiants (1961) des Nations Unies). Ainsi, au Portugal, elle n'est plus passible d'une peine d'emprisonnement et n'entraîne pas de casier judiciaire ni de stigmatisation associée, pour autant que la quantité détenue ne représente pas plus de 10 jours de consommation personnelle. Le trafic de drogues et la détention de substances placées sous contrôle dans des quantités plus importantes que celles prévues par la loi relèvent toujours du système de justice pénale.

Lorsqu'un usager est interpellé, la drogue en sa possession est toujours confisquée et être en possession de drogues, même pour une quantité équivalant à moins de 10 jours de consommation peut entraîner

NEW HIV DIAGNOSES ATTRIBUTED TO INJECTING DRUG USE
Data: ECDC*



PERCENTAGE OF PEOPLE USING ANY ILLEGAL DRUG LAST YEAR
Data: EMCDDA, (2020)*



des sanctions administratives telles que des amendes ou des travaux d'intérêt général, mais la personne ne sera détenue à aucun moment. L'application d'une telle sanction est décidée par des commissions au niveau du district composées de professionnels du droit, de la santé et du travail social, connues sous le nom de « Commissions de dissuasion de la toxicodépendance ». Lorsqu'une personne est déférée à une commission, sa consommation de drogue est évaluée. Si la consommation comporte un faible risque ou un risque modéré, elle peut recevoir une amende, ou de brèves interventions sont proposées – notamment des conseils et une éducation sur les risques liés à la drogue. Dans les cas « à haut risque », où des comportements problématiques et une dépendance plus grave sont identifiés, les individus peuvent être orientés de manière non obligatoire vers des services de traitement spécialisés. Ces commissions ne portent pas de jugement sur la nature de la consommation, leur objectif principal étant de protéger le droit à la santé des personnes référées.

Il est important de noter que la décriminalisation de la possession personnelle n'est qu'un élément d'une réforme plus large des politiques en matière de drogues axées sur la santé et qui implique un investissement accru sur la RdR, l'offre de traitements et de soutien social. Depuis, le Portugal a un des taux de consommation de drogues, et de mortalité liée aux drogues les plus faibles d'Europe.

De même, les taux d'incidence au VIH et aux hépatites virales chez les personnes qui s'injectent des drogues a chuté considérablement depuis la mise en place de ces nouvelles politiques.

A noter qu'en juin 2012, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) a entrepris une mission au Portugal pour examiner les résultats de l'application de la loi 30/2000. Il a reconnu que les Commissions de dissuasion de la toxicodépendance jouaient un rôle important dans la réduction de la demande. Notant que le Gouvernement s'attachait à renforcer la prévention primaire des troubles liés à l'usage de drogues, l'OICS a conclu que celui-ci adhérerait pleinement aux objectifs énoncés dans les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues puisque la loi 30/2000 n'avait pas légalisé la détention ni l'acquisition de drogues.

Il est important de noter que ces réformes légales ont eu lieu dans un contexte économique austère, et que la décriminalisation, en plus de sauver des vies et réduire les risques, a aussi permis des économies considérables liées au système judiciaire et pénitentiaire.

L'injonction thérapeutique, illustrée par le modèle portugais, s'inscrit dans une logique Administrative Panel)122 a été mis sur pied un

peu comme le modèle portugais, bien que moins flexible. L'idée est que la personne arrêtée avec une quantité limitée soit référée vers un panel ou une unité, plutôt que la prison, les modalités variant en fonction des contextes.

Cette unité devrait être mise sur pied en fonction du contexte de chaque pays, et même si les modalités diffèrent d'un contexte à un autre, l'objectif est de proposer des alternatives à la situation actuelle au Togo et au Bénin où la personne usagère de drogues est arrêtée indépendamment des circonstances. Il serait aussi important que cette unité/ ce panel/ cette commission (appellation à être définie en

fonction du contexte) puisse mettre en oeuvre le suivi de personnes usagères de drogues interpellées. Ainsi, après une période d'essai, une évaluation devrait être faite et au besoin, des alternatives aux options d'injonction thérapeutique envisagées. De plus, vu le contexte dynamique des drogues, surtout depuis l'apparition des nouvelles substances psychoactives (NSP), un comité devrait être en mesure de revoir la panoplie de services de l'injonction thérapeutique de manière régulière, idéalement une fois par an, ou à une fréquence que les acteurs impliqués jugeront adéquate.

Les alternatives à l'incarcération selon les recommandations de l'ONU (Règles de Tokyo) :

- a) Sanctions orales, comme l'admonestation, la réprimande et l'avertissement ;
- b) Maintien en liberté avant décision du tribunal ;
- c) Peines privatives de droits ;
- d) Peines économiques et pécuniaires, comme l'amende et le jour-amende ;
- e) Confiscation ou expropriation ;
- f) Restitution à la victime ou indemnisation de celle-ci ;
- g) Condamnation avec sursis ou suspension de peine ;
- h) Probation et surveillance judiciaire ;
- i) Peines de travail d'intérêt général ;
- j) Assignation dans un établissement ouvert ;
- k) Assignation à résidence ;
- l) Toute autre forme de traitement en milieu libre ;
- m) Une combinaison de ces mesures.

d'alternatives à l'incarcération, comme le préconisent les Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo)121. Elle peut inclure des sanctions orales, des amendes ou des travaux d'intérêt général, avec pour objectif d'aider les personnes usagères de drogues plutôt que de les punir. (Voir ci-contre).

Un autre exemple est la Côte d'Ivoire qui prévoit de mettre en place une unité médico-judiciaire où la PUD sera référée afin que ce comité décide du suivi le plus approprié à son état. Quant à l'île Maurice, un Panel administratif pour les

Recommandations pour l'usage non-problématique

- L'injonction thérapeutique peut consister en une panoplie de mesures, y compris le traitement médical de la dépendance, mais aussi d'autres options comme des sessions de counseling, des mesures de réduction des risques, de brèves interventions, ou des mesures d'alternatives à l'incarcération, comme stipulé dans les Règles des Nations Unies à cet effet, notamment des sanctions orales, des amendes, des peines de travail d'intérêt général entre autres.

4.4. Quel traitement pour l'usage problématique ?

(Personne ayant des troubles liés à l'usage de drogues)

Les évidences scientifiques ont montré que la dépendance aux drogues, y compris celle liée aux drogues injectables, n'est pas un échec de la volonté ou une force de caractère défaillante mais une condition médicale « chronique et récurrente »¹²³. Ainsi, l'abstinence totale immédiate est rarement réaliste. Les traitements

doivent donc être flexibles, reconnaissant que les PUD peuvent nécessiter plusieurs interventions avant d'atteindre leurs objectifs.¹²⁴ L'abstinence totale ne devrait donc pas être la seule mesure du succès thérapeutique, mais des mesures de réduction des risques devraient en faire partie.

La Réduction des Risques Une démarche axée sur la réduction des risques vise à venir en aide aux personnes qui ne sont pas prêtes à cesser de consommer de des drogues, qui ne sont pas disposées à le faire ou qui en sont incapables. Cette démarche reconnaît que certaines personnes:

- ne sont pas prêtes à modifier leur consommation de drogues ;
- ne veulent pas nécessairement s'abstenir de consommer ces substances (à ce stade) ;
- peuvent être disposées à cesser de consommer une substance mais pas une autre ;
- sont prêtes à apprendre comment réduire les risques associés à leur consommation de drogues ;
- sont plus susceptibles de suivre un traitement si elles ne sont pas obligées de cesser de consommer des drogues. Pour un grand nombre de personnes ayant des problèmes d'abus de drogues, l'abstinence peut être l'objectif le plus attrayant, surtout aux yeux de leur famille et de certains fournisseurs de traitements. La démarche axée sur la réduction des risques, quant à elle, fournit d'autres moyens de réduire les risques associés à la consommation de drogues que subissent la personne qui consomme ces substances et la collectivité dans son ensemble. Voici des exemples de stratégies de réduction des risques :
- enseigner aux usagers des moyens moins dangereux de consommer des drogues (par exemple ne pas partager les seringues) ;
- enseigner aux usagers comment reconnaître et gérer les signes d'une overdose
- fournir des seringues stériles et d'autre matériel permettant d'injecter de la drogue afin de réduire la transmission d'infections comme le VIH et l'hépatite C lors du partage des seringues ;
- s'assurer qu'on subvient aux besoins fondamentaux des gens comme l'alimentation, le logement et les soins médicaux ;
- remplacer une drogue par un traitement médicamenteux (p. ex. remplacer l'héroïne par la méthadone). CAMH (2010)¹²⁵

• Comment augmenter les chances de « réussite » pour la personne ?

Il est important de garder en ligne de mire que le contrat thérapeutique devrait être perçu comme une main tendue, ou l'opportunité de relier les personnes vulnérables vers les centres de soins, plutôt qu'une punition ou une obligation vers une seule option thérapeutique. Ainsi, les indicateurs de réussite devraient en tenir compte.

• Comment traiter le cas d'une personne qui est référée vers un traitement de sevrage et qui fait une rechute ?

Condamner une personne à l'incarcération si elle rechute durant ou après un traitement de

la dépendance aux drogues demeure un point de vigilance. Une rechute peut survenir à tout moment et fait souvent partie du processus de rétablissement.¹²⁶ Plusieurs recommandations des instances régionales ou Onusiennes ont clairement défini le principe selon lequel « le fait de ne pas parvenir à l'abstinence n'équivaut pas à la non-observance du contrat thérapeutique »¹²⁷

Ainsi, « échouer » dans un traitement ordonné par les tribunaux ne devrait pas être passible de poursuites pénales. La rechute est une étape normale du traitement de la dépendance aux drogues et ne devrait pas constituer une infraction pénale.»¹²⁸

Les recommandations pour différentes options possibles pour l'usage problématique :

- Le traitement agoniste aux opioïdes (TAO), type méthadone ou buprénorphine pour les personnes dépendantes aux opiacés (type héroïne, tramadol, etc) ;
- Le traitement médicamenteux utilisant d'autres types de calmants pour aider au sevrage pour les drogues autres que les opiacés ;
- Un suivi psychologique et/ou social ;
- Un renvoi devant le panel qui discuterait d'autres types de suivi ou mesures de réduction des risques (voir encadré ci-dessus).

Quelle suite donner à cette situation ?

Selon l'OMS et l'ONU DC, en parlant de l'usager de drogues, « S'il ne parvient pas à l'abstinence complète pendant la durée du programme, il peut être contraint de l'abandonner et être renvoyé devant le tribunal, qui lui imposera une peine. Toute peine qui ne tiendrait pas compte des efforts faits pour observer le traitement pourrait être considérée comme étant plus lourde pour le délinquant que ne l'était la sanction pénale initiale. (...) Du point de vue de la justice pénale, il peut être nécessaire d'appliquer des sanctions punitives lorsqu'une personne ne se conforme pas à la décision d'un tribunal ou à d'autres instructions. D'un point de vue médical, toutefois, chez des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues et de troubles mentaux et autres qui en découlent, la non-observance et la rechute sont généralement considérées comme des manifestations des troubles et appellent donc une réponse thérapeutique (comme une augmentation du traitement, une

modification du protocole de traitement, etc.) plutôt que punitive. (...) Bien souvent, un certain pouvoir discrétionnaire peut être exercé à divers stades du processus, comme lors des décisions d'arrêter, de poursuivre ou de condamner une personne ou de suspendre une peine. »¹²⁹

Il est essentiel de proposer une gamme variée de traitements, adaptés aux besoins individuels, tels que le sevrage, les traitements de substitution, le soutien psychosocial, le counseling et la réhabilitation. Cependant, l'approche centrée sur l'abstinence, sans intégrer la réduction des risques, reste prédominante chez de nombreux professionnels, comme c'est le cas au Togo et au Bénin.

Ainsi, selon les recommandations internationales, il est clairement stipulé que la personne ne devrait pas être jugée sans tenir compte de l'effort fourni lors de l'injonction thérapeutique. Diverses options qui devraient être prises en compte si la personne ne respecte pas totalement son « contrat thérapeutique » :

Recommandations en cas de non-observance du « contrat thérapeutique »

- une peine plus légère que la sanction pénale initiale ;
- une modification du protocole de traitement ;
- d'autres mesures d'alternatives à l'incarcération (selon les Conventions de l'ONU -Règles de Tokyo) ;
- une suspension de peine accompagnée d'un suivi.

• Comment traiter le cas d'une personne qui n'est pas prête à l'abstinence ?

Les professionnels de la dépendance aux drogues s'accordent à dire que pour la réussite d'un traitement de sevrage et de réhabilitation, l'individu concerné doit être prêt à franchir ce pas, « avoir confiance en ses capacités, être prêt à déployer des efforts considérables et être déterminé à atteindre ses objectifs (...) et pour nombre de personnes, le plus difficile pour se rétablir est de décider d'apporter des changements »¹³⁰, ce qui n'est pas le cas de toute personne dépendante aux drogues, car «

le rétablissement à la suite d'un problème d'abus d'alcool et de drogues n'est pas perçu de la même façon par tout le monde. »¹³¹

Il est utile de préciser ici que, selon l'OMS, « un rétablissement durable est toutefois possible et environ 50 % des patients souffrant de troubles liés à la consommation de drogues y parviennent. »¹³² (...) Des études longitudinales ont démontré à plusieurs reprises que le traitement des troubles liés à la consommation de drogues joue un rôle dans la réduction marquée de la consommation de drogues, des problèmes liés à la drogue et des coûts pour la société. Cependant, les

rechutes après la sortie et les réadmissions éventuelles sont très fréquentes. En effet, la plupart des patients admis en traitement en ont déjà reçu auparavant. Le risque de rechute semble diminuer, mais pas avant quatre à cinq ans d'abstinence réussie (Dennis, Foss et Scott, 2007). » Ainsi, les cadres légaux doivent aussi tenir compte de la moitié qui n'y parviendra pas forcément, et de celles et ceux qui vont sans doute rechuter durant les quatre à cinq premières années d'abstinence.

L'injonction thérapeutique, bien qu'offrant une opportunité de sevrage, n'est pas une solution

universelle. Beaucoup d'usagers, contraints par la loi, y participent sans réelle motivation. De plus, si elle se limite à un traitement axé sur l'abstinence immédiate, elle peut être très contraignante et il est légitime de se demander dans quelle mesure choisir entre la prison et l'injonction thérapeutique est vraiment un choix si l'injonction thérapeutique se limite à un traitement où l'abstinence est imposée dans un délai limité. Compte tenu du faible taux de réussite des sevrages non motivés, il est essentiel d'envisager des alternatives à l'incarcération.

Recommandations pour les personnes usagères n'étant pas prêtes à l'abstinence

Tout usager n'étant pas forcément en mesure de stopper drastiquement sa consommation, des options devraient être disponibles à travers l'injonction thérapeutique :

- D'autres alternatives de traitement ;
- Des mesures de réduction des risques, de counseling et d'accompagnement ;
- Des alternatives à l'incarcération, en lien avec les Règles de Tokyo.

4.5. La responsabilité financière de l'Etat quand une cour de justice (ou une entité mandatée) ordonne une injonction thérapeutique

Assurer une offre de services dans la pyramide sanitaire du pays afin que toute personne soit égale aux yeux de la loi indépendamment de ses moyens et de son lieu de résidence demeure un défi dans des contextes où les ressources peuvent être limitées. De plus, les récentes coupures des fonds américains de l'USAID peuvent/ont pu/pourront causer des fermetures de centres de santé existants. Cependant, il est important de considérer le fait que les alternatives à l'incarcération vont directement contribuer à une baisse du nombre de détenus et réduire la surpopulation carcérale qui serait de 180% au Togo¹³³ et entre 126 et 497% au Bénin.¹³⁴ Ainsi, la réattribution des fonds des prisons vers les centres de santé est un argument fort,

avec un message politique tout aussi fort d'un gouvernement qui se soucie du bien-être de son peuple. De plus, éloigner les personnes usagères de drogues des centres pénitentiaires et les référer vers des centres de santé est aussi un moyen de limiter la propagation de maladies comme le VIH, les hépatites virales, la tuberculose entre autres, et permettra ainsi au pays de se rapprocher encore plus de la vision de sa politique nationale, notamment de mettre fin au sida.

Il est cependant primordial que des décrets d'application ou procédures soient mises en place afin d'assurer cette prise en charge et de faciliter ce processus.

Recommandations concernant les organismes dont les services seront mis à contribution dans le cadre de l'injonction thérapeutique :

Si des centres gouvernementaux ou non gouvernementaux offrent les services de sevrage, counseling, et suivi aux personnes usagères de drogues référées par une cour de justice, les points suivants doivent être clairement établis :

- La responsabilité financière de l'Etat pour les frais associés aux traitements médicamenteux et autres frais médicaux connexes ;
- Des directives sur le financement et/ou le remboursement des services offerts par ces centres dans le cadre de l'injonction thérapeutique (s'il s'agit de centres gérés par des organismes non gouvernementaux) ;
- La procédure à suivre ;
- La sécurité et la responsabilité de l'organisme en cas de fuite de la personne référée, ou en cas de blessure ou autre dommage ;
- La possibilité pour cet organisme d'avoir recours à un avis légal au besoin

5. Les recommandations

5.1 Le Togo

5.1.1. Plaidoyer concernant les services sanitaires et sociaux

Les problèmes	Recommandations (Opportunités à explorer)
<p>Beaucoup d'abandon sur le programme de TSO à cause du manque de décentralisation et du manque de moyens de transport quotidien vers le centre de distribution du pays et les frais liés à certains bilans de santé pré-thérapeutiques.</p>	<p>-Préparer un plaidoyer en amont de la prochaine phase de négociation du Fonds mondial pour des options de décentralisation (en incluant les pairs sur place pour faciliter le processus de distribution). Idéalement les plans de mise à échelle devraient se baser sur des modèles décentralisés avant de les répliquer, à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une clinique mobile qui se rendrait dans différentes localités à des heures spécifiques afin de rapprocher la dispensation du TSO vers les quartiers où ces services sont requis. (A noter que le CEPIAK dispose déjà d'un véhicule qui pourrait être utilisé à cet effet). • Des unités de dispensations intégrées de méthadone à travers des centres de santé existants dans toutes les communes du pays où l'usage d'opiacés a été documenté afin de rapprocher les services des personnes qui en ont besoin. • Des structures du type DIC ciblant les PUD (qui doivent être aménagées), qui seraient plus rapprochées des communautés qui en ont besoin. • Une sélection au cas par cas (et une mise à échelle graduelle) des personnes inscrites au programme de TSO bénéficiant d'un encadrement familial/ social/ professionnel leur permettant de prendre des doses à emporter pour un certain nombre de jours. -Prise en charge complète et durable des frais supplémentaires liés aux bilans médicaux avant inscription au programme.
<p>La distribution du TSO est limitée au CEPIAK</p>	<p>-Préparer un plaidoyer avec les instances appropriées pour une mise à jour des procédures car le TSO étant un produit contrôlé, déplacer ce produit vers d'autres structures nécessiterait un protocole approprié car les règlements concernant le stockage et la distribution des produits contrôlés sont très strictes et complexes.</p>
<p>-Discontinuité du programme en cas d'arrestation. -Pas de disponibilité d'initiation au TSO en milieu carcéral</p>	<p>-Plaidoyer pour l'élaboration d'un protocole entre les services pénitentiaires et les centres de dispense de TSO pour initier une approche systématique et coordonnée de distribution de méthadone en cas d'arrestation ou pour les personnes déjà incarcérées qui souhaiteraient adhérer au programme de TSO.</p>
<p>Manque de certains services spécifiques au genre (les femmes UD sont 6 fois plus vulnérables que les hommes UD au Togo¹³⁵)</p>	<p>-Organiser des sessions de renforcement de capacités aux paires éducatrices et professionnelles de santé afin que les besoins spécifiques des femmes UD soient mieux compris en vue d'offrir un soutien adéquat et empathique. Ces formations sur les services PUD spécifiques au genre peuvent s'inspirer d'outils existants, disponibles en français¹³⁶ afin que ces informations soient vulgarisées aux femmes qui utilisent des drogues.</p> <p>-Faire une recherche auprès des autorités concernées en vue de savoir s'il y a des protocoles de PEC pour les femmes UD enceintes et la gestion du SAN, et au besoin faire un plaidoyer pour des protocoles appropriés sur la PEC des femmes UD (avant, pendant, après l'accouchement) basé sur les recommandations de l'OMS¹³⁷</p> <p>-Organiser des sessions de renforcement de capacité sur la gestion de la VBG spécifiquement pour les paires éducatrices et les femmes usagères de drogues.</p> <p>-Inclure dans les projets de levée de fonds des services spécifiques aux femmes (dans des cliniques mobiles si possible car il n'y a pas de centres communautaires spécifiques aux femmes PUD), comme le dépistage des cancers de sein et du col de l'utérus et la distribution de serviettes hygiéniques.</p> <p>-Encourager la collecte de données sexospécifiques pour mieux comprendre l'ampleur et la nature de l'usage de drogues parmi les femmes et ainsi concevoir des interventions plus ciblées et efficaces. -Réduction de la stigmatisation : Mettre en place des campagnes pour réduire la stigmatisation et les préjugés envers les femmes usagères de drogues, afin qu'elles puissent chercher de l'aide sans peur du jugement.</p> <p>-Impliquer les femmes usagères de drogues dans la création et l'évaluation des programmes qui leur sont destinés, afin de s'assurer que ces services répondent réellement à leurs besoins.</p>

Insuffisance de centres de santé dédiés au traitement de la dépendance aux drogues	-Faire un plaidoyer auprès des institutions pour la disponibilité de centres de PEC du traitement de la dépendance aux drogues dans la pyramide sanitaire (nécessaire avant la mise en oeuvre de l'injonction thérapeutique).
Manque de programme de parajuristes identitaires ou ciblant les PUD et d'autonomisation juridique	-Utiliser les ressources disponibles en interne au sein des associations partenaires, pour développer des programmes de formation adaptés et spécifiquement conçus pour et avec les PUD, en tenant compte de leurs besoins et contraintes spécifiques. Ces formations viseront, entre autres, le renforcement de capacités des pairs parajuristes ciblant les PUD. Les associations rencontrées au Togo ont une longue expérience dans l'appui juridique des populations clés, à travers les formations initiales et les renforcements de capacité des acteurs identitaires, de même que des programmes visant à informer les populations vulnérables de leurs droits (type Know your rights).
Faible connaissance ou demande de la PrEP par les PUD	-Organiser des campagnes d'information sur la PrEP ciblant spécifiquement les PUD, de préférence par des pairs identitaires.
Faible connaissance de la gestion des overdoses par les PUD	-Organiser des sessions de formation par les pairs, si possible avec l'appui de centres et services existants dans la sous-région, notamment le CEPIAD à Dakar ou le CASA à Abidjan.
PAS: -Discontinuité des services de PAS par moments. -Manque de services de RdR qui soient adaptés à la réalité des modes de consommation du contexte (pas de matériel distribué pour les personnes qui inhalent des drogues et qui sont plus nombreuses que les personnes qui s'injectent des drogues, et manque de compréhension et de ressources pour cette diversité de services)	-Sensibilisation et Plaidoyer: Accroître la sensibilisation auprès des décideurs et du grand public sur l'importance de la RdR et les bénéfices connexes, notamment pour la prévention du VIH et des hépatites afin de justifier l'achat de ces matériaux malgré des ressources limitées. -Collecte de Données: Renforcer la collecte de données probantes au sein des observatoires et du CLM pour démontrer l'efficacité économique de la RdR. Des données solides peuvent aider à convaincre les bailleurs de fonds et les décideurs politiques de l'importance de maintenir et de financer ces programmes. -Intégration des Services: Intégrer les services de distribution de matériels de RdR dans les programmes de santé plus larges pour maximiser l'utilisation des ressources, la continuité des services et garantir un soutien plus global aux bénéficiaires -Formation et Engagement Communautaire: Former les travailleurs de la santé et les Pairs éducateurs afin qu'ils puissent expliquer et promouvoir les avantages des services de RdR auprès des communautés et engager les communautés pour qu'elles deviennent des partenaires actives dans la mise en oeuvre des programmes en phase avec le rôle des committee advisory board.
-Manque de maîtrise en interne (EVT) sur les questions techniques relatives aux politiques des drogues. -Manque de réseautage avec les partenaires régionaux / internationaux (RdR/ politique des drogues)	-Devenir membre du WADPN138, et surtout de IDPC ¹³⁹ -Inscription aux newsletters des partenaires internationaux ¹⁴⁰ et sous-régionaux ¹⁴¹ afin d'être au courant et en réseau avec les partenaires. -Entamer une collaboration avec WADPN afin que EVT devienne le point focal national sur cette plateforme sous-régionale. -Créer des liens avec HRI, et considérer participer aux conférences internationales de HRI sur la RdR. -Utiliser la formation technique certifiante gratuite en français de l'IDPC sur la décriminalisation ¹⁴² qui explore les différents modèles de réforme des lois sur les drogues.
Manque de renforcement de capacité sur certaines pratiques en interne (EVT)	-Recruter une personne qui sera chargée de faire le suivi sur les questions de plaidoyer chez EVT. -Encourager l'utilisation de CIU lors de l'utilisation de fiches de présence comportant les noms et coordonnées des PUD. -Organiser des renforcements de capacité sur comment mieux travailler avec les PUD en interne. Certaines informations et outils ont déjà été développés à ce sujet et peuvent servir. ¹⁴³
Soutien timide des partenaires OSC sur la question de la RdR et comment celle-ci s'inscrit dans le débat de la réforme des lois, ou plus spécifiquement des alternatives à l'incarcération	-Renforcer les capacités pour vulgariser la réduction des risques, et son importance dans le débat de la réforme de la politique des drogues auprès des partenaires OSC nationaux. -Organiser des ateliers afin de proposer une vision commune aux ONG travaillant sur la thématique des drogues avant de lancer le plaidoyer auprès des autorités.

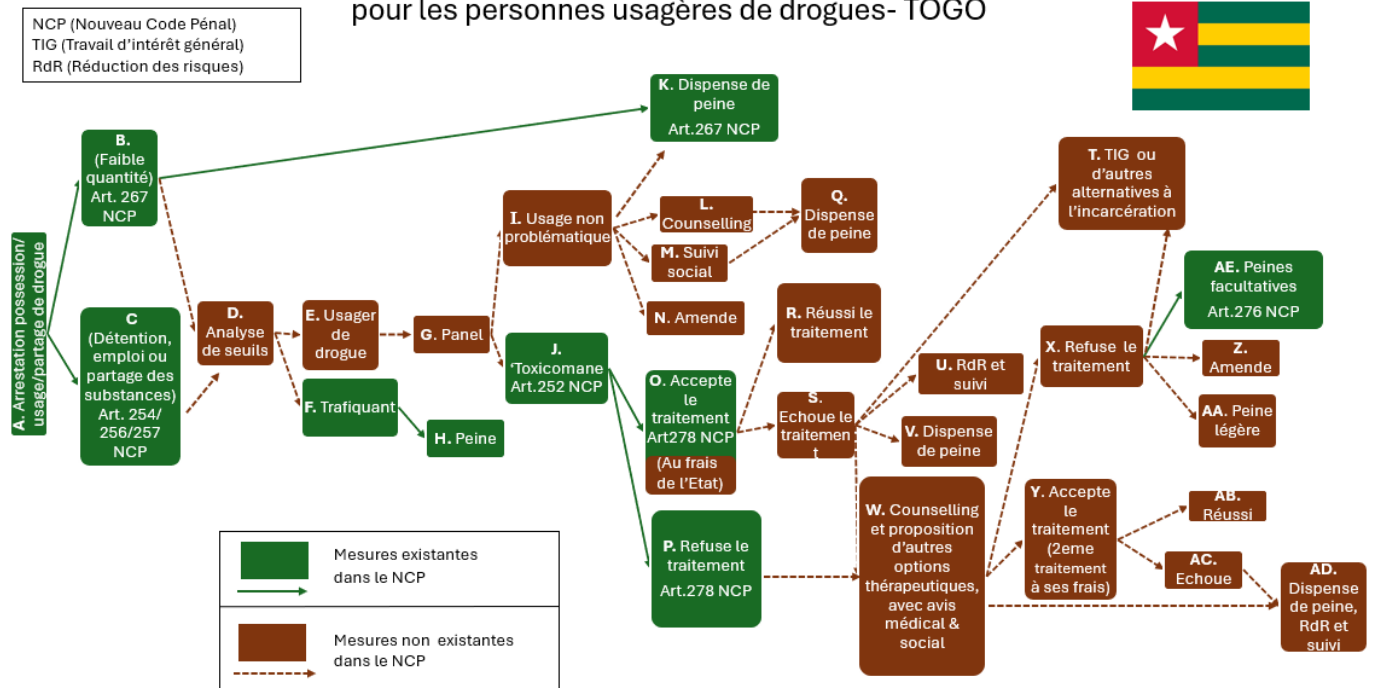


<p>-Manque d'association identitaire PUD -Manque de données DH concernant les personnes usagères de drogues</p>	<p>-Utiliser les capacités existantes au sein des partenaires OSC pour le renforcement de capacité des structures associatives. -Contacter AFRICANPUD¹⁴⁴ (African Network of People who use drugs – Réseau africain des personnes usagères de drogues) pour la création d'association UD spécifiquement. -Mettre en place une collaboration entre l'association PUD et la plateforme des OSC. Cela permettrait de garantir une remontée d'informations systématique sur les abus subis par les PUD, en renforçant leur représentation et leur voix dans le plaidoyer pour leurs droits. -Faire un plaidoyer pour ou mettre à disposition un appui technique et financier en vue d'accompagner le processus de structuration de cette association et son intégration dans le réseau des OSC existantes. -Mettre en place un plan de travail visant à assurer l'implication active des communautés locales, particulièrement les PUD dans l'élaboration et la mise en oeuvre des stratégies (stratégies nationales VIH et drogue par exemple), afin de garantir que les interventions répondent aux besoins réels des populations concernées. -Faire un plaidoyer pour l'inclusion de questions additionnelles sur la S&D vécue par les UD lors du prochain exercice de l'étude bio-comportementale.</p>
<p>Le plan stratégique est arrivé à terme et il n'y a pas de plan national actuel sur les drogues</p>	<p>-Plaidoyer pour une évaluation complète du PNIDC 2020-2024 en vue d'identifier les succès, les lacunes et les domaines nécessitant une amélioration. Les leçons tirées serviront de base pour le nouveau plan. - Impliquer les populations concernées dans ce processus.</p>
<p>Manque de recommandations dans les documents officiels sur le besoin de réforme sur la politique des drogues</p>	<p>-Inclure des PTF comme l'ONUSIDA afin de vulgariser cette question, en utilisant les politiques nationales (Le Plan d'action Genre et Droits humains mentionne spécifiquement la révision des textes et lois punitives sur la prostitution et les actes homosexuels et usagers de drogues¹⁴⁵) ou l'environnement favorable qui est au coeur des stratégies.</p>
<p>Manque de visibilité sur la question des alternatives à l'incarcération</p>	<p>-Travailler en collaboration avec le CNAD,(et avec le pool de formateurs déjà existants au Togo) qui organise déjà des sessions de formations sur les alternatives à l'incarcération. Des partenaires comme l'OCAL ou l'ONUDDC pourraient aussi être approchés en vue de soutenir ce type d'initiatives (Bien que les modules utilisés actuellement par le CNAD soient basés sur des modèles d'abstinence, ils peuvent être utilisés et être ensuite renforcés lorsque la WACD développera ses modules de formation à ce sujet spécifique pour le contexte Ouest-Africain. -Collaborer avec le CARIJ pour la vulgarisation du rationnel des réformes.</p>
<p>Manque d'engagement du Comité national VIH (SP/ CNLS-IST) sur la question de la réforme des politiques des drogues, malgré la stratégie Mondiale de l'ONUSIDA qui met beaucoup d'emphasis sur la décriminalisation</p>	<p>-Approcher/ faire un plaidoyer auprès de partenaires comme l'ONUSIDA en vue d'actions/ pourparlers directement avec le CNLS. -Approcher des partenaires comme Michel Sidibé (en tant que porte-parole actuel de la WACD, envoyé spécial de l'Union africaine, ancien ministre de la Santé & des Affaires Sociales du Mali et ancien Directeur exécutif de l'ONUSIDA) afin que des pourparlers soient entamés avec le CNLS-IST, et aussi le CNAD en vue d'un éventuel portage commun à l'avenir.</p>
<p>Pas de collaboration étroite entre l'Etat et les OSC sur la question de la réforme des politiques en matière de drogues</p>	<p>-Approcher des partenaires comme Michel Sidibé afin que des pourparlers soient entamés avec des décideurs sous-régionaux ou internationaux (A l'instar de M. Obasango, ancien chef d'Etat du Nigeria et président de la WACD qui avait été sollicité pour encourager la réforme des lois au Ghana). -A utiliser l'argument que l'ancien Premier Ministre Togolais, feu Edem Kodjo faisait partie de la WACD, et que cette collaboration pourrait perdurer via l'intégration d'un nouveau membre Togolais sur la WACD (et en faire un allié).</p>
<p>Manque de décrets d'application sur l'injonction thérapeutique</p>	<p>Faire un plaidoyer avec les différents partenaires pour l'élaboration et la promulgation de décrets d'application qui tiennent compte de : -l'inclusion de diverses approches au sein de cette injonction thérapeutique qui soit suffisamment souple pour répondre aux différents profils de PUD, afin que l'injonction thérapeutique ne soit pas limitée à l'abstinence, mais inclut des options de RdR et des seuils indicatifs pour différencier l'usager du trafiquant (tenir compte des points développés de manière plus technique et approfondie dans la section 4 de ce document). -la responsabilité de l'Etat quant à la PEC financière et logistique de la mise en oeuvre de ces décrets d'application.</p>



5.1.2 Les recommandations de réformes légales

Vision à long terme : Résumé schématique des recommandations des réformes légales pour les personnes usagères de drogues- TOGO



Les alternatives à l'incarcération selon les recommandations des Nations Unies (Règles de Tokyo) :

- Sanctions orales, comme l'admonestation, la réprimande et l'avertissement ;
- Maintien en liberté avant décision du tribunal ;
- Peines privatives de droits
- Peines économiques et pécuniaires, comme l'amende et le jour- amende ;

- Confiscation ou expropriation ;
- Restitution à la victime ou indemnisation de celle-ci
- Condamnation avec sursis ou suspension de peine
- Probation et surveillance judiciaire ;
- Peines de travail d'intérêt général ;
- Assignation dans un établissement ouvert ;
- Assignation à résidence
- Toute autre forme de traitement en milieu libre
- Une combinaison de ces mesures.

Idéalement, l'incarcération ne devrait pas être une option pour les PUD, comme c'est le cas dans les nouveaux textes législatifs et réglementaires au Ghana. Le modèle proposé ici inclut une peine légère comme option ultime, après plusieurs étapes qui proposent des alternatives. La raison pour laquelle cela est proposé est pour arriver à un consensus plus large auprès des partenaires. Le comité consultatif qui sera composé d'EVT avec d'autres partenaires sera celui qui portera ce plaidoyer. Certains partenaires ont une perspective plutôt basée sur l'abstinence, et faire accepter l'idée qu'aucune peine ne sera prévue même si quelqu'un refuse l'injonction thérapeutique risque d'entraver le processus de consensus à la première étape qui est celle du comité consultatif. Proposer des options trop audacieuses risque d'isoler EVT et retarder le processus de réformes au détriment des PUD. La discussion avec eux à ce sujet a permis de

comprendre leur point de vue à ce sujet, et la proposition actuelle essaie de montrer un schéma à mi-chemin. Il n'est pas question de décriminalisation à ce stade. Cependant, si le schéma proposé est adopté, cela laisse des portes ouvertes pour un éventuel plaidoyer à plus long terme vers une forme de décriminalisation tout en gardant le cadre proposé.

(Afin de faciliter la lecture et la compréhension, des lettres majuscules ont été utilisées sur le schéma ci-dessus, et utilisées ci-dessous comme référence)

Le Nouveau code pénal (NCP) de 2015 contient, en théorie, différentes options en cas d'arrestation pour usage, possession ou partage (A). La personne arrêtée sera jugée en fonction des articles 254-257 (C). En cas de détention de « faible quantité », la personne peut être dispensée de la peine (K) ou de l'exécution de celle-ci conformément à l'article 267 (B) :

- Si elle est mineure
- Si elle n'est pas en état de récidive
- Si par déclaration solennelle faite à l'audience, elle s'engage à ne pas recommencer.

Ainsi, les étapes proposées :

1. Etablir des seuils indicatifs de quantité (D) afin de différencier l'usager (E) du trafiquant (F). Il est cependant important que les seuils ne soient pas trop restrictifs pour ne pas condamner de simples usagers qui sont en possession d'une petite quantité qui serait considérée comme trop élevée par ces seuils indicatifs. Dans l'éventualité où cette proposition ne serait pas acceptée, il subsiste des marges de manoeuvre à travers la proposition de panel (voir point suivant). De plus, l'article 267 sur les faibles quantités pourrait toujours être utile pour les personnes usagères de drogues mineures sans récidive interpellées avec « une faible quantité » et où la dispense de peine (K) est déjà prévue dans la loi. Certes, il faudrait que cette mesure soit implémentée, car ce n'est pas clair si à ce stade, il y a plusieurs personnes qui en ont bénéficié, ou si c'est une mesure légale qui n'est pas appliquée dans la pratique. Les juges sont exhortés d'appliquer l'article 267 dans sa globalité, et ainsi l'article 267 ne devrait vraisemblablement pas être limitée aux mineurs sans récidive. Toute personne interpellée avec une faible quantité devrait idéalement pouvoir bénéficier de la dispense de peine, ou être référée vers le panel (voir point suivant).

2. Proposer un panel (G) (ou une commission/unité - à définir le terme approprié en fonction du contexte) où les PUD seraient référées. Ce panel serait idéalement composé de personnel médical, social, et de la chaîne judiciaire, en ligne avec les modèles de meilleures pratiques. Ce panel devra définir si la personne a un usage problématique (« toxicomane » pour reprendre le terme de l'article 252 du NCP), ou non problématique.

2.1. En cas d'usage non problématique (I), les options seraient :

- Sessions de counseling (L) ou suivi social (M) qui découleraient sur une dispense de peine (Q)
- Ou une dispense de peine directement en fonction du cas (K).

- Il est aussi proposé comme autre option pour des personnes ayant un usage non problématique une amende (N). Bien que ce ne soit pas une situation idéale d'un point de vue d'environnement favorable, certains acteurs de la chaîne judiciaire ont du mal à accepter l'idée qu'il n'y ait aucune peine pour une entrave à la justice. Aussi, la loi la plus progressiste de la sous-région, notamment le Ghana, propose quand même des amendes à la place de la prison pour usage de drogues. Ainsi, les propositions devraient tenir compte du contexte.

2.2. En cas d'usage problématique (J) (« toxicomane »), la personne serait référée à un traitement « approprié à son état », et cela devrait être discuté avec la personne par le personnel médical et social. Cela pourrait inclure le TSO, ou d'autres types de traitements ou suivi.

2.2.1. Si la personne accepte le traitement initial (O), des décrets d'application devront préalablement spécifier les modalités de cette PEC qui devra se faire aux frais de l'État. Ainsi, la personne réussira le traitement (R), ou il y aura rechute ou abandon (S). En cas de rechute ou abandon, les options seraient :

- Un travail d'intérêt général ou d'autres alternatives (T), afin de ne pas « punir » la personne par une peine de prison pour la rechute/ l'abandon.
- D'autres options comme des mesures de réduction de risques et un suivi (U), afin de ne pas limiter les options au sevrage et à l'abstinence. Cependant, ce point risque de causer une levée de boucliers, mais il est important de garder en tête que les options de RdR ont leur place dans un tel schéma, car, comme expliqué plus haut à la section 4.4, toute personne n'est pas forcément prête au sevrage et à l'abstinence, et il ne faudrait pas non plus se résoudre à un acharnement thérapeutique qui serait coûteux et qui ne respecterait pas le parcours de la personne par rapport à sa dépendance.
- Une dispense de peine (V) en fonction du cas, option qui pourrait aussi être difficile à faire accepter, mais qui pourrait s'avérer nécessaire pour éviter l'acharnement thérapeutique si la personne n'est vraiment pas prête au sevrage.
- Du counseling et d'autres options thérapeutiques (W), y compris une 2ème proposition de traitement. S'il échoue une fois de plus (AC) (qui est un phénomène très courant),

on lui proposera finalement un suivi, des mesures de RdR et une dispense de peine (AD) pour éviter une fois de plus l'acharnement thérapeutique.

2.2.1.1. Si la personne refuse aussi cette option (X), en dernier recours, des options seraient :

- une peine facultative (AE) comme déjà prévu à l'Art.276 (NCP) en proposant idéalement des réductions de la durée des peines prévues.
- une peine légère (AA)
- une amende (Z)
- le TIG ou d'autres alternatives à l'incarcération (T)

2.2.1.2. Si la personne accepte cette option (Y), le 2ème traitement se fera à ses frais. Bien que ce ne soit pas une situation idéale, dans des contextes où les ressources peuvent être limitées, il serait difficile de proposer un 2ème traitement de sevrage aux frais de l'État. (A moins que la personne choisisse un TSO en cas d'usage d'opiacés, qui serait donc un traitement gratuit car le TSO est déjà gratuit au Togo). Ainsi, la personne réussira (AB) ou échouera/abandonnera (AC). En cas de rechute/d'abandon, la personne se verra proposer un suivi, des options de RdR, et une dispense de peine. (AD)

2.2.2. Si la personne refuse le traitement initial (P), elle est renvoyée à l'option Counseling et autres options thérapeutiques (W).

Le modèle propose diverses options pour essayer de canaliser la PUD vers les services sanitaires et sociaux, au lieu de l'incarcération. Aussi, des options sont proposées afin d'éviter que la personne qui rechute en cas d'injonction thérapeutique doive faire de la prison ou payer une amende à cause de cette rechute, car la rechute fait partie du processus de sevrage comme expliqué plus haut dans ce document.

Au-delà de ce schéma, une réforme légale devrait tenir compte d'une vision plus élargie qui reflètera les services déjà disponibles au pays, notamment les services de réduction des risques. Ainsi, à l'instar des pays comme la Côte d'Ivoire ou le Ghana, les nouveaux textes législatifs et réglementaires incluent la réduction des risques dans la pyramide sanitaire du pays.

A noter que la question de la dépénalisation de l'usage de drogues, ou la dépénalisation spécifique du cannabis, voire uniquement du cannabis médical ou industriel n'a pas été évoqué à ce stade, car ce point n'a pas l'air d'avoir de soutien de la part des partenaires. Cela pourrait être un point de plaidoyer à moyen ou long terme, en se basant sur l'exemple du Ghana qui a pris les devants par rapport à cette question sur le cannabis à des fins thérapeutiques et industrielles.

A ce stade, la dépénalisation n'est pas évoquée dans ces recommandations, car le sujet ne semble pas être d'actualité parmi les partenaires. Il est important de mentionner aussi qu'il n'y a pas beaucoup de recommandations dans les documents nationaux qui soutiennent la décriminalisation ou la dépénalisation de l'usage des drogues, que ce soit au niveau du Stigma Index 2.0¹⁴⁶, ou de la revue des textes légaux en lien avec les droits humains, le genre, et le VIH¹⁴⁷ (il y a une brève allusion à la dépénalisation, mais cela ne fait pas partie des recommandations). Certes, l'environnement favorable est au cœur de la politique nationale sur le VIH, mais il n'est pas fait mention spécifiquement de réforme des textes législatifs et réglementaires en matière de drogues. Le seul élément concret à ce niveau se trouve au niveau du Plan d'action Genre et Droits Humains¹⁴⁸, mais ce document n'a pas encore été vraiment mis en oeuvre.



5.2. Le Bénin

5.2.1. Plaidoyer concernant les services sanitaires et sociaux

Les problèmes	Recommandations (Opportunités à explorer)
<p>Beaucoup d'abandon sur le programme de TSO à cause du manque de décentralisation et du manque de moyens de transport quotidien vers le centre de distribution du pays et les frais liés à certains bilans de santé pré-thérapeutiques.</p>	<p>-Préparer un plaidoyer en amont de la prochaine phase de négociation du Fonds mondial pour des options de décentralisation (en incluant les pairs sur place pour faciliter le processus de distribution). Idéalement les plans de mises à échelle devraient se baser sur des modèles décentralisés avant de les répliquer, à travers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une clinique mobile qui se rendrait dans différentes localités à des heures spécifiques afin de rapprocher la dispensation du TSO vers les quartiers où ces services sont requis. (A noter que le CEPIAC dispose déjà d'un véhicule qui pourrait être utilisé à cet effet). • Des unités de dispensations intégrées de méthadone à travers des centres de santé existants dans toutes les communes du pays où l'usage d'opiacés a été documenté afin de rapprocher les services des personnes qui en ont besoin. • Des structures du type DIC ciblant les PUD (qui doivent être aménagées), qui seraient plus rapprochées des communautés qui en ont besoin. <p>• Une sélection au cas par cas (et une mise à échelle graduelle) des personnes inscrites au programme de TSO bénéficiant d'un encadrement familial/ social/ professionnel leur permettant de prendre des doses à emporter pour un certain nombre de jours.</p> <p>-Prise en compte des problèmes d'indigence des PUD (appui alimentaire, réinsertion socioprofessionnelle) par le ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance (MASM).</p>
<p>Pas de document cadre pour le TSO ou autres services de RdR</p>	<p>-Préparer un plaidoyer avec les instances appropriées pour l'élaboration de POS pour les programmes de RdR. Ces POS, (à l'instar de celles du Togo) devraient intégrer non seulement le TSO, mais aussi les procédures concernant d'autres programmes de RdR comme le PES.</p> <p>-Le TSO étant un produit contrôlé, les règlements concernant son stockage et sa distribution sont très strictes. Les procédures (ou autres textes appropriés) devraient inclure la nécessité de déplacer ce produit vers d'autres structures (en vue de la décentralisation et la mise à échelle) et pas uniquement le CEPIAC.</p> <p>-Organiser des actions de plaidoyer en direction du ministère de la santé en vue de l'adoption d'un cadre légal réglementaire et institutionnel (additionnellement aux POS) pour une meilleure prise en charge des PUD.</p>
<p>-Discontinuité du programme en cas d'arrestation. -Pas de disponibilité d'initiation au TSO en prison</p>	<p>-Plaidoyer pour l'élaboration d'un protocole entre les services pénitentiaires et les centres de dispense de TSO pour initier une approche systématique et coordonnée de distribution de méthadone en cas d'arrestation (pour la continuité) ou pour les personnes déjà incarcérées qui souhaiteraient adhérer au programme de TSO (pour l'initiation), car l'usage de drogues injectables en prison a été documenté au Bénin.</p>



<p>Manque de données et de certains services spécifiques au genre, les femmes UD étant généralement plus vulnérables au VIH que les hommes UD¹⁴⁹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Organiser des sessions de renforcement de capacités aux paires éducatrices et professionnel.les de la santé afin que les besoins spécifiques des femmes UD soient mieux compris et afin d'offrir un soutien adéquat et empathique. Ces formations sur les services PUD spécifiques au genre peuvent s'inspirer d'outils existants, disponibles en français¹⁵⁰ afin que ces informations soient vulgarisées aux femmes UD. -Faire une étude pour évaluer d'une part l'ampleur du phénomène de consommation de drogues chez les femmes enceintes au niveau des maternités (et spécifiquement l'usage d'opiacés) et d'identifier les risques liés à l'usage de cette consommation sur la santé de la mère et de l'enfant. -Sensibiliser les femmes UD et précisément les femmes enceintes UD sur la disponibilité des services de PEC et sur les risques liés à la consommation de drogues sur leur santé, y compris sur leur grossesse. -Faire un plaidoyer pour l'élaboration des protocoles appropriés sur la PEC des femmes UD (avant, pendant, après l'accouchement – y compris la gestion du SAN) basé sur les recommandations de l'OMS¹⁵¹ -Inclure plus de femmes paires éducatrices dans les équipes de proximité ciblant les UD -Organiser des sessions de renforcement de capacité sur la gestion des VBG spécifiquement pour les pairs éducatrices & femmes UD. -Inclure dans les projets de levée de fonds des services spécifiques aux femmes (dans des cliniques mobiles si possible car il n'y a pas de centres communautaires spécifiques aux femmes UD), comme le dépistage des cancers du sein/col de l'utérus et la distribution de serviettes hygiéniques. -Encourager la collecte de données sexospécifiques pour mieux comprendre l'ampleur et la nature de l'usage de drogues parmi les femmes, et ainsi concevoir des interventions plus ciblées et efficaces. -Inclure des graines Femmes dans la prochaine étude bio-comportementale chez les UD. -Réduction de la stigmatisation : Mettre en place des campagnes pour réduire la stigmatisation et les préjugés envers les femmes UD, afin qu'elles puissent chercher de l'aide sans peur du jugement. -Mettre en place un service d'écoute pour l'accompagnement des femmes UD stigmatisées en formant les services existants (comme les Guichets uniques de protection sociale – GUPS) aux réalités et à la PEC des femmes UD. -Impliquer les femmes UD dans la création et l'évaluation des programmes qui leur sont destinés, afin de s'assurer que ces services répondent réellement à leurs besoins.
<p>Insuffisance de centres de santé dédiés au traitement de la dépendance aux drogues</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Faire un plaidoyer auprès des institutions pour la disponibilité de centres de PEC du traitement de la dépendance aux drogues dans la pyramide sanitaire (nécessaire avant la mise en oeuvre de l'injonction thérapeutique).
<p>Manque de programme de parajuristes identitaires ou ciblant les PUD, et d'autonomisation juridique</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Utiliser les ressources disponibles en interne, au sein des associations partenaires, pour développer des programmes de formation parajuriste adaptés et spécifiquement conçus pour et avec les PUD, en tenant compte de leurs besoins et contraintes spécifiques. Ces formations viseront, entre autres, le renforcement de capacités des pairs parajuristes ciblant les PUD. Le Bénin dispose déjà d'un programme via le PR pour suivre des cas d'abus de DH avec des cabinets d'avocats. -Inclure les PUD actifs dans les équipes de proximité. Les outils existants pour inclure les PUD et mettre en oeuvre des services inclusifs¹⁵² peuvent être utilisés à ces fins.
<p>Faible connaissance ou demande de la PrEP par les PUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Faire le plaidoyer pour l'intégration des PUD comme cibles éligibles à la PrEP. -Organiser des campagnes d'information sur la PrEP ciblant spécifiquement les PUD, idéalement par des pairs animateurs, y compris en travaillant avec des identitaires.
<p>Faible connaissance de la gestion des overdoses par les PUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Organiser des sessions de formation pour les PUD par les pairs pour les gestes de premiers secours en cas d'overdose, et pour la détection et la référence des cas d'overdose vers les services intégrés, si possible avec l'appui de centres et services existants dans la sous-région, notamment le CEPIAD à Dakar ou le CASA à Abidjan.



<p>Manque de services de RdR qui soient adaptés à la réalité des modes de consommation de drogues (pas de matériel distribué pour les personnes qui inhalent des drogues et qui sont plus nombreuses que les personnes qui s'injectent des drogues, et manque de compréhension et de ressources pour cette diversité de services)</p>	<p>-Sensibilisation et Plaidoyer : Accroître la sensibilisation auprès des décideurs et du grand public sur l'importance de la RdR et les bénéfices connexes, notamment pour la prévention du VIH et des hépatites, afin de justifier l'achat de ces matériaux malgré des ressources limitées. - Continuer le plaidoyer pour la disponibilité des kits et matériels d'injection et d'inhalation pour les PUD -Collecte de Données: Renforcer la collecte de données probantes au sein des observatoires et du CLM pour démontrer l'efficacité économique de la RdR. Des données solides peuvent aider à convaincre les bailleurs de fonds et les décideurs politiques de l'importance de maintenir et de financer ces programmes. -Intégration des Services : Intégrer les services de distribution de matériels de RdR dans des programmes de santé plus larges pour maximiser l'utilisation des ressources et garantir un soutien plus global aux bénéficiaires -Formation et Engagement Communautaire : Former les travailleurs de la santé et les PE afin qu'ils puissent expliquer et promouvoir les avantages des services de RdR auprès des communautés, et engager les communautés pour qu'elles deviennent des partenaires actives dans la mise en oeuvre des programmes, en phase avec le rôle des committee advisory board.</p>
<p>-Manque de maîtrise en interne (BORNES) sur les questions techniques relatives aux politiques sur les drogues. -Manque de réseautage avec les partenaires régionaux /internationaux RdR/ politique des drogues</p>	<p>-Devenir membre du WADPN¹⁵³, et surtout de IDPC¹⁵⁴ -Inscription aux newsletters des partenaires internationaux¹⁵⁵ et sous-régionaux¹⁵⁶ afin d'être au courant et en réseau avec les partenaires. -Entamer une collaboration avec WADPN afin que BORNES devienne le point focal national sur cette plateforme sous-régionale. -Créer des liens avec HRI, et considérer participer aux conférences internationales de HRI sur la RdR. -Utiliser la formation technique certifiante gratuite en français de l'IDPC sur la décriminalisation¹⁵⁷ qui explore les différents modèles de réforme des lois sur les drogues (cependant disponible en ligne [en français] jusqu'au 31.03.25 uniquement. (Cela est dû à la restriction des financements de l'USAID, mais IDPC est en pourparlers avec diverses organisations afin de relancer ces formations en ligne.)</p>
<p>-Manque de renforcement de capacité sur certaines pratiques en interne (BORNES) -Manque de contact avec certaines populations cachées (PUD faisant partie d'autres PC (HSH/PS)</p>	<p>-Recruter une personne qui sera chargée de faire le suivi sur les questions de plaidoyer chez BORNES -Encourager l'utilisation de CIU lors de l'utilisation de fiches de présence comportant les noms et coordonnées des PUD. -Intégrer des PA LGBT/PS afin que ces cibles puissent bénéficier des services de RdR au besoin (ou collaborer avec des PA existant.es dans des associations ciblant les PS/LGBT à ce sujet) -Organiser des renforcements de capacité sur comment mieux travailler avec les PUD en interne. Certaines informations et outils ont déjà été développés à ce sujet et peuvent servir.¹⁵⁸</p>
<p>Soutien timide des partenaires OSC sur la question de la RdR et comment celle-ci s'inscrit dans le débat de la réforme des lois, ou plus spécifiquement des alternatives à l'incarcération</p>	<p>-Renforcer les capacités pour vulgariser la réduction des risques, et son importance dans le débat de la réforme de la politique des drogues auprès des partenaires OSC nationaux. -Organiser des ateliers afin de proposer une vision commune aux ONG intervenant dans la prévention et la PEC des PUD avant de lancer le plaidoyer auprès des autorités.</p>
<p>-Manque de visibilité des actions d'associations identitaires/ciblant les PUD et intervenant dans la défense des droits des PUD -Manque de données DH concernant les personnes usagères de drogues</p>	<p>-Contacter AFRICANPUD¹⁵⁹ (African Network of People who use drugs - Réseau africain des personnes usagères de drogues) pour le réseautage vers les associations UD spécifiquement. -Mettre en place une collaboration concrète entre BORNES et le CEPIAC (requête du CEPIAC qui pourrait être utile aux deux parties) en vue d'échanges d'informations de terrain et autres informations stratégiques. -Mettre en place un système de documentation et de suivi des cas de violation de DH des PUD en collaboration avec les OSC qui interviennent dans le domaine de défense et de promotion des droits humains -Mettre en place un plan de travail visant à assurer l'implication active des communautés locales, particulièrement les PUD dans l'élaboration et la mise en oeuvre des stratégies nationales (VIH et drogue par exemple), afin de garantir que les interventions répondent aux besoins réels des populations concernées. -Faire un plaidoyer pour l'inclusion de questions additionnelles sur la S&D vécue par les UD lors du prochain exercice de l'ESDG UD.</p>

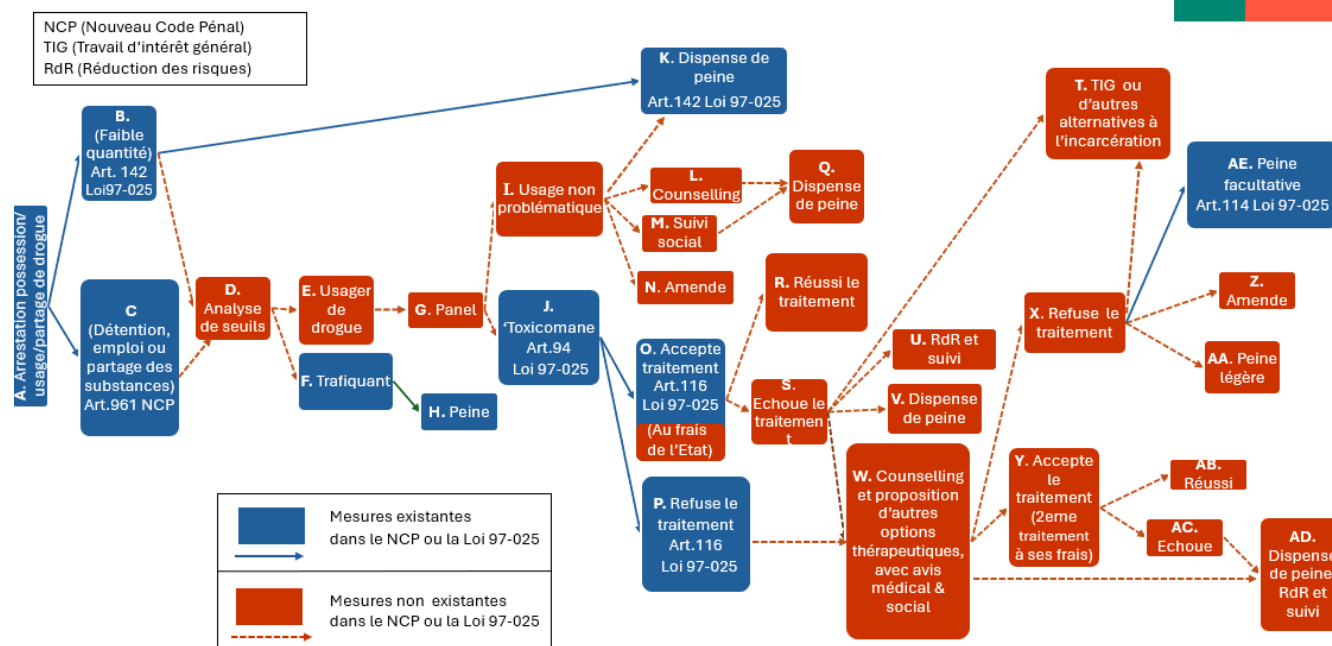


Il n'y a pas de plan stratégique actuel pour la riposte nationale sur les drogues	<ul style="list-style-type: none"> -Plaidoyer pour l'actualisation et la validation d'un plan stratégique drogue en tenant compte des recommandations sensibles à la RdR/aux alternatives à l'incarcération du précédent plan non validé -Impliquer les populations concernées dans ce processus.
Manque de recommandations dans les documents officiels sur le besoin de réforme sur la politique des drogues	<ul style="list-style-type: none"> -Inclure des PTF comme l'ONUSIDA afin de vulgariser cette question, en utilisant les politiques nationales ou l'environnement favorable qui est au coeur des stratégies.
Manque de visibilité sur la question des alternatives à l'incarcération	<ul style="list-style-type: none"> -Collaborer avec l'EFPJ pour la vulgarisation du rationnel des réformes. -Travailler en collaboration avec le CILAS (qui commence à discuter de l'alternative à l'incarcération), afin que cette vision de l'injonction thérapeutique puisse intégrer des mesures de RdR et ne soit pas limitée aux programmes d'abstinence
Insuffisance d'engagement des instances nationales VIH sur la question de la réforme des politiques des drogues, malgré la stratégie Mondiale de l'ONUSIDA qui met beaucoup d'emphasis sur la décriminalisation	<ul style="list-style-type: none"> -Approcher/ faire un plaidoyer auprès de partenaires comme l'ONUSIDA en vue d'actions/pourparlers directement avec les CNLS. -Approcher des partenaires comme Michel Sidibé (en tant que porte-parole actuel de la WACD, envoyé spécial de l'Union africaine, ancien ministre de la Santé & des Affaires Sociales du Mali et ancien Directeur exécutif de l'ONUSIDA) afin que des pourparlers soient entamés avec le CNLS-TP, et aussi le CILAS, en vue d'un éventuel portage commun à l'avenir.
Pas de soutien étatique sur la question de la réforme des politiques en matière de drogues	<ul style="list-style-type: none"> -Approcher des partenaires comme Michel Sidibé afin que des pourparlers soient entamés avec les décideurs (A l'instar de M. Obasango, ancien chef d'Etat du Nigeria et président de la WACD qui avait été sollicité pour encourager la réforme des lois au Ghana).
Manque de décrets d'application sur l'injonction thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> Faire un plaidoyer avec les différents partenaires pour l'élaboration et la promulgation de décrets d'application qui tiennent compte de : <ul style="list-style-type: none"> -l'inclusion de diverses qui soient suffisamment souples pour répondre aux différents profils de PUD, afin que l'injonction thérapeutique ne soit pas limitée à l'abstinence, mais inclut des options de RdR, et des seuils indicatifs pour différencier l'usager du trafiquant (tenir compte des points développés de manière plus technique et approfondie à la section 4. -la responsabilité de l'Etat quant à la PEC financière et logistique de la mise en oeuvre de ces décrets d'application.
Manque de données sur les économies publiques que pourrait générer la réforme légale (si le processus se fait par Proposition de loi via un Parlementaire)	<ul style="list-style-type: none"> -Mener une étude de coût-efficacité d'une réforme des textes législatifs et réglementaires sur les drogues (en utilisant les arguments d'économies au système pénitentiaire et judiciaire et sur la santé publique. Le cas du Portugal élaboré à la section 4.2 de ce document peut être utilisé) avant de déposer la proposition de loi à l'Assemblée.



5.2.2 Les recommandations de réformes légales

Vision à long terme : Résumé schématique des recommandations des réformes légales pour les personnes usagères de drogues- BENIN



Les alternatives à l'incarcération selon les recommandations des Nations Unies (Règles de Tokyo) :

- Sanctions orales, comme l'admonestation, la réprimande et l'avertissement ;
- Maintien en liberté avant décision du tribunal ;
- Peines privatives de droits
- Peines économiques et pécuniaires, comme l'amende et le jour- amende ;

- Confiscation ou expropriation ;
- Restitution à la victime ou indemnisation de celle-ci
- Condamnation avec sursis ou suspension de peine
- Probation et surveillance judiciaire ;
- Peines de travail d'intérêt général ;
- Assignation dans un établissement ouvert ;
- Assignation à résidence
- Toute autre forme de traitement en milieu libre
- Une combinaison de ces mesures.

Idéalement, l'incarcération ne devrait pas être une option pour les PUD, comme c'est le cas dans les nouveaux textes législatifs et réglementaires au Ghana. Le modèle proposé ici inclut une peine légère comme option ultime, après plusieurs étapes qui proposent des alternatives. La raison pour laquelle cela est proposé est pour arriver à un consensus plus large auprès des partenaires. Certains partenaires ont une perspective plutôt basée sur l'abstinence au Bénin, et faire accepter l'idée qu'aucune peine ne sera prévue même si quelqu'un refuse l'injonction thérapeutique risque d'entraver le processus de consensus. Proposer des options trop audacieuses risque d'isoler BORNES et retarder le processus de réformes au détriment des PUD. La discussion avec les différents partenaires rencontrés à ce sujet a permis de comprendre leur point de vue à ce sujet, et la proposition actuelle essaie de montrer un schéma à mi-chemin. Il n'est pas question de dépénalisation à ce stade.

Cependant, si le schéma proposé est adopté, cela laisse des portes ouvertes pour un éventuel plaidoyer à plus long terme vers une forme de dépénalisation tout en gardant le cadre proposé. (Afin de faciliter la lecture et la compréhension, des lettres majuscules ont été utilisées sur le schéma ci-dessus, et utilisées ci-dessous comme référence)

Le Nouveau code pénal (NCP) de 2018 et la Loi 97-025 contiennent, en théorie, différentes options en cas d'arrestation pour usage, possession ou partage (A). La personne arrêtée sera jugée en fonction de l'article 961 NCP (C). Il y a aussi la possibilité d'être jugée pour les mineurs ET/OU (idéalement OU) sans récidive sous l'article 142 (Loi 97-025) qui mentionne les « faibles quantités » (B), ce qui pourrait mener directement à une dispense de peine (K) selon la loi en vigueur. Ainsi, les étapes proposées :

1. Etablir de seuils indicatifs de quantité (D) afin de différencier l'usager (E) du trafiquant (F). Il

est cependant important que les seuils ne soient pas trop restrictifs pour ne pas condamner de simples usagers qui sont en possession d'une petite quantité qui serait considérée comme trop élevée par ces seuils indicatifs. Dans l'éventualité où cette proposition ne serait pas acceptée, il subsiste des marges de manoeuvre à travers la proposition de panel (voir point suivant). De plus, l'article 142 (Loi 97-025) sur les faibles quantités pourrait toujours être utile pour les personnes usagères de drogues mineures (ou idéalement majeures aussi) sans récidive interpellées avec « une faible quantité » et où la dispense de peine (K) est déjà prévue dans la loi. Cependant, l'article 142 (Loi 97-025) ne devrait pas être limitée aux mineurs et/ou sans récidive car toute personne interpellée avec une faible quantité devrait idéalement pouvoir bénéficier de la dispense de peine, ou être référée vers le panel (voir point suivant). Ainsi l'article 142 (Loi 97-025) devrait être clair ou amendé en ce sens.

2. Proposer un panel (G) (ou une commission/unité - à définir le terme approprié en fonction du contexte) où les PUD seraient référées. Ce panel serait idéalement composé de personnel médical, social, et de la chaîne judiciaire, en ligne avec les modèles de meilleures pratiques. Ce panel devra définir si la personne a un usage problématique (« toxicomane » pour reprendre le terme de l'article 94 (Loi 97-025), ou non problématique.

2.1. En cas d'usage non problématique (I), les options seraient

- Sessions de counseling (L) ou suivi social (M) qui découleraient sur une dispense de peine (Q)
- Ou une dispense de peine directement en fonction du cas (K).
- Il est aussi proposé comme autre option pour des personnes ayant un usage non problématique une amende (N). Bien que ce ne soit pas une situation idéale d'un point de vue d'environnement favorable, , certains partenaires et acteurs de la chaîne judiciaire ont du mal à accepter l'idée qu'il n'y ait aucune peine pour une entrave à la justice. Aussi, la loi la plus progressiste de la sous-région, notamment le Ghana, propose quand même des amendes à la place de la prison pour usage de drogues.

Ainsi, les propositions devraient tenir compte du contexte.

2.2. En cas d'usage problématique (J) (« toxicomane' »), la personne serait référée aux traitements ou aux soins « appropriés à son état », et cela devrait être discuté avec la personne par le personnel médical et social. Cela pourrait inclure le TSO, ou d'autres types de traitements ou suivi.

2.2.1. Si la personne accepte le traitement initial (O), des décrets d'application devront préalablement spécifier les modalités de cette PEC qui devra se faire aux frais de l'État. Ainsi, la personne réussira le traitement (R), ou il y aura rechute ou abandon (S). En cas de rechute ou d'abandon, les options seraient :

- Un travail d'intérêt général ou d'autres alternatives (T), afin de ne pas « punir » la personne par une peine de prison pour la rechute/ l'abandon.
 - D'autres options comme des mesures de réduction de risques et un suivi (U), afin de ne pas limiter les options au sevrage et à l'abstinence. Cependant, ce point risque de causer une levée de boucliers, mais il est important de garder en tête que les options de RdR ont leur place dans un tel schéma, car comme expliqué plus haut à la section 4.4, plus haut, toute personne n'est pas forcément prête au sevrage et à l'abstinence, et il ne faudrait pas non plus se résoudre à un acharnement thérapeutique qui serait couteux et qui ne respecterait pas le parcours de la personne par rapport à sa dépendance.
 - Une dispense de peine (V) en fonction du cas, option qui pourrait aussi être difficile à faire accepter, mais qui pourrait s'avérer nécessaire pour éviter l'acharnement thérapeutique si la personne n'est vraiment pas prête au sevrage.
 - Du counseling et d'autres options thérapeutiques (W), y compris une 2ème proposition de traitement. S'il échoue une fois de plus (AC) (qui est un phénomène très courant), on lui proposera finalement un suivi, des mesures de RdR et une dispense de peine (AD). Pour éviter une fois de plus l'acharnement thérapeutique.
- 2.2.1.1. Si la personne refuse aussi cette option

(X), en dernier recours, des options seraient :

- une peine facultative (AE) comme déjà prévu à l'Art.114 (Loi 97-025) en proposant idéalement des réductions de la durée des peines prévues.
- une peine légère (AA)
- une amende (Z)
- le TIG ou d'autres alternatives à l'incarcération (T)

2.2.1.2. Si la personne accepte cette option (Y), le 2ème traitement se fera à ses frais. Bien que ce ne soit pas une situation idéale, dans des contextes où les ressources peuvent être limitées, il serait difficile de proposer un 2ème traitement de sevrage aux frais de l'État. (A moins que la personne choisisse un TSO en cas d'usage d'opiacés, qui serait donc un traitement gratuit car le TSO est déjà gratuit au Bénin). Ainsi, la personne réussira (AB) ou échouera/abandonnera (AC). En cas de rechute/d'abandon, la personne se verra proposer un suivi, des options de RdR, et une dispense de peine. (AD)

2.2.2. Si la personne refuse le traitement initial (P), elle est renvoyée à l'option Counseling et autres options thérapeutiques (W).

Le modèle propose diverses options pour essayer de canaliser la PUD vers les services sanitaires et sociaux, au lieu de l'incarcération. Aussi, des options sont proposées afin d'éviter que la personne qui rechute en cas d'injonction thérapeutique doive faire de la prison ou payer une amende à cause de cette rechute, car la rechute fait partie du processus de sevrage comme expliqué plus haut à la section 4.4 de ce document.

Au-delà de ce schéma, une réforme légale devrait tenir compte d'une vision plus élargie qui reflètera les services déjà disponibles au pays, notamment les services de réduction des risques. Ainsi, à l'instar des pays comme la Côte d'Ivoire ou le Ghana, les nouveaux textes législatifs et réglementaires incluent la réduction des risques dans la pyramide sanitaire du pays.

Il est important de noter que la mise en place d'un panel ou d'une unité médico-judiciaire (ou toute procédure similaire adaptée au contexte) pourrait être un temps mort qui jouerait contre le

ministère de la Justice comme l'a fait ressortir les représentants de ce ministère durant l'atelier de validation du présent document. Il faudrait que des documents officiels puissent être remis aux personnes concernées pour les étapes de ce suivi, et ces procédures peuvent être chronophages, surtout pour les personnes sans adresse fixe et cela rallongerait la procédure judiciaire. Ainsi, s'il y a par exemple des travaux d'intérêt général et une injonction thérapeutique, ces actions pourraient être concomitantes dans la limite du possible. Cela démontre aussi l'importance de travailler avec les associations communautaires et identitaires, car celles-ci sont en contact avec la cible et pourraient aider à entrer en contact avec les personnes concernées et contribuer ainsi à leur niveau à la prise en charge globale.

A noter que la question de la dépénalisation de l'usage de drogues, ou la dépénalisation spécifique du cannabis, voire uniquement du cannabis médical ou industriel n'a pas été évoquée à ce stade, car ce point n'a pas l'air d'avoir de soutien de la part des partenaires à ce stade. Cela pourrait être un point de plaidoyer à moyen ou long terme, en se basant sur l'exemple du Ghana qui a pris les devants par rapport à cette question sur le cannabis à des fins thérapeutiques et industrielles.

A ce stade, la dépénalisation des drogues n'est pas spécifiquement mentionnée dans ces recommandations, car le sujet ne semble pas être d'actualité parmi les partenaires. Il est important de mentionner aussi qu'il n'y a pas vraiment de recommandations dans les documents nationaux qui soutiennent la décriminalisation ou la dépénalisation de l'usage des drogues. Il y a cependant un point dans la conclusion de l'ESDG qui mentionne l'importance de «poursuivre le plaidoyer en vue de l'application et du respect des lois antidiscriminatoires et protectrices, dérivées des normes des droits de l'homme, pour réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'égard des HSH et des CDI»¹⁶⁰. Certes, l'environnement favorable est au cœur de la politique nationale sur le VIH, et les alternatives à l'incarcération sont des mesures bien présentes dans le plan stratégique sur les drogues (non validé cependant), mais il n'est pas fait mention spécifiquement et résolument de réforme de textes législatifs et réglementaires en matière de drogues dans les documents nationaux à ce stade.

Conclusion

De manière générale, il y a beaucoup de similitudes entre les contextes Togolais et Béninois, notamment par rapport aux textes législatifs sur les drogues, et par rapport aux services disponibles.

Comme mentionné dans le document, le plaidoyer sur les drogues est un plaidoyer de longue haleine, et ce document vise à proposer des pistes pour inspirer ce plaidoyer, avec des modèles de schéma pour une vision à long terme. Bien que la réforme des lois soit un long processus, il est important d'avancer en ce sens avec une vision commune. L'opportunité présente est que les comités nationaux sur les drogues des 2 pays sont ouverts à l'injonction thérapeutique. Et la menace est que cette vision se limite un peu à des centres de sevrage, sans tenir compte des diverses options disponibles, afin de pouvoir y intégrer des alternatives à l'incarcération et proposer des solutions adaptées à différents types d'usage, qu'ils soient des usages problématiques ou non. Et il est important que la vision commune soit la plus flexible possible et intègre des mesures de réduction des risques pour toutes les raisons présentées dans ce document.

En matière de processus pour la réforme des lois

ou la proposition d'un nouveau texte législatif, les deux options disponibles au niveau des deux pays sont un portage par le Gouvernement via un Projet de loi, ou un portage de Proposition de loi par un Parlementaire via l'Assemblée nationale. Le projet de loi semble être la voie la plus prometteuse pour aboutir. Toutefois, le choix du processus dépendra de l'entité (Parlementaire ou gouvernement) la plus à même de s'engager concrètement aux côtés des partenaires pour porter la réforme.

Il sera pertinent de tenir compte des spécificités de chaque pays, car même si les deux contextes se ressemblent, le contexte politique est différent, et l'influence de la société civile et de ses partenaires sur les décideurs politiques aussi pourrait avoir un impact différent d'un pays à l'autre.

Quoi qu'il en soit, il sera aussi important de considérer le contexte national afin de proposer des réformes stratégiques mais réalistes, afin de ne pas entraver le processus, car toute entrave entraînera des répercussions directes sur les personnes les plus marginalisées au sein de la communauté des personnes usagères de drogues au Togo et au Bénin.



Annexe : Liste de personnes ressources.

La consultante tient à remercier les personnes ressources rencontrées dans le cadre de l'élaboration de ce document :

Togo

- M. Komlan Mawuéna Bohm, adjoint au secrétaire permanent du CNAD
- M. Vincent Pitche, Coordonnateur du CNLS-IST
- Pr Abago Balaka, Coordonnateur du PNAPP
- Mme Ablavi Aba Eklou-Akpakli, Coordonnatrice de la Plateforme des OSC/VIH/Santé/DH
- M. Afo Medjessiribi, Responsable Suivi et Evaluation de la Plateforme des OSC/VIH/Santé/DH
- M. Fartongue Lamboni, Coordonnateur du CEPIAK
- Mme Aklai Abalo, Responsable Unité IST- IC du PNLS-HV-IST
- Dr Abdel-Aziz Fagbemi, chargé de programme à l'OCAL
- Mme Kayi Abbey Kounte (Magistrate conseillère à la chambre Judiciaire de la Cour suprême du Togo), point focal VIH au ministère de la Santé.
- M. Mama-Raouf Tchagnaoua, ancien directeur de l'accès au droit et à la justice, et administrateur du CARIJ
- M. Amoussou Yao Kinvi de CAFUDD
- M. Motchon Ayaovi, Coordonnateur de la Croix Bleue du Togo, Président des ONG et associations Anti-drogue du Togo (ROAD-Togo)
- M. Philippe Amouzou, Ancien coordonnateur de l'ONG RAPAA
- Dr Zinsou Selom Degboe, SG de RAPAA
- Mme Akouvi Mawouli AVOME de AFAZ
- M. Agnim Valery Bitchatou de Cupidon
- M. Agbogbo Komi, leader PUD
- M. Akibode Spero, leader PUD

Bénin

- M. Didier Atchou, Secrétaire Permanent (SP) du CILAS
- Professeur Gansou (Coordonnateur), M. Bernardin Boko (Dispensateur), Mme Anaïs Djossou (Infirmière), Mme Lidye Yessoufou (Secrétaire), et Dr Donald Sodou (Médecin) du CEPIAC
- Dr Marius Aditi Houde (deuxième secrétaire exécutif adjoint) , M. Nestor Hounghbedji (conseiller technique juridique), M. Martin Magloire (responsable du suivi et de l'évaluation), et Dr Simone Kounouhou (chef du département de surveillance épidémiologique) du CNLS-TP.
- M. Moussa Bachabi, Coordonnateur du PSLS
- M. Kouessi Jacques Richard Kodjoh, Secrétaire Général Adjoint du Ministère de la Justice (SGAM).
- M. Armin Iroko, Assistant du Secrétaire Général du Ministère de la Justice.
- Dr Carin Ahouada (Chief of Party des Subventions du Fonds Mondial), Dr Stéphanie Degla, (Pharmacienne Spécialiste GAS), et M. Mérite Lona (Assistant droits humains) de Plan International Bénin,
- Dr Yasmine Ibrahim, Conseillère en appui communautaire, de l'ONUSIDA
- M. Mariano Houessou de ROEF-Benin
- M. Morel Degbeto de BESYP
- M. Thimotée Azilidon de REBAP+
- M. Eulode Adjakale de RSB

Un remerciement spécial aux personnes usagères de drogues qui ont accepté de partager leur vécu pour une meilleure compréhension de la réalité de l'usage de drogues au Togo et au Bénin, de même qu'à l'équipe de EVT (Togo) et BORNES (Bénin).

ANNEXE

- ¹ INPUD/ANPUD (2020), Les mots comptent! Mise au point linguistique et Guide de Référence
- ² ONUSIDA (2019), Guide de terminologie de l'ONUSIDA
- ³ Fonds Mondial (2022), Note d'information technique : Réduction des risques pour les consommateurs et consommatrices de drogues : Priorités d'investissement et impact accru au sein des programmes de lutte contre le VIH
- ⁴ OMS (2016), Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH – Populations clés
- ⁵ OMS (2025), Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés
- ⁶ Assemblée Générale des Nations Unies (1990), Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo), A/RES/45/1100.
- ⁷ Commission Globale de Politique en matière de drogues (2024), De l'échec de la pénalisation à la réforme des politiques en matière de drogues.
- ⁸ ONUDC (2025), « Special points of interest », World Drug Report 2025 (Principaux points d'intérêt, Rapport mondial sur les drogues 2025)
- ⁹ Commission Globale de Politique en matière de drogues (2020), L'application des lois sur les drogues : viser les responsables du crime organisé
- ¹⁰ ONUSIDA, (2019), Health, rights and drugs: harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs (Santé, droits et drogues : réduction des risques, décriminalisation et zéro discrimination pour les personnes usagères de drogues)
- ¹¹ ONUDC (2025), op. cit.
- ¹² ONUDC (2025), ibid.
- ¹³ Médecins du Monde (2013), Histoire & Principes de la réduction des risques : entre santé publique & changement social.
- ¹⁴ ONUDC, Conventions Internationales sur les drogues
- ¹⁵ UNODC (2008), A century of international drug control (Un siècle de contrôle international des drogues)
- ¹⁶ ECOWAS, OCWAR-T (2023), Nouvelles approches de la réglementation des stupéfiants en Afrique de l'Ouest : L'impact de la réforme de la politique antidrogue au Ghana
- ¹⁷ <https://www.talkingdrugs.org/drug-decriminalisation/>
- ¹⁸ UNODC (2008), op. cit.
- ¹⁹ WACD (2014), Pas seulement une zone de transit : Drogues, État et société en Afrique de l'Ouest.
- ²⁰ CEDEAO, ENACT (2024), Épidémie rampante de drogues en Afrique de l'Ouest : une addiction en plein essor, une réponse à la traîne.
- ²¹ CEDEAO, ENACT (2024), Ibid.
- ²² HRI (2024), Global State of Harm Reduction (Situation mondiale de la réduction des risques). A noter que les données ont été adaptées à l'Afrique de l'Ouest et mises à jour en fonction des services actuellement disponibles au niveau de la sous-région.
- ²³ HRI (2024), Ibid
- ²⁴ IDPC (2019), Position commune du système de l'ONU sur la politique de contrôle international des drogues grâce à une collaboration efficace inter-agence
- ²⁵ ONUSIDA, Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. mettre fin au Sida.
- ²⁶ CEDEAO, OCWAR-T (2023), op. cit.
- ²⁷ Gorette M.A, (2020) Parliament of Ghana passes historic new drug law, paving the way for a West African approach (Le Parlement ghanéen vote une loi novatrice sur les stupéfiants, jetant les bases d'une stratégie régionale en Afrique de l'Ouest)
- ²⁸ <https://news.abidjan.net/journal-officiel/4534-journal-officiel-n-53-du-lundi-04-juillet-2022> (consulté le 5 juillet, 2025)
- ²⁹ <https://www.issup.net/files/2024-05/ALTERNATIVE%20A%20L%E2%80%99INCARCERATION%20POUR%20LES%20USAGERS%20DE%20DROGUES%20%20CAS%20DE%20LA%20CO%CC%82TE%20D%E2%80%99IVOIRE.pdf> (consulté le 5 juillet, 2025)
- ³⁰ <https://idpc.net/fr/a-propos> (consulté le 17 février, 2025)
- ³¹ <https://hri.global/> (consulté le 17 février, 2025)
- ³² <https://www.banouto.bj/bien-etre/article/20250701-vih-sida-au-benin-vers-la-relecture-de-la-loi-portant-prevention-et-prise-en-charge-des-deputes-outilles> (consulté le 5 juillet, 2025)
- ³³ <https://www.incb.org/incb/fr/news/activities/activities.html> (consulté le 30 juin, 2025)
- ³⁴ <https://www.globalcommissionondrugs.org/wacd> (consulté le 17 février, 2025)
- ³⁵ WACD (2014), op.cit.
- ³⁶ WACD (2018), Loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'Ouest : Un outil pour les décideurs politiques
- ³⁷ <https://www.wadpn.org/fr/about-us> (consulté le 17 février, 2025)
- ³⁸ IDPC, WADPN (2021), Comment utiliser la Loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'Ouest : « Explicatif » 1 : Résumé des éléments clés
- ³⁹ IDPC, WADPN (2021), Comment utiliser la Loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'Ouest : « Explicatif » 2 : Guide pour le plaidoyer de la société civile

⁴⁰ SP, CNAD, PNIDC (2020-2024), Op. Cit. p. 41.

⁴¹ CNLS Togo (2023), Enquête de Surveillance de Seconde Génération du VIH couplée de la cartographie programmatique chez les populations clés (HSH, PS, UDI et détenus (ESSG PC)

⁴² CNLS Togo (2023), Ibid.

⁴³PNLS (2018), Procédures opérationnelles standardisées de prise en charge intégrée des addictions au profit des PID ayant une dépendance aux opiacés, Première édition. p. 19.

⁴⁴ Assemblée Nationale du Togo (2015), Loi N° 2015-10 du 24 novembre 2015 Portant Nouveau Code Pénal

⁴⁵ SP CNAD (2019), Plan national intégré de lutte contre la drogue et le crime (2020-2024)

⁴⁶ Portail officiel de la République Togolaise (2022), Le nouveau code de procédure pénale se précise [accédé le 23 février 2025]

⁴⁷ SP CNAD (2019), Plan national intégré de lutte contre la drogue et le crime (PNIDC) 2020-2024

⁴⁸ SP CNLS-IST (2023), La politique nationale de lutte contre le VIH et le sida, vision 2030

⁴⁹ SP CNLS IST (2023), Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2023-2026

⁵⁰ SP CNLS IST (2023), Le Plan d'action Genre et Droits humains en matière du VIH/Sida et de tuberculose au Togo : 2022-2025

⁵¹ SP CNLS IST (2023), *ibid.*, p.50

⁵² SP CNLS IST (2020), La Politique de prévention et de prise en charge du VIH chez les populations clés, 2eme édition.

⁵³ SP CNLS IST (2020), *ibid.*, p.62

⁵⁴ CNLS IST (2023), ESSG PC, Op. Cit.

⁵⁵ SP CNLS IST (2023), PSN 2023-2026. p.21

⁵⁶ SP CNLS IST (2023), PSN 2023-2026 p.17

⁵⁷ PNL (2018), Procédures opérationnelles standardisées de prise en charge intégrée des addictions au profit des PID ayant une dépendance aux opiacés, Première édition.

⁵⁸ <https://www.sida-info-service.org/questions-chemsex/>, [accédé le 23 février 2025]

⁵⁹ SP CNAD (2019), Plan national intégré de lutte contre la drogue et le crime (2020-2024).

⁶⁰ SP CNLS IST (2023), PSN 2023-2026. p. 83

⁶¹ ONUSIDA, Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. mettre fin au Sida., p. 20

⁶² ISSUP (15 mars 2021), Un nouveau programme au Togo pour renforcer la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances. [accédé le 17 février 2015]

⁶³ OMS, ONUDC (2020), Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues, p.76

⁶⁴ OMS, ONUDC (2020), *ibid.*, p. 76

⁶⁵ OMS, ONUDC (2020), *ibid.*, pp. 72-79

⁶⁶ Frontline AIDS (2020), Promouvoir la santé et les droits sexuels et de la reproduction des femmes qui consomment des drogues, Guide pour les programmes, p. 23

⁶⁷ OMS, ONUDC (2020), *Op.cit.*, p. 78

⁶⁸ SP CNLS, ONUSIDA, PNUD, (2022), Revue des textes légaux en lien avec les droits humains, le genre et le VIH et le sida au Togo

⁶⁹ SP CNAD (2019), Plan national intégré de lutte contre la drogue et le crime 2020-2024

⁷⁰ Plan International (2022), Enquête de surveillance de deuxième génération au sein des HSH et CDI, cartographie des lieux de socialisation et estimation de taille (ESDG HSH/CDI 2022).

⁷¹ CEDEAO (2024), Fourth West African Epidemiology Network on Drug Use (WENDU) Report [4eme Rapport du Réseau ouest-africain d'épidémiologie sur la consommation de drogues (WENDU)]

⁷² Gbaguidi N.A (2018) , Plan national intégré de lutte contre le trafic de drogue, l'abus de drogue et la criminalité organisée 2019-2023 (Ebauche non validée)

⁷³ CEDEAO (2024), Rapport WENDU, *op. cit.* p. 35

⁷⁴ Plan International (2022), Enquête de surveillance de deuxième génération au sein des HSH et CDI, cartographie des lieux de socialisation et estimation de taille

⁷⁵ https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2019/june/20190611_women-who-inject-drugs [consulté le 2 aout, 2025]

⁷⁶ Présidence de la République du Bénin (1997), Loi n° 97-025 du 18 juillet 1997 relative au contrôle des drogues et précurseurs

⁷⁷ Assemblée Nationale de la République du Bénin (2018), Loi n° 2018-16 portant code pénal

⁷⁸ Présidence de la République du Bénin (2022), Loi 2018-16 portant code pénal en République du Bénin tel que modifié par la loi 2022-37

⁷⁹ Présidence de la République du Bénin (1999), Décret 1999-162 portant création, composition, attributions et fonctionnement du comité interministériel de lutte contre l'abus des stupéfiants et des substances psychotropes

⁸⁰ Présidence de la République du Bénin (2020), Loi 2020-23 modifiante et complétant la Loi 2012-15 du 18 mars 2013, modifiée, portant code de procédure pénale en République du Bénin

⁸¹ Présidence de la République du Bénin (2018), Loi 2018-13 modifiant et complétant la loi n° 2001-37 du 27 août 2002 portant organisation judiciaire en République du Bénin modifiée et création de la cour de répression des infractions économiques et du terrorisme

⁸² Gbaguidi N.A (2018) , Plan national intégré de lutte contre le trafic de drogue, l'abus de drogue et la criminalité organisée 2019-2023 (Ebauche non validée)

⁸³ OMS (2004), Neuroscience of psychoactive substance use and dependence (Neurosciences : Usage de substances

psychoactives et dépendance).

⁸⁴ SP CNLS IST (2023), Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2023-2026

⁸⁵ SP CNLS (2023), Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2023-2026, p.12

⁸⁶ SP CNLS (2023), Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2023-2026, p.55

⁸⁷ ONUSIDA, Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. mettre fin au Sida., p.20

⁸⁸ OMS (2022). Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030, P.16

⁸⁹ Gbaguidi N.A (2018) , Plan national intégré de lutte contre le trafic de drogue, l'abus de drogue et la criminalité organisée 2019-2023 (Ebauche non validée)

⁹⁰ Plan International (2022), ESDG HSH CDI, p.132

⁹¹ Plan International (2022), ESDG HSH CDI, p.150

⁹² Plan International (2022), Ibid., p.148

⁹³ SP CNLS IST (2023), Op.cit., p.30

⁹⁴ SP CNLS IST (2023), Ibid., p.30

⁹⁵ Plan International (2022), Op. cit., p.148

⁹⁶ SP CNLS IST (2023), Op.cit., p.44

⁹⁷ Présidence de la République du Bénin (1999), Décret 1999-162 portant création, composition, attributions et fonctionnement du comité interministériel de lutte contre l'abus des stupéfiants et des substances psychotropes

⁹⁸ Présidence de la République du Bénin (2024), Décret 2024

⁹⁹ SP CNLS IST (2023), Op.cit.,p.96

¹⁰⁰ ONUDC, OMS (2022), Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues, p.76

¹⁰¹ ONUDC, OMS (2022), Ibid., p.75-79

¹⁰² Frontline AIDS (2020), Promouvoir la santé et les droits sexuels et de la reproduction des femmes qui consomment des drogues, Guide pour les programmes, p.23

¹⁰³ OMS, ONUDC (2022), Op.cit., p. 78

¹⁰⁴ <https://efpj.bj/>

¹⁰⁵ Présidence de la République du Bénin (1990), Loi n° 90-032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin

¹⁰⁶ ONUSIDA, (2019), Health, rights and drugs: harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs (Santé, droits et drogues : réduction des risques, décriminalisation et zéro discrimination pour les personnes usagères de drogues)

¹⁰⁷ ONUDC, Les Conventions internationales relatives au contrôle des drogues

¹⁰⁸ WACD (2018), Loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'Ouest : Un outil pour les décideurs politiques, p.2

¹⁰⁹ WACD (2018), Op.cit.

¹¹⁰ Nations Unies (1988), Commentaire de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, E/CN.7/590, p. 74

¹¹¹ WACD (2018), Loi type sur les drogues pour l'Afrique de l'Ouest : Un outil pour les décideurs politiques, p. 120.

¹¹² WACD (2018), ibid.

¹¹³ WACD (2018), ibid., p. 61.

¹¹⁴ ONUDC (2025), « Special points of interest », World Drug Report 2025 (Principaux points d'intérêt, Rapport mondial sur les drogues 2025), p. 7

¹¹⁵ WACD (2018), op. cit. p. 54

¹¹⁶ WACD (2018), ibid, p. 40

¹¹⁷ ONUDC, OMS (2021), Traitement et prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues qui sont en contact avec le système de justice pénale - Mesures alternatives à la condamnation ou à la sanction pénale, p. 43

¹¹⁸ ONUDC (2009), De la coercition à la cohésion : Traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé, et non les sanctions, Document de synthèse issu d'un atelier scientifique, p. 1

¹¹⁹ OSF (2011), Drug Policy in Portugal The Benefits of Decriminalizing Drug Use, p.29-30

¹²⁰ Transform Drug Policy Foundation (2021), Drug decriminalisation in Portugal : Setting the record straight (Décriminalisation des drogues au Portugal : remettre les pendules à l'heure), et ONUDC, OMS (2021), Traitement et prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues qui sont en contact avec le système de justice pénale - Mesures alternatives à la condamnation ou à la sanction pénale, pp. 46-47.

¹²¹ Assemblée Générale des Nations Unies (1990), Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo), A/RES/45/1100,

¹²² <https://defimedia.info/drug-users-administrative-panel-la-rehabilitation-remplace-la-repression-sous-conditions> [consulté le 1er février, 2025] ; Government Gazette (2022), The Dangerous Drugs Amendment Act 2022

¹²³ OMS (2004), Neurosciences : Usage de substances psychoactives et dépendance.

¹²⁴ WACD (2017), Harmoniser la législation sur les drogues en Afrique de l'Ouest - Pour des normes minimales : Document de référence de la WACD No. 9, p. 21.

¹²⁵ Centre for Addiction and Mental health (CAMH) (2010), La toxicomanie: Guide d'information.

¹²⁶ CAMH (2010), op. cit., p. 34.

¹²⁷ ONUDC, OMS (2021), Traitement et prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues qui sont en contact avec le système de justice pénale - Mesures alternatives à la condamnation ou à la sanction pénale, p. 29

¹²⁸ WACD (2017), Harmoniser la législation sur les drogues en Afrique de l'Ouest - Pour des normes minimales : Document

de référence de la WACD No. 9, p. 18.

¹²⁹ ONUDC OMS (2021), op. cit., pp. 25-30

¹³³ Association pour la prévention de la torture, Togo : Des «audiences foraines» pour lutter contre la surpopulation carcérale [consulté le 1er février 2025]

¹³⁴ SP CNLS IST (2023), Op.cit., p. 30

¹³⁵ CNLS IST (2023), ESSG PC, Op. Cit.

¹³⁶ Frontline AIDS (2020), Promouvoir la santé et les droits sexuels et de la reproduction des femmes qui consomment des drogues, Guide pour les programmes

¹³⁷ OMS, ONUDC (2020), Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues, p.72-79

¹³⁸ info@wadpn.org

¹³⁹ IDPC, Informations sur l'adhésion au réseau [Consulté le 22 février, 2025]

¹⁴⁰ Inscription à la newsletter d'IDPC

¹⁴¹ Inscription à la newsletter de WADPN

¹⁴² IDPC, Cours [en ligne] sur la décriminalisation des drogues [Consulté le 22 février, 2025]. (Le cours est disponible en ligne jusqu'au 31.03.25 uniquement, dû à la restriction des financements de l'USAID, mais IDPC est en pourparlers avec diverses organisations afin de relancer ces formations en ligne.

¹⁴³ ONUDC, INPUD, ONUSIDA, PNUD, OMS, USAID (2017), Op. Cit. .

¹⁴⁴ <https://africanpud.org/> [consulté le 22 février 2025]

¹⁴⁵ SP CNLS IST (2023), Le Plan d'action Genre et Droits humains en matière du VIH/Sida et de tuberculose au Togo : 2022-2025, p

¹⁴⁶ CNLS-IST, ONUSIDA (2021), Rapport de l'enquête Index de la Stigmatisation (Index Stigma) 2.0 des personnes vivant avec le VIH au Togo

¹⁴⁷ SP CNLS, ONUSIDA, PNUD, (2022), op. cit.

¹⁴⁸ SP CNLS IST (2023), Le Plan d'action Genre et Droits humains en matière du VIH/Sida et de tuberculose au Togo : 2022-2025, p

¹⁴⁹ https://www.unaids.org/fr/resourceresources/presscentre/featurestories/2019/june/20190611_women-who-inject-drugs (consulté le 2 août, 2025)

¹⁵⁰ Frontline AIDS (2020), Promouvoir la santé et les droits sexuels et de la reproduction des femmes qui consomment des drogues, Guide pour les programmes

¹⁵¹ OMS, ONUDC (2020), Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues, pp. 72-79

¹⁵² ONUDC, INPUD, ONUSIDA, PNUD, OMS, USAID (2017), Mettre en oeuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les PUDI : conseils pratiques pour des interventions collaboratives.

¹⁵³ info@wadpn.org

¹⁵⁴ IDPC, Informations sur l'adhésion au réseau [Consulté le 22 février 2025]

¹⁵⁵ Inscription à la newsletter d'IDPC

¹⁵⁶ Inscription à la newsletter de WADPN

¹⁵⁷ IDPC, Cours [en ligne] sur la décriminalisation des drogues [Consulté le 22 février 2025]

¹⁵⁸ ONUDC, INPUD, ONUSIDA, PNUD, OMS, USAID (2017), Op. Cit. .

¹⁵⁹ <https://africanpud.org/> [consulté le 22 février 2025]

¹⁶⁰ Plan International (2022), ESDG HSH CDI, op. cit. p. 160





Ce document a été élaboré par:

● Consultant in HIV/Aids & Drug Policy Projects
Editor/Copywriter/Translator

☎ +230 57 98 72 98
✉ nathalie.rose.
✉ nathalierose06@gmail.com
👤 nathalie rose, mauritius
📍 island mauritius, indian ocean

nathalie
rose

