

Table-ronde 4

Le renforcement de la coopération régionale en termes de lutte, d'harmonisation des droits et de prise en charge

Jean-Pierre COUTERON

Psychologue clinicien, Président de la Fédération Addiction

Cédric Gustave DODIN

Juge à la Cour suprême des Seychelles

Rehnu GOWRY-BHURRUT

Principal State Counsel, Bureau du Directeur des poursuites pénales mauricien

Mathilde LECHAUVE

Commissaire de police, Direction départementale de la sécurité publique de La Réunion

Bruno MESLET

Conseiller médical Agence Régionale de Santé - Océan Indien

Brian TOURRE

Chargé de mission MILDECA à la Préfecture de Mayotte

Représentant du sous-préfet de Mayotte

Parler de coopération régionale c'est envisager une coopération entre les principaux pays de l'océan Indien occidental à savoir Les Comores, Les Seychelles, Madagascar, l'Ile Maurice, Mayotte et La Réunion. Il s'agit d'une zone géographique particulière car essentiellement maritime.

Il y a forcément des échanges entre ces divers pays, échanges de personnes – parfois toxicomanes – qui circulent d’une île à l’autre, échanges de stupéfiants au travers des trafics. Il existe donc un double enjeu. En premier lieu, assurer aux personnes aux conduites addictives qui circulent dans la zone la meilleure prise en charge par une harmonisation de la réduction des risques et des législations pénales concernant l’usage de stupéfiants. En second lieu, construire une coopération entre les divers services de police / gendarmerie / douanes des pays de la zone afin de lutter contre les trafics de la manière la plus efficace qui soit.

Il est question de faire travailler ensemble des pays différents pour construire une coopération régionale sur la problématique des addictions. A l’évidence plusieurs questions se posent : quelles sont les difficultés à appréhender et éventuellement comment les résoudre (I) ? Comment faire, comment penser cette coopération et dans quel cadre construire un réseau (II) ?

I.- Quelles difficultés à appréhender et comment les résoudre ?

Renforcer la coopération entre les Etats pour assurer une meilleure prise en compte des personnes aux conduites addictives mais également pour lutter contre les trafics se heurte à certaines difficultés de plus ou moins grande ampleur.

D’une part, les systèmes juridiques / judiciaires / législatifs des différents pays de la zone ne sont pas identiques (A) et, d’autre part, certaines questions diplomatiques peuvent venir freiner les tentatives de coopération (B).

A.- L’existence de différences entre les législations des pays de la zone en matière de lutte contre le trafic et l’usage de stupéfiants

De culture anglophone pour certains, de culture francophone pour d’autres, les pays de la zone connaissent des différences quant au cadre des enquêtes policières et des procédures judiciaires (1) et des différences quant à l’appréhension judiciaire des addictions (2).

1 – Différences quant au cadre des enquêtes policières et des procédures judiciaires

Les forces de l'ordre, police et gendarmerie, participent à la coopération régionale au travers de la Commission de l'Océan Indien¹ au sein de laquelle quelques dispositifs se sont mis en place.

La coopération la plus évidente est la coopération opérationnelle c'est-à-dire la coopération en termes de formation ou d'entraînement des forces avec des échanges de policiers, de gendarmes ou douaniers réunionnais qui vont dans des pays de la zone et vice-versa. Des échanges commencent également à se faire - et c'est une volonté politique de part et d'autre -, en termes d'informations. Le mot « information » est important parce qu'il s'agit de quelque chose qui n'est pas vérifié à la différence du « renseignement judiciaire » qui est quelque chose d'avéré. C'est une coopération « facile » car il n'y a pas de lien d'autorité, de risque de déperdition, d'intervention dans les enquêtes.

Nous sommes actuellement au stade de la communication informelle (sans que ces échanges ne s'inscrivent nécessairement dans des procédures). S'agissant de la coopération en termes de lutte contre les trafics de stupéfiants, même si une volonté de collaborer plus en amont existe, la limite - atteinte pour le moment - est le respect de la différence des systèmes procéduraux et/ou des systèmes d'enquêtes policières qui ne fonctionnent pas de la même façon.

Pour ne donner que quelques exemples :

– le fonctionnement sur les délais de garde à vue, sur les délais de procédure, sur le suivi des enquêtes dans chaque pays de la zone n'est pas identique ;

– les règles quant aux modalités d'arrestation, aux modalités de détention que ce soit pour les gardes à vue ou pour la détention provisoire en attendant un procès, etc. peuvent varier ;

– il existe une obligation, pour les enquêteurs français, policiers ou gendarmes, quand ils interviennent, de toujours agir sous l'autorité du procureur de la République ;

– il existe une distinction entre les pays de la zone qui « disposent » d'un juge d'instruction et ceux qui ne connaissent pas cette institution.

¹ La COI est une organisation intergouvernementale réunissant cinq pays de l'océan Indien - Maurice, Madagascar, l'Union des Comores, Les Seychelles, La Réunion/France -.

Dès lors, à partir du moment où on intervient dans une procédure judiciaire, on doit nécessairement passer par la coopération internationale qui est assez normée et donc passer par une demande d'entraide internationale.

Même l'échange de renseignements reste difficile.

Ainsi, par exemple, l'interpellation de personnes à l'Ile Maurice puis l'identification du réseau sur La Réunion, et inversement, posent des difficultés.

De même, lorsqu'un policier français / réunionnais donne un enseignement à un policier mauricien, il va obligatoirement – en application du droit mauricien - être cité à comparaître devant le tribunal ce qui pose tout de suite un problème de politique étrangère avec tous les risques que cela peut entraîner.

Remarques / recommandations / propositions du public ou des intervenants de la table-ronde :

S'est tenue aux Seychelles, il y a deux ans, sous l'égide de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), une réunion rassemblant des procureurs, des juges et des experts en matière de conseil juridique de certains pays de la zone de l'Afrique du Sud. Le but de cette rencontre a été de regrouper les praticiens du droit pour partager des informations, établir un système d'échanges de renseignements, travailler pour harmoniser les lois, promouvoir la formation des enquêteurs, s'engager avec d'autres acteurs qui participent déjà à la lutte contre les stupéfiants.

L'idée serait de créer un réseau similaire pour la région océan Indien dans le cadre de la Commission de l'Océan Indien. Il s'agirait de rassembler les juristes - procureurs, présidents de cours, avocats - afin qu'ils puissent travailler et partager des informations liées aux trafics de stupéfiants mais également échanger sur leurs procédures et institutions pénales respectives afin que chacun comprenne mieux le système judiciaire des autres. Dans la zone océan Indien, il existe un modèle qui a fait ses preuves aux Seychelles : *le Regional center of intelligence coordination for anti piracy*. Ce centre régional permet aux juristes de la région de travailler sur le crime maritime, surtout la piraterie. Il pourrait être intéressant de s'en inspirer.

2 – Différences quant à l'appréhension judiciaire des addictions

Chaque pays de la zone montre une approche judiciaire des addictions plus ou moins répressive ou plus ou moins sanitaire et réhabilitante faisant des usagers tantôt des délinquants à sanctionner, tantôt des malades à soigner et réinsérer. Ainsi, on constate que :

– les peines encourues pour usage de stupéfiants peuvent être particulièrement strictes dans certains Etats et beaucoup plus « douces » dans d'autres² ;

– il peut exister ou non, selon les Etats, des mesures alternatives aux poursuites, prenant en compte la spécificité de la personne toxicomane³ ;

– dans un but sanitaire mais également de réinsertion et de réadaptation, peuvent parfois être prononcées des mesures alternatives à l'incarcération (suivi d'un traitement approprié ou de soins thérapeutiques, ou encore paiement d'une amende ou exécution d'un travail d'intérêt général)⁴ ; de telles mesures n'existent pas dans tous les Etats, et même lorsqu'elles existent au sein du *corpus* juridique, elles ne sont pas nécessairement appliquées⁵ ;

² Quelques exemples :

- à Madagascar, les peines vont de 5 à 10 ans d'emprisonnement (art. 115 de la loi de 1997) ;
- en France « *l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende* » (art. L.3421-1 du Code de la santé publique) ;
- à l'Ile Maurice l'usage de stupéfiant est réprimé par une amende de 50 000 roupies ou d'une peine d'emprisonnement n'excédant pas deux ans (Dangerous Drugs Act 2000 ; voir J. MOUTOU-LECKNING, « Approche du droit comparé dans la zone Océan Indien - Exemple du droit mauricien », *ce colloque*).

³ Quelques exemples :

- en France il existe des alternatives aux poursuites en acceptant de faire un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants ou encore en acceptant de se soumettre à une injonction thérapeutique ;
- aux Seychelles « *une personne raisonnablement soupçonnée par un officier d'être en possession d'une drogue contrôlée ou d'une plante de cannabis en quantité infime indiquant que la drogue est destinée à sa consommation personnelle, peut être formellement averti conformément au présent article comme alternative à la poursuite* » (section 41, Misuse of Drugs Act, 5 avril 2016, diaporama de M. Cedric Gustave GODIN).

⁴ Quelques exemples :

- aux Seychelles, lorsqu'un individu assume la pleine responsabilité de ses actes, il « *ne doit pas être stigmatisé en tant que délinquant* » et « *un utilisateur de drogue de cette catégorie ne devrait pas être condamné par la cour ou si il est condamné il ne devrait pas être condamné à l'emprisonnement à moins que la cour soit convaincu qu'il n'y a pas d'autre alternative à l'emprisonnement* » ; la cour peut ainsi envisager « *l'accès à tous les programmes disponibles de traitement, d'éducation, de réhabilitation et de réinsertion sociale requis* » (section 38, Misuse of Drugs Act, 5 avril 2016, diaporama de M. Cédric Gustave GODIN) ;
- en France les décisions de justice peuvent comporter une obligation de soins dans le cadre du sursis probatoire.

⁵ Au cours de la table-ronde 2, il a été mentionné qu'à Madagascar les usagers peuvent encourir une peine allant de 5 à 10 ans d'emprisonnement mais que le tribunal pouvait proposer en « *remplacement ou en complément un traitement ou des soins appropriés* » (art. 115 de la loi de 1997) mais que la seconde alternative n'était pas appliquée.

– il peut arriver qu’une substance soit autorisée dans un Etat et pas ailleurs. Cette éventualité se présente souvent avec l’apparition de nouveaux produits de synthèse – et on pense à la « chimique » – mais également avec des produits pharmaceutiques tel le « *subutex* » par exemple, autorisé en France où il est délivré sur ordonnance, mais interdit car considéré comme un stupéfiant à l’Ile Maurice⁶.

Ces différences de régimes juridiques et les diverses approches des produits stupéfiants ont nécessairement des répercussions sur la réduction des risques⁷.

Ceci est d’autant vrai plus que la mise en place de cette dernière – mise en place des traitements de substitution aux opiacés ou des programmes de libéralisation de l’accès aux seringues par exemple – ne s’est pas fait avec la même ampleur et à la même vitesse dans chaque Etat de la zone. Une telle situation n’est pas propre aux pays de la zone océan Indien. Elle s’est rencontrée au sein de la Communauté européenne, chaque Etat européen ayant une approche plus ou moins avancée de la réduction des risques. A l’époque, ces différences se sont révélées, de manière très pratique, en cas de circulation des voyageurs à travers l’Europe et c’est petit à petit qu’il a fallu aménager des solutions.

La question est de savoir maintenant comment harmoniser les différentes approches judiciaires des addictions dans la zone, comment faire pour que lutte contre les addictions et prise en compte de la réduction des risques « travaillent » ensemble, sans tout changer ni brusquer personne.

Remarques / recommandations / propositions du public ou des intervenants de la table-ronde :

Il faut un travail de réflexion autour des différentes législations mais, pour avancer, il faut se poser les questions ensemble, à la fois soignants mais aussi praticiens du droit. Pour cela, il faut du temps pour réfléchir sur les différences en termes de droit pénal de fond (*qu’est-ce qu’un stupéfiant ? qu’est-ce qu’on réprime : l’usage ? le trafic ?*) et un temps aussi pour réfléchir sur la procédure.

On ne peut pas faire l’économie d’une réflexion collégiale pour aborder ensemble de manière satisfaisante un vrai réseau efficace sur la zone océan Indien qui devrait aller progressivement dans le même sens.

⁶ Les personnes qui introduisent ce produit à l’Ile Maurice encourent jusqu’à 60 ans d’emprisonnement.

⁷ Voir au cours de la table-ronde 2, l’exemple quant aux difficultés pour un patient mauricien, bien que détenteur d’une ordonnance valable dans son pays d’origine, d’obtenir un traitement de substitution aux opiacés à La Réunion faute de législation compatible.

B.- L'existence de difficultés au niveau diplomatique

Située au cœur du canal du Mozambique, Mayotte connaît une situation politique particulière puisqu'au moment de l'indépendance des Comores elle a décidé, par référendum, de rester française et a obtenu depuis 2011 le statut de département. Si la France et l'Union des Comores entretiennent des relations étroites, sur le plan économique et culturel, il subsiste de fortes tensions quant au statut de Mayotte, l'île étant toujours revendiquée par le gouvernement comorien.

Mayotte doit faire face, depuis plusieurs années, à des problèmes de sécurité, des problèmes de délinquance, des problèmes d'immigration clandestine et des problèmes de trafic de drogue importants⁸.

Si on réfléchit à la thématique de la coopération régionale avec Les Comores se pose tout de suite la question, et le contexte de Mayotte le montre avec les *kwassa-kwassas* qui arrivent tous les jours, des relations diplomatiques tendues entre le gouvernement comorien et le gouvernement français.

Par exemple, récemment, après la feuille de route négociée entre le ministre des affaires étrangères et le gouvernement comorien il y a eu une levée de boucliers de la population et des élus au niveau de Mayotte, notamment sur la question des visas d'entrée entre Les Comores et Mayotte.

La question du contrôle des marchandises forcément va se heurter à ces questions diplomatiques et de coopération entre Mayotte et les Comores qui sont les principales voies d'échange entre les territoires de l'océan Indien et Mayotte.

II.- Comment peut-on penser cette coopération ? Dans quel cadre construire un réseau ?

Quand on parle de coopération, il existe différents leviers possibles de manière générale (A). Par où peut-on passer pour développer la coopération régionale plus spécifiquement sur les addictions ? (B).

⁸ Dans la lutte contre les stupéfiants il n'y a pas de brigade de stupéfiants ni sur la délinquance juvénile. Donc pas d'outils pour travailler sur la question des saisies de stupéfiants. Néanmoins, quand on regarde les chiffres avancés par l'ORS récoltés auprès des forces de l'ordre : sur le « bangué » plus de 113 kilos en 2015 et sur la « chimique » qui se développe saisie de 170 grammes de produit pur en 2016 et un demi kilo en 2017.

A.- Quels sont les grands leviers de coopération disponibles d'un point de vue général ?

Il s'agit d'abord de la coopération bilatérale qui est la coopération traditionnelle dans laquelle la France appuyait traditionnellement certains pays en voie de développement. Ceci a été l'historique de la coopération avec le Ministère de la coopération et les pays africains.

Mentionnons ensuite la coopération multilatérale par laquelle il s'agit, pour plusieurs Etats, de mettre des fonds en commun par le biais d'organismes d'intégration ou d'institutions internationales. Tel est le cas, fin des années 90, du Fonds mondial qui intervient sur la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, du Fonds GAVI⁹ sur la vaccination et du Fonds MUSKOKA sur la santé de la mère et de l'enfant – pour ne prendre que des exemples liés à la santé. Un grand tournant, dans les années 2000, a été le moment où l'on est passé de 70% de coopération bilatérale et 30% de coopération multilatérale à l'inverse.

Il faut également citer la coopération décentralisée qui consiste en une coopération entre une ou plusieurs collectivités territoriales/locales françaises avec des collectivités territoriales/locales d'autres Etats au travers de relations amicales, jumelages, aide au développement, etc...

Le dernier grand pivot constitue tout le travail des organisations non gouvernementales (ONG) portées sur des thèmes particuliers.

Quels sont les outils pertinents en matière de lutte contre les addictions et les trafics de substances illicites ?

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA peut être un levier intéressant dans la mesure où on a pu constater un nombre important de cas de SIDA aux Seychelles et à l'Ile Maurice. Grace au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, on peut travailler en faveur de la réduction des risques mais, dans le cadre général, on n'a pas de thème spécifique sur les addictions pour l'instant dans la région.

B.- Comment développer la coopération régionale plus spécifiquement sur les addictions ?

Différents outils peuvent être mobilisés :

* Le premier outil se situe au niveau de chaque ambassade. Il s'agirait de mobiliser le fonds social de développement, instrument permettant de faire monter en puissance les initiatives de la société civile, d'appuyer les initiatives des

⁹ *Global Alliance for Vaccines and Immunization.*

associations locales, en les aidant financièrement dans la réalisation de leurs projets. *In situ*, on peut s'appuyer sur des associations qui travaillent sur la prise en charge des toxicomanies.

Encore faut-il rencontrer les personnes, notamment le conseiller de coopération régionale, et discuter avec lui car ce fonds de coopération. Précisons que ce fonds social de développement, n'est pas spécifique à la santé.

* Le deuxième outil, localisé au niveau des préfetures, peut être le fonds de coopération régionale. Sur la zone, il existe une spécificité qui est que La Réunion et Mayotte disposent chacun de leur fonds de coopération régionale. Ces fonds, qui concourent aux actions de coopération économique, sociale et culturelle, sont alimentés par des crédits de l'Etat.

C'est un outil très intéressant car il a pour mission de favoriser l'expertise française et le soutien aux pays voisins dans l'océan Indien. Le fonds de coopération régionale encourage ainsi, en les finançant, les initiatives locales, privées ou publiques, en matière de coopération avec les pays de la zone dans divers domaines - environnement, formation et expertise, éducation, santé, etc. -. La lutte contre les addictions et la construction d'un réseau pourraient être des thèmes porteurs en réponse à des appels à projets sur ces deux fonds.

* Il est également possible de sensibiliser la Commission de l'Océan Indien (COI), instance regroupant cinq pays de l'océan Indien - Maurice, Madagascar, l'Union des Comores, Les Seychelles, La Réunion/France -. Les membres de cette organisation régionale intergouvernementale se rencontrent, définissent des thèmes prioritaires de coopération diplomatique, économique et commerciale, culturelle et scientifique. Si la Commission accompagne des problématiques variées, non spécifiquement relatives à la santé et aux addictions, la problématique « santé » n'est pas oubliée et certains projets ont abouti.

En effet, suite à l'épidémie de chikungunya à laquelle les pays membres n'étaient pas préparés et face aux risques sanitaires partagés, a été mis en place un réseau de surveillance épidémiologique et de gestion des alertes de l'océan Indien (réseau SEGA) et le projet RSIE (Réseau surveillance et investigations des épidémies). Le projet « RSIE - réseau SEGA » a donné lieu à des échanges de données et à la mise en réseau des services de surveillance des maladies des cinq Etats membres. Il a appuyé tout un travail de soutien dans les interventions dans les Etats membres, avec un pool d'experts régionaux mobilisables rapidement. Ce réseau est financé par l'Agence Française de Développement mais également par la banque française de développement (La COI est donc capable de mobiliser divers bailleurs de fonds et n'est pas nécessairement dépendante de la coopération française).

Il pourrait y avoir une opportunité de collaboration avec la COI à envisager autour de la création d'un réseau addictions océan Indien.

* Une autre piste pourrait conduire à prendre appui sur la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) qui anime et soutient les efforts des partenaires publics et privés dans tous les domaines de la lutte contre les drogues et les toxicomanies.

L'action de la MILDECA a pu, par le passé, tendre vers une politique tantôt en faveur de la répression, tantôt en faveur du soin, selon des inclinaisons plus ou moins sécuritaire ou sociale. La MILDECA peut assurément être un atout dans la constitution d'un réseau *Addicto OI*. En effet, à La Réunion et à Mayotte, comme dans chaque préfecture, la MILDECA s'appuie sur un chef de projet chargé de relayer son action. Ces personnes peuvent être force de proposition pour la cohésion sociale et le soin.

L'intérêt d'une approche *via* la MILDECA est qu'il s'agit d'un organisme interministériel avec des représentants du ministère de la santé, du ministère de l'intérieur, du ministère des affaires étrangères et de la diplomatie. Il s'agit donc d'un outil qui peut permettre de poser l'ensemble des questions soulevées sur un territoire donné. Ceci est d'autant plus vrai que le nouveau Président de la MILDECA¹⁰ a fait de la réorganisation des politiques territoriales l'un des objectifs de son mandat.

Au niveau de La Réunion, depuis 2017, deux idées forces sont apparues dans la politique de la MILDECA : d'une part, il a été décidé de construire un réseau des acteurs de la MILDECA sur le territoire réunionnais (*ce colloque, soutenu par la MILDECA, entend précisément œuvrer au renforcement du réseau des professionnels qui prennent en charge les addictions à La Réunion et dans la zone*) et, d'autre part, il est question de l'ouverture de La Réunion sur son espace géographique proche. Il existe dès lors un terrain propice à la constitution d'un réseau *Addicto OI* soutenu par la MILDECA.

Remarques / recommandations / propositions du public ou des participants à la table-ronde :

Si les outils et les possibilités budgétaires semblent exister en vue de la constitution d'un réseau *Addicto OI*, le défi est important : il faut mettre autour de la table des personnes qui n'ont pas aujourd'hui les mêmes pratiques – différences de pratiques entre les soignants des différents pays mais également au sein d'un même Etat – ni les mêmes règles juridiques.

¹⁰ Nicolas PRISSE, médecin de santé publique et médecine sociale, a pris ses fonctions le 1^{er} mars 2017.

Sans doute faut-il également régler les difficultés identifiées, en France, s'agissant de l'articulation entre l'approche de la réduction des risques et l'approche pénale, pour parler de façon plus claire aux autres Etats de la zone.

Il conviendrait également de permettre aux personnes qui circulent d'un lieu à l'autre, d'un pays à l'autre, de recevoir des traitements de substitution. La politique de réduction des risques devrait être harmonisée pour permettre la libre circulation des personnes.

Il semble important de souligner qu'associer des personnes *via* un réseau nécessite de respecter les différences actuelles pour converger progressivement vers un système davantage harmonisé. Il faut connaître et accepter l'état du droit et des pratiques dans chaque Etat et s'entendre sur les évolutions possibles.

Sur la zone océan Indien, ce travail sur la question des addictions s'inscrira dans la durée. Il faut que les approches des soignants, dans leur diversité, ne disqualifient pas les approches de maintien de la loi (chaque pays fixant le niveau de ce qui est acceptable). De l'autre côté, les actions de maintien de la loi ne doivent pas venir empêcher la pratique de la réduction des risques. Tout l'intérêt du travail de laisser circuler les outils de soins et les outils de prise en charge complémentaire, c'est justement que l'action de l'un ne disqualifie pas l'action de l'autre et d'arriver à faire que localement, sans se disqualifier, les actions des soignants et du droit se complètent.