



Assemblée générale

Distr. générale
6 août 2010
Français
Original : anglais

Soixante-cinquième session

Point 69 b) de l'ordre du jour provisoire*

**Promotion et protection des droits de l'homme :
gestions relatives aux droits de l'homme, y compris
les divers moyens de mieux assurer l'exercice effectif
des droits de l'homme et des libertés fondamentales**

Droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre aux membres de l'Assemblée générale le rapport soumis par Anand Grover, Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, conformément à la résolution 6/29 du Conseil des droits de l'homme.

* A/65/150.



Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Résumé

Le système international actuel de lutte contre les drogues vise à l'instauration d'un monde sans drogues, en ayant recours, presque exclusivement, à des politiques de répression et des sanctions pénales. L'échec de cette approche est toutefois de plus en plus évident, principalement du fait qu'elle ne tient pas compte des réalités de l'usage de drogues et de la toxicomanie. Alors que les drogues ont un effet néfaste sur la vie des individus et la société, ce régime trop répressif n'a pas atteint ses objectifs en matière de santé publique et a entraîné d'innombrables violations des droits de l'homme.

La menace de sanctions pénales peut dissuader les consommateurs de drogues d'accéder aux services disponibles, voire les empêcher d'accéder aux soins de santé dans leur ensemble. La criminalisation et les pratiques trop répressives entravent également les initiatives de promotion sanitaire, perpétuent la stigmatisation et augmentent les risques sanitaires auxquels des populations entières – et pas seulement les consommateurs de drogues – peuvent être exposées. Dans certains pays, les personnes qui se droguent sont incarcérées et/ou contraintes de suivre un traitement. En outre, le régime international actuel de contrôle des drogues limite inutilement l'accès aux médicaments essentiels, ce qui porte atteinte à la jouissance du droit à la santé.

L'objectif premier du régime international de contrôle des drogues, tel qu'exposé dans le préambule de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, est la santé physique et morale de l'humanité, mais l'approche actuelle du contrôle de la consommation et de la détention de drogues va à l'encontre de cet objectif. Une mise en œuvre généralisée des interventions visant à réduire les risques associés à l'utilisation de drogues (initiatives de réduction des risques) et la décriminalisation de certaines lois régissant la lutte contre les drogues amélioreraient manifestement la santé physique et morale des consommateurs de drogues et de la population en général. De plus, les entités et les États Membres des Nations Unies devraient adopter une stratégie de lutte contre les drogues fondée sur le droit à la santé, encourager la cohérence et la communication dans l'ensemble du système, intégrer l'utilisation d'indicateurs et de directives, et envisager de créer un nouveau cadre juridique concernant certaines drogues illicites, afin de garantir le respect, la protection et l'exercice des droits des consommateurs de drogues.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	4
II. Le droit à la santé et le contrôle international des drogues	5
III. Impact de la lutte contre les drogues sur la réalisation du droit à la santé	8
A. Réticence à l'accès aux services et au traitement	9
B. Discrimination et stigmatisation	9
C. Augmentation des risques lors de l'utilisation de drogues	10
D. Impact disproportionné sur les communautés vulnérables et marginalisées	11
IV. Traitement obligatoire de la toxicomanie et infractions au droit à la santé	12
V. L'accès aux médicaments placés sous contrôle	14
VI. Une stratégie de lutte contre les drogues fondée sur les droits de l'homme	18
A. Réduction des risques et traitement fondé sur des données factuelles	18
B. Décriminalisation et dépénalisation	22
C. Utilisation d'indicateurs des droits de l'homme et de directives	25
D. Cadres réglementaires possibles pour la lutte contre les drogues	26
VII. Recommandations	27

I. Introduction

1. Dans sa résolution 6/29, le Conseil des droits de l'homme prie le Rapporteur spécial de présenter un rapport intermédiaire à l'Assemblée générale. Dans sa résolution 12/24, le Conseil encourage également le Rapporteur spécial à intégrer, dans le cadre de son mandat actuel, la perspective des droits de l'homme dans l'accès aux médicaments. Le présent rapport est présenté conformément à ces demandes.

2. Depuis son dernier rapport à l'Assemblée générale (A/64/272), le Rapporteur spécial a entrepris un certain nombre d'activités visant à étendre le mandat et à sensibiliser la population mondiale au droit à la santé. Outre les missions effectuées en Australie en novembre 2009 et au Guatemala en mai 2010, le Rapporteur spécial a participé à plusieurs consultations et conférences sur le droit à la santé, notamment une consultation de parlementaires sur la santé maternelle dans la région Asie-Pacifique à Bali; une consultation de la société civile sur les travailleurs migrants et la santé organisée par le réseau Coordination of Action Research on AIDS and Mobility (CARAM-Asia) à Kuala Lumpur; l'événement Partenaires mondiaux en action : forum des ONG sur la quinzième Conférence internationale sur la population et le développement à Berlin; et la XVIII^e Conférence internationale sur le sida en juillet 2010 à Vienne.

3. Le Rapporteur spécial a également fait des discours-programmes à l'Université de New York et l'Université de Columbia; lors de la réunion des parties prenantes organisée par Human Rights Development Initiative, à Johannesburg; lors de la Conférence internationale sur la réalisation des droits à la santé et au développement pour tous, au Vietnam; lors du Sommet sur le cancer du col de l'utérus au Parlement européen, à Bruxelles; lors de la conférence sur le système judiciaire et le droit à la santé tenue à l'Université de Princeton; et lors du banquet annuel de remise de prix de la HealthRight International, à New York. Le Rapporteur spécial a en outre fait des exposés lors d'un cours sur la justiciabilité des droits économiques, sociaux et culturels à l'Institut des droits de l'homme de l'Université d'Abo Akademi, à Turku/Åbo en Finlande.

4. En mars 2009, le Rapporteur spécial a organisé une consultation de la société civile au Guatemala qui réunissait plusieurs organisations établies dans toute l'Amérique centrale. Cette consultation a été l'occasion idéale d'obtenir des informations essentielles à la bonne exécution de la mission effectuée au Guatemala en mai 2009. Le Rapporteur spécial a également pris part, à l'invitation de Save the Children, à une consultation en Afghanistan ayant pour thème spécial la santé pédiatrique et maternelle.

5. Le présent rapport examine les mesures liées, sur le plan de la demande, à la lutte contre les drogues (celles se rapportant essentiellement à la consommation et la détention de drogues) et leurs différents impacts sur la jouissance du droit à la santé. Il y est débattu de la nécessité d'axer davantage la lutte contre les drogues sur les droits de l'homme, plutôt que de poursuivre des stratégies trop répressives qui entraînent plus de risques sanitaires que ceux qu'elles visent à prévenir.

6. Le Rapporteur spécial recommande d'intégrer les droits de l'homme dans la réponse internationale à la lutte contre les drogues, grâce à l'utilisation de directives et d'indicateurs liés à la consommation et à la détention de drogues, et d'envisager la création d'un cadre réglementaire de substitution. En outre, les États Membres

devraient veiller à ce que des dispositifs de réduction des risques et des services de traitement de la toxicomanie soient accessibles aux consommateurs de drogues, et plus particulièrement aux populations incarcérées. Ils devraient également réformer les lois nationales afin de décriminaliser ou dépenaliser la détention et la consommation de drogues, et d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels placés sous contrôle.

II. Le droit à la santé et le contrôle international des drogues

7. La jouissance du droit à la santé de tous les consommateurs de drogues (et toxicomanes) s'applique indépendamment de la réalité de leur toxicomanie. Il est important de ne pas confondre la consommation de drogues et la toxicomanie. La toxicomanie est considérée comme un trouble chronique et persistant¹ entraînant une altération de la fonction cérébrale² qui peut nécessiter un traitement médical, en adoptant dans l'idéal une approche « biopsychosociale »³. En revanche, la consommation de drogues n'est pas une pathologie et n'implique pas obligatoirement une dépendance. En effet, la majorité des consommateurs de drogues ne deviennent pas dépendants et ne nécessitent aucun traitement.

8. Le droit à la santé vise, entre autres, à garantir l'accès à des installations, biens et services de qualité en matière de santé, sans discrimination notamment fondée sur le handicap physique ou mental, ou sur l'état de santé⁴. L'article 2, paragraphe 2, et l'article 3 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels interdit également toute discrimination dans la réalisation de tous les droits visés dans le Pacte. À ce titre, la consommation de drogues par un individu ne peut constituer un motif de restriction de ses droits⁵, peu importe s'il souffre d'un syndrome de dépendance avérée ou si le régime de contrôle des drogues en vigueur autorise l'emprisonnement ou d'autres sanctions. Les consommateurs de drogues et les toxicomanes jouissent des mêmes libertés et droits garantis par des instruments juridiques internationaux; pourtant les droits de ces deux groupes sont souvent violés dans le cadre du régime international actuel de contrôle des drogues.

9. Trois traités constituent le cadre juridique de base du régime international de contrôle des drogues des Nations Unies, à savoir : a) la Convention unique sur les stupéfiants (1961) amendée par le Protocole de 1972, qui consolide les précédents accords internationaux et élargit le contrôle international aux plantes telles que la marijuana, la feuille de coca et le pavot à opium; b) la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes (1971), qui fait de même pour les substance synthétiques et les précurseurs chimiques utilisés dans les drogues manufacturés, et

¹ Voir *Documents officiels du Conseil économique et social* (2010), Supplément n° 8 (E/CN.7/2010/28), p. 49.

² Organisation mondiale de la santé, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence* (Genève, 2004), p. 13 et 22.

³ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et OMS, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Genève, 2008), p. 1.

⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (2000), (E/C.12/2000/4), par. 18 et 19.

⁵ Nevanathem Pillay, Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, « High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy » (10 mars 2009). Disponible en anglais à l'adresse : www2.ohchr.org.

c) la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988), qui accroît le champ d'application et l'intensité des contrôles policiers contre les stupéfiants, et souligne la corrélation existant entre le trafic de drogue et le crime organisé⁶. À l'heure actuelle, ces traités étendent le contrôle international à des centaines de substances illicites⁷, incriminant ainsi presque tous les aspects de leur production et de leur distribution non autorisées, bien que la production, la distribution et la détention à des fins médicales et/ou scientifiques soient autorisées⁸. Ils ont été ratifiés par plus de 181 États et ont orienté l'élaboration de politiques de lutte contre les drogues à travers le monde.

10. Plusieurs organes des Nations Unies appliquent les trois traités relatifs au contrôle des drogues, et sont tenus de promouvoir et protéger les droits de l'homme identifiés dans les articles 1 et 55 de la Charte des Nations Unies. En cas de conflit entre les objectifs et approches du régime international du contrôle des drogues et ceux du régime international des droits de l'homme, il convient naturellement de donner la primauté aux obligations en matière de droits de l'homme. L'Assemblée générale a systématiquement adopté les résolutions déclarant que la lutte internationale contre les drogues doit être mise en œuvre conformément à la Charte et dans le plein respect des droits de l'homme (voir les résolutions 62/176 et 63/197).

11. Le principal objectif du régime international de contrôle des drogues est la protection de la santé physique et morale de l'humanité, en diminuant la consommation et la fourniture illicites de substances contrôlées tout en garantissant leur accès à des fins médicales et scientifiques⁹. Malgré cela, aucun examen explicite des droits de l'homme n'est proposé dans les traités, et les organes de mise en œuvre n'en font pas une priorité.

12. L'Organe international de contrôle des stupéfiants supervise la mise en œuvre des trois conventions relatives au contrôle des drogues. Il contrôle la production et le trafic illicites des drogues ainsi que l'accès aux substances contrôlées à des fins médicales et scientifiques, et a le pouvoir d'enquêter sur les gouvernements qui ne se conforment pas aux exigences des traités. La Commission des stupéfiants classe les stupéfiants et les drogues psychotropes selon différents niveaux de restriction et agit en tant qu'organe directeur du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues au sein de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD). L'Office a pour mission de « contribuer à réaliser l'objectif de la sécurité et de la justice pour tous en rendant le monde plus sûr face à la criminalité, à la drogue et au terrorisme »¹⁰.

13. Bien que les organes responsables du contrôle des drogues aient rarement pris part, dans le passé, aux débats constructifs liés aux droits de l'homme¹¹, on a assisté

⁶ E/CONF.82/15, art. 3, par. 5.

⁷ Organe international de contrôle des stupéfiants, *Liste des stupéfiants placés sous contrôle international* (48^e éd., Vienne, 2008).

⁸ Voir la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, 30 mars 1961, Recueil des Traités des Nations Unies, vol. 520, article 36.

⁹ Convention unique sur les stupéfiants de 1961, préambule et article 2.

¹⁰ A/65/6 (Prog. 13), par. 13.4.

¹¹ L'Organe international de contrôle des stupéfiants a déclaré explicitement qu'il ne débattrait pas des droits de l'homme ni ne s'engagerait auprès de la société civile : M. Koli Kouame, Secrétaire de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, conférence de presse, New York, 7 mars 2007. Webcast disponible en anglais à l'adresse : <http://157.150.195.10/webcast/pc2007.htm>

récemment à un tournant salubre vers l'intégration de stratégies fondées sur les droits de l'homme dans leur activité. L'ONUUDC a examiné les moyens possibles de mieux harmoniser la lutte contre les drogues avec la protection des droits de l'homme¹², et le Président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants a récemment rencontré pour la première fois plusieurs représentants de la société civile de manière informelle¹³. La Commission des stupéfiants a également adopté une résolution concernant la promotion des droits de l'homme dans l'application des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, et examiné les questions liées au VIH/sida et de l'accès aux médicaments dans d'autres résolutions¹⁴. Il est néanmoins évident qu'il reste encore fort à faire pour placer les droits de l'homme au centre de la lutte contre les drogues.

14. D'une manière regrettable, l'approche actuelle du contrôle international des drogues maintient que les drogues constituent un « fléau » incontestable que la communauté internationale a le devoir de combattre¹⁵. Le concept de la guerre contre les drogues est employé pour justifier les politiques et pratiques extrêmes¹⁶. Les corrélations établies entre la production de drogues et le financement de groupes armés, par exemple entre les cultivateurs d'opium et les Talibans en Afghanistan, ont renforcé le bien-fondé d'une stratégie de tolérance zéro même si ces politiques se révèlent de plus en plus inefficaces dans la réduction de l'offre et de la demande de drogues¹⁷. Par conséquent, cette approche non seulement manque à son objectif premier, à savoir prévenir les risques sanitaires liés à l'usage de drogues, mais ne permet pas non plus d'engager une véritable lutte contre les drogues.

15. L'approche fondée sur la guerre contre les drogues ne tient pas compte des réalités de la consommation de drogues et de la toxicomanie, et c'est la raison pour laquelle elle n'a pas atteint ses objectifs. Premièrement, les consommateurs de drogues continuent inéluctablement d'en faire usage, sans égard aux lois pénales, même si la dissuasion de la consommation de drogues est considérée comme la principale raison d'imposer des sanctions pénales¹⁸. Deuxièmement, la toxicomanie, contrairement à la consommation de drogues, est une pathologie qui nécessite un traitement approprié fondé sur des données factuelles – et non pas l'imposition de sanctions pénales¹⁹. Enfin, les régimes répressifs de contrôle des drogues augmentent les risques associés à l'usage de drogues en orientant les ressources vers des méthodes impropres et des solutions peu judicieuses, et en négligeant les stratégies éprouvées.

(dernier accès : le 14 février 2008).

¹² E/CN.7/2010/CRP.6.

¹³ International Drug Policy Consortium, *La Commission des stupéfiants de 2010 – Compte rendu des travaux* (Londres, 2010), p. 8 (en anglais).

¹⁴ Voir résolution 49/4 (E/CN.7/2006/10), résolution 51/12 (E/CN.7/2008/15) et résolution 53/9 (E/CN.7/2010/18).

¹⁵ Convention unique sur les stupéfiants de 1961, préambule.

¹⁶ Voir P. Gallahue, « Targeted Killing of Drug Lords: Traffickers as Members of Armed Opposition Groups and/or Direct Participants in Hostilities », *International Yearbook on Human Rights and Drug Policy*, vol. 1 (2010).

¹⁷ Commission latino-américaine sur les drogues et la démocratie, *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift* (2009), p. 7.

¹⁸ R. Bluthenthal et coll., « Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviours among injection drug users », *International Journal of Drug Policy*, vol. 10, n° 1 (1999), p. 26.

¹⁹ ONUUDC et OMS, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Genève, 2008), p. 1.

16. L'usage de drogues peut certes avoir des conséquences néfastes sur la santé, mais le Rapporteur spécial se soucie du fait que la stratégie actuelle de lutte contre les drogues fait naître plus de risques que ceux qu'elle vise à prévenir. La criminalisation de la consommation de drogues – moyen dissuasif contre l'usage, la détention et le trafic de drogues²⁰ – n'a pas produit les résultats escomptés. Au contraire, elle a perpétué les formes risquées de la consommation de drogues, tout en infligeant des sanctions disproportionnées aux usagers de drogues. Ses ramifications pour la communauté dans son ensemble, particulièrement en ce qui concerne le VIH/sida, ne sont pas moins sévères : la Déclaration de Vienne de 2010 précise que la criminalisation des utilisateurs de drogues illicites alimente l'épidémie de VIH²¹. Alors que l'objectif 6 du Millénaire pour le développement requiert des États qu'ils s'engagent à freiner et commencer à inverser la propagation du VIH/sida d'ici à 2015 (voir la résolution 55/2 de l'Assemblée générale), la criminalisation continue fait directement obstacle à plusieurs politiques multilatérales en matière de santé²².

III. Impact de la lutte contre les drogues sur la réalisation du droit à la santé

17. La santé est un droit fondamental qui est indispensable à l'exercice des autres droits fondamentaux. Les pays dont les sanctions sont trop répressives violent également les autres droits des usagers de drogues. À l'heure actuelle, 32 juridictions choisissent de condamner à la peine de mort les auteurs d'infractions liées aux drogues, et certaines d'entre elles optent systématiquement pour cette sanction²³. L'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques n'autorise la condamnation à une sentence de mort que pour les crimes les plus graves (voir la résolution 2200 A (XXI) de l'Assemblée générale). Le Comité des droits de l'homme et le Rapporteur spécial sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires ont confirmé que les infractions liées aux drogues ne remplissent pas ces critères, et que les exécutions perpétrées à ce titre constituent donc des violations du droit international des droits de l'homme²⁴.

18. La criminalisation de l'usage et de la détention de drogues entraîne la violation de plusieurs droits fondamentaux, dont le droit à la santé. Les autres violations du droit à la santé sont moins directes, mais surviennent en tant qu'effets secondaires (l'accès insuffisant aux médicaments essentiels, par exemple) de l'objectif biaisé poursuivi par le régime international de contrôle des drogues. Le Rapporteur spécial estime que chacune de ces violations découle finalement de l'accent mis de manière

²⁰ S. Friedman et coll., « Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in United States metropolitan areas », *AIDS*, vol. 20, n° 1 (2006), p. 93.

²¹ *Déclaration de Vienne*, XVIII^e Conférence internationale sur le sida (SIDA 2010), p. 1.

²² Michel Sidibé, Directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), « Parliament: The Heart of Governance », déclaration à la 122^e Assemblée de l'Union interparlementaire, Bangkok, 28 mars 2010. Disponible en anglais à l'adresse : <http://unaids.org>.

²³ Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 6/16 du 27 juillet 1982 (A/37/40, annexe V). Voir International Harm Reduction Association, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2010* (Londres, 2010), p. 11.

²⁴ Voir A/HRC/4/20, par. 53.

disproportionnée sur la criminalisation et les pratiques de répression aux dépens de la jouissance du droit à la santé et de la réduction des risques liés aux drogues.

A. Réticence à l'accès aux services et au traitement

19. Dans les pays où la « guerre contre les drogues » est menée avec zèle ou les lois anti-drogue sont appliquées rigoureusement, les toxicomanes peuvent être, et sont souvent, découragés d'accéder aux services de santé disponibles. Il est rapporté que dans certains pays, cette stratégie a renforcé le statut d'exclus de la société attribué aux consommateurs de drogues, faisant ainsi de l'usage de drogues une pratique clandestine, compromettant les interventions face à l'épidémie de VIH/sida²⁵, et décourageant les consommateurs de drogues de se faire soigner. De plus, dans les régions où les infections au VIH résultent de pratiques d'injection à risques, la séroprévalence peut atteindre 50 % chez les consommateurs de drogues injectables.

20. Les usagers de drogues peuvent éviter de se faire soigner par crainte que les informations concernant leur consommation soient communiquées aux autorités, ce qui déboucherait sur une arrestation, un emprisonnement²⁶ ou l'obligation de suivre un traitement imposé²⁷. Les registres relatifs à l'usage de drogues (où les consommateurs de drogues sont identifiés et répertoriés, et où leurs droits civiques sont restreints) peuvent également dissuader les usagers de drogues de suivre un traitement, au vu des violations de la confidentialité des patients qui sont fréquemment signalées dans ces juridictions²⁸.

21. Dans certains pays, la possession d'aiguilles, de seringues et d'autres attirails de drogué est criminalisée, ce qui est contraire aux Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme²⁹. La crainte d'une arrestation et de sanctions pénales dissuadent probablement les drogués d'accéder aux programmes d'échange de seringues usagées et d'être munis de matériel stérile, d'où l'augmentation du risque d'utilisation de matériel non stérile et de transmission de maladies. Toute législation qui sanctionne les personnes portant ce type de matériel (y compris les professionnels chargés de la prévention) a été reconnue comme étant une barrière au contrôle de l'épidémie de VIH³⁰.

B. Discrimination et stigmatisation

22. Les consommateurs de drogues sont souvent sujets à la discrimination en milieu médical. L'accès au traitement antirétroviral (ARV) peut leur être restreint :

²⁵ Programme des Nations Unies pour le développement, *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges* (Bangkok, 2004), p. 55.

²⁶ R. Jurgens et coll., « People who use drugs, HIV, and human rights », *The Lancet* (2010). Disponible à l'adresse : doi:10.1016/S0140-6736(10)60830-6, p. 3 et 4.

²⁷ A/64/272, p. 25.

²⁸ Open Society Institute, *The Effect of Drug User Registration Laws on People's Rights and Health: Key Findings from Russia, Georgia, and Ukraine* (New York, 2009), p. 16.

²⁹ Publication des Nations Unies, numéro de vente : E.06.XIV.4, p. 30.

³⁰ ONUDC, ONUSIDA et OMS, « Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission », *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use* (Genève, 2004), p. 2.

en Europe orientale, bien que 70 % des cas de VIH signalés concernent les usagers de drogues injectables, ce groupe comprend 39 % des personnes infectées par le VIH qui suivent un traitement ARV³¹. Cela peut s'expliquer par les inégalités structurelles qui entravent l'accès de ces groupes à la thérapie (le manque d'interventions ciblées, par exemple). Toutefois, plusieurs cas de personnels soignants refusant de traiter les usagers de drogues ont également été signalés³², ce qui constitue une violation directe du droit à la santé.

23. Ces personnes peuvent également se voir refuser l'accès à d'autres traitements en raison de leur consommation de drogues antérieure ou actuelle, lorsqu'il n'existe aucun élément de preuve pouvant justifier le refus de dispenser le traitement ARV. Au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord par exemple, plusieurs usagers de drogues, anciens ou actuels, n'ont pas été autorisés à suivre le traitement contre le virus de l'hépatite C (ce qui est contraire aux directives officielles), au motif qu'ils n'adhéreraient pas au traitement³³. L'adhésion au traitement n'est pas nécessairement plus faible chez les usagers de drogues et devrait être évaluée au cas par cas.

24. La stigmatisation engendrée ou renforcée par les régimes de contrôle ou de traitement à caractère répressif peut également augmenter les risques sanitaires. Les actes d'abus et de violence ciblés perpétrés par les autorités envers les usagers de drogues injectables peuvent accroître les risques de maladies physiques et mentales chez les consommateurs³⁴. Selon des statistiques, les pratiques policières, allant de la surveillance au recours à la force excessive, ciblent particulièrement les populations vulnérables et marginalisées, qui finissent par intérioriser cette souffrance sociale et devenir complices de leur propre subordination³⁵.

C. Augmentation des risques lors de l'utilisation de drogues

25. La criminalisation de l'usage de drogues augmente les risques auxquels sont exposés les consommateurs de drogues en raison de la modification des modes d'ingestion de drogues ainsi que de leur composition. Bien que la contamination avec des substances bénignes soit plus courante qu'avec les substances nuisibles³⁶, le risque résultant d'un manque total de réglementation est bien réel. Récemment, 33 cas d'anthrax imputables à de l'héroïne contaminée ont été confirmés chez les usagers de drogues en Écosse³⁷.

³¹ OMS, ONUSIDA et UNICEF, « Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé » (Genève, 2008), p. 20.

³² D. Barrett et coll., « Recalibrating the Regime », *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Report Thirteen (2008), p. 37 et 38.

³³ Ibid., p. 40.

³⁴ H. Cooper et coll., « Characterizing Perceived Police Violence: Implications for Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 7 (2004), p. 1116.

³⁵ T. Rhodes, « Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach », *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, n° 3 (2009), p. 196.

³⁶ C. Cole et coll., « CUT: A Guide to Adulterants, Bulking Agents and Other Contaminants Found in Illicit Drugs », *Centre for Public Health, Liverpool John Moores University* (Liverpool, 2010), p. 10 et 11.

³⁷ Health Protection Scotland, « Anthrax Confirmed in NHS Lothian Patient » (Glasgow, 12 avril 2010). Disponible en anglais à l'adresse : www.documents.hps.scot.nhs.uk/.

26. La criminalisation de l'usage et de la détention de drogues peut également entraîner un risque accru de maladies chez les consommateurs. Des pourcentages plus élevés de procédures de répression légale ont été associés à une prévalence du VIH plus forte chez les usagers de drogues injectables, sans pour autant constater une baisse de la prévalence de la consommation par injection³⁸. Cela s'explique probablement par le fait que les usagers de drogues adoptent des pratiques d'injection plus risquées, telles que le partage de seringues et autre matériel d'injection, l'injection hâtive, ou l'usage de drogues dans des lieux non sécurisés (ruelles, etc.) par peur d'une arrestation ou de sanctions³⁹. La préparation de drogues à la hâte afin d'échapper à la vigilance des forces de l'ordre prédispose également les usagers de drogues injectables à un risque accru d'overdose, d'accidents vasculaires et d'infections, telles que des abcès. Ces risques peuvent être intensifiés par la réticence (motivée par la crainte) à demander de l'aide pour la préparation et l'injection de drogues⁴⁰.

27. Les actes de répression et autres interventions de la police associés à la criminalisation de l'usage et de la détention de drogues se traduisent également par un déplacement des consommateurs hors des zones concernées par les programmes de réduction des risques, et de ce fait par une diminution de leur capacité à participer aux programmes d'échange de seringues usagées et à une thérapie de substitution des opioïdes, et de contacter les professionnels chargés de la prévention⁴¹. L'accès à l'aide d'urgence en cas d'overdose est également restreint, et les incidences d'une overdose peuvent être aggravées si l'on empêche le contact avec les réseaux d'injection et les fournisseurs de drogues habituels. Les consommateurs les plus touchés par le déplacement sont souvent ceux qui sont les plus marginalisés – par exemple, les sans-abri qui n'ont pas forcément la possibilité de se réfugier à l'intérieur pour consommer des drogues.

D. Impact disproportionné sur les communautés vulnérables et marginalisées

28. Les politiques de lutte contre la drogue ont également un impact disproportionné sur les communautés déjà vulnérables. Aux États-Unis par exemple, le pourcentage des arrestations est systématiquement plus élevé chez les Afro-Américains que chez les Américains blancs, alors que le nombre d'infractions commises est comparable entre ces deux groupes⁴². En outre, plus de 80 % des arrestations concernent la détention – et non la vente – de drogues⁴³. L'accumulation de ces infractions mineures peut déboucher sur l'incarcération et l'accentuation de la marginalisation de ces personnes déjà vulnérables, et par conséquent sur un accroissement de leur exposition aux risques sanitaires.

³⁸ Friedman et coll., op. cit., p. 97.

³⁹ Ibid.; voir également Bluthenthal et coll., op. cit., p. 31.

⁴⁰ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues* (Toronto, 2007), p. 6.

⁴¹ Ibid., p. 7 et 8.

⁴² Human Rights Watch, *Decades of Disparity: Drug Arrests and Race in the United States* (New York, 2009), p. 1 et 5.

⁴³ Ibid., p. 12.

29. À l'heure actuelle, plus de 9 millions de personnes dans le monde sont détenues dans des établissements pénitentiaires⁴⁴. Dans de nombreuses prisons, le taux d'infection par le VIH est plusieurs fois plus élevé que dans la communauté majoritaire. Cela s'explique par la consommation de drogues injectables avant l'emprisonnement, ainsi que par les facteurs de risque au sein de ces populations, tels que la pauvreté et la marginalisation⁴⁵. La prévalence des infections dans les prisons est également élevée, sachant que le taux d'infection par l'hépatite C est supérieur à celui du VIH⁴⁶. Une fois incarcérés, les prisonniers sont exposés à un risque considérable imputable à la consommation de drogues injectables et à un accès insuffisant à la thérapie de substitution des opioïdes et à du matériel d'injection stérile⁴⁷. À leur sortie de prison, ce risque est alors transféré aux membres de la population non incarcérée. L'absence de programmes efficaces de réduction des risques et de traitement de la toxicomanie dans ces milieux porte atteinte à la jouissance du droit à la santé.

IV. Traitement obligatoire de la toxicomanie et infractions au droit à la santé

30. Certaines des violations du droit à la santé les plus flagrantes se sont produites dans le cadre d'un « traitement » de la toxicomanie. La criminalisation de l'usage de drogues alimente la perception selon laquelle les consommateurs de drogues sont des criminels non productifs ou des êtres immoraux, ce qui de ce fait favorise la prolifération des stratégies de traitement disciplinaire. En lieu et place d'une gestion médicale fondée sur des données factuelles, les gouvernements et autorités répressives obligent les toxicomanes à intégrer des centres où ils sont victimes de mauvais traitements et de travail forcé. Il s'agit là d'une approche discriminatoire à l'égard des consommateurs de drogues, puisqu'elle dénie leur droit d'accéder à des services de soins de santé et à un traitement médicalement appropriés.

31. Le présent rapport concerne les programmes de traitement obligatoire reposant essentiellement sur des interventions disciplinaires, sans égard aux données médicales. Les professionnels du milieu médical qui sont formés au traitement des troubles de toxicomanie en tant que pathologies ne sont pas souvent disponibles⁴⁸. Le travail forcé, l'isolement cellulaire et les traitements expérimentaux infligés sans consentement violent le droit international des droits de l'homme et se substituent, de manière illégitime, aux mesures éprouvées, telles que la thérapie de substitution, les interventions psychologiques et d'autres formes de traitement dispensées avec le consentement éclairé du sujet.

⁴⁴ R. Walmsley, « World Prison Population List », *International Centre for Prison Studies* (7^e éd., Londres, 2007), p. 1.

⁴⁵ International Harm Reduction Association, *State of Global Harm Reduction* (Londres, 2010), p. 105.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 106.

⁴⁷ A/HRC/10/44, par. 55 à 67.

⁴⁸ Voir OMS, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Genève, 2009). Disponible en anglais à l'adresse : http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf (accédé le 10 juin 2010).

32. La jouissance du droit à la santé suppose, entre autres, l'accès aux installations, biens et services en matière de santé qui sont scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité⁴⁹, ainsi que « le droit à l'intégrité, notamment le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale ». De plus, l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques précise qu'« il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique ». Les États ont l'obligation de respecter, de protéger et de satisfaire la jouissance du droit à la santé, notamment en s'abstenant d'employer des traitements médicaux coercitifs, sauf dans les cas les plus impérieux pour le traitement de maladies mentales ou la prévention et la maîtrise de maladies transmissibles⁵⁰. Les exigences relatives au consentement éclairé doivent être observées lors de la dispense de soins contre la toxicomanie, notamment le droit de refuser de se faire soigner⁵¹.

33. Le traitement obligatoire porte essentiellement atteinte au droit à la santé de deux façons. Premièrement, ce « traitement » ne tient aucun compte des pratiques médicales éprouvées, et ne satisfait donc pas au critère de qualité relatif au droit à la santé, tel que le définit le Comité des droits économiques, sociaux et culturels⁵². Deuxièmement, le traitement est souvent dispensé en masse et sans égard au consentement éclairé qui doit être donné par chaque sujet.

34. Une bonne gestion médicale de la toxicomanie impose un traitement fondé sur des données factuelles. Le travail forcé, la détention, les exercices physiques et de type militaire, et les traitements expérimentaux, entre autres interventions, sont autant de traitements proposés par de nombreux centres de traitement obligatoire et dont l'efficacité n'est pas scientifiquement prouvée. Près de 90 % à 100 % des usagers de drogues rechutent après avoir été soumis à un traitement forcé dans ces centres⁵³.

35. Des statistiques indiquent que certains patients sont soumis à des traitements pervers tels que la « flagellation thérapeutique »⁵⁴. De la même manière, il a été signalé que les patients sont contraints de travailler près de 17 heures chaque jour de la semaine, sous la menace de coups et d'autres châtiments physiques⁵⁵.

36. De tels traitements disciplinaires se substituent le plus souvent aux méthodes éprouvées. Il en résulte que nombre de personnes accros à l'héroïne et à d'autres opioïdes sont contraintes de suivre, dans la douleur, un sevrage non médicamenteux, au lieu de bénéficier d'un sevrage pharmacologique ou d'une thérapie de substitution des opioïdes. La classification de la méthadone et de la buprénorphine en tant que substances illégales crée une barrière supplémentaire en ce qui concerne l'accès à ces traitements de la toxicomanie⁵⁶. L'imposition d'un traitement

⁴⁹ Observation générale n° 14 (2000), (E/C.12/2000/4), par. 12 d).

⁵⁰ Ibid., par. 34.

⁵¹ Voir A/64/272, par. 28 et 88 à 91.

⁵² Observation générale n° 14, (2000), (E/C.12/2000/4), par. 55.

⁵³ N. Crofts, « Treatment in Southeast Asia: The need for effective approaches », dans *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform* (2006).

⁵⁴ V. Mendelevich, « Narcology: Drug treatment in Russia », dans *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform* (2006).

⁵⁵ J. E. Cohen et J. J. Amon, « Health and Human Rights Concerns of Drug Users in Detention in Guangxi Province, China », *Public Library of Science (PLoS Med)*, 5912 : e234, 2008.

⁵⁶ Open Society Institute, *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War*

obligatoire, aux dépens d'une thérapie de substitution des opioïdes ou d'autres interventions de réduction des risques, augmente également le risque de transmission de maladies, notamment du VIH/sida⁵⁷.

37. Les usagers de drogues peuvent également être forcés de se soumettre à un traitement qui, dans certains pays, est inutile du point de vue médical, lorsqu'il n'existe aucune différenciation entre les consommateurs occasionnels et les toxicomanes⁵⁸. Nombre de ces individus peuvent en outre faire l'objet de traitements expérimentaux. La non-communication des informations nécessaires permettant aux patients de donner leur consentement en toute connaissance de cause porte atteinte à la jouissance de leur droit à la santé.

38. Comme examiné par le Rapporteur spécial dans un précédent rapport⁵⁹, le consentement éclairé au traitement est l'un des fondements du droit à la santé dont les conditions seraient très rarement satisfaites lors de l'administration de traitements à caractère répressif. Les décisions concernant la capacité et la compétence, et la nécessité d'obtenir le consentement éclairé du sujet, doivent être prises au cas par cas. À ce titre, les traitements en masse ne satisfont pas à cette exigence. Dans certains pays, plusieurs consommateurs de drogues ont fait l'objet d'arrestations massives et été contraints d'intégrer des centres de traitement obligatoire⁶⁰. Cette démarche induit un traitement forcé des individus sur la base d'exams médicaux inadéquats et expéditifs, si ce n'est inexistant.

39. Les consommateurs de drogues ou les toxicomanes ne perdent pas automatiquement la capacité de consentir à se faire soigner. Une présomption d'incapacité fondée sur la consommation de drogues ou la toxicomanie fait naître un risque élevé d'abus. Très souvent, la détermination de l'incapacité d'un usager n'est qu'un simple prétexte pour le soumettre à un « traitement » obligatoire. Plutôt que de refuser aux consommateurs de drogues le droit de suivre un traitement consensuel, il conviendrait de proposer des dispositifs de soutien appropriés permettant d'éliminer les obstacles à l'obtention du consentement éclairé.

V. L'accès aux médicaments placés sous contrôle

40. Des millions de personnes dans le monde ont besoin de médicaments essentiels contre la douleur, la toxicomanie et d'autres maladies; toutefois, la disponibilité de ces médicaments est souvent limitée par des réglementations restrictives en matière de lutte contre la drogue, l'absence d'un système de fourniture et de distribution fonctionnant correctement, et la capacité inadaptée des systèmes de soins de santé. Il existe un fossé alarmant entre les pays développés et le monde en développement en matière d'accès aux médicaments essentiels. Bien que les pays en développement

on Drugs" (New York, 2009), p. 87.

⁵⁷ Voir Open Society Institute, « Detention as Treatment » (mai 2010); R. Pearshouse, « Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002) » (2009).

⁵⁸ OMS, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Genève, 2009). Disponible en anglais à l'adresse : <http://www.wpro.who.int/>.

⁵⁹ Voir A/64/272.

⁶⁰ Voir D. Barrett et coll., « Recalibrating the Regime », *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Report Thirteen (2008).

comptent près de la moitié des patients cancéreux dans le monde et quasiment toutes les nouvelles infections par le VIH, seuls 6 % de la morphine licite distribuée y sont consommés⁶¹. Environ 89 % des tous les médicaments placés légalement sous contrôle, notamment la morphine, sont consommés en Amérique du Nord et en Europe⁶². Dans sa résolution 2005/25, le Conseil économique et social reconnaît la nécessité de lever les obstacles à l'usage des analgésiques opioïdes⁶³, et l'Organe international de contrôle des stupéfiants a conclu de manière systématique que la disponibilité des médicaments essentiels placés sous contrôle est beaucoup trop limitée dans de nombreux pays⁶⁴.

41. L'accès à ces médicaments est souvent très restreint de crainte qu'il en soit fait un usage médical illicite. Bien qu'il soit important de prévenir toute utilisation détournée des drogues, ce risque doit néanmoins être mis en rapport avec les besoins de soins du patient. La Convention unique sur les stupéfiants reconnaît l'usage médical des stupéfiants qui sont indispensables pour « soulager la douleur »⁶⁵. L'ONU DC et l'Organe international de contrôle des stupéfiants ont notamment pour fonction de surveiller les États afin de garantir la bonne exécution des obligations prévues dans les traités relatifs au contrôle des drogues. Étant donné la nature réglementaire de nombre des obstacles à l'accès approprié aux médicaments essentiels placés sous contrôle, ceux-ci peuvent être modifiés rapidement et à moindre coût. Toutefois, beaucoup de pays n'ont pas entrepris une actualisation de leur système de lutte contre les drogues afin de garantir un approvisionnement suffisant en médicaments; ces systèmes ont souvent été adoptés avant l'apparition des méthodes modernes de traitement des douleurs chroniques et de la toxicomanie⁶⁶. Cela constitue une violation continue du droit à la santé, sachant que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a estimé que l'accès aux médicaments essentiels est une obligation minimale de base dans la satisfaction de ce droit⁶⁷, et les États sont tenus de s'y conformer immédiatement sans pouvoir y déroger, et ce peu importe les contraintes en matière de ressources⁶⁸.

42. L'accès restreint aux opioïdes influe de manière notable sur la disponibilité des thérapies de substitution des opioïdes (voir la Section VI ci-après). Il existe cependant trois autres domaines principaux dans lesquels l'accès aux médicaments placés sous contrôle est essentiel : a) la prise en charge de la douleur modérée à aiguë, notamment dans le cadre des soins palliatifs dispensés à des personnes atteintes de maladies incurables; b) certains soins obstétricaux d'urgence; et c) la prise en charge de l'épilepsie.

⁶¹ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2007* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.08.XI.1), p. 19. Disponible à l'adresse : www.incb.org/pdf/annual-report/2007/fr/annual-report-2007.pdf.

⁶² OMS, *Access to Controlled Medications Programme*, Rapport biennal 2006-2007 (WHO/PSM/QSM/2008) p. 1.

⁶³ E/2005/INF/2/Add.1, p. 74.

⁶⁴ Voir *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2008* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.09.XI.1).

⁶⁵ Convention unique sur les stupéfiants de 1961, préambule.

⁶⁶ OMS, *Trouver l'équilibre dans les politiques nationales de contrôle des opioïdes* (Genève, 2000), p. 6.

⁶⁷ Observation générale n° 14 (2000), E/C.12/2000/4, par. 43.

⁶⁸ *Ibid.*, par. 47.

43. Les soins palliatifs sont une démarche visant à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies incurables, grâce aux actions de prévention et au soulagement des souffrances⁶⁹. La douleur modérée à aiguë est l'un des principaux effets secondaires de ces maladies, notamment des affections malignes avancées, qui nécessitent d'être prises en charge à l'aide d'analgésiques opioïdes⁷⁰. L'Organisation mondiale de la Santé classe ces analgésiques et d'autres dans la liste des médicaments essentiels. Entre 60 % à 90 % des patients atteints de cancer avancé souffrent de douleurs modérées à aiguës requérant ce type d'analgésiques, et environ 85 % des personnes infectées par le VIH peuvent ne bénéficier d'aucun traitement contre la douleur⁷¹. Lorsque les patients infectés par le VIH sont également toxicomanes, ils peuvent se voir refuser l'accès tant aux thérapies de substitution des opioïdes qu'aux soins palliatifs. Les conséquences d'une douleur chronique non traitée ne sont pas uniquement d'ordre physique : les personnes souffrant de douleurs chroniques ont quatre fois plus de risques de souffrir de dépression ou d'angoisse. Les patients souffrant de douleurs modérées à aiguës, dans les cas où ils ne bénéficient pas de soins palliatifs, ont avoué préférer la mort à une vie de douleur aiguë non traitée⁷².

44. Les procédures obstétricales d'urgence et la prise en charge de l'épilepsie nécessitent également l'usage régulier de médicaments, dont la disponibilité demeure insuffisante. Les hémorragies postnatales sont la cause de plus de 100 000 décès maternels chaque année⁷³. L'ocytocine et l'ergométrine, deux médicaments placés sous contrôle utilisés lors des procédures obstétricales, sont difficiles à obtenir alors qu'elles réduisent pourtant le risque de saignement postnatal de plus de moitié. De la même manière, environ 75 % des épileptiques vivant dans les pays en développement et près de 90 % des patients atteints de cette maladie en Afrique ne reçoivent pas de soins à base de médicaments essentiels, et plus particulièrement le phénobarbital du fait qu'il s'agit d'une substance placée sous contrôle⁷⁴.

45. Le respect des modalités procédurales associées au stockage, à la fourniture et à la prescription de médicaments réguliers peut s'avérer coûteux pour les professionnels et établissements de soins de santé, et donc créer une entrave à la fourniture de ces médicaments. Ces procédures, par exemple, consistent notamment en l'autorisation limitée des médicaments placés sous contrôle dans les établissements de soins de santé. Dans certains pays, seuls les hôpitaux de « niveau 1 » sont autorisés à prescrire des opioïdes⁷⁵. La réglementation limite également les types ou le nombre de substances pouvant être prescrites par un

⁶⁹ OMS, WHO *Definition of Palliative Care* (Genève, 2010). Disponible en anglais à l'adresse : www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

⁷⁰ OMS, *Pain Relief Ladder* (Genève, 2010). Disponible en anglais à l'adresse : www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/.

⁷¹ O. Gureje et coll., « Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care », *JAMA*, vol. 80 (1998), p. 147 à 151.

⁷² Human Rights Watch, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care* (New York, 2009), p. 18 à 20.

⁷³ OMS, *Aide-mémoire n° 336 : Accès aux médicaments placés sous contrôle (Médicaments : stupéfiants et substances psychotropes)*, juin 2010, p.2. Disponible à l'adresse : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/fr/index.html.

⁷⁴ Ibid., p.1.

⁷⁵ Human Rights Watch, *Please, do not make us suffer any more...: Access to Pain Treatment as a Human Right* (New York, Human Rights Watch 2009), p. 25.

médecin. Certains États imposent aux professionnels de la santé d'obtenir, en complément de leurs licences professionnelles, des autorisations spéciales leur permettant de prescrire de la morphine⁷⁶. Les lois restrictives sont particulièrement problématiques dans le cas de la méthadone et de la buprénorphine – des drogues utilisées dans les thérapies de substitution des opioïdes. Dans certains États, l'usage de ces drogues est même illégal⁷⁷.

46. D'après les nombreux mythes entourant l'usage des drogues placées sous contrôle, ces dernières entraînent une addiction, ne traitent pas la douleur convenablement, voire ne parviennent pas du tout à soigner la douleur chronique ou celle ressentie en phase terminale. Les professionnels de la santé manquent souvent de la qualification requise pour dispenser des soins palliatifs, ainsi que de l'assurance nécessaire pour prescrire des analgésiques opioïdes de crainte qu'ils n'entraînent une dépendance, ce que contredisent les conclusions d'un grand nombre d'études menées à ce jour⁷⁸. Dans les pays où l'insuffisance de formation constitue la norme, les professionnels de la santé ne peuvent être certains des incidences légales de leurs pratiques en matière de prescription, notamment à l'égard des patients qui consomment des drogues illicites, et peuvent somme toute éviter de prescrire ces médicaments, ce qui a pour effet de limiter davantage l'approvisionnement en médicaments essentiels.

47. La capacité financière est un élément central de l'exigence d'accessibilité associée au droit à la santé. Les médicaments placés sous contrôle n'ont pas besoin d'être mis à disposition gratuitement, mais plutôt à un prix abordable. Malgré cela, même les médicaments qui peuvent être fabriqués à faible coût ne sont pas forcément accessibles aux consommateurs, car les fabricants supportent d'énormes coûts réglementaires qu'ils répercutent sur les consommateurs en les intégrant dans le prix de marché de chaque médicament. Par exemple, Cipla, fabricant indien de médicaments génériques, produit des comprimés de morphine de 10 mg vendus en gros à 0,017 dollar l'unité, alors que le coût moyen de l'approvisionnement mensuel en morphine est de 112 dollars dans les pays à revenu faible et intermédiaire, contre 53 dollars dans les pays industrialisés⁷⁹. En outre, les médicaments non génériques sont souvent mis en avant par rapport aux génériques moins chers, pourtant sans risque et efficaces pareillement. Les drogues de marque sont en général plus chères et donc moins accessibles à une grande partie de la population, et plus particulièrement les groupes vulnérables tels que les usagers de drogues et les personnes infectées par le VIH.

⁷⁶ Ibid., p. 30.

⁷⁷ Open Society Institute, *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"* (New York, 2009), p. 84.

⁷⁸ OMS, *Trouver l'équilibre dans les politiques nationales de contrôle des opioïdes* (Genève, 2000), p. 8 et 9.

⁷⁹ S. Burris et C. Davis, « A Blueprint for Reforming Access to Therapeutic Opioids: Entry Points for International Action to Remove the Policy Barriers to Care », Centers for Law and the Public's Health: A Collaborative, à l'Université Johns Hopkins et l'Université Georgetown (2008), p. 18.

VI. Une stratégie de lutte contre les drogues fondée sur les droits de l'homme

48. L'adoption d'une approche de lutte contre les drogues fondée sur les droits de l'homme doit constituer une priorité afin de prévenir les violations continues des droits découlant des stratégies actuelles visant à réduire l'offre et la demande, et d'envisager la création d'un système humanisé qui répond à ses propres objectifs en matière de santé. À l'heure actuelle, la coordination et le dialogue sont insuffisants entre les acteurs impliqués dans la lutte contre les drogues et la lutte pour le respect des droits de l'homme au niveau mondial. Les stratégies de répression trouvent leurs racines institutionnelles dans le régime international de contrôle des drogues, alors que le contrôle des drogues est assuré au sein de l'ONUDD, qui encadre les efforts déployés par les Nations Unies pour combattre le crime organisé. Cette association entre la répression et le contrôle des drogues empêche, en partie, l'adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme et l'interaction avec les organismes des Nations Unies chargés de protéger ces droits fondamentaux.

49. L'inefficacité du système international actuel de contrôle des drogues doit être comprise afin d'entreprendre une réforme à tous les niveaux de l'élaboration de politiques. Les gouvernements nationaux devraient mettre en œuvre des programmes et des politiques de réduction des risques, décriminaliser ou dépénaliser l'usage et la détention de drogues, et réformer les réglementations concernant les médicaments essentiels. Les organes des Nations Unies responsables du contrôle des drogues doivent garantir une cohérence dans l'ensemble du système en adoptant une approche de lutte fondée sur les droits de l'homme, ce qui impose nécessairement de placer les droits de l'homme internationaux au centre de leurs opérations; par ailleurs, ces changements du système international devraient également guider et légitimer les réformes nationales.

A. Réduction des risques et traitement fondé sur des données factuelles

50. Les interventions de réduction des risques visent à réduire les méfaits associés à l'usage des drogues psychoactives, sans forcément encourager leur interdiction⁸⁰, et peuvent être mises en œuvre dans le cadre des régimes juridiques restrictifs. Ces interventions comprennent, entre autres, les programmes d'échange de seringues usagées, la prescription de médicaments de substitution, des salles de consommation de drogues, des interventions encourageant l'abandon de l'injection en faveur d'autres modes d'administration des drogues, des pratiques de prévention de l'overdose, et des programmes de sensibilisation et de formation.

51. Les programmes d'échange de seringues usagées consistent en la mise à disposition de matériel d'injection stérile aux consommateurs de drogues. L'Organisation mondiale de la santé a approuvé le recours à ces programmes, en faisant observer qu'il est prouvé de façon convaincante qu'ils réduisent substantiellement le nombre d'infections par le VIH, à un coût avantageux et sans incidences négatives majeures⁸¹. La mise en œuvre des programmes d'échange de

⁸⁰ International Harm Reduction Association, *What is harm reduction?* (Londres, 2010), p. 1.

⁸¹ OMS, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among*

seringues usagées est conforme aux principes standards en matière de santé publique, en ce sens que l'élimination d'un vecteur (en l'espèce, les seringues contaminées) réduit le risque de transmission des maladies vectorielles⁸².

52. La thérapie de substitution des opioïdes est une approche de traitement éprouvée, consistant à prescrire des médicaments de substitution contre la dépendance aux opioïdes, tels que la méthadone ou la buprénorphine. Ces thérapies diminuent la prévalence de la consommation de drogues injectables et du partage du matériel d'injection, et de ce fait réduisent le risque de contracter le VIH et d'autres virus transmis par le sang⁸³. Leur disponibilité à l'échelon mondial pourrait réduire de plus de 100 000 le nombre de nouvelles infections par le VIH⁸⁴, de manière sensible la prévalence des autres maladies transmises par le sang, et de près de 90 % le nombre de décès dus à l'usage d'opioïdes. Dans les pays où ces thérapies ne sont pas proposées, la fréquence des overdoses est souvent plus élevée suite à un traitement de la toxicomanie, en raison d'une diminution de la tolérance du sujet à la drogue⁸⁵. En outre, de nombreuses études révèlent que le soutien pharmacologique est efficace dans la gestion du sevrage des opioïdes⁸⁶ et la prévention des rechutes⁸⁷.

53. Les interventions telles que les programmes de formation sont également conçues pour minimiser les risques auxquels sont exposés les consommateurs de drogues. À l'heure actuelle, il existe peu d'informations sur leur efficacité, souvent en raison de leur intégration dans d'autres programmes, mais leur mise en œuvre est fréquente⁸⁸. D'après une méta-analyse menée, les programmes de formation provoquent un changement de comportement propice à la réduction des risques chez les usagers de drogues, mais leurs résultats varient en fonction de leur conception⁸⁹. Les programmes de sensibilisation permettent d'entrer en contact avec les consommateurs de drogues dans leurs propres communautés, de fournir des informations et d'orienter vers des dépistages et des services médicaux, entre autres activités. Une réduction des comportements à risque d'environ 27 % a été observée suite à la prise de contact avec les services de prévention⁹⁰.

injecting drug users (Genève, 2004), p. 28.

⁸² S. Burris et coll., « Physician Prescribing of Sterile Injection Equipment to Prevent HIV Infection: Time for Action », *Annals of Internal Medicine*, vol. 133, n° 3 (2000), p. 219.

⁸³ L. Gowing et coll., « Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review) », *The Cochrane Library*, n° 4 (2008), p. 27 à 29.

⁸⁴ OMS, Note d'information 2007 : *Access to Controlled Medications Programme* (Genève, 2007), p. 1.

⁸⁵ Eurasian Harm Reduction Network, *The impact of drug policy on health and human rights in Eastern Europe: 10 years after the UN General Assembly Special Session on Drugs* (Vilnius, 2009), p. 18.

⁸⁶ Voir L. Gowing et coll., « Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal », *The Cochrane Library*, n° 3 (2009).

⁸⁷ L. Gowing et coll., « Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review) », *The Cochrane Library*, n° 4 (2008).

⁸⁸ N. Hunt, « A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use », p. 30. Disponible à l'adresse : www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html.

⁸⁹ J. E. Cross et coll., « The Effectiveness of Educational and Needle Exchange Programs: A Meta-analysis of HIV Prevention Strategies for Injecting Drug Users », *Quality & Quantity*, vol. 32, n° 2 (1998), p. 176.

⁹⁰ A. Ritter et J. Cameron, « A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs », *Drug and Alcohol Review*, vol. 25, n° 6 (2006), p. 615.

54. Les interventions telles que la formation aux premiers secours et l'administration de naloxone (un antagoniste des récepteurs opioïdes utilisé dans le traitement de la dépression du système nerveux central dans les cas de surdose d'opioïdes) permettent également de minimiser les risques associés à la surdose de drogues, de même que l'utilisation des salles de consommation de drogues, où les individus peuvent en faire usage dans un environnement encadré. Ces salles de consommation ont pour avantages potentiels de notamment prévenir la transmission de maladies et d'atténuer la détérioration veineuse, ainsi que d'encourager l'entrée en traitement et l'accès à d'autres services. Il est prouvé que ces salles ont contribué à réduire les taux d'overdose et amélioré l'accès aux services médicaux et sociaux⁹¹.

55. L'article 12, alinéa c), du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels oblige les États parties à prendre des mesures pour prévenir, traiter et maîtriser les épidémies. Face à l'ampleur de la propagation du VIH dans les communautés d'usagers de drogues, notamment en prison, les États sont explicitement tenus d'entreprendre des actions directes à cet égard. L'article 15, paragraphe 1), alinéa b), du Pacte précise également que chacun a le droit de bénéficier du progrès scientifique. Au vu du nombre important de preuves attestant l'efficacité des programmes et politiques de réduction des risques, les États parties ont donc l'obligation de mettre en œuvre ces interventions; pourtant, très peu de pays dans le monde y ont recours. À ce jour, 93 pays et territoires sont en faveur d'une stratégie de réduction des risques⁹². Début 2009, le programme d'échange de seringues usagées avait été mis en place dans 82 pays, et la thérapie de substitution des opioïdes dans 70 pays – ces interventions étant toutes deux proposées dans 66 pays⁹³. Toutefois, l'absence de ce programme et de cette thérapie a été confirmée dans, respectivement, 55 et 66 pays où les drogues sont consommées par injection⁹⁴. Il est particulièrement inquiétant de constater que la thérapie de substitution des opioïdes n'est proposée que dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient, compte tenu notamment de la charge du VIH sur l'ensemble du continent africain.

1. VIH/sida

56. Les lois et politiques relatives à la lutte contre la drogue ont un impact sur la maîtrise de la propagation du VIH en raison de la dynamique de la consommation de drogues, notamment le partage des seringues, par lesquelles le virus peut être transmis. Environ 10 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde sont causées par la consommation de drogues injectables, et près de 90 % des infections se produisent chez les usagers de drogues injectables dans les régions telles que l'Europe orientale et l'Asie centrale⁹⁵. Dans les pays où les interventions de réduction des risques ne sont pas mises en œuvre, la prévalence du VIH chez ces

⁹¹ N. Hunt, « A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use », p. 31 et 32.

⁹² IHRA, *The State of Global Harm Reduction 2010* (Londres, 2010), p. 8

⁹³ B. Mathers et coll., « HIV prevention, treatment and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage », *The Lancet*, vol. 375 (2010), p. 1018 et 1019.

⁹⁴ Ibid., p. 1019 à 1021.

⁹⁵ OMS (Europe), *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction* (Copenhague, 2005), p. 3.

consommateurs peut atteindre 40 % ou plus en l'espace d'un ou deux ans suivant l'introduction du virus dans leur communauté⁹⁶.

57. Le risque de transmission du virus par le partage de seringues peut être diminué en appliquant les principes de la réduction des risques. Il existe une forte corrélation entre la mise en œuvre des programmes d'échange de seringues usagées et le recul des comportements à risque, ce qui prédispose les usagers de drogues injectables à une infection par le VIH⁹⁷. D'autres avantages associés à ces programmes incluent l'augmentation de la participation aux programmes de traitement du VIH⁹⁸. Toutefois, la couverture actuelle des programmes d'échange de seringues, de la thérapie de substitution des opioïdes et des services de thérapie antirétrovirale est insuffisante pour prévenir la transmission du VIH dans la plupart des pays où les drogues sont consommées par injection⁹⁹. Les fonds destinés à garantir aux usagers de drogues injectables un accès universel aux services de prévention du VIH s'élèvent actuellement à environ un vingtième du montant nécessaire¹⁰⁰.

58. Les Nations Unies ont déclaré que les activités de sensibilisation, les programmes d'échange de seringues usagées et les traitements éprouvés de la toxicomanie (notamment la thérapie de substitution des opioïdes) devraient être mis en œuvre afin de minimiser le risque de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues¹⁰¹. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a reconnu que la réduction des risques constitue un élément central des initiatives nationales de lutte contre la dépendance aux drogues illicites, et proposé plusieurs recommandations aux États parties. Dans sa résolution 12/127, le Conseil des droits de l'homme reconnaît également la nécessité de « toute la gamme des services destinés aux usagers de drogues injectables, y compris des programmes de réduction des risques liés au VIH »¹⁰².

2. Lieux de détention

59. Les États sont liés par l'obligation de respecter le droit à la santé en s'abstenant de refuser l'égalité d'accès de toutes les personnes (dont les prisonniers ou détenus) aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs¹⁰³. Plusieurs d'entre eux ont commencé à mettre en œuvre des programmes de réduction des risques au sein des établissements de traitement, après avoir constaté que les régimes répressifs antérieurs étaient responsables de la plus forte augmentation des taux d'incidence du VIH dans le monde¹⁰⁴. Il n'empêche que ces

⁹⁶ Ibid., p. 5.

⁹⁷ A. Wodak et A. Cooney, « Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence », *Substance Use & Misuse* (2006), vol. 41, n° 6-7, p. 792.

⁹⁸ Ibid., p. 799.

⁹⁹ Mathers et coll., « HIV prevention », p. 1025.

¹⁰⁰ G. V. Stimson et coll., « Three Cents a Day is Not Enough: Resourcing HIV-Related Harm Reduction on a Global Basis » (International Harm Reduction Association, 2010).

¹⁰¹ Sous-comité du Comité administratif de coordination sur le contrôle international des drogues (200). *Projet d'exposé de principes du système des Nations Unies concernant la prévention de la transmission du VIH chez les toxicomanes*. Annexe au rapport de la huitième session du Sous-comité du CAC sur le contrôle international des drogues (28 et 29 septembre 2000), par. 3 à 10.

¹⁰² A/HRC/12/50, sect. I. A/HRC/12/L.24.

¹⁰³ CDESC, Observation générale n° 14 (E/C.12/2000/4), par. 34.

¹⁰⁴ Open Society Institute, *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War*

programmes ne sont proposés que dans les lieux de détention de 10 pays, et que la thérapie de substitution des opioïdes est pratiquée dans au moins une prison dans moins de 40 pays¹⁰⁵.

60. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels impose un certain nombre d'obligations aux États parties, dont celle de garantir que les droits seront exercés sans discrimination aucune¹⁰⁶. Le fait de proposer les programmes de réduction des risques et les traitements éprouvés au grand public, mais pas aux détenus, porte atteinte au droit international. En effet, en raison des risques sanitaires associés à l'incarcération, le Rapporteur spécial estime qu'il pourrait être nécessaire de déployer de plus gros efforts dans les prisons afin de répondre aux objectifs fixés en matière de santé publique. Dans le cadre de la réduction des risques et de la propagation du VIH, cela impose de mettre en place dans les lieux de détention des services de réduction des risques, quand bien même ceux-ci ne seraient pas encore disponibles dans la communauté, car le principe d'équivalence ne suffit pas à maîtriser l'épidémie observée chez les prisonniers¹⁰⁷.

61. La Recommandation de Madrid de 2009 fait observer qu'il existe « un très grand nombre de données scientifiques prouvant l'efficacité des mesures de protection sanitaire, y compris celles visant la réduction des risques, en milieu carcéral »¹⁰⁸. La Recommandation précise que le programmes de traitement pour les usagers de drogues, ainsi que des dispositifs de réduction des risques (notamment l'échange de seringues usagées), sont une nécessité urgente dans tous les systèmes carcéraux¹⁰⁹. Le traitement de la toxicomanie est également considéré comme très efficace dans la réduction du crime : les traitements et soins dispensés en prison, ou en guise d'alternatives à l'emprisonnement, diminuent les taux de rechute, de transmission du VIH et de récidive criminelle¹¹⁰. Un traitement efficace de la toxicomanie protège non seulement l'individu mais également la société dans son ensemble, et lutte contre le cycle négatif de la récidive qui expose aux risques les autres détenus. Compte tenu de leur rentabilité et de la facilité relative de leur application dans les environnements clos, les programmes de réduction des risques devraient être mis en œuvre dans les lieux de détention de manière urgente.

B. Décriminalisation et dépénalisation

62. Le Rapporteur spécial considère que l'imposition continuelle de sanctions pénales à l'encontre de l'usage et de la détention de drogues perpétue nombre des risques majeurs associés à la consommation de drogues. Il encourage à envisager des approches moins restrictives de lutte contre les drogues, notamment la décriminalisation ou la dépénalisation. La décriminalisation de l'usage de drogues

on Drugs" (2009), p. 81.

¹⁰⁵ IHRA, *State of Global Harm Reduction 2010* (Londres, 2010), p. 105.

¹⁰⁶ E/C.12/2000/4, par. 30.

¹⁰⁷ Voir R. Lines, « From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons », *International Journal of Prisoner Health*, vol. 2, n° 4 (2006), p. 269 à 280.

¹⁰⁸ OMS (Europe), *La Recommandation de Madrid : La protection de la santé pénitentiaire comme composante essentielle de la santé publique* (Madrid, 2009), p. 9.

¹⁰⁹ Ibid., p. 4.

¹¹⁰ ONUDC et OMS, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Genève, 2008), p. 14.

ne peut purement et simplement se comparer à la *légalisation* de cette pratique. Une fois décriminalisés, l'usage et la détention de drogues peuvent continuer à être interdits légalement, mais soit les sanctions pénales à leur encontre ne sont pas du tout appliquées, soit des sanctions uniquement mineures sont infligées. La décriminalisation entraîne généralement l'abolition totale des peines pénales prévues pour le comportement considéré (il peut parfois être jugé préférable d'imposer des sanctions administratives), tandis que la dépénalisation nécessite la suppression des peines privatives de liberté, même si le comportement considéré demeure une infraction pénale¹¹¹. La légalisation consiste, par opposition, en l'absence totale d'interdiction à l'égard du comportement considéré.

63. Les traités relatifs au contrôle international des drogues laissent place à plusieurs interprétations de bonne foi autorisant une réforme nationale de la législation¹¹², même en l'absence de changements notables dans le régime international de contrôle des drogues. Par exemple, l'article 3, paragraphe 2, de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 prévoit que les obligations de conférer le caractère d'infraction pénale à la détention de drogues destinées à la consommation personnelle s'appliquent sous réserve des principes institutionnels de chaque État et des concepts de son système juridique. En ce sens, la Cour suprême argentine a récemment conclu qu'il était inconstitutionnel d'infliger des sentences pénales pour la détention de marijuana destinée à la consommation personnelle. Par la suite, l'Argentine a adopté des mesures législatives afin de décriminaliser l'usage personnel de drogues. Le Mexique, à son tour, a récemment décriminalisé la détention de petites quantités de drogues destinées à la consommation personnelle, et les deux pays ont été critiqués par l'Organe international de contrôle des stupéfiants, au motif notamment que ces amendements envoient « le mauvais message au public en général »¹¹³.

64. En outre, le Portugal a décriminalisé en 2001 l'achat, la détention et l'usage de toutes les drogues illicites destinées à la consommation personnelle, en leur conférant plutôt le caractère d'infractions administratives¹¹⁴. Cette loi autorise l'imposition de sanctions pécuniaires ou non pécuniaires, et prévoit une suspension des peines dans le cas où le contrevenant accepte de se faire soigner. Par opposition à la réaction de l'Organe international de contrôle des stupéfiants envers l'Argentine et le Mexique, l'exemption de poursuites pénales, telle qu'opérée au Portugal, a été jugée compatible avec la Convention de 1988¹¹⁵. La décriminalisation a été perçue, d'une manière générale, comme la meilleure option pour minimiser les problèmes liés à la drogue dans ce pays, en grande partie grâce à la destigmatisation de la consommation de drogues et à l'augmentation du nombre d'usagers de drogues

¹¹¹ G. Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies* (Cato Institute, Washington D.C., 2009), p. 2.

¹¹² G. Harris, « Decriminalisation: pushing the limits of drug control », Conférence de l'International Harm Reduction Association, Liverpool, 27 avril 2010.

¹¹³ OICS, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2009*, (E/INCB/2009/1), p. 83 et 86.

¹¹⁴ Art. 2, par. 1, du Décret-loi n° 183/2001 du 21 juin 2001, Portugal.

¹¹⁵ OICS, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2004* (E/INCB/2009/1), p. 90 et 91.

acceptant de se faire soigner, plutôt que d'adresser au public une communication selon laquelle l'usage de drogues était toléré¹¹⁶.

65. Plusieurs autres États ont dépénalisé divers aspects de l'usage et de la détention de drogues. Cette exemption de poursuites pénales est intervenue soit par l'adoption d'une législation à cet effet, soit par une dépénalisation de fait aux termes de laquelle les lois relatives à la lutte contre la drogue ne sont pas appliquées de manière stricte. L'Espagne maintient ses sanctions pénales à l'encontre de l'usage de drogues, bien que les personnes jugées ne soient jamais emprisonnées au seul motif de la consommation de drogues. Aux Pays-Bas et en Allemagne, la détention de drogues destinées à la consommation personnelle demeure illégale de droit, mais aucune peine n'est infligée en cas de violation de ces lois¹¹⁷. Toutefois, il s'agit manifestement là d'une solution inappropriée dans le meilleur des cas.

66. La décriminalisation et la dépénalisation ont le potentiel de réduire les risques associés à l'usage de drogues, et d'accroître la participation des consommateurs de drogues à la pharmacothérapie. Au Portugal, l'usage de drogues a reculé, dans l'absolu, dans l'ensemble des principales catégories démographiques suite à la décriminalisation, et tant la mortalité liée aux drogues que les nouveaux cas d'infections par le VIH chez les toxicomanes ont enregistré une hausse¹¹⁸. Le nombre de personnes acceptant de suivre une thérapie de substitution a également augmenté, passant de 6 040 en 1999 à 14 877 en 2003¹¹⁹.

67. Il convient de noter que, au Portugal par exemple, la décriminalisation est intervenue parallèlement à d'autres initiatives, notamment l'expansion significative des programmes de pharmacothérapie, l'éducation sur les drogues et le recentrage des interventions policières sur la cessation des activités de trafic¹²⁰. Cela démontre combien le changement législatif seul ne suffit pas à minimiser de manière notable les méfaits causés par l'usage de drogues. Dans les pays où la décriminalisation s'opère parallèlement au traitement, à l'éducation et à d'autres interventions mises en œuvre à l'échelle requise (afin par exemple de maîtriser la propagation des virus transmis par le sang), le droit à la santé de tous les membres de la société est réalisé de manière plus efficace.

68. La dépénalisation de certaines infractions liées aux drogues entraîneraient également une diminution des taux d'incarcération, et donc des risques sanitaires associés à l'emprisonnement. La dépénalisation excessive peut en outre provoquer un surpeuplement et la détérioration des conditions en milieu carcéral, et a elle-même impulsé l'élan vers un assouplissement des lois relatives à l'usage de drogues. Le Brésil a récemment procédé à la dépénalisation de la détention de drogues destinées à la consommation personnelle, en supprimant les peines d'emprisonnement prévues à ce titre et en les remplaçant par des programmes de formation¹²¹.

¹¹⁶ C. Hughes et A. Stevens, « What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs? », *British Journal of Criminology*, à paraître.

¹¹⁷ M. Jelsma, « Salir de la oscuridad », *Newsweek Argentina*, 19 août 2009.

¹¹⁸ Ibid., p. 15 à 17.

¹¹⁹ C. Hughes et A. Stevens, « The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal », *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Note d'information n° 14 (2007), p. 2.

¹²⁰ Ibid., p. 9

¹²¹ Voir Loi n° 11,343/2006, art. 28.

69. Outre le changement législatif, l'importance de la rééducation et de la sensibilisation chez les agents de répression ne peut être sous-estimée, en raison notamment du risque découlant des pratiques policières strictes. Par exemple, durant les années 80, la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables a été de loin plus élevée à Édimbourg, où la police veillait à la bonne application des lois de manière agressive en interdisant la possession de seringues, qu'à Glasgow, où ces mesures de rigueur n'ont pas été adoptées¹²². L'ensemble des efforts visant à décriminaliser ou dépénaliser l'usage ou la détention de drogues doivent être associés à des stratégies appropriées afin de garantir l'atténuation du sentiment de crainte et de stigmatisation qui a été renforcé par des pratiques policières excessives.

C. Utilisation d'indicateurs des droits de l'homme et de directives

70. La formulation de directives internationales concernant la mise en œuvre des traités relatifs au contrôle international des drogues devrait tenir compte dans le détail de la corrélation existant entre les droits de l'homme et les efforts déployés pour contrôler les drogues, et permettre aux États de décider si leurs interventions sont ou non compatibles avec une approche du droit à la santé. Ces directives devraient s'attacher à mettre l'accent sur la vulnérabilité des groupes marginalisés, tels que les usagers de drogues et les personnes infectées par le VIH, qui sont les plus exposés aux violations des droits de l'homme associées régimes de contrôle des drogues. Ces directives doivent être élaborées dans le cadre d'un processus de consultation ouvert à tous, participatif et transparent avec les communautés concernées. Des directives internationales régissant les politiques et programmes au niveau national ont déjà été élaborées pour ce qui est du VIH et de la lutte contre le terrorisme; elles définissent, dans les grandes lignes, le mode d'application des droits de l'homme dans chaque contexte, et propose une liste des mesures concrètes que les États devraient entreprendre afin de remédier à ces problèmes conformément à une démarche axée sur les droits fondamentaux.

71. Au cours des 10 dernières années, il a également été envisagé d'utiliser des indicateurs de la santé dans le cadre d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme¹²³. Une telle approche nécessite « des mécanismes de suivi et de responsabilisation efficaces, transparents et accessibles ». Des indicateurs fondés sur les droits de l'homme sont actuellement utilisés dans de nombreux domaines, dont la réduction de la pauvreté, le développement et d'autres domaines très importants, afin de veiller à ce que les États remplissent toutes les obligations découlant des droits de l'homme. L'ancien Rapporteur spécial a défini trois catégories d'indicateurs, à savoir structurels, de méthode et de résultat. Un indicateur structurel, répondant généralement à une question fermée, renseigne sur la mise en place ou non d'une structure ou d'un mécanisme indispensable, tandis que les indicateurs de méthode et de résultat s'appuient sur des critères ou objectifs généralement exprimés par un pourcentage ou un chiffre, et nécessitent donc des

¹²² R. MacCoun et P. Reuter, « Harm Reduction in Europe », *Drug war heresies: learning from other vices, times and places* (Cambridge, 2001), p. 266.

¹²³ Voir E/CN.4/2006/48, sect. II.

recherches et des analyses plus élaborées¹²⁴. Les indicateurs de méthode mesurent les efforts déployés par les États pour réaliser le droit à la santé, et les indicateurs de résultat apprécient l'impact de ces interventions sur la santé des populations. Ces indicateurs constituent une norme que les États peuvent être tenus de respecter, et permettent à ces derniers d'évaluer leurs accomplissements progressifs, en sus de la démonstration empirique des lacunes lorsqu'elles se manifestent.

72. Le Rapporteur spécial suggère aux organisations internationales d'élaborer des indicateurs similaires à ceux détaillés ci-dessous :

- a) Structurels :
 - i) Disponibilité de la thérapie de substitution des opioïdes, des programmes d'échange de seringues usagées et d'autres interventions de réduction des risques;
 - ii) Adoption par les États d'une liste des médicaments essentiels;
 - iii) Disponibilité de ces médicaments essentiels;
 - iv) Mise en œuvre d'une législation contre le détournement ou toutes autres lois similaires pour les toxicomanes confrontés au système de justice pénale;
- b) De méthode :
 - i) Pourcentage des centres de détention dans lesquels des interventions de réduction des risques sont mises en œuvre;
 - ii) Pourcentage des usagers de drogues bénéficiant d'un traitement antirétroviral (le cas échéant);
 - iii) Pourcentage des toxicomanes bénéficiant d'un traitement approprié (comme mentionné par l'ONUDD/OMS),
- c) De résultat :
 - i) Pourcentage des usagers de drogues infectés par le VIH;
 - ii) Pourcentage des détenus infectés par le VIH.

D. Cadres réglementaires possibles pour la lutte contre les drogues

73. Le Rapporteur spécial considère qu'il est nécessaire, à long terme, d'envisager des alternatives au système actuel de contrôle des drogues. L'une d'entre elles pourrait être la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac, dans laquelle certains médicaments placés sous contrôle seraient réglementés de façon similaire au tabac. L'objectif de la Convention-cadre est de limiter les méfaits de la fumée de tabac sur le plan social, environnemental et de la santé publique en créant un cadre permettant de diminuer le tabagisme de façon continue. Il s'agit d'un tournant radical dans la définition d'une stratégie réglementaire visant à contrôler les substances addictives, ce qui protège les droits des consommateurs de drogues et des toxicomanes tout en minimisant les risques qui en découlent. Un nouveau dispositif réglementant les drogues autres que le tabac

¹²⁴ A/58/427, par. 25.

exigerait l'évaluation des preuves scientifiques révélant les effets d'une drogue sur l'individu et les effets de chaque drogue placée sous contrôle sur le public, la santé publique et les droits de l'homme. L'inclusion dans le dispositif interviendrait au cas par cas.

74. Les mesures non financières prévues dans la Convention-cadre constituent les meilleurs exemples de protection et de réglementation susceptibles de remplacer le cadre actuel fondé sur la répression. Ces mesures concernent notamment la réglementation de la composition des drogues, l'éducation et la sensibilisation, ainsi que la baisse et la cessation de la dépendance. Leur mise en œuvre protégerait le droit à la santé en permettant, entre autres, l'approvisionnement continu en drogues non altérées, une meilleure sensibilisation de l'individu et de la communauté à la réduction des risques, et l'accès garanti aux traitements appropriés, lorsqu'il y a lieu. Les niveaux de mise en œuvre de quasiment toutes ces mesures sont globalement élevés dans les États parties à la Convention-cadre, ce qui suggère des possibilités similaires pour les drogues actuellement placées sous contrôle.

75. En outre, le cadre proposé autoriserait l'usage traditionnel et culturel des drogues, dont il a été démontré que l'impact sur la santé publique est limité; c'est notamment le cas de la feuille de coca en Bolivie et de formes diverses de cannabis en Inde. Le régime actuel a privé des millions de personnes de leurs moyens de subsistance, et refuse l'usage traditionnel des drogues en raison des interdictions imposées sur leur culture et des méthodes d'éradication fort nuisibles utilisées pour limiter leur production. Ces sanctions sont sans fondement et inutiles à l'effort de réduction de la consommation de drogues.

VII. Recommandations

76. **Les États Membres devraient :**

- **Veiller à ce que toutes les mesures de réduction des risques (voir liste établie par ONUSIDA) et les services de traitement de la toxicomanie, notamment la thérapie de substitution des opioïdes, soient accessibles aux usagers de drogues, en particulier ceux qui se trouvent en milieu carcéral;**
- **Décriminaliser ou dépénaliser la détention et l'usage de drogues;**
- **Abroger ou réformer profondément les lois et politiques interdisant l'accès aux services de santé essentiels aux usagers de drogues, et examiner les initiatives de répression relatives au contrôle des drogues afin de garantir leur conformité aux obligations en matière de droits de l'homme;**
- **Réviser les lois, règlements et politiques visant à améliorer l'accès aux médicaments essentiels placés sous contrôle.**

77. **Les organes des Nations Unies responsables du contrôle des drogues devraient :**

- **Intégrer les droits de l'homme dans les lois, politiques et programmes relatifs à la lutte contre les drogues;**
- **Encourager l'amélioration de la communication et du dialogue entre les entités des Nations Unies en axant l'intérêt des échanges sur l'impact de**

l'usage et des marchés de drogues, ainsi que sur les politiques et programmes relatifs à la lutte contre les drogues;

- **Envisager la création d'un mécanisme permanent, tel qu'une commission indépendante, par le biais duquel les acteurs internationaux du respect des droits de l'homme peuvent contribuer à l'élaboration des politiques internationales de lutte contre la drogue et assurer le suivi de leur mise en œuvre au niveau national, et dont l'objectif premier est la protection nécessaire du droit à la santé et des droits de l'homme des usagers de drogues et de leurs communautés;**
- **Formuler des directives donnant instruction aux acteurs concernés d'adopter une approche de lutte contre les drogues fondée sur les droits de l'homme, et définir et prescrire des indicateurs de lutte contre les drogues et du droit à la santé fondés sur les droits fondamentaux;**
- **Envisager la création d'un cadre alternatif de réglementation des drogues à long terme, s'appuyant sur un modèle tel que la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac.**
