



Assemblée générale

Distr. générale
4 septembre 2015
Français
Original: anglais

Conseil des droits de l'homme

Trentième session

Points 2 et 8 de l'ordre du jour

Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du Secrétaire général

Suivi et application de la Déclaration et du Programme d'action de Vienne

Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme

Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*

Résumé

Dans sa résolution 28/28, le Conseil des droits de l'homme a prié le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'établir, en consultation avec les États, les organismes des Nations Unies et les autres parties prenantes et en vue de la lui présenter à sa trentième session, une étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme, et de faire des recommandations sur le respect de ces droits ainsi que leur défense et leur promotion dans le contexte du problème mondial de la drogue, en portant une attention particulière aux besoins des personnes touchées ou en situation de vulnérabilité. Le présent rapport fait suite à la demande du Conseil.

* Soumission tardive.



I. Introduction

1. Dans sa résolution 28/28, le Conseil des droits de l'homme a prié le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'établir, en consultation avec les États, les organismes des Nations Unies et les autres parties prenantes et en vue de la lui présenter à sa trentième session, une étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme, et de faire des recommandations sur le respect de ces droits ainsi que leur défense et leur promotion dans le contexte du problème mondial de la drogue, en portant une attention particulière aux besoins des personnes touchées ou en situation de vulnérabilité.

2. Des demandes d'information ont été envoyées aux États et aux autres parties prenantes; 24 États, 4 organismes des Nations Unies ou autres organisations internationales, 4 institutions nationales de défense des droits de l'homme et 35 organisations non gouvernementales ont fait parvenir des réponses¹.

3. Le régime international de contrôle des drogues repose sur trois traités des Nations Unies, à savoir: a) la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, qui soumet au contrôle international des plantes telles que le cannabis, le cocaïer et le pavot à opium; b) la Convention sur les substances psychotropes de 1971, qui fait de même pour les substances synthétiques et les précurseurs chimiques utilisés pour fabriquer des drogues; et c) la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988, qui élargit le champ de la réglementation internationale du commerce des drogues et met en évidence le lien entre trafic de drogues et criminalité organisée (voir art. 3, par. 5). Ces traités étendent le contrôle international à des centaines de substances, incriminant ainsi presque tous les aspects de leur production et de leur distribution non autorisées, tout en permettant la production, la distribution et la détention à des fins médicales et/ou scientifiques². Bien que ces textes n'abordent pas spécifiquement la question des droits de l'homme, l'objectif premier du régime international de contrôle des drogues, tel qu'il est énoncé dans le préambule de la Convention de 1961, est de protéger la santé physique et morale de l'humanité.

4. L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) veille à la mise en œuvre des trois conventions mentionnées ci-dessus. Il suit la production et le trafic illicites de drogues ainsi que l'accès aux substances contrôlées à des fins médicales et scientifiques, et il enquête sur les États qui ne se conforment pas aux exigences des traités. La Commission des stupéfiants classe les stupéfiants et les substances psychotropes selon les différents niveaux de restriction qui s'y appliquent. En outre, elle assure la fonction d'organe directeur de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et approuve le budget du Fonds du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues.

5. Dans sa résolution 69/201, l'Assemblée générale a réaffirmé que la lutte contre le problème mondial de la drogue devait être menée de manière pleinement conforme à la Charte des Nations Unies et dans le strict respect de l'ensemble des droits de l'homme. Dans sa résolution 51/12, la Commission des stupéfiants a appelé à promouvoir les droits de l'homme dans le cadre de la mise en œuvre des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. Par ailleurs, l'OICS a affirmé que les droits de l'homme devraient être pris en compte dans l'interprétation de ces traités. Le Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint a estimé qu'en cas de

¹ Les réponses sont disponibles à l'adresse www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx.

² Voir la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, art. 2, par. 5.

conflit entre le régime international de contrôle des drogues et le droit international des droits de l'homme, les obligations en matière de droits de l'homme devaient l'emporter (voir A/65/255, par. 10).

II. Droit à la santé

A. Accès au traitement

6. Le droit à la santé est énoncé à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. En vertu du paragraphe 2 de l'article 2 et de l'article 3 du Pacte, les États sont tenus de faire respecter le droit à la santé sans discrimination aucune, y compris à l'égard des usagers de drogues.

7. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a précisé en quoi l'usage de drogues se distinguait de la toxicomanie. Cette dernière est un trouble chronique et récurrent qui devrait faire l'objet d'un traitement médical fondé sur une approche biopsychosociale, alors que l'usage de drogues n'est pas une maladie et n'entraîne pas obligatoirement la toxicomanie. Les usagers de drogues et les toxicomanes doivent pouvoir jouir du même droit à la santé que quiconque, et même si l'usage de drogues constitue une infraction pénale, ce droit ne saurait être restreint (voir A/65/255, par. 7). Le Rapporteur spécial a noté que les normes éthiques appliquées au traitement d'autres maladies s'appliquaient également à celui de la toxicomanie, y compris s'agissant du droit du patient de refuser un traitement ou de prendre des décisions à cet égard.

8. Le Rapporteur spécial a insisté sur le fait que le personnel soignant avait l'obligation d'agir sans discrimination, de ne stigmatiser aucun patient et de ne violer les droits fondamentaux de personne. Néanmoins, les usagers de drogues sont parfois victimes de discrimination dans les établissements médicaux. Dans certains pays, l'accès aux soins de santé, notamment en ce qui concerne le traitement du VIH/sida, peut être particulièrement difficile pour les usagers de drogues injectables par exemple. Cela peut s'expliquer par le fait que le personnel soignant restreint sans justification la fourniture de soins à de tels patients³. Le Rapporteur spécial a constaté que les soignants n'étaient pas toujours suffisamment formés aux mesures de réduction des risques ou informés sur le sujet (voir A/65/255, par. 46). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que les professionnels de la santé soient formés aux questions de la stigmatisation et de la discrimination, ce qui devrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé⁴.

9. Des personnes se voient parfois refuser l'accès à un traitement médical parce qu'elles font ou ont fait usage de drogues, alors que rien ne justifie cette décision. Un tel refus peut être opposé au motif que la personne risque, en raison de cet usage, d'être incapable d'observer son traitement. Le Rapporteur spécial note que l'observance du traitement n'est pas nécessairement plus faible chez les usagers de drogues que chez les autres patients et qu'elle devrait être évaluée au cas par cas (voir A/65/255, par. 23 et 24).

³ Organisation mondiale de la Santé (OMS), Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users* (2012), p. 26.

⁴ OMS, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (juillet 2014), p. 96 à 99.

10. Les programmes d'intervention sur le terrain permettent d'informer les usagers de drogues et de les orienter vers des services de soin. Les programmes d'information et de formation peuvent permettre de réduire les risques auxquels les usagers s'exposent et encourager les toxicomanes à entamer un traitement⁵.

B. Réduction des risques

11. Les mesures de réduction des risques visent à réduire les dangers associés à l'usage de drogues psychoactives, sans être nécessairement dissuasives. Elles comprennent les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, la prescription de médicaments de substitution, la mise à disposition de salles de consommation, la promotion de pratiques d'administration autres que l'injection, la prévention de la surdose et les activités de sensibilisation et de formation (voir A/65/255, par. 50). Les usagers de drogues injectables courent un risque plus élevé que d'autres de contracter le VIH, l'hépatite B ou C⁶, ou la tuberculose⁷.

12. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels⁸, le Comité des droits de l'enfant⁹ et le Rapporteur spécial sur le droit à la santé sont convenus qu'il était essentiel d'adopter une approche de réduction des risques à l'égard des usagers de drogues. L'OMS, l'ONUSIDA et le Programme commun des Nations Unies contre le VIH/sida (ONUSIDA) encouragent les démarches de réduction des risques auprès des usagers de drogues injectables¹⁰. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme y est également favorable et le Conseil des droits de l'homme a, dans sa résolution 12/27, reconnu la nécessité de prendre des mesures dans ce domaine.

13. L'échange d'aiguilles et de seringues consiste à fournir aux usagers injecteurs du matériel. L'OMS a approuvé le recours à de tels programmes, en faisant observer qu'ils réduisaient de manière significative le nombre d'infections à VIH, à un coût avantageux et sans conséquence négative majeure¹¹. Ils permettent de détruire les aiguilles contaminées, réduisant ainsi le risque de transmission du VIH et d'autres maladies hématogènes telles que les hépatites virales, en particulier les hépatites B et C (voir A/65/255, par. 51)¹².

14. Le traitement de substitution aux opioïdes¹³ est une approche fondée sur des données factuelles dans le cadre de laquelle des médicaments tels que la méthadone ou la

⁵ Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, *Submission to the Committee against Torture* (19 octobre 2012), p. 6. Disponible en anglais à l'adresse www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/drugPolicyLaw.pdf.

⁶ OMS, *Guidance on Prevention of Viral Hepatitis B and C among People Who Inject Drugs*, note d'orientation (juillet 2012).

⁷ Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2012*.

⁸ Voir E/C.12/RUS/CO/5, E/C.12/AZ/CO/1, E/C.12/EST/CO/2 et E/C.12/UKR/CO/5.

⁹ Dans son observation générale n° 15 (2013) sur le droit qu'a l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible.

¹⁰ OMS, ONUSIDA et ONUSIDA, *Technical Guide*, p. 10 à 26.

¹¹ OMS, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users* (Genève, 2004), p. 28, et OMS, *Consolidated Guidelines*, p. 4.

¹² OMS, "Quatre façons de réduire les cas d'hépatite chez les consommateurs de drogues par injection" (21 juillet 2012) et ONUSIDA, *Rapport sur les écarts* (Genève, 2014), p. 173.

¹³ Selon l'OMS, le traitement de substitution aux opioïdes est également appelé traitement d'entretien aux opioïdes, traitement d'entretien aux agonistes opioïdes ou encore traitement médicamenteux.

buprénorphine sont prescrits pour traiter la toxicomanie. Il fait diminuer la prévalence de l'usage de drogues par injection et du partage de matériel d'injection, réduisant ainsi le risque d'infection à VIH ou d'autres maladies hématogènes, et permet de gérer le sevrage des consommateurs d'opioïdes et de prévenir les rechutes (voir A/65/255, par. 52). L'OMS recommande que tous les individus de populations clefs qui sont dépendants aux opioïdes aient accès au traitement de substitution¹⁴.

15. Les surdoses, qui impliquent pour la plupart des opioïdes, constituent la première cause des décès dus à la drogue. En faisant reculer la pratique de l'injection, le traitement de substitution réduit les surdoses de presque 90 %¹⁵. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé et l'OMS ont insisté sur le fait que la formation à l'administration de naloxone, substance qui contrecarre les effets de la surdose d'opioïdes, comme mesure de premiers secours pouvait permettre d'éviter les décès et de réduire les risques associés à la surdose (voir A/65/255, par. 54)¹⁶.

16. Mettre des salles de consommation à la disposition des usagers de drogues peut aider à prévenir la transmission de maladies et à éviter que ces usagers ne s'abîment trop les veines, ainsi que les encourager à recourir aux traitements et à d'autres services. Ces salles ont contribué à faire diminuer le nombre de surdoses et à améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux (voir A/65/255, par. 54).

17. En 2014, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues étaient en place dans 90 pays et le traitement de substitution aux opioïdes était disponible dans 80 pays. Cependant, il était avéré qu'il n'existait aucun programme d'échange dans 68 pays où l'injection de drogues était pratiquée. Quatre-vingt-huit salles de consommation avaient été ouvertes dans le monde, dont deux seulement étaient situées ailleurs qu'en Europe (Australie et Canada)¹⁷.

18. L'absence de programme d'échange d'aiguilles et de seringues, en particulier, a une incidence directe sur la propagation du VIH. Les usagers de drogues injectables représentent environ 10 % de toutes les nouvelles infections à VIH, et ce chiffre atteint 30 % si l'on exclut l'Afrique subsaharienne. On estime qu'il y a 12,19 millions d'usagers injecteurs dans le monde et que 1,65 million d'entre eux vivent avec le VIH¹⁸. Selon des estimations de l'OMS, fondées sur des données provenant de 49 pays, le risque moyen d'infection à VIH est 22 fois plus important parmi les usagers de drogues injecteurs que dans le reste de la population; dans 11 de ces pays, il est au moins 50 fois plus élevé¹⁹.

19. L'augmentation du nombre de patients entamant un traitement du VIH/sida est l'une des retombées positives de la réduction des risques (voir A/65/255, par. 57). L'ONUSDC, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent qu'un ensemble complet de services de réduction des risques soit intégré aux programmes nationaux de lutte contre le sida, à la fois pour prévenir l'infection à VIH et pour favoriser l'observance des traitements antirétroviraux et le suivi médical des usagers de drogues²⁰.

¹⁴ OMS, *Consolidated Guidelines*, p. 4.

¹⁵ OMS, *Community Management of Opioid Overdose* (Genève, 2014), p. 3.

¹⁶ OMS, *Consolidated Guidelines*, p. 4.

¹⁷ Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014*.

¹⁸ ONUSDC, *Rapport mondial sur les drogues 2015* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.15.XI.6), p. ix de l'anglais (français à paraître).

¹⁹ OMS, *Consolidated Guidelines*, p. 5.

²⁰ OMS, ONUSDC et ONUSIDA, *Technical Guide*, p. 10 à 21.

20. Dans le cadre d'une étude, on a comparé des pays ayant adopté de manière complète et systématique des approches fondées sur la réduction des risques et non sur la punition avec d'autres s'étant fermement opposés à la réduction des risques pour se concentrer sur une action répressive. Il en est ressorti que la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables était de moins de 5 % en Allemagne, en Australie, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et en Suisse, alors qu'elle dépassait le 35 % en Fédération de Russie et en Thaïlande²¹.

C. Soins de santé en milieu pénitentiaire

21. L'usage de drogues, y compris par injection, est avéré dans les prisons du monde entier. En milieu carcéral, les taux élevés de partage du matériel d'injection induisent un risque particulièrement important de transmission du VIH. Les détenus ont droit, sans discrimination, aux mêmes soins de santé que les personnes en liberté, notamment en ce qui concerne la prévention, la réduction des risques et les traitements antirétroviraux. Il est primordial d'assurer la continuité des soins lorsque des personnes qui suivent un traitement, par exemple un traitement de substitution aux opioïdes ou un traitement antirétroviral ou antituberculeux, sont mises en détention car une interruption aurait de graves conséquences sur leur santé²².

22. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a affirmé que mettre des programmes de réduction des risques et des traitements fondés sur des données factuelles à la disposition de la population en général sans les proposer aux personnes détenues portait atteinte au droit à la santé. Cependant, alors que le traitement de substitution aux opioïdes était disponible dans 80 pays en 2014, il n'était réellement fourni que dans 43. Le Rapporteur a également soutenu que, comme les risques sanitaires étaient significativement plus élevés en milieu carcéral qu'en milieu libre, il fallait mettre en œuvre des programmes de réduction des risques et traiter les toxicomanes si l'on voulait remplir les objectifs fixés en matière de santé publique, et ce même si ces services n'étaient pas encore offerts en milieu libre (voir A/65/255, par. 60).

23. Les mesures de protection de la santé, y compris de réduction des risques, sont efficaces en prison, où il est urgent de mettre en place des traitements pour les usagers de drogues²³. Il a également été constaté que le traitement de la toxicomanie était très efficace pour réduire la criminalité, du fait que les traitements et soins dispensés en prison, ou comme solution de substitution à l'emprisonnement, faisaient diminuer les taux de rechute, de transmission du VIH et de récidive²⁴.

D. Obstacles à l'exercice du droit à la santé

24. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a noté que les usagers de drogues vivant dans des pays où la consommation de drogues était une infraction pénale pouvaient hésiter à se faire soigner par crainte que des informations concernant leur consommation ne soient

²¹ Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Le VIH et le droit: risques, droit et santé* (New York, juillet 2012) et Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy* (juin 2015), p. 19.

²² OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Technical Guide*, p. 26, et OMS, *Consolidated Guidelines*, p. 5.

²³ OMS, Bureau régional de l'Europe, *La recommandation de Madrid: la protection de la santé pénitentiaire comme composante essentielle de la santé publique* (Copenhague, 2010), p. 3 et 4.

²⁴ ONUDC et OMS, *Principles of drug dependence treatment*, document d'analyse (2008), p. 14.

communiquées aux autorités et n'entraînent leur arrestation ou leur emprisonnement, ou encore leur soumission à un traitement contre leur gré. Les registres recensant les usagers de drogues pouvaient les dissuader de suivre un traitement étant donné en particulier qu'il était fréquemment signalé, dans les pays où il en était tenu, des violations de la confidentialité des informations relatives aux patients (voir A/65/255, par. 20 et A/64/272, par. 23).

25. Le Rapporteur spécial a observé que l'incrimination de l'usage et de la détention de drogues amenait les usagers à adopter des pratiques dangereuses pour échapper à la répression, ce qui se traduisait par une prise de risque accrue. Parmi ces pratiques figuraient le partage de seringues et de matériel d'injection, les injections faites dans la précipitation ou dans des conditions risquées et l'usage de drogues dans des endroits peu sûrs. Préparer la drogue à la hâte afin de ne pas être découvert par les agents des services de répression pouvait accroître le risque de surdose, d'accident vasculaire ou d'infection. Le Rapporteur spécial a également constaté qu'incriminer l'usage et la détention de drogues pouvait entraîner une augmentation du risque d'infection, y compris à VIH, chez les usagers (voir A/65/255, par. 25 et 26).

26. Le Rapporteur spécial a indiqué que ces risques pouvaient être aggravés par la réticence de l'usager, qui craint d'être arrêté, à demander une aide médicale en rapport avec la préparation et l'injection de drogues. Il a noté qu'incriminer l'usage accroissait le risque que des substances dangereuses, voire mortelles, ne se retrouvent mélangées à la drogue (voir A/65/255, par. 25 et 26). Il a ajouté qu'ériger en infraction la diffusion d'informations, y compris sur les pratiques les plus sûres en matière d'usage de drogues et de réduction des risques, n'était pas compatible avec le droit à la santé puisque cela empêchait les personnes de faire des choix éclairés concernant leur santé²⁵.

27. Le Rapporteur spécial a constaté que certains États opposés aux mesures de réduction des risques avaient érigé en infraction pénale la détention d'aiguilles, de seringues et d'autre matériel utilisé par les usagers de drogues²⁶, ce qui était contraire aux *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*²⁷. La crainte d'une arrestation ou de sanctions pénales pouvait dissuader les consommateurs de participer à des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et d'avoir sur eux du matériel stérile, ce qui rendait plus probable le recours à du matériel non stérile et la transmission de maladies. Toute législation qui sanctionne les personnes détenant ce type de matériel, y compris les professionnels intervenant sur le terrain, constitue un obstacle à la lutte contre le VIH²⁸. Dans certains pays, promouvoir la prise et l'offre de méthadone, substance utilisée pour le traitement de substitution aux opioïdes, est une infraction pénale²⁹.

28. L'OMS a appelé à dépénaliser l'usage de drogues, y compris par injection, du fait qu'une telle mesure pouvait contribuer grandement à ce que les recommandations qu'elle avait faites concernant les interventions du secteur de la santé, notamment la réduction des risques et le traitement et la prise en charge des usagers de drogues, soient suivies d'effets³⁰.

²⁵ Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, *Submission to the Committee against Torture* (19 octobre 2012), p. 6.

²⁶ Ibid.

²⁷ Publication des Nations Unies, numéro de vente: F.06.XIV.4, p. 30.

²⁸ OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Fourniture de matériel d'injection stérile pour réduire la transmission du VIH, note d'orientation* (2004), p. 2.

²⁹ Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2014*.

³⁰ OMS, *Consolidated Guidelines*, p. 91.

L'ONUSIDA a également recommandé de dépénaliser l'usage de drogues afin de réduire le nombre d'infections à VIH et de soigner le sida³¹.

29. Le Rapporteur spécial a répertorié de nombreuses voies par lesquelles la criminalisation de l'usage et de la détention de drogues entravait l'exercice du droit à la santé. Il a préconisé la dépénalisation, qui constituerait à ses yeux un grand pas en avant vers la jouissance du droit à la santé. Il a noté que dépénaliser l'usage de drogues ne revenait pas à le légaliser: l'usage et la détention resteraient interdits par la loi, mais les sanctions pénales encourues, si elles étaient appliquées, seraient mineures et non privatives de liberté. La légalisation, elle, signifierait que la conduite en question ne serait plus interdite (voir A/65/255, par. 62).

30. Le Rapporteur spécial a constaté que l'expérience de la dépénalisation avait été concluante au Portugal (voir A/65/255, par. 64). En 2001, toutes les drogues destinées à la consommation personnelle ont été dépénalisées et l'usage de drogues est devenu une infraction administrative. À cette mesure est venu s'ajouter le renforcement de l'action des services sociaux et de santé publique à l'égard des usagers. Il n'y a pas eu d'augmentation significative de l'usage de drogues au Portugal; de fait, les indicateurs étaient même à la baisse pour certains groupes de population. On compte parmi les effets positifs de la dépénalisation la fin de la stigmatisation des usagers et le désencombrement du système pénal³². L'OICS a indiqué que la dépénalisation qui avait été décidée dans le pays n'était pas contraire à la Convention de 1988³³. Au total, 22 États avaient adopté des mesures de ce type, mais pas toujours pour promouvoir la santé publique³⁴. Le Rapporteur spécial a ajouté que la dépénalisation devrait être assortie d'un développement des programmes de traitement et d'information (voir A/65/255, par. 67). Le 26 juin 2015, à l'occasion de la Journée internationale contre l'abus et le trafic illicite de drogues, le Secrétaire général a déclaré qu'il faudrait envisager des solutions autres que l'incrimination de l'usage et l'incarcération des usagers et se concentrer davantage sur la santé publique, la prévention, le traitement et la prise en charge ainsi que sur la mise en œuvre de stratégies économiques, sociales et culturelles. Un certain nombre d'organisations de la société civile ont appelé à la dépénalisation au motif que l'incrimination était un obstacle considérable à la mise en place d'interventions de santé publique en faveur des usagers de drogues et à leur droit à la santé³⁵.

E. Accès aux médicaments essentiels

31. Il est reconnu dans le préambule de la Convention de 1961 que l'usage médical des stupéfiants est indispensable pour soulager la douleur. Néanmoins, alors même que des millions de personnes dans le monde ont besoin de médicaments essentiels destinés à traiter la douleur, la toxicomanie et d'autres états, la disponibilité de ceux-ci est souvent limitée voire inexistante. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a constaté que l'accès à ces

³¹ ONUSIDA, *The Gap Report*, p. 183.

³² Document communiqué par le Portugal. Voir Artur Domosławski, *Drug policy in Portugal: the Benefits of Decriminalizing Drug Use* (Varsovie, Open Society Foundations, 2011).

³³ *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2004*, p. 90.

³⁴ Ari Rosmarin et Niamh Eastwood, *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Policies in Practice across the Globe* (Londres: Release, 2012). La Jamaïque a dépénalisé l'usage de cannabis (voir *Dangerous Drug Amendment Act*, 2015, par. 6, modifiant l'article 7C de la loi).

³⁵ Documents communiqués par la Commission globale de politique en matière de drogues, p. 3 à 5, Human Rights Watch, p. 2, le Consortium international sur les politiques des drogues, p. 5, Release, p. 8, et Women's Harm Reduction International Network, p. 9.

médicaments était fréquemment restreint de manière excessive par crainte qu'ils ne soient détournés de leur utilisation médicale légitime vers des usages illicites (voir A/65/255, par. 41).

32. Limiter l'accès aux opioïdes n'influe pas seulement sur la disponibilité du traitement de substitution mais aussi sur trois autres domaines dans lesquels l'accès aux médicaments placés sous contrôle est essentiel, à savoir: a) la prise en charge de la douleur modérée à forte, 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 (voir A/65/255, par. 42).

33. Dans son observation générale n° 14 (2000) concernant le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que garantir l'accès aux médicaments essentiels, y compris aux opioïdes, était une composante fondamentale du droit à la santé et que les États devaient satisfaire à cette obligation quelles que soient les ressources dont ils disposaient. Le Rapporteur spécial a noté que l'accès aux drogues placées sous contrôle constituait un élément primordial du droit à la santé et a recommandé que les États améliorent l'accès aux médicaments essentiels (voir A/65/255 par. 40 à 47 et 76).

34. L'OICS constate invariablement que la disponibilité des médicaments essentiels placés sous contrôle est excessivement limitée dans de nombreux pays. Dans son rapport annuel pour 2014, il a indiqué qu'environ 5,5 milliards de personnes, soit les trois quarts de la population mondiale, vivaient dans des pays où l'accès aux médicaments contenant des stupéfiants était réduit voire inexistant, et n'avaient qu'un accès insuffisant au traitement de la douleur modérée à forte. Il a également noté que 17 % de la population mondiale était à l'origine de 92 % de la consommation mondiale de morphine (un opioïde), principalement en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Océanie. L'OICS et l'OMS ont tous deux reconnu que les pratiques et réglementations inutilement restrictives en matière de contrôle des drogues représentaient un obstacle important à l'accès aux médicaments essentiels placés sous contrôle³⁶.

III. Droits en matière pénale

A. Interdiction de l'arrestation et de la détention arbitraires

35. Il semblerait que la police cible parfois des centres de traitement de la toxicomanie ou leurs alentours pour procéder à des arrestations³⁷. De telles pratiques pourraient découler de la manière dont est mesurée l'efficacité des services et de répression dans la lutte contre l'abus de drogues, notamment lorsque le critère retenu est le nombre d'arrestations. Dans certains pays, la police se procurerait les dossiers médicaux de personnes enregistrées auprès d'établissements de traitement de la toxicomanie et les exploiterait à des fins répressives (voir A/65/255, par. 20)³⁸. Ailleurs, les policiers s'en prendraient aux usagers de drogues pour

³⁶ Voir le *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2014*, par. 12, et OMS, *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle: orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle* (Malte, 2011).

³⁷ Document présenté par le Women's Harm Reduction International Network, p. 4.

³⁸ Document présenté par le Russian Civil Society Mechanism for Monitoring of Drug Policy Reforms in Russia, p. 5 et 6.

atteindre les quotas fixés en matière d'arrestation ou leur extorqueraient, par la menace, de l'argent ou, dans le cas des femmes, des faveurs sexuelles³⁹.

36. Selon le Groupe de travail sur la détention arbitraire, les usagers de drogues sont particulièrement exposés au risque de détention arbitraire (voir E/CN.4/1998/44/Add.2, par. 81 et 97 à 99, et A/HRC/27/48/Add.3, par. 111 à 119). Dans certains États, ils seraient automatiquement placés en détention provisoire après leur arrestation, sans que leur cas individuel ne soit examiné, alors même que la Commission interaméricaine des droits de l'homme a estimé que cette pratique portait atteinte aux droits fondamentaux⁴⁰. Aux termes de l'article 9 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, tout individu arrêté ou détenu du chef d'une infraction pénale sera traduit dans le plus court délai devant un juge; au paragraphe 33 de son observation générale n° 35 (2014) sur la liberté et la sécurité de la personne, le Comité des droits de l'homme interprète cette formule comme désignant un laps de temps ne dépassant pas quelques jours à partir du moment de l'arrestation, considérant que quarante-huit heures suffisent généralement. On aurait recensé des cas où des personnes détenues du chef d'une infraction liée à la drogue n'ont pas été enregistrées ou n'ont pas été rapidement présentées devant un juge. Dans certains États, lorsqu'une personne est appréhendée au motif qu'on la suspecte d'avoir commis une infraction de ce type, elle peut être maintenue en détention, sans qu'aucune accusation ne soit portée contre elle, pendant une période beaucoup plus longue qu'une personne détenue du chef d'autres infractions⁴¹.

B. Interdiction de la torture et des autres formes de mauvais traitement

37. Il semblerait que dans certains États, les personnes qui font usage de drogues soient victimes pendant leur détention de violences visant souvent à leur arracher des aveux ou des informations à propos d'autres usagers ou trafiquants de drogues⁴². Le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et le Comité des droits de l'homme ont constaté que certains services de répression privaient intentionnellement, lors de leur détention provisoire, des suspects toxicomanes de leur traitement de substitution aux opioïdes afin de leur extorquer des aveux ou des informations, pratique qui constituait à leurs yeux une forme de torture (voir A/HRC/22/53, par. 73, A/HRC/13/39/Add.2, par. 85, et A/68/295, par. 68). Le Rapporteur spécial sur la torture considère également cette pratique comme un acte de torture ou de mauvais traitement dans certaines circonstances, même lorsqu'elle ne vise pas l'obtention d'informations (voir A/HRC/22/53, par. 74).

C. Droit à la vie

38. L'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques dispose que, dans les États où la peine de mort n'a pas été abolie, une sentence de mort ne peut être prononcée que pour "les crimes les plus graves". Le Comité des droits de l'homme a estimé que les

³⁹ Commission mondiale sur le VIH et le droit, *VIH et le droit*, et document présenté par le Eurasian Harm Reduction Network, p. 4.

⁴⁰ Document présenté par le Centro de Estudios Legales y Sociales, Conectas Human Rights et Corporacion Humanas, p. 4, et *Report on the Use of Pretrial Detention in the Americas* (2013), par. 137, Commission interaméricaine des droits de l'homme.

⁴¹ Document présenté par le Centro de Estudios Legales y Sociales *et al.*, p. 5, 9 et 27.

⁴² Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme, *Health and Human Rights Resource Guide* (Harvard University, 2013), p. 4.9.

infractions liées à la drogue n'appartenaient pas à cette catégorie (voir CCPR/C/IDN/CO/1, par. 10, CCPR/CO/84/THA, par. 14, et CCPR/C/SDN/CO/3, par. 19). La Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, le Rapporteur spécial sur la torture, le Rapporteur spécial sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, le Conseil économique et social, l'Assemblée générale et le Secrétaire général vont dans ce sens (voir A/HRC/10/44 et Corr.1, par. 66, A/HRC/4/20, par. 51 à 53, et A/HRC/24/18, par. 24)⁴³. L'OICS a encouragé les États qui appliquaient la peine de mort à ne pas y recourir en cas d'infractions liées à la drogue (voir A/HRC/27/23, par. 31).

39. On estime cependant que 33 pays ou territoires continuent de sanctionner de la peine de mort les infractions liées à la drogue, ce qui se traduit chaque année par un millier d'exécutions environ⁴⁴. Ces infractions sont à l'origine de la majorité des exécutions auxquelles il est procédé dans certains pays, et elles sont systématiquement punies de la peine capitale dans plusieurs États (voir E/2015/49 et Corr.1, par. 72)⁴⁵.

40. Les organisations de défense des droits de l'homme ont fait part de leur préoccupation au sujet du financement et de l'assistance technique accordés au plan international à des programmes de lutte contre la drogue dans des États qui maintenaient la peine de mort pour ces infractions⁴⁶. L'ONUDC, opposé à la peine capitale, a déclaré que "lorsqu'un pays continue de prononcer la peine de mort pour des infractions liées à la drogue, [lui-même] se met dans une position très délicate au regard des droits de l'homme, qu'il est tenu de respecter, s'il continue de soutenir les forces de l'ordre, les magistrats du parquet ou les tribunaux de ce pays". Il a ajouté que "le maintien de son appui dans de telles conditions [pouvait] à tout le moins être perçu comme une légitimation des mesures prises par le gouvernement concerné. Si, après des demandes de garanties et d'intervention politique au plus haut niveau, les exécutions pour infractions liées à la drogue se poursuivent, l'ONUDC peut n'avoir d'autre choix que de suspendre temporairement ou de retirer son soutien"⁴⁷. L'Union européenne a souligné que l'assistance technique, qu'elle soit de nature juridique, financière ou autre, ne saurait appuyer le recours à la peine de mort, et elle a déclaré expressément que cette dernière ne devait pas être appliquée pour sanctionner les infractions en matière de drogues⁴⁸.

41. Le Rapporteur spécial sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires s'est dit préoccupé par les exécutions extrajudiciaires survenues dans le cadre de la "guerre contre la drogue" (voir A/HRC/26/36/Add.1, par. 8), sujet qui inquiète aussi des États et des organisations non gouvernementales⁴⁹. L'impunité qui entoure les exécutions extrajudiciaires auxquelles il est procédé dans le cadre d'opérations ciblant le commerce de drogues est

⁴³ Voir aussi la résolution n° 1984/50 du Conseil économique et social et la résolution 39/118 de l'Assemblée générale.

⁴⁴ Harm Reduction International, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2012*, p. 5.

⁴⁵ Voir aussi le document présenté par Amnesty International, p. 2.

⁴⁶ Reprieve, Harm Reduction International, International Drug Policy Consortium, Transform, Release, Espolea, Drug Policy Alliance, Diogenis, Andrey Rylkov Foundation, Canadian Drug Policy Coalition et Forum Droghe, "INCB report launch and the death penalty for drug offences" (déclaration conjointe, 3 mars 2015).

⁴⁷ ONUDC, "UNODC and the promotion and protection of human rights" (2102), p. 10.

⁴⁸ Conseil de l'Union européenne, "Orientations de l'UE concernant la peine de mort" (doc. n° 8416/13, annexe).

⁴⁹ Documents présentés par la Suisse; Commission mexicaine de défense et de promotion des droits de l'homme, p. 3 et 4; Initiative "Count the Costs", p. 7; et Human Rights Watch, p. 2 et 3.

également préoccupante. Le Rapporteur spécial sur la torture a condamné l'inefficacité des poursuites et l'impunité relative dont ont bénéficié les auteurs présumés de telles atteintes aux droits de l'homme, et le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme a souligné que les responsables de ces graves violations devaient répondre de leurs actes (voir A/HRC/11/2/Add.2, par. 33 et 53, et A/HRC/26/36/Add.1, par. 81, 111 et 117)⁵⁰.

D. Droit à un procès équitable

42. Il semblerait que, dans certains États, la répression des infractions liées à la drogue soit confiée en tout ou partie à l'armée, ce qui se traduit souvent par un recours excessif à la violence⁵¹. Des personnes accusées d'infractions de ce type auraient été traduites devant des tribunaux militaires ou spéciaux, susceptibles de ne pas satisfaire aux normes d'équité des procès⁵². À ce sujet, le Comité des droits de l'homme a rappelé que les civils devaient comparaître devant les tribunaux ordinaires, sauf circonstances exceptionnelles précisément définies, et que les dispositions de protection figurant dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ne sauraient être limitées ni modifiées au prétexte du caractère militaire ou spécial d'un tribunal⁵³.

43. Dans certains États, les accusés auraient le choix entre purger leur peine une fois condamnés ou se soumettre à un traitement de la toxicomanie. Considérant que quiconque a le droit de refuser un traitement, cette pratique peut inquiéter, surtout compte tenu de son caractère coercitif⁵⁴. Certains États imposent à ces personnes des mesures pénales supplémentaires en cas d'échec du traitement, sans tenir compte des spécificités de leur cas ni du fait que les professionnels de la santé reconnaissent que le traitement de la toxicomanie se caractérise souvent par une ou plusieurs rechutes, et requiert plusieurs types de soins⁵⁵. Le Groupe de travail sur la détention arbitraire a estimé que lorsque le traitement était choisi de préférence à l'incarcération, sa durée ne pouvait en aucun cas être supérieure à celle de la peine prévue (voir A/HRC/4/40/Add.2, par. 74).

44. Certains États refusent aux personnes condamnées pour des infractions liées à la drogue tout sursis et toute libération conditionnelle, grâce ou amnistie, alors que les personnes condamnées pour d'autres types de faits peuvent en bénéficier⁵⁶. Le Groupe de travail sur la détention arbitraire a recommandé aux États de modifier leur législation lorsqu'elle comportait des dispositions à cet effet (voir A/HRC/4/40/Add.3, par. 102, al. c)).

⁵⁰ Voir aussi la déclaration liminaire du Haut-Commissaire à la vingt-septième session du Conseil des droits de l'homme.

⁵¹ Documents présentés par le Centro de Estudios Legales y Sociales, Conectas Human Rights et Corporacion Humanas, p. 3 et 6 à 9; Service international pour les droits de l'homme et Brigades de paix internationales, p. 6; et Commission mexicaine pour la défense et la promotion des droits de l'homme, p. 1 à 6.

⁵² Initiative "Count the Costs", "The war on drugs: undermining human rights", p. 4.

⁵³ Observation générale n° 32 (2007) sur le droit à l'égalité devant les tribunaux et les cours de justice et à un procès équitable, par. 22.

⁵⁴ Commission globale de politique en matière de drogues, *Taking Control: Pathways to Drug Policies that Work* (2014), p. 22.

⁵⁵ PNUD, *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy*, p. 25, et document présenté par Release, p. 2.

⁵⁶ Document présenté par le Centro de Estudios Legales y Sociales, Conectas Human Rights et Corporacion Humanas, p. 27.

45. L'accent mis sur l'arrestation et l'incarcération des usagers de drogues au motif de la détention ou de l'usage de petites quantités de substance entraîne fréquemment leur mise en détention provisoire pour des périodes longues, et les personnes condamnées pour des infractions liées à la drogue représentent souvent, dans de nombreux pays, une proportion très élevée de la population carcérale. Les peines incompressibles et disproportionnées qui sont infligées aux personnes coupables de détention ou d'usage de drogues sont fréquemment plus longues que celles qui sanctionnent des crimes graves tels que l'assassinat, le viol, l'enlèvement ou le braquage de banque, et elles sont autant de facteurs de surincarcération et de surpeuplement carcéral⁵⁷. Le Groupe de travail sur la détention arbitraire a préconisé des réformes telles que les peines prononcées en sanction d'infractions liées à la drogue soient proportionnelles à la gravité des faits (voir E/CN.4/2003/8/Add.3, par. 44 et 72, al. a), A/HRC/4/40/Add.4, par. 47 et 87, et A/HRC/22/44/Add.2, par. 125). Il a également constaté que le recours excessif à l'incarcération pour ce type de faits contribuait de manière significative au surpeuplement carcéral, qui posait la question du respect de l'article 10 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, en vertu duquel toute personne privée de sa liberté doit être traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine (voir E/CN.4/2003/8/Add.3, par. 44, A/HRC/4/40/Add.3, par. 64, et A/HRC/4/40, par. 59 et 80).

E. Violations des droits de l'homme lors de séjours imposés en centres fermés

46. Les personnes qui font ou sont suspectées de faire usage de drogues peuvent être placées de force dans des centres fermés de réadaptation pour toxicomanes sans qu'aucun jugement n'ait été prononcé à leur encontre ni que leur état de dépendance ait été évalué, souvent pour des mois ou des années et, fréquemment, hors de tout contrôle par la justice pénale⁵⁸.

47. Dans ces établissements, qu'on appelle parfois centres de réadaptation par le travail, il est de règle que les personnes internées soient obligées de fournir pendant des heures des efforts physiques épuisants, subissent des violences physiques et verbales et soient passées à tabac, mises au secret et contraintes au travail forcé, d'après le Rapporteur spécial sur la torture (voir A/HRC/22/53, par. 40 à 42). Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a constaté que ces pratiques ne reposaient sur aucun fondement concret et qu'il était rare que des professionnels de la santé formés au traitement de la toxicomanie soient présents. En outre, ces traitements étaient souvent dispensés en bloc, au mépris de la nécessité d'obtenir le consentement éclairé de chacune des personnes concernées (voir A/65/255, par. 31 à 33).

48. Les séjours imposés en centres fermés seraient également le cadre de traitements expérimentaux dispensés sans consentement, de mauvais traitements et de violences sexuelles (voir A/HRC/22/53, par. 40 à 42). Le placement forcé dans ce type d'établissement, qui exclut l'accès au traitement de substitution aux opioïdes et aux programmes de réduction des risques,

⁵⁷ Documents présentés par Colectivo de Estudios Drogas y Derecho; Association internationale de réduction des risques et Penal Reform International, p. 1.

⁵⁸ Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme de l'Université Harvard et Open Society Foundations, *Health and Human Rights Resource Guide* (2013), p. 4.7. Voir aussi Open Society Foundations, *Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Rehabilitation* (2011) et "Human rights abuses in the name of drug treatment: reports from the field" (2009).

est également un facteur d'augmentation du risque de transmission des maladies, notamment de l'infection à VIH (voir A/65/255, par. 36).

49. Douze organismes des Nations Unies ont condamné ces pratiques dans une déclaration conjointe où ils appellent à la suppression des centres de réadaptation forcée des toxicomanes⁵⁹. Cependant, 235 000 personnes environ sont aujourd'hui encore détenues dans de tels établissements, situés pour beaucoup en Asie de l'Est et du Sud-Est⁶⁰.

IV. Interdiction de la discrimination

50. Un individu dont le casier judiciaire présente une condamnation pour une infraction liée à la drogue peut faire l'objet de différentes formes de discrimination. Il peut s'agir entre autres de barrières à l'emploi, de conséquences négatives sur la garde des enfants ou le droit de visite, de la perte d'aides publiques, y compris en matière d'accès au logement social, à l'aide alimentaire ou à l'aide financière aux étudiants, ou encore de difficultés pour se rendre à l'étranger⁶¹. Ce constat a contribué à ce que certains États décident de dépénaliser l'usage et la détention de drogues à des fins personnelles⁶². Comme l'a déclaré l'ancien Secrétaire général Kofi Annan le 19 mai 2015, lors d'une manifestation parallèle consacrée au renforcement d'une approche de santé publique dans la lutte contre le problème mondial de la drogue: "Le casier judiciaire d'un jeune condamné pour une infraction liée à la drogue de caractère mineur peut avoir sur son bien-être des conséquences bien plus graves que la consommation occasionnelle de telles substances."

A. Minorités ethniques

51. Il semblerait que les personnes appartenant à des minorités ethniques, en particulier lorsqu'elles sont pauvres et vivent dans un milieu marginalisé, soient particulièrement exposées à la discrimination de la part des services de répression en matière de drogues. Aux États-Unis, par exemple, les Afro-Américains comptent pour 13 % de la population mais représentent 37,7 % des personnes arrêtées pour des infractions liées à la drogue et 37 % des détenus purgeant une peine de prison pour ce type de motifs. Les Afro-Américains sont 3,7 fois plus susceptibles que les blancs d'être arrêtés pour des faits de détention ou d'usage de marijuana, malgré des taux de consommation comparables. On a observé des disparités similaires dans d'autres pays, dont l'Australie, le Canada et le Royaume Uni⁶³. Un représentant des services de répression a fait observer qu'il était plus difficile de s'attaquer au commerce de drogues dans des bureaux ou des quartiers aisés que dans des zones pauvres et marginalisées, où les transactions avaient lieu dans les rues et les lieux publics et où les contrôles de police étaient plus fréquents⁶⁴.

⁵⁹ Disponible à l'adresse: www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf.

⁶⁰ PNUD, *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy*, p. 25.

⁶¹ Initiative "Count the Costs", "The war on drugs: promoting stigma and discrimination", p. 3 à 5.

⁶² Rosmarin et Eastwood, *A Quiet Revolution*.

⁶³ Documents présentés par la Commission globale de politique en matière de drogues, p. 6;

Association internationale de réduction des risques et Penal Reform International, p. 4.

⁶⁴ Initiative "Count the Costs", "The war on drugs: promoting stigma and discrimination", p. 7 et 8.

B. Femmes

52. Partout dans le monde, les femmes sont plus souvent incarcérées pour des infractions liées à la drogue que pour tout autre type d'acte puni par la loi. Dans plusieurs pays d'Amérique latine, entre 60 % et 80 % des détenues purgent une peine sanctionnant une infraction liée à la drogue⁶⁵. Dans certains États, la part des femmes condamnées pour ce type d'infraction est celle qui croît le plus rapidement au sein de la population carcérale. Dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale, une détenue sur quatre est incarcérée pour une infraction liée à la drogue, et cette proportion peut atteindre jusqu'à 70 % dans certains pays. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes s'est inquiété du nombre de femmes emprisonnées pour des infractions de ce type, phénomène qui était selon lui un indicateur de la pauvreté qui les touchait (voir CEDAW/C/UK/3 et 4). Ces femmes sont le plus souvent mises en cause dans la vente de drogues en quantité limitée et font office de "mules" pour transporter de petits lots de substance d'un pays à l'autre. Nombre d'entre elles sont de jeunes mères célibataires analphabètes qui doivent subvenir aux besoins de leurs enfants et d'autres membres de leur famille⁶⁶.

53. Selon certaines informations, les femmes qui consomment de la drogue au cours de leur grossesse peuvent, selon les lois et mesures en vigueur, courir le risque de perdre la garde de leurs enfants, d'être soumises à une stérilisation contrainte ou forcée ou à un avortement, ou de se voir imposer des sanctions pénales. Dans certains États, elles peuvent être mises en détention pendant leur grossesse. Par ailleurs, les femmes enceintes qui font usage de drogues ne bénéficient pas forcément d'un suivi adéquat⁶⁷. L'OMS a publié des orientations relatives au dépistage et à la maîtrise de la consommation de substances et des problèmes connexes au cours de la grossesse.

54. Des discriminations peuvent survenir dans les prisons pour femmes où il n'y a pas toujours de programme de réduction des risques, y compris de traitement de substitution aux opioïdes⁶⁸. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a recommandé aux États de mettre en place des services de traitement de la toxicomanie fondés sur une approche scientifique et respectueuse des différences entre les hommes et les femmes, et qui comprennent notamment des programmes de réduction des risques s'adressant aux femmes incarcérées, pour lutter contre les conséquences néfastes de la consommation de drogues (voir CEDAW/C/GEO/CO/4-5, par. 31, al. e)). Les femmes touchées par ce problème seraient souvent victimes de violences, y compris sexuelles, perpétrées par leur partenaire ou des agents des services de répression. Il arrive que ceux-ci les contraignent à des relations sexuelles, sous la menace d'une arrestation ou d'une sanction⁶⁹. Les travailleuses du sexe toxicomanes semblent former une catégorie encore plus vulnérable⁷⁰.

⁶⁵ Corina Giacomello, "Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America" (Consortium international sur les politiques des drogues, 2013).

⁶⁶ Initiative "Count the Costs", "The war on drugs: promoting stigma and discrimination", p. 8 et 9.

⁶⁷ Document présenté par le Women's Harm Reduction International Network, p. 6 et 7.

⁶⁸ Ibid., p. 5.

⁶⁹ Document présenté par l'Open Society Institute, p. 49 à 52. Voir aussi ONUDC, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), OMS et International Network of People Who Use Drugs, "Women who inject drugs and HIV: addressing specific needs" (2014).

⁷⁰ Documents présentés par le Women's Harm Reduction International Network, p. 8; et l'Eurasian Harm Reduction Network, p. 4 et 5.

V. Droits de l'enfant

55. L'article 33 de la Convention relative aux droits de l'enfant dispose que les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

56. Dans son observation générale n° 3 (2003) sur le VIH/sida et les droits de l'enfant, le Comité des droits de l'enfant a relevé que, dans la plupart des pays, les enfants n'avaient pas accès aux programmes de prévention du VIH en rapport avec l'usage de substances et que les programmes de prévention du VIH, lorsqu'ils existaient, étaient principalement destinés aux adultes. Il a noté que l'utilisation de matériel d'injection non stérilisé accroissait le risque de transmission du VIH et que les programmes et mesures de lutte contre l'usage de substances et la transmission du VIH devaient tenir compte des sensibilités et des modes de vie spécifiques des enfants. Dans son observation générale n°15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, le Comité a reconnu qu'il importait d'adopter une approche fondée sur la réduction des risques pour minimiser les incidences néfastes que l'abus de substances avait sur la santé. Il a demandé, dans ses observations finales, que les enfants bénéficient de programmes de réduction des risques (voir CRC/C/UKR/CO/4, par. 59, CRC/C/AUT/CO/3-4, par. 51, et CRC/C/ALB/CO/2-4, par. 63, al. b)).

57. Le Comité a recommandé que des informations précises et objectives sur les drogues soient diffusées auprès des enfants. Il a préconisé que les enfants consommateurs de drogues ne fassent pas l'objet de poursuites pénales et demandé la dépénalisation de la détention de drogues par des enfants (voir CRC/C/OPAC/MEX/CO/1, par. 29, et CRC/C/UKR/CO/4, par. 59 et 60). Cependant, il a constaté qu'en pratique, dans la plupart des États, ces enfants encouraient un procès pénal et n'avaient souvent accès à aucun service de réduction des risques ni de traitement de la toxicomanie. Il a émis de sérieuses réserves à l'égard de la fumigation aérienne des cultures de plantes servant à fabriquer des drogues considérant les conséquences que celle-ci avait sur la santé des enfants (voir CRC/C/COL/CO/3, par. 72). Il a également réprouvé le placement forcé d'enfants dans des centres fermés de réadaptation pour toxicomanes (voir CRC/C/KHM/CO/2, par. 55 et 56).

VI. Droits des peuples autochtones

58. La Convention de 1961 limite la culture du cocaïer, du pavot à opium et de la plante de cannabis aux seules fins d'usage traditionnel ou religieux par les populations autochtones; elle prévoit l'abolition de l'usage de l'opium dans un délai de 15 ans à compter de son entrée en vigueur, celle de la mastication de la feuille de coca dans un délai de 25 ans, et celle de l'usage de cannabis aussi tôt que possible mais en tout cas dans un délai de 25 ans (art. 49, par. 2). En vertu de la Convention de 1988, les États sont tenus d'ériger en infraction pénale la détention, l'achat et la culture de la coca à des fins de consommation personnelle et de prendre des mesures pour prévenir et éliminer les cultures illicites. Ce faisant, les États doivent "tenir dûment compte des utilisations licites traditionnelles – lorsque de telles utilisations sont attestées par l'histoire" (art. 14, par. 2).

59. En 2009, l'Instance permanente sur les questions autochtones a demandé la modification ou l'abrogation des dispositions de la Convention de 1961 relatives à la mastication de la feuille de coca qui contrevenaient aux droits des peuples autochtones à

conserver leurs pratiques médicales et culturelles traditionnelles, tels que ces droits sont énoncés aux articles 11, 24 et 31 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (voir E/2009/43-E/C.19/2009/14, par. 89)⁷¹. En 2011, l'État plurinational de Bolivie s'est retiré de la Convention de 1961 pour ensuite y adhérer à nouveau en émettant une réserve concernant les pratiques traditionnelles liées à la feuille de coca⁷².

60. Certains États ont admis des exceptions à l'application des traités relatifs au contrôle des drogues, notamment pour des motifs religieux. Aux États-Unis, la Native American Church jouit d'une dérogation qui permet la consommation de peyotl, substance placée sous contrôle dont l'usage est autrement interdit, au cours des cérémonies religieuses⁷³. En Italie, une condamnation prononcée dans le cadre d'une affaire de drogue a été annulée en appel au motif que les arguments fondés sur la religion qui avaient été présentés par le défendeur rastafari n'avaient pas été pris en compte⁷⁴. En 2015, le Gouvernement jamaïcain a modifié sa législation de manière à octroyer aux rastafaris le droit de faire usage de cannabis dans le cadre de leurs cérémonies religieuses⁷⁵. Par le passé, la jurisprudence tendait plutôt à interdire l'utilisation de substances placées sous contrôle comme manifestation de la croyance dans le cadre de cérémonies religieuses, mais la question a parfois fait l'objet de vifs débats⁷⁶.

VII. Conclusions et recommandations

61. **Il convient de protéger le droit à la santé en faisant en sorte que les personnes qui font usage de drogues aient accès, sans discrimination, à des informations ayant trait à la santé et aux traitements. Les programmes de réduction des risques, et plus particulièrement les traitements de substitution aux opioïdes, devraient être accessibles et proposés aux toxicomanes, en particulier dans les prisons et autres établissements fermés. Il faudrait réfléchir aux moyens de faire tomber les barrières au droit à la santé, notamment par la dépénalisation de la détention et de l'usage de drogues à des fins personnelles; il faudrait en outre intensifier les programmes de santé publique. Le respect du droit à la santé passe par une amélioration de l'accès aux médicaments essentiels soumis à contrôle, tout particulièrement dans les pays en développement.**

62. **L'interdiction des arrestations et détentions arbitraires, de la torture et des autres formes de mauvais traitements et le droit à un procès équitable doivent être garantis, conformément aux normes internationales, notamment en ce qui concerne les personnes arrêtées, détenues ou condamnées du chef d'infractions liées à la drogue. Dans les établissements fermés, le traitement de substitution aux opioïdes devrait être offert aux toxicomanes non en échange d'aveux ou d'autres informations mais au titre du droit à la**

⁷¹ Voir aussi la Convention n° 169 de l'Organisation internationale du travail relative aux peuples indigènes et tribaux, 1989, et la Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel.

⁷² Voir *Rapport de l'Organe international des stupéfiants pour 2011*, par. 270 à 280.

⁷³ Voir American Indian Religious Freedom Act Amendments, 1994, art. 3 a).

⁷⁴ Cour suprême de l'Italie, décision n° 14876 (2012).

⁷⁵ The Dangerous Drug (Amendment) Act, 2015, par. 6, portant modification de son article 7C.

⁷⁶ Voir affaire *Prince v. President of the Law Society of the Cape of Good Hope and Others*, Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud (2002), dans laquelle quatre des neuf juges ont considéré que le fait d'interdire au plaignant l'accès au barreau au motif qu'il consommait du cannabis à des fins religieuses constituait une atteinte disproportionnée à la liberté de culte des rastafaris; CCPR/C/91/D/1474/2006.

santé reconnu à tout détenu en toutes circonstances. Il faudrait supprimer les centres d'internement.

63. Le droit à la vie des personnes condamnées pour des infractions liées à la drogue devrait être protégé et, conformément à l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques ainsi qu'à la jurisprudence du Comité des droits de l'homme, la peine de mort ne devrait pas leur être appliquée. Le droit à la vie devrait être protégé par les services de répression dans le cadre de la lutte contre la criminalité liée à la drogue, et le recours à la force devrait être proportionné et limité aux situations où il est nécessaire. Les exécutions extrajudiciaires devraient faire l'objet d'enquêtes rapides, indépendantes et efficaces permettant de traduire en justice les auteurs présumés de tels actes.

64. Les personnes issues de minorités ethniques et les femmes qui détiennent de la drogue, en font usage ou la distribuent à très petite échelle devraient être protégées contre toute discrimination. Il faudrait étudier les réformes à apporter à la législation et aux mesures en place afin de réduire les disparités observées quant aux effets des mesures antidrogue sur les minorités ethniques et les femmes. Il faudrait aussi envisager de former les agents des services de répression, les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux qui entrent en contact avec les usagers de drogues, en vue d'éliminer les discriminations.

65. Considérant les conséquences graves que peut avoir sur la vie d'une personne une condamnation pour une infraction liée à la drogue, il faudrait envisager des solutions de substitution aux poursuites et à l'incarcération des auteurs de ce type d'infractions lorsqu'elles sont de caractère mineur et ont été commises sans violence. Il faudrait tenir compte de ces solutions dans les réformes visant à lutter contre le recours excessif à l'incarcération.

66. Les droits de l'enfant devraient être protégés, et les activités de prévention et de communication être adaptées aux enfants et à leur âge, notamment en ce qui concerne les risques que présente la consommation de drogues par injection en matière de transmission du VIH et d'autres virus à diffusion hématogène. Les enfants ne devraient pas être traduits devant la justice pénale mais faire l'objet d'une prise en charge axée sur l'éducation à la santé, le traitement, y compris la réduction des risques, et la réinsertion sociale.

67. Les peuples autochtones ont le droit de conserver leurs pratiques traditionnelles, culturelles et religieuses. Lorsque la consommation de drogues fait partie intégrante de ces pratiques, le droit de s'y livrer dans un tel cadre strictement défini doit en principe être protégé, sous réserves des restrictions prévues dans les instruments relatifs aux droits de l'homme.