



# Assemblée générale

Distr. générale  
30 avril 2024  
Français  
Original : anglais

## Conseil des droits de l'homme

### Cinquante-sixième session

18 juin-12 juillet 2024

Point 3 de l'ordre du jour

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,  
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,  
y compris le droit au développement**

## **Consommation de drogues, réduction des risques et droit à la santé**

### **Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng**

#### *Résumé*

Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, examine la manière dont la réduction des risques a trait non seulement à la consommation de drogues et aux troubles liés à la consommation de drogues, mais aussi aux lois et aux politiques en matière de drogues, l'idée étant d'analyser et d'aborder les situations dans ce domaine qui portent atteinte à la jouissance du droit à la santé. La Rapporteuse spéciale s'attache à cet égard aux substances dont la production, la distribution et la consommation font l'objet d'un contrôle au titre de conventions internationales, notamment à la manière dont l'approche d'un tel contrôle a compromis la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de certaines substances utilisées comme médicaments.

La Rapporteuse spéciale considère que les interventions de réduction des risques revêtent une importance particulière pour les populations souvent stigmatisées et discriminées dans le contexte de la consommation de drogues et de l'application des lois et des politiques en matière de drogues. Elle examine comment cette situation aggrave d'autres formes de discrimination et affecte de manière disproportionnée certaines personnes, comme celles qui n'ont pas de domicile fixe ou qui sont pauvres, celles qui souffrent de problèmes de santé mentale, les travailleurs du sexe, les femmes, les enfants, les personnes LGBTIQ+, les Noirs, les peuples autochtones, les migrants, les personnes incarcérées ou détenues, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH ou souffrant de tuberculose ou d'hépatite et les populations rurales. Elle examine également les lacunes dans la prise en charge de la réduction des risques, laquelle ne répond pas toujours, notamment, aux besoins de ceux qui ont subi de plein fouet l'effet des lois et politiques punitives en matière de drogues au fil des décennies, comme les personnes d'ascendance africaine et les peuples autochtones.



## I. Introduction

1. Les drogues font partie de l'histoire de l'humanité depuis des millénaires, qu'elles soient utilisées à des fins thérapeutiques, dans des rituels religieux ou culturels, ou pour le plaisir<sup>1</sup>. Mais, en fonction des populations et des périodes, les sociétés ont adopté à l'égard des drogues des approches très différentes.

2. Les déterminants sociaux de la santé<sup>2</sup> définissent des comportements et des situations qui sont le reflet de disparités fondées sur le statut socioéconomique, l'appartenance ethnique, la race, le sexe et d'autres facteurs. Certaines personnes s'adonnent à la drogue pour faire face à des problèmes de santé mentale, à des traumatismes, ou à la discrimination et à la marginalisation, comme c'est le cas des migrants, des peuples autochtones, des minorités raciales, ethniques et sexuelles et des personnes LGBTIQA+<sup>3</sup>. Les sociétés ont tendance à stigmatiser encore plus les usagers de drogues au lieu de s'attaquer aux causes profondes des disparités liées à la consommation de drogues et aux facteurs de risque de troubles y afférents. Pareille stigmatisation peut contribuer à fermer des portes pour ceux qui en font l'objet, en les empêchant par exemple de trouver un emploi ou de poursuivre des études, d'acquérir ou de conserver un logement, d'accéder à la sécurité sociale ou d'obtenir une nationalité ou un statut légal.

3. Il est essentiel de faire une distinction entre la consommation de drogues et les troubles liés à l'usage de drogues. Les troubles liés à l'usage de drogues, notamment la toxicomanie, constituent un état pathologique qui, en particulier s'il n'est pas traité, peut accroître les risques de morbidité et de mortalité chez l'individu, provoquer des souffrances considérables et entraîner une altération du fonctionnement sur le plan personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou dans d'autres domaines importants, d'où la nécessité d'un traitement approprié<sup>4</sup>. La consommation de drogues n'est pas une pathologie et n'implique pas obligatoirement une dépendance<sup>5</sup>. La majorité des personnes qui consomment des drogues n'ont pas besoin de traitement. Néanmoins, l'usage de certaines substances sans surveillance médicale peut être associé à un risque de surdose et de décès ; la consommation de drogues par injection entraîne le risque supplémentaire de transmission d'infections telles que le VIH, l'hépatite et la tuberculose.

4. Les déterminants politiques de la santé, c'est-à-dire les normes, politiques et pratiques découlant d'interactions politiques entre tous les secteurs et par-delà les frontières géographiques qui affectent la santé<sup>6</sup>, induisent des situations plus ou moins bonnes à travers le monde, notamment quand ils ont trait à la drogue et aux lois et politiques en matière de drogues.

5. Les risques liés à la consommation de drogues ont été aggravés par des stratégies juridiques et politiques malavisées adoptées dans le cadre de la « guerre contre la drogue » menée par le Nord global qui, depuis les années 1970, criminalise et stigmatise lourdement la production, la distribution et la consommation de substances psychoactives, avec des effets dévastateurs dans le monde entier et en particulier dans ce que l'on nomme le Sud global<sup>7</sup>. Il est regrettable que le cadre juridique international régissant le contrôle des drogues ait favorisé la criminalisation de la consommation de drogues, désignant la toxicomanie comme

<sup>1</sup> Marc-Antoine Crocq, « Aspects historiques et culturels de la relation entre l'homme et les substances addictives », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 9, n° 4 (2007).

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Déterminants sociaux de la santé », voir [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).

<sup>3</sup> *Rapport mondial sur les drogues 2023 : Résumé* (publication des Nations Unies, 2023).

<sup>4</sup> OMS, « Drugs (psychoactive): impact », voir [https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2).

<sup>5</sup> A/65/255, par. 7. Pour des renseignements sur la consommation de drogues par substance et par région, voir *Rapport mondial sur les drogues 2022 : Résumé – Policy Implications* (publication des Nations Unies, 2022), p. 26 à 30.

<sup>6</sup> Daniel Dawes, « Health inequities: a look at the political determinants of health during the COVID-19 pandemic », *American Journal of Health Studies*, vol. 35, n° 2 (2020).

<sup>7</sup> Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), « UN experts call for end to global 'war on drugs' », 23 juin 2023.

un « fléau » que les États doivent combattre<sup>8</sup>. Ce cadre a orienté l'élaboration des lois et des politiques adoptées par les États en matière de drogues au niveau national<sup>9</sup>, avec la mise en place de sanctions strictes, y compris des peines d'emprisonnement et d'autres peines privatives de liberté, comme le demandaient les instruments internationaux<sup>10</sup>. Or la menace de sanctions sévères n'a pas eu d'effet dissuasif sur la consommation de drogues. Les lois et les politiques en matière de drogues ont en outre eu pour effet de porter atteinte à certains droits de l'homme, comme le droit à la santé, touchant de façon disproportionnée les personnes particulièrement vulnérables.

6. Les déterminants commerciaux de la santé, c'est-à-dire les activités du secteur privé qui affectent la santé des individus, directement ou indirectement, positivement ou négativement<sup>11</sup>, influent également sur l'état de santé lié à la consommation de drogues et aux lois et politiques en matière de drogues. Mues par le profit, les sociétés pharmaceutiques ont joué un rôle majeur en contribuant à la prolifération des opioïdes prescrits sur ordonnance et à la crise des opioïdes. Les activités du secteur privé, qui place les intérêts des entreprises au-dessus de ceux des patients, ont dicté l'accès des individus aux traitements contre la douleur<sup>12</sup>.

7. Pris ensemble, les déterminants sociaux, politiques, commerciaux et juridiques de la santé influent sur les environnements dans lesquels il est possible de produire, distribuer ou consommer des drogues, et peuvent créer des disparités ou renforcer les disparités en matière de santé. Il est urgent d'adopter une approche différente de la consommation de drogues, fondée sur des données factuelles et axée sur la santé publique et les droits de l'homme.

8. Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, étudie la manière dont la réduction des risques a trait non seulement à la consommation de drogues et aux troubles y afférents, mais aussi aux lois et politiques en matière de drogues, l'idée étant d'analyser et d'aborder les situations dans ce domaine qui portent atteinte à la jouissance du droit à la santé. Ce faisant, la Rapporteuse spéciale s'attache en particulier aux substances dont la production, la distribution et la consommation font l'objet d'un contrôle au titre de conventions internationales et à la manière dont un tel contrôle a compromis la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de certaines substances utilisées comme médicaments.

9. Elle examine comment le contrôle des drogues aggrave d'autres formes de discrimination et affecte de manière disproportionnée certaines personnes, comme les sans-abri ou les pauvres, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les travailleurs du sexe, les femmes, les enfants, les personnes LGBTIQ+, les Noirs, les peuples autochtones, les migrants, les personnes incarcérées ou détenues, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH ou souffrant de tuberculose ou d'hépatite et les populations rurales. Elle considère les lacunes dans la prise en charge de la réduction des risques, laquelle ne répond pas, notamment, aux besoins des personnes qui ont subi de plein fouet l'effet des lois et politiques punitives en matière de drogues au fil des décennies, comme les personnes d'ascendance africaine et les peuples autochtones.

10. Pour une approche décoloniale de la consommation de drogues, de la réduction des risques et du droit à la santé, il faut considérer les structures de pouvoir sous-jacentes qui perpétuent les systèmes de désavantage ayant survécu au colonialisme, déterminant les tendances structurelles de la consommation de drogues et la manière dont les États traitent le phénomène. Qu'il s'agisse de l'accès aux traitements, des soins de santé, de la réduction des risques ou de l'accès aux médicaments réglementés, les États doivent veiller à ce que toutes les mesures de contrôle des drogues soient conformes aux droits de l'homme. Dans une démarche anticolonialiste et antiraciste, la Rapporteuse spéciale examine comment la criminalisation et la stigmatisation peuvent être des séquelles du colonialisme et de la discrimination structurelle, portant atteinte au droit à la santé et imposant la nécessité d'adopter une approche des lois et politiques en matière de drogues, notamment s'agissant de la réduction des risques, axée sur une égalité réelle.

<sup>8</sup> Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, préambule.

<sup>9</sup> A/65/255, par. 9.

<sup>10</sup> Convention de 1961 telle que modifiée, art. 36.

<sup>11</sup> OMS, « Déterminants commerciaux de la santé », 21 mars 2023.

<sup>12</sup> Rebecca Haffajee et Michelle M. Mello, « Drug companies' liability for the opioid epidemic », *The New England Journal of Medicine*, vol. 377, n° 24 (décembre 2017), p. 2301 à 2305.

## II. Méthodologie

11. Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale s'appuie sur les travaux de ses prédécesseurs qui ont analysé les incidences sur les droits de l'homme des lois et politiques internationales en matière de drogues adoptées dans le cadre de la « guerre contre la drogue », et plus particulièrement la manière dont ces cadres juridiques ont contribué à créer des situations marquées par un accroissement des risques et des violations des droits de l'homme<sup>13</sup>. La Rapporteuse spéciale souhaite privilégier des approches différentes de la réduction des risques en tant qu'outils de transformation, au croisement de la santé et des droits de l'homme.

12. La Rapporteuse spéciale a constaté à la lecture de plusieurs communications que les usagers de drogues vivaient souvent dans des conditions de vulnérabilité et de marginalisation<sup>14</sup>.

13. La notion de réduction des risques, principalement dans le contexte de la consommation de drogues, renvoie aux politiques, programmes et pratiques visant à minimiser les effets sanitaires, sociaux et juridiques nocifs de la consommation de drogues et des politiques et lois en matière de drogues<sup>15</sup>. Elle implique des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, des centres encadrés d'injection et de consommation de drogues, des traitements de substitution aux opioïdes, des programmes de prévention des surdoses et de sensibilisation des communautés, ainsi qu'un accès à une assistance juridique, à des services sociaux, à un logement et à une alimentation adéquate<sup>16</sup>.

14. Pour l'élaboration de son rapport, la Rapporteuse spéciale a lancé un appel à contributions<sup>17</sup>, invitant les parties prenantes à faire part de leurs expériences et de leurs connaissances concernant les lois, politiques et pratiques pertinentes. Elle s'est efforcée de tenir compte de ces contributions, en mettant particulièrement l'accent sur les individus et les communautés qui sont depuis longtemps les plus vulnérables. Elle remercie tous ceux qui ont répondu à son appel.

## III. Cadre juridique

15. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, sans aucune discrimination (Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2, par. 2, et art. 12). Le droit à la santé est également prévu dans plusieurs autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme<sup>18</sup>, notamment la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (art. 5 e) iv)) et la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (art. 28 et 43).

16. L'article 12 (par. 2 c) et d)) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels concerne la prophylaxie et le traitement des maladies ainsi que la lutte contre les maladies, y compris les troubles liés à la consommation de drogues<sup>19</sup>, et la création de conditions propres à assurer les soins médicaux nécessaires. L'article 15 (par. 1 b)) du Pacte dispose que chacun a le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications. Ce droit a été considéré comme essentiel pour la réalisation du droit à la santé<sup>20</sup> et s'applique dans le contexte des troubles liés à la consommation de drogues et pour l'élaboration de lois et de politiques visant à lutter contre la consommation de drogues de manière plus générale.

<sup>13</sup> Voir A/65/255 ; et HCDH, « Déclaration de l'expert des Nations Unies sur le droit à la santé à propos de la protection des personnes qui consomment des drogues pendant l'épidémie de COVID-19 », 16 avril 2020.

<sup>14</sup> Voir les communications SGP 1/2022, SGP 3/2021, SGP 2/2022, SGP 4/2022 et LKA 2/2023.

Disponibles sur le site : <https://spcommreports.ohchr.org/Tmsearch/TMDocuments>.

<sup>15</sup> Harm Reduction International, « What is harm reduction? », voir <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>.

<sup>16</sup> Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2020*, 7<sup>e</sup> éd. (Londres, 2020).

<sup>17</sup> Voir <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2023/drug-policies-and-responses-right-health-framework-harm-reduction>.

<sup>18</sup> A/HRC/53/65, par. 14.

<sup>19</sup> A/65/255, par. 55.

<sup>20</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 25 (2020), par. 67.

17. Toute personne a droit, entre autres, à la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, notamment à des installations, des biens et des services de santé disponibles, accessibles, acceptables et de qualité, sans discrimination<sup>21</sup>. Outre la prestation de soins de santé, entrent dans le champ du droit à la santé des facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, le logement, l'hygiène du travail et du milieu et la participation de la population à la prise des décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international<sup>22</sup>. Dans le contexte de la consommation de drogues, il est essentiel non seulement de considérer les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, mais aussi d'adopter une approche intersectionnelle en matière d'égalité et de non-discrimination.

18. Le droit à la santé recouvre également la santé sexuelle et procréative<sup>23</sup>. La Rapporteuse spéciale rappelle que les droits à la santé sexuelle et procréative sont aussi fondés sur le droit à la vie, à la dignité, à l'éducation et à l'information, à l'égalité devant la loi et à la non-discrimination, le droit de décider du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances, le droit au respect de la vie privée, le droit à la santé, le droit à la liberté d'opinion et d'expression, le droit de consentir au mariage et le droit à l'égalité dans le mariage, le droit de ne pas subir de violence fondée sur le sexe, de pratiques préjudiciables, de torture et de mauvais traitements, ainsi que le droit à un recours utile en cas de violation de droits fondamentaux<sup>24</sup>. La Rapporteuse spéciale souligne que la santé sexuelle et procréative dépend, entre autres, de la fourniture de soins de santé maternelle, de services d'avortement médicalisé et de prévention, de diagnostic et de traitement de l'infertilité, des cancers liés à la procréation, des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida, y compris par des médicaments génériques<sup>25</sup>.

19. Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits<sup>26</sup> et est lié aux droits économiques, sociaux, culturels, civils et politiques. À cet égard, d'autres droits de l'homme, tels que le droit à la vie<sup>27</sup> et le droit à l'information, doivent être considérés dans le contexte des politiques en matière de drogues, à la fois en tant que composantes du droit à la santé<sup>28</sup> et en tant que droits autonomes<sup>29</sup>. Il arrive que des consommateurs de drogues soient internés de force dans des centres de traitement, en violation de leur droit à donner leur consentement éclairé au traitement<sup>30</sup>. Le droit au respect de la vie privée<sup>31</sup> est étroitement lié au droit à l'information. Si l'accessibilité de l'information comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant des questions de santé, l'exercice de ce droit ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel<sup>32</sup>.

20. L'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques souligne que les États ont un devoir accru de prendre toutes les mesures qui s'imposent pour protéger la vie des personnes privées de liberté par l'État<sup>33</sup>. Cette obligation de protéger la vie signifie également que les États doivent prendre des mesures appropriées pour remédier à certaines situations générales dans la société, comme par exemple la prévalence de maladies potentiellement mortelles.

<sup>21</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 11 et 12. Voir aussi observation générale n° 20 (2009), par. 7 et par. 8 a) et b).

<sup>22</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 11.

<sup>23</sup> [A/76/172](#), par. 18.

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> *Ibid.*, par. 20.

<sup>26</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 8.

<sup>27</sup> Voir Comité des droits de l'homme, observation générale n° 36 (2018).

<sup>28</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 12 b).

<sup>29</sup> Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 19, par. 2.

<sup>30</sup> [A/HRC/10/44](#), par. 65 et 71 ; voir aussi [A/64/272](#).

<sup>31</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 3.

<sup>32</sup> *Ibid.*, par. 12 b) iv) ; et [A/HRC/53/65](#), par. 19 et 22.

<sup>33</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 36 (2018), par. 25.

21. Toute personne a le droit de ne pas être soumise à un traitement médical sans son consentement, et le consentement éclairé est requis avant l'administration d'un traitement médical. Chacun a également le droit à ce que ses données de santé à caractère personnel soient traitées de manière confidentielle<sup>34</sup>. Dans le contexte de l'usage de drogues, les options de réduction des risques fondées sur des données probantes, telles que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et la prescription de médicaments de substitution, devraient être accessibles, sur une base volontaire, à toutes les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, y compris les personnes privées de liberté, conformément aux droits à la santé, à la non-discrimination et à l'égalité<sup>35</sup>.

22. Trois traités constituent le cadre juridique de base du régime international de contrôle des drogues. Premièrement, la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, modifiée par le Protocole de 1972, qui regroupe les précédents accords internationaux et élargit le contrôle international à certaines plantes (marijuana, feuille de coca et pavot à opium, par exemple), crée un système de réglementation pour les utilisations médicales et scientifiques de ces plantes et institue l'Organe international de contrôle des stupéfiants. Deuxièmement, la Convention sur les substances psychotropes de 1971, qui établit un système de contrôle international pour les substances psychotropes telles que les stimulants de type amphétamine, les barbituriques, les benzodiazépines et les psychédéliques. Troisièmement, la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988, qui a reconnu que les efforts internationaux précédents n'avaient pas été en mesure d'empêcher le trafic illicite de stupéfiants et fait valoir la corrélation entre le trafic de drogue et le crime organisé pour justifier le renforcement des contrôles policiers contre les stupéfiants dans le monde entier. Ensemble, ces trois instruments ont étendu le contrôle international à des centaines de substances et criminalisé presque tous les aspects de leur production et de leur distribution non autorisées<sup>36</sup>. L'objectif initial des traités était de protéger la santé et le bien-être de l'humanité. Or, aujourd'hui, les politiques de contrôle des drogues sont pour l'essentiel fondées sur des approches punitives visant à faire obstacle au trafic des drogues illicites, et de nombreux pays ont adopté des politiques répressives, qui ont des répercussions sur les droits de l'homme<sup>37</sup>. L'Organe international de contrôle des stupéfiants a exhorté tous les gouvernements, lorsqu'ils conçoivent et mettent en œuvre des politiques de contrôle des drogues, à appliquer de manière systématique les principes et protections internationalement reconnus en matière de droits de l'homme et a souligné qu'il importait de garantir une disponibilité suffisante au niveau mondial des substances placées sous contrôle international afin d'assurer l'accès aux substances destinées au traitement de la douleur ainsi que leur disponibilité. Il a également invité tous les États à mettre en place des mécanismes pour améliorer la collecte de données sur la prévalence de la consommation de drogues en vue d'élaborer des stratégies de prévention et de traitement fondées sur des éléments factuels et adaptées aux besoins nationaux<sup>38</sup>. Et il a invité les États à remplacer les services de traitement obligatoire et non volontaire des personnes faisant usage de drogues par des solutions alternatives à l'emprisonnement et à la sanction s'inscrivant dans le cadre du traitement et de la réadaptation<sup>39</sup>.

23. Bien que les traités concernant le contrôle international des drogues ne mentionnent ni ne considèrent expressément les implications de ce contrôle pour les droits de l'homme, les États Membres et les organismes des Nations Unies ont déclaré que le contrôle international des drogues devait se faire en conformité avec la Charte des Nations Unies et

<sup>34</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 8 et 12 ; voir aussi [A/64/272](#).

<sup>35</sup> [A/65/255](#), par. 55.

<sup>36</sup> *Ibid.*, par. 9. Voir aussi la Convention de 1961 telle que modifiée, art. 36 (« chaque Partie adoptera les mesures nécessaires pour que la culture et la production, la fabrication, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la mise en vente, la distribution, l'achat, la vente, la livraison, à quelque titre que ce soit, le courtage, l'envoi, l'expédition en transit, le transport, l'importation et l'exportation de stupéfiants non conformes aux dispositions de la présente Convention [...] constituent des infractions punissables lorsqu'elles sont commises intentionnellement... »).

<sup>37</sup> [A/HRC/54/53](#), par. 3.

<sup>38</sup> *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants 2021* (E/INCB/2021/1), p. 125 à 127.

<sup>39</sup> *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants 2023* (E/INCB/2023/1), p. 135.

dans le respect des droits de l'homme<sup>40</sup>. Le cadre des droits de l'homme s'applique aussi dans le contexte des drogues, comme nous l'avons vu plus haut. Dans sa résolution 52/24, le Conseil des droits de l'homme a considéré que les États devaient prendre des mesures pour assurer l'accès à des informations sur la santé, à des dispositifs de prévention fondés sur des données factuelles, à des programmes de réduction des risques et à des traitements, et s'attaquer aux déterminants sous-jacents, économiques et sociaux de la santé, dans le contexte du problème mondial de la drogue. Dans cette même résolution, le Conseil a réaffirmé l'engagement pris par l'Assemblée générale de respecter, protéger et promouvoir tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales et la dignité inhérente à tous les individus.

24. Dans sa résolution 78/131, l'Assemblée générale a demandé aux États d'améliorer l'accès aux substances placées sous contrôle destinées à des fins médicales ou scientifiques en prenant les dispositions voulues pour remédier aux obstacles qui s'y opposent, y compris à ceux qui tiennent à la législation, à la réglementation, aux systèmes de soins de santé, aux coûts, à la formation des professionnels de la santé et à l'éducation.

25. La Rapporteuse spéciale se félicite de l'adoption, en mars 2024, de la résolution 67/4 de la Commission des stupéfiants, dans laquelle celle-ci encourage les États à étudier des mesures de réduction des risques visant à prévenir et à réduire au minimum les effets nocifs pour la santé publique et la société de l'usage non médical de drogues. Elle prend acte des Principes du 8 mars adoptés par la Commission internationale de juristes pour une conception fondée sur les droits de l'homme du droit pénal interdisant les comportements liés au sexe, à la procréation, à l'usage de drogues, au VIH, au sans-abrisme et à la pauvreté, en particulier du Principe 20 relatif à l'usage de drogues et à la possession, l'achat ou la culture de drogues à des fins d'usage personnel.

## Obligations des États

26. Les États ont l'obligation de respecter, de protéger et de mettre en œuvre les droits de l'homme. Dans le contexte de l'usage de drogues, l'obligation de respecter implique que les États s'abstiennent de tout comportement susceptible de provoquer une morbidité et une mortalité liées à un tel usage. Les États doivent notamment s'abstenir de commercialiser des médicaments dangereux ou d'imposer des soins médicaux de caractère coercitif, sauf à titre exceptionnel – dans des conditions spécifiques et restrictives – pour le traitement de maladies mentales ou la prévention et la maîtrise de maladies transmissibles<sup>41</sup>.

27. L'obligation de protéger requiert entre autres des États qu'ils adoptent une législation ou prennent d'autres mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux services en rapport avec la santé fournis par des tiers<sup>42</sup> et veillent à ce que les connaissances scientifiques, les technologies et leurs applications – y compris les interventions fondées sur des données factuelles destinées à prévenir et traiter la toxicomanie, ainsi que les maladies connexes – soient disponibles et accessibles sans discrimination. Les États ont l'obligation de mettre en œuvre des interventions fondées sur des données factuelles en vue de réduire au minimum les conséquences néfastes sur la santé ainsi que les risques et les méfaits associés à l'usage de drogues<sup>43</sup>. Cette obligation suppose aussi que les États prennent des mesures pour empêcher des tiers de s'immiscer dans la jouissance des droits de l'homme, assurent une protection efficace contre les atteintes aux droits susceptibles de se produire dans le contexte des activités des entreprises et permettent aux victimes dont les droits ont été bafoués par les entreprises d'accéder à des recours utiles<sup>44</sup>.

<sup>40</sup> Document final de la trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulé « Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue » ; Déclaration ministérielle sur le renforcement des actions que nous menons aux niveaux national, régional et international, pour accélérer la mise en œuvre de nos engagements communs à aborder et combattre le problème mondial de la drogue ; Déclaration finale de haut niveau de la Commission des stupéfiants sur l'examen à mi-parcours de 2024, faisant suite à la Déclaration ministérielle de 2019 ; et résolutions 49/4, 51/12 et 53/9 de la Commission des stupéfiants.

<sup>41</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 33 et 34.

<sup>42</sup> Ibid., par. 33.

<sup>43</sup> A/65/255, par. 55. Voir aussi Centre international sur les droits de l'homme et les politiques en matière de drogues, « International guidelines on human rights and drug policy » (2019).

<sup>44</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 24 (2017), par. 14.

28. L'obligation de mise en œuvre impose aux États notamment de promouvoir le droit à la santé en menant des actions tendant à assurer, maintenir ou rétablir la santé de la population. Cette obligation implique d'améliorer la connaissance des facteurs favorisant l'obtention de résultats positifs en matière de santé, c'est-à-dire d'appuyer la recherche et la diffusion d'informations et de veiller à ce que les services de santé soient adaptés au contexte culturel et que le personnel dispensant les soins de santé reçoive une formation lui permettant de déterminer et de satisfaire les besoins particuliers de groupes vulnérables ou marginalisés<sup>45</sup>. Font partie de tels groupes les consommateurs de drogues, qui sont exposés à des formes diverses et croisées de vulnérabilité.

29. Si certaines obligations peuvent être réalisées progressivement en raison de contraintes financières, d'autres, comme l'obligation de non-discrimination, doivent l'être immédiatement. Parmi les obligations fondamentales des États figure la fourniture de médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis dans le cadre du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels<sup>46</sup>.

30. L'établissement des motifs de discrimination interdits suppose une approche multidimensionnelle. Premièrement, l'existence de troubles liés à l'usage de drogues est un motif de discrimination interdit par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>47</sup>. Deuxièmement, la consommation de drogues et les troubles qui y sont associés peuvent tous deux être considérés comme des motifs de discrimination interdits puisque les usagers de drogues et les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues ont depuis longtemps été stigmatisés et marginalisés et continuent de l'être<sup>48</sup> et que les usagers de drogues ne doivent pas se voir refuser de manière injustifiée l'accès aux services de soins de santé en raison de leur consommation de drogues antérieure ou actuelle<sup>49</sup>. Troisièmement, les lois et les politiques en matière de drogues ont eu des effets différents sur les groupes protégés, comme on le verra ci-dessous, d'où une discrimination indirecte<sup>50</sup>. Il importe de noter que certaines personnes subissant différents effets des lois et des politiques en matière de drogues sont l'objet d'une discrimination fondée sur plusieurs motifs interdits<sup>51</sup>. Ainsi, l'égalité réelle, ou la réalisation de ce qu'il faut mettre en place pour que les plus vulnérables dans la société puissent s'épanouir<sup>52</sup>, suppose le démantèlement des différents systèmes de répression qui sous-tendent les discriminations tant directes qu'indirectes dans le contexte de la consommation de drogues, surtout lorsque les lois et les politiques en matière de drogues ont elles-mêmes contribué à perpétuer ces systèmes de répression<sup>53</sup>.

#### IV. Criminalisation, stigmatisation et santé

31. Le croisement entre droit pénal, santé et droits de l'homme présente différents aspects. L'absence d'une approche de la lutte contre la drogue fondée sur les droits de l'homme a eu des répercussions négatives sur la santé des individus et des populations. La stigmatisation et la criminalisation représentent à cet égard des obstacles qui empêchent les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues d'accéder aux services, d'établir une relation thérapeutique et de poursuivre un traitement, ce qui nuit à leur santé car, en plus de la stigmatisation, elles peuvent redouter les conséquences juridiques ou le harcèlement et les jugements<sup>54</sup>.

<sup>45</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 33, 36 et 37.

<sup>46</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 43 d).

<sup>47</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009), par. 33.

<sup>48</sup> Ibid., par. 27.

<sup>49</sup> A/65/255, par. 23.

<sup>50</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009), par. 10 b).

<sup>51</sup> Ibid., par. 17.

<sup>52</sup> Voir aussi A/78/185.

<sup>53</sup> Voir Michelle Alexander, *The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colourblindness* (Londres, Penguin Books, 2019).

<sup>54</sup> A/HRC/14/20, par. 47.

32. L'application discriminatoire du droit pénal doit être combattue à tous les stades, notamment en réformant les lois, politiques et pratiques liées aux stupéfiants qui ont un effet discriminatoire, conformément aux normes et dispositions internationales relatives aux droits de l'homme<sup>55</sup>. Lorsque les usagers de drogues font l'objet de discriminations dans des établissements de santé, ils risquent d'être dissuadés de recourir aux services de santé, ce qui accroît leur vulnérabilité à d'autres maladies infectieuses comme le VIH tout en compromettant l'application des programmes de traitement<sup>56</sup>. Les atteintes au respect de la vie privée et à la confidentialité des dossiers médicaux dissuadent les usagers de drogues de recourir aux services de santé. C'est particulièrement le cas lorsque les dossiers médicaux sont communiqués aux forces de l'ordre, conduisant à une criminalisation<sup>57</sup>.

33. Des lois punitives sont souvent adoptées et appliquées en matière de drogues au nom de la médecine, de la santé publique et de l'ordre public, mais ni le recours généralisé au droit pénal ni la « guerre contre la drogue » et la recherche d'un « monde sans drogue » n'ont réussi à dissuader les consommateurs de drogues ou à prévenir les risques liés à l'usage de drogues. Par ses effets néfastes, le régime international de contrôle des drogues a en outre aggravé ces risques, tant pour les individus que pour la société.

34. Les États ont l'obligation de respecter le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, y compris les détenus, aux soins de santé thérapeutiques et palliatifs<sup>58</sup>. Les personnes privées de liberté ont elles aussi droit à la santé, et les consommateurs de drogues sont particulièrement vulnérables lorsqu'ils sont incarcérés dans un établissement où les services de santé sont insuffisants<sup>59</sup>. L'obligation de respecter leur droit à la santé comprend celle de leur assurer les soins médicaux nécessaires et de surveiller leur santé régulièrement et de façon appropriée, ainsi que de s'abstenir de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs<sup>60</sup>. En outre, toutes les personnes qui sont privées de liberté, y compris pour des délits liés à la drogue, doivent être traitées avec dignité et humanité. La Rapporteuse spéciale souligne qu'une façon particulièrement efficace – et conforme aux conventions internationales relatives au contrôle des drogues – de réduire la consommation de drogues et les dommages sociaux qui en découlent consiste à améliorer l'accès à des traitements volontaires et éprouvés.

35. En milieu carcéral, les taux élevés de consommation de drogues par injection, le manque d'accès aux services de réduction des risques et l'absence de services de prévention et de traitement se traduisent par une forte prévalence du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose<sup>61</sup>. De nombreux établissements carcéraux n'offrent pas les soins médicaux appropriés, notamment des traitements éprouvés de la toxicomanie, ou refusent aux usagers de drogues la possibilité de donner leur consentement éclairé avant de les tester ou de leur administrer un traitement<sup>62</sup>. À cet égard, le Comité contre la torture a recommandé d'assurer des services médicaux aux détenus, en particulier à ceux qui souffrent de troubles liés à la consommation de drogues, et de prendre toutes les mesures nécessaires pour appliquer

<sup>55</sup> A/HRC/47/53, par. 42.

<sup>56</sup> A/HRC/10/44, par. 58 et 59.

<sup>57</sup> A/64/272, par. 20. Voir aussi Open Society Institute, « The effects of drug user registration laws on people's rights and health: key findings from Russia, Georgia, and Ukraine » (New York, 2009), p. 16 à 18.

<sup>58</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 34.

<sup>59</sup> A/HRC/10/44, par. 57.

<sup>60</sup> Comité des droits de l'homme, observation générale n° 36 (2018), par. 25. Voir aussi Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). La Règle 24 dispose que l'État a la responsabilité d'assurer des soins de santé aux détenus. Voir également A/HRC/38/36, par. 18, 34 et 98 a).

<sup>61</sup> Kate Dolan *et al.*, « Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees », *The Lancet*, vol. 388, n° 10049 (2016) ; Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, « Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings » (Stockholm, 2017) ; et Penal Reform International, « Health in prisons: realising the right to health », *Penal Reform Briefing*, n° 2 (2007), voir [https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/06/brf-02-2007-health-in-prisons-en\\_01.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/06/brf-02-2007-health-in-prisons-en_01.pdf).

<sup>62</sup> A/65/255, par. 29 et 59 à 61. Voir aussi Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2022*, 8<sup>e</sup> éd. (Londres, 2022).

l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)<sup>63</sup>. Outre les Règles Nelson Mandela, les Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok) et l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) s'appliquent respectivement aux femmes et aux enfants privés de liberté<sup>64</sup>.

36. Une personne accusée d'un délit lié à la drogue peut pâtir toute sa vie d'un tel discrédit et rencontrer de ce fait des obstacles en matière d'emploi, d'éducation, de déplacement, d'immigration, de garde des enfants, de respect de la vie privée et de non-discrimination<sup>65</sup>, ainsi que pour exercer des droits civils et politiques comme le droit de vote<sup>66</sup>, le droit de participation, le droit à la liberté d'association et de réunion pacifique et le droit à la liberté d'opinion, d'expression et d'information.

## V. Impact des lois et des politiques en matière de drogues sur les personnes appartenant à des groupes marginalisés de la population

37. Le racisme, la discrimination et l'asymétrie des rapports de pouvoir qui existent de longue date et qui persistent contribuent largement à créer des situations de vulnérabilité<sup>67</sup>. Les lois et politiques actuelles en matière de drogues ont eu des répercussions très négatives sur les minorités, les femmes et les filles, les personnes LGBTIQ+, les travailleurs du sexe, les migrants et les personnes vivant avec le VIH/sida, entre autres groupes de la population. Les régimes punitifs en matière de drogues se conjuguent souvent à d'autres formes de criminalisation et de stigmatisation. La situation des personnes qui en sont l'objet détermine leurs liens avec la drogue et peut les empêcher d'obtenir les soins nécessaires en cas de troubles liés à l'usage de drogues.

38. Les femmes qui consomment de la drogue font face à plus de stigmatisation sociale et de discrimination, et les services de réduction des risques sont souvent conçus sans tenir compte des différences entre les sexes<sup>68</sup>. Par rapport aux autres, ces femmes font également l'objet de niveaux de violence jusqu'à 24 fois plus élevés. D'où la nécessité d'intégrer des services de réduction des risques dans les services de traitement de la violence sexiste et les services de santé sexuelle et procréative<sup>69</sup>.

39. Les personnes LGBTIQ+ qui consomment des drogues renoncent parfois à se tourner vers des professionnels de santé pour obtenir un accompagnement ou un traitement en raison des discriminations qu'elles ont subies par le passé ou craignent de subir. Elles sont touchées de manière disproportionnée par les politiques antidrogues dans de nombreux pays et subissent des préjudices<sup>70</sup>. Malgré certains progrès ces dernières années, l'usage de stupéfiants lié au sexe, notamment le « chemsex » (rapports sexuels sous drogue), qui est répandu chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, demeure fortement stigmatisé et tabou<sup>71</sup>. La stigmatisation et la discrimination ont contribué à des lacunes persistantes au niveau de la recherche, à l'absence de programmes destinés à répondre aux besoins de cette population, à des obstacles permanents dans l'accès aux services existants et à une inaction politique s'agissant de protéger la santé des personnes LGBTIQ+ qui consomment des drogues.

<sup>63</sup> CAT/CPV/CO/1, par. 25 et 25 e).

<sup>64</sup> Voir aussi [https://www.unodc.org/res/justice-and-prison-reform/nelsonmandelarules-GoF/UN\\_System\\_Common\\_Position\\_on\\_Incarceration.pdf](https://www.unodc.org/res/justice-and-prison-reform/nelsonmandelarules-GoF/UN_System_Common_Position_on_Incarceration.pdf).

<sup>65</sup> Aliza Cohen *et al.*, « How the war on drugs impacts social determinants of health beyond the criminal legal system », *Annals of Medicine*, vol. 54, n° 1 (2022), p. 2024 à 2038.

<sup>66</sup> Voir Alexander, *The New Jim Crow*.

<sup>67</sup> Voir A/HRC/47/28.

<sup>68</sup> Women and Harm Reduction International Network, « Women who use drugs: intersecting injustice and opportunity » (2022).

<sup>69</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Addressing Gender-Based Violence against Women and People of Diverse Gender Identity and Expression who use Drugs* (Vienne, 2023).

<sup>70</sup> A/HRC/39/39, par. 76.

<sup>71</sup> Hannah McCall *et al.*, « What is chemsex and why does it matter? », *BMJ*, vol. 351, n° 8032 (novembre 2015).

40. Les usagers de drogues se livrant au commerce du sexe font face à des problèmes similaires qui se recoupent souvent, étant notamment stigmatisés, exposés à des risques, en particulier de violence, dans le milieu de la santé et se voyant refuser l'accès aux services de santé<sup>72</sup>. Les forces de l'ordre ont fréquemment des préjugés délétères sur « ce à quoi ressemble » le travailleur du sexe ou le consommateur de drogues ; ces préjugés sont nourris de racisme et de discrimination fondés sur la classe, le sexe et le genre, qui font que les membres des minorités raciales et ethniques, les femmes et les personnes LGBTIQ+ risquent fort d'être interpellées, fouillées, arrêtées et inculpées en cas de découverte de drogue ou d'un attirail de drogue<sup>73</sup>. Les travailleurs du sexe qui consomment des drogues subissent souvent des violences de la part de leurs clients, de la population en général et des forces de l'ordre, mais il est peu probable qu'ils signalent ces violences ou demandent réparation, par crainte de poursuites. En outre, même lorsqu'il existe des services de réduction des risques, les travailleurs du sexe qui font usage de drogues sont souvent traités soit comme des « travailleurs du sexe » soit comme des « consommateurs de drogues », et leurs besoins conjugués particuliers sont ignorés<sup>74</sup>.

41. Les lois proscrivant la consommation et la possession de stupéfiants sont fréquemment utilisées pour appréhender et expulser des migrants et autres non-citoyens<sup>75</sup>. Les traumatismes physiques et psychologiques que subissent au cours de leurs déplacements les migrants cherchant à échapper à des conditions intolérables peuvent également favoriser la consommation de drogues, et potentiellement les troubles y afférents, notamment faute d'accès à d'autres formes de prise en charge de ces traumatismes<sup>76</sup>. Ces personnes risquent alors d'être doublement criminalisées, comme migrants et comme consommateurs de drogues.

42. Alors qu'environ un nouveau cas de séropositivité sur dix résulte de la consommation de drogues par injection, les lois pénales relatives au VIH et à l'usage de drogues entravent l'accès à la prévention et au traitement du VIH<sup>77</sup>. Contrairement à ce que recommandent les organes internationaux de protection des droits de l'homme<sup>78</sup>, plus de 92 pays ont adopté des lois pénales relatives au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles, notamment des lois qui criminalisent la transmission du VIH, l'exposition potentielle d'autrui au VIH et le manquement à l'obligation de révéler la séropositivité<sup>79</sup>. Les lois pénales de caractère général peuvent également être utilisées pour criminaliser les actions des personnes séropositives, y compris les mères qui allaitent<sup>80</sup>. Il n'est donc pas surprenant que les personnes qui vivent avec le VIH et consomment des drogues soient évincées des traitements indiqués et éprouvés dont elles pourraient avoir besoin.

43. Les situations de conflit provoquant généralement un effondrement des infrastructures civiles, la disponibilité des médicaments réglementés est sérieusement compromise par les conflits. Que les situations d'urgence soient liées ou non à un conflit, le document final de la trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulé « Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue » ainsi que les « Lignes directrices internationales sur les droits de l'homme et la politique en matière de drogues » reconnaissent que l'accès non discriminatoire aux médicaments réglementés est une condition essentielle du droit à la santé, y compris en ce qui concerne l'anesthésie lors des opérations médicales et le traitement et la gestion de divers états de santé.

<sup>72</sup> Global Network of Sex Work Projects, « Sex workers who use drugs » (2015). Voir aussi <https://www.ohchr.org/sites/default/files/2024-03/2024-march-sex-work-guide-un-report-short.pdf>.

<sup>73</sup> Jenny Iversen *et al.*, « Patterns and epidemiology of illicit drug use among sex workers globally: a systematic review », dans *Sex Work, Health, and Human Rights: Global Inequities, Challenges, and Opportunities for Action*, Shira M. Goldenberg *et al.*, éd. (Springer, 2021).

<sup>74</sup> Global Network of Sex Work Projects, « Sex workers who use drugs ».

<sup>75</sup> Sarah Tosh, « Drug prohibition and the criminalization of immigrants: the compounding of drug war disparities in the United States deportation regime », *International Journal of Drug Policy*, vol. 87 (janvier 2021).

<sup>76</sup> *Rapport mondial sur les drogues 2023* (publication des Nations Unies, 2023), fascicule 2, p. 99 à 114.

<sup>77</sup> OMS, « People who inject drugs », voir <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>.

<sup>78</sup> Voir A/HRC/14/20.

<sup>79</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Prevailing against Pandemics by Putting People at the Centre* (Genève, 2020), p. 60.

<sup>80</sup> Alison Symington, « When law and science part ways: the criminalization of breastfeeding by women living with HIV », *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, vol. 9 (janvier-décembre 2022).

## VI. Prophylaxie et traitement des maladies et lutte contre les maladies

44. La prophylaxie et le traitement des maladies ainsi que la lutte contre les maladies supposent la mise en place de programmes de prévention et d'éducation pour remédier aux problèmes de santé liés au comportement, ainsi que l'établissement d'un système de soins médicaux d'urgence en cas d'épidémies, d'accidents et de risques sanitaires analogues<sup>81</sup>. Les interventions telles que les programmes de formation aident les consommateurs de drogues à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et contribuent à minimiser les risques auxquels ils sont exposés. Elles peuvent prendre la forme de programmes de sensibilisation qui permettent d'entrer en contact avec les consommateurs de drogues dans leurs propres communautés, de leur fournir des informations et de les orienter vers des dépistages et des services médicaux, et qui donnent les moyens de réagir à une surdose grâce à une formation aux premiers secours, par exemple une formation à l'administration de naloxone<sup>82</sup>.

45. Le fait de soumettre des enfants à des tests de dépistage de drogues obligatoire en milieu éducatif comme mesure de prévention suscite des préoccupations sur le plan des droits de l'homme. Au regard des articles 3 et 16 de la Convention relative aux droits de l'enfant, le prélèvement de liquides biologiques chez un enfant sans son consentement peut être contraire au principe de l'intérêt supérieur de l'enfant, violer son droit à l'intégrité physique et constituer une immixtion arbitraire dans sa vie privée et une atteinte à sa dignité. En fonction de la manière dont le dépistage est réalisé, il pourrait également être considéré comme un traitement dégradant<sup>83</sup>.

46. L'obligation d'obtenir le consentement éclairé doit être respectée pour l'administration de tout traitement, que celui-ci soit lié ou non à la consommation de drogues, et comprend aussi le droit de refuser le traitement<sup>84</sup>. L'accès à l'information est également pertinent pour le droit à la prophylaxie et au traitement des maladies épidémiques, endémiques et autres ainsi qu'à la lutte contre ces maladies, et suppose la mise en place de programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les problèmes de santé liés au comportement<sup>85</sup>, y compris en ce qui concerne la consommation de drogues et les troubles y afférents.

## VII. Déterminants commerciaux de la santé et crise des opioïdes

47. L'industrie pharmaceutique a un impact déterminant sur la réalisation du droit à la santé et sur les décisions concernant les médicaments et les types de maladies sur lesquels faire porter les recherches et les investissements. Les pratiques préjudiciables des entreprises pharmaceutiques qui compromettent l'accès aux médicaments et le droit à la santé, par exemple les pressions qu'elles exercent sur le rôle de l'État en matière de réglementation, de contrôle et de justice, ainsi que les incitations économiques offertes aux médecins pour qu'ils prescrivent certains médicaments<sup>86</sup>, méritent d'être considérées lorsqu'on veut s'attaquer au problème de la consommation de drogues.

### Accès aux médicaments placés sous contrôle

48. Les obstacles s'opposant à l'amélioration de l'accès aux substances placées sous contrôle destinées à des fins médicales ou scientifiques tiennent à la législation, à la réglementation, aux systèmes de soins de santé, aux coûts, à la formation des professionnels de la santé, à l'éducation, à la sensibilisation, aux évaluations, prévisions et informations à communiquer concernant ces substances, aux niveaux de référence fixés pour leur

<sup>81</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 16.

<sup>82</sup> A/65/255, par. 53 et 54.

<sup>83</sup> A/HRC/39/39, par. 8.

<sup>84</sup> A/64/272, par. 28 et 88 à 91.

<sup>85</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 16.

<sup>86</sup> Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Business and Human Rights: Inter-American Standards* (2019), par. 223 et 224.

consommation et à la coopération et la coordination internationales<sup>87</sup>. Dans sa résolution 63/3, la Commission des stupéfiants a appelé à promouvoir l'éducation et la formation dans le cadre d'une démarche globale visant à garantir l'accès aux substances placées sous contrôle international et leur disponibilité à des fins médicales et scientifiques. Dans la Déclaration de haut niveau de la Commission des stupéfiants sur l'examen à mi-parcours de 2024, faisant suite à la Déclaration ministérielle de 2019, les États Membres ont réaffirmé leur détermination à assurer l'accès aux substances placées sous contrôle et leur disponibilité à des fins médicales et scientifiques, notamment pour soulager la douleur et la souffrance, et à lever les obstacles existants à cet égard.

49. Malgré les engagements pris au niveau international, les statistiques montrent que 17 % de la quantité mondiale de morphine utilisée pour soulager la douleur est consommée dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les régions où les taux de consommation de stupéfiants à des fins médicales sont les plus faibles au monde sont l'Afrique, l'Amérique centrale et les Caraïbes, et l'Asie du Sud, de l'Est et du Sud-Est<sup>88</sup>.

50. Tout le monde a besoin de médicaments essentiels réglementés pour le soulagement de la douleur, le traitement de la dépendance aux opioïdes, les soins palliatifs et d'autres problèmes de santé<sup>89</sup>. Le droit à la santé suppose l'obligation fondamentale, au minimum, de fournir les médicaments essentiels<sup>90</sup> qui, selon la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, comprennent la morphine, la méthadone et la buprénorphine. Ces substances, ainsi que d'autres, sont répertoriées dans les conventions internationales relatives au contrôle des drogues, même si la Convention de 1961 telle qu'elle a été modifiée reconnaît expressément que l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et la souffrance et que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin. Les médicaments énumérés dans ces traités font souvent l'objet de restrictions excessives.

51. En outre, compte tenu de la discrimination attachée aux perceptions de la douleur et à la question de savoir qui « mérite » d'être soulagé, les populations qui se voient le plus souvent refuser l'accès à des médicaments réglementés sont notamment les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher et les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques<sup>91</sup>.

52. Le fait de ne pas assurer l'accès aux médicaments essentiels pour soulager la douleur et traiter les troubles liés à l'usage de drogues menace la réalisation des droits fondamentaux à la santé et à la protection contre les traitements cruels, inhumains ou dégradants<sup>92</sup>.

53. La Rapporteuse spéciale prend note des récents développements indiquant que les médicaments utilisés pour gérer la fertilité font désormais l'objet, dans certains pays, de procédures judiciaires, le but étant de limiter l'accès à ces médicaments éprouvés pour la gestion de l'avortement thérapeutique. Elle n'aborde pas cette question dans le présent rapport, mais le fera par ailleurs et donnera son avis sur la tendance à utiliser la loi pour nuire à la pratique de la médecine en limitant injustement des médicaments essentiels, contrairement aux lignes directrices de l'OMS<sup>93</sup>, dans d'autres domaines de la médecine que ceux de la consommation de drogues.

<sup>87</sup> Document final de la trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulé « Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue », par. 2 ; et résolution 62/5 de la Commission des stupéfiants.

<sup>88</sup> Voir <https://unis.unvienna.org/unis/en/pressrels/2022/unisnar1463.html>.

<sup>89</sup> Lignes directrices internationales sur les droits de l'homme et la politique en matière de drogues.

<sup>90</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), par. 43 d).

<sup>91</sup> Jamila K. Taylor, « Structural racism and maternal health among black women », *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 48, n° 3 (septembre 2020).

<sup>92</sup> A/HRC/22/53, par. 56.

<sup>93</sup> Voir [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/summary-chart-medical-management-abortion.pdf?sfvrsn=c735d28a\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/summary-chart-medical-management-abortion.pdf?sfvrsn=c735d28a_4).

## VIII. Politiques de réduction des risques pour la santé publique

54. La criminalisation, le recours excessif à l’incarcération, la privation arbitraire de la vie, l’utilisation inutile de la force meurtrière dans la lutte contre la drogue et l’application de la peine de mort en tant que sanction au nom de la santé publique ont entraîné diverses atteintes aux droits de l’homme. Les violations des droits de l’homme découlant de la criminalisation de la consommation de drogues ont nui à la santé publique du fait de conséquences involontaires. En revanche, lorsqu’elles sont bien conçues et mises en œuvre, les lois et politiques en matière de drogues – y compris en matière de réduction des risques – peuvent protéger et promouvoir la santé publique tout en contribuant à la réalisation des droits de l’homme d’une manière complémentaire<sup>94</sup>.

55. La criminalisation de la consommation et de la possession de drogues à des fins d’usage personnel est susceptible de menacer la santé et le bien-être. Une personne condamnée pour un délit lié à la drogue risque d’avoir beaucoup de mal à obtenir un emploi, de perdre ses droits à des prestations publiques comme l’aide au revenu de base, les prêts étudiants, le logement social ou l’aide alimentaire, et de rencontrer des difficultés pour se rendre à l’étranger. La criminalisation de la possession et de l’usage de drogues à des fins personnelles donne aussi souvent lieu à des condamnations disproportionnées, sans compter qu’elle empêche ceux qui en ont besoin de recevoir un traitement contre la dépendance<sup>95</sup>. La criminalisation de la consommation de drogues aggrave en outre la stigmatisation et la discrimination contre les consommateurs<sup>96</sup>.

56. La criminalisation n’est qu’une option parmi d’autres – et une option extrême – dans un éventail de réglementations<sup>97</sup>. Les États doivent mettre au point avec cohérence des cadres réglementaires d’une façon plus ou moins restrictive en fonction des preuves scientifiques<sup>98</sup> et compte tenu des asymétries de pouvoir (par exemple, de l’influence des grandes entreprises sur l’élaboration des politiques)<sup>99</sup>. Les modèles de réglementation pourraient par exemple examiner si l’autorisation et la réglementation de l’accès à certaines substances réduiraient les risques globaux en considérant dans quelle mesure, par quels moyens et pour qui limiter ces substances dans une juridiction donnée.

## IX. Outils politiques de réduction des risques

57. La dépénalisation de l’usage de drogues, qui consiste à supprimer les sanctions pénales pour les infractions liées aux drogues, notamment, mais pas seulement, pour l’usage ou la possession de drogues, est un moyen de réduire les effets négatifs sur le droit à la santé de la politique punitive de lutte contre la drogue. L’expérience des États qui ont adopté une stratégie de dépénalisation montre que l’adoption de politiques moins répressives n’entraîne pas une augmentation de la consommation de drogues, des risques liés à la drogue ou d’autres délits<sup>100</sup>.

<sup>94</sup> Jonathan M. Mann *et al.*, « Health and human rights », *Health and Human Rights Journal*, vol. 1, n° 1 (automne 1994), p. 6 à 23 (qui font valoir que la promotion et la protection des droits et de la santé sont inextricablement liées).

<sup>95</sup> Voir [A/HRC/30/65](#), [A/HRC/39/39](#) et [E/C.12/PHL/CO/5-6](#).

<sup>96</sup> ONUSIDA, *Health, Rights and Drugs: Harm Reduction, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs* (Genève, 2019), p. 33.

<sup>97</sup> Lawrence O. Gostin et Lindsay F. Wiley, *Public Health Law: Power, Duty, Restraint* (Oakland, Californie, University of California Press, 2016), p. 199.

<sup>98</sup> [A/65/255](#), par. 73.

<sup>99</sup> Radhika Gore et Richard Parker, « Analysing power and politics in health policies and systems », *Global Public Health*, vol. 14, n° 4 (2019), p. 481 à 488.

<sup>100</sup> Drug Policy Alliance, « Approaches to decriminalizing drug use & possession », février 2015 ; « Drug decriminalisation: grounding policy in evidence », *The Lancet*, vol. 402, n° 10416 (2023) ; et Corey S. Davis *et al.*, « Changes in arrests following decriminalization of low-level drug possession in Oregon and Washington », *International Journal of Drug Policy*, vol. 119, septembre 2023.

58. Se désengager de la « guerre contre la drogue » peut également libérer des ressources susceptibles d'être réinvesties dans les services de santé et de réduction des risques – ouvrant la voie à une approche fondée sur la santé publique et les droits de l'homme et s'appuyant sur les meilleures preuves scientifiques disponibles<sup>101</sup>.

59. La réduction des risques met en jeu un large éventail de politiques, de programmes et de pratiques visant à minimiser les effets sanitaires, sociaux et juridiques négatifs associés à la consommation de drogues et aux lois et politiques en la matière<sup>102</sup>. Les mesures de réduction des risques étant plus efficaces lorsqu'elles tiennent compte des situations individuelles, il importe de les ajuster et de les adapter aux besoins particuliers conjugués de chacun<sup>103</sup>.

60. On trouvera dans les paragraphes suivants une liste non exhaustive des mesures pratiques de réduction des risques que plusieurs États ont commencé à mettre en œuvre.

61. **Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.** Ces programmes permettent d'obtenir du matériel d'injection stérile et de jeter le matériel usagé, et souvent de bénéficier en même temps d'autres services comme la vaccination, le dépistage et le traitement des maladies infectieuses et des troubles liés à la consommation de drogues. Au moins 92 pays ont mis en place des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues<sup>104</sup>.

62. **Traitement par agonistes opioïdes.** Les agonistes opioïdes comme la méthadone et la buprénorphine sont des substances thérapeutiques utilisées pour gérer la dépendance aux opioïdes. Il existe de solides preuves de leur efficacité<sup>105</sup>. L'OMS inclut ces substances dans sa Liste modèle des médicaments essentiels et recommande de recourir à un éventail d'options thérapeutiques face à la dépendance aux opioïdes, parmi lesquelles le traitement de substitution par agonistes opioïdes ainsi que le traitement et l'appui psychosociaux<sup>106</sup>. En 2022, un traitement par agonistes opioïdes était proposé dans 88 pays : un tel traitement reste donc très inaccessible dans de nombreuses régions du monde<sup>107</sup>. Les autres obstacles qui s'opposent au traitement par agonistes opioïdes sont notamment les conditions imposées en matière d'identification, de distribution en personne et de dépistage, l'éloignement des centres de traitement, ainsi que la stigmatisation qu'entraîne le fait de solliciter un traitement contre la toxicomanie, le prix du traitement lui-même et les coûts annexes, ou encore la méfiance, en particulier chez les minorités raciales et ethniques. Tout ceci souligne la nécessité de mettre en place des options thérapeutiques culturellement adaptées et conduites par les communautés<sup>108</sup>.

63. **Salles de consommation de drogues et centres d'injection encadrés.** Ces sites sont des lieux où les personnes qui s'injectent des drogues peuvent s'auto-administrer leurs propres substances sans encourir de sanctions pénales, dans des conditions d'hygiène et sous la supervision d'un personnel qualifié : agents chargés de la réduction des risques, travailleurs sociaux, personnel infirmier et autres professionnels de la santé. Depuis la création du premier site autorisé, en Suisse dans les années 1980, on dénombre aujourd'hui plus d'une centaine de salles de consommation de drogues dans plus de 17 pays, et il est probable que beaucoup d'autres fonctionnent « dans la clandestinité »<sup>109</sup>. Lorsque l'usage de drogues reste un délit, la police, les procureurs et autres responsables de l'application de la loi peuvent décider de mesures permettant d'exempter de poursuites les personnes qui sollicitent les services de centres de consommation de drogues. Par exemple, la Lord Advocate d'Écosse a déclaré qu'elle serait disposée à autoriser une politique en matière de poursuites liée à un centre pilote de consommation plus sûre<sup>110</sup>.

<sup>101</sup> Harm Reduction International, « Aid for the war on drugs » (Londres, 2023).

<sup>102</sup> Harm Reduction International, « What is harm reduction? ».

<sup>103</sup> National Harm Reduction Coalition, « Principles of harm reduction », voir <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>.

<sup>104</sup> Harm Reduction International, « What is harm reduction? ».

<sup>105</sup> National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Medications for Opioid Use Disorder Save Lives* (Washington, National Academies Press, 2019), chap. 2.

<sup>106</sup> OMS, « Surdose d'opioïdes », 29 août 2023, voir <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>.

<sup>107</sup> Harm Reduction International, « What is harm reduction? ».

<sup>108</sup> The Network for Public Health Law, « A cross-sector approach to removing legal and policy barriers to opioid agonist treatment », décembre 2020.

<sup>109</sup> Harm Reduction International, « What is harm reduction? ».

<sup>110</sup> Scotland, Crown Office & Procurator Fiscal Service, « Statement on pilot safer drug consumption facility », 11 septembre 2023.

64. **Analyse des substances.** L'analyse des substances est une pratique consistant à donner aux consommateurs de drogues des informations sur la composition chimique des substances qu'ils ont en leur possession pour leur permettre de prendre des décisions plus éclairées. Il s'agit notamment de services mobiles ou fixes auprès desquels des échantillons peuvent être déposés ou envoyés par la poste, les résultats des analyses étant ensuite communiqués aux intéressés. Ces services contribuent à prévenir les surdoses mortelles et à collecter des données sur les tendances de l'offre de substances non réglementée<sup>111</sup>.

65. **Prévention des surdoses et inversion de leurs effets.** La naloxone est un médicament salvateur qui a le pouvoir d'inverser les effets d'une surdose d'opioïdes, y compris d'opioïdes prescrits sur ordonnance comme l'héroïne et le fentanyl, lorsqu'il est administré à temps. Il bloque les effets des opioïdes et rétablit la respiration normale en quelques minutes. L'OMS considère la naloxone comme essentielle et recommande qu'elle soit mise à la disposition des personnes susceptibles d'être les témoins d'une surdose d'opioïdes. Elle recommande également d'assurer une formation à la gestion des surdoses d'opioïdes<sup>112</sup>. Près de 40 % des décès dus à une surdose d'opioïdes surviennent en présence d'un tiers ; la disponibilité de la naloxone peut donc permettre à des témoins de stopper des surdoses mortelles et de sauver un nombre non négligeable de vies<sup>113</sup>. Les personnes disposant d'un faible revenu, les populations rurales et les communautés noires ont un accès disproportionnellement limité à la naloxone. Des changements juridiques peuvent contribuer à améliorer l'accès à la naloxone, par exemple en imposant aux assurances l'obligation de rembourser cette substance, en assouplissant ou en supprimant l'obligation d'ordonnance pour permettre à chacun de disposer de naloxone, en facilitant une formation sur la naloxone et en renforçant, par l'adoption d'une loi sur les bons samaritains, la protection juridique des personnes qui administrent de la naloxone<sup>114</sup>.

66. **Logement, emploi et éducation.** Les déterminants fondamentaux de la santé ne devraient pas dépendre de l'arrêt ou de la réduction de la consommation de drogues, ni leur maintien dépendre de dépistages obligatoires. Bien que les causes profondes de la consommation de drogues et des troubles liés à cette consommation soient multiples, les recherches ont montré que la détérioration du bien-être social et économique était liée à une augmentation du nombre de décès par surdose – souvent appelés « décès par désespoir »<sup>115</sup>. En outre, l'offre de conseils et d'une formation juridiques aux consommateurs de drogues peut faciliter l'accès de ceux-ci au logement et aux services sociaux et de santé, et les aider à prendre conscience de leurs droits et des atteintes dont ces droits font l'objet<sup>116</sup>.

67. Au niveau national et international, les ressources consacrées à la réduction des risques sont insuffisantes et en diminution<sup>117</sup>. Selon les informations disponibles, seuls 131 millions de dollars sont actuellement alloués à la réduction des risques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et moins de 7 % des fonds destinés par les donateurs internationaux à la réduction des risques sont versés à des organisations dirigées par les communautés<sup>118</sup>. Le déficit de financement pour la réduction des risques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est de 95 %<sup>119</sup>.

<sup>111</sup> Nazlee Maghsoudi *et al.*, « Drug checking services for people who use drugs: a systematic review », *Addiction*, vol. 117, n° 3 (mars 2022), p. 532 à 544.

<sup>112</sup> OMS, « Community management of opioid overdose » (Genève, 2014), voir <https://www.who.int/publications/i/item/opioid-overdose-preventing-and-reducing-opioid-overdose-mortality>.

<sup>113</sup> Julie O'Donnell *et al.*, « Vital signs: characteristics of drug overdose deaths involving opioids and stimulants – 24 states and the District of Columbia, January-June 2019 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 69, n° 35 (septembre 2020), p. 1189 à 1197.

<sup>114</sup> Rafael E. Pérez-Figueroa, Carrie B. Oser et Kasia Malinowska, « Access to naloxone in underserved communities », *BMJ*, vol. 381 (avril 2023).

<sup>115</sup> Elisabet Beseran *et al.*, « Deaths of despair: a scoping review on the social determinants of drug overdose, alcohol-related liver disease and suicide », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n° 19 (2022).

<sup>116</sup> Joanne Csete et Jonathan Cohen, « Health benefits of legal services for criminalized populations: the case of people who use drugs, sex workers and sexual and gender minorities », *Journal of Law, Medicine, and Ethics*, vol. 38, n° 4 (2010), p. 816 à 831.

<sup>117</sup> Harm Reduction International, « Failure to fund: the continued crisis for harm reduction funding in low- and middle-income countries » (Londres, 2021).

<sup>118</sup> Harm Reduction International, « Funding for harm reduction », voir <https://hri.global/topics/funding-for-harm-reduction/#>.

<sup>119</sup> Harm Reduction International, « Tracking funding for harm reduction », voir <https://hri.global/topics/funding-for-harm-reduction/tracking-funding-for-harm-reduction/>.

## X. Bonnes pratiques

68. La Rapporteuse spéciale se félicite des réponses nombreuses et détaillées qu'elle a reçues à la suite de son appel à contributions, en particulier des informations faisant état de bonnes pratiques en matière de réduction des risques, avec notamment l'établissement de partenariats entre les organisations communautaires dirigées par des pairs et les autorités nationales.

69. Au Kenya, en 2012, face à la prévalence croissante du VIH parmi les usagers de drogues injectables, le Gouvernement a changé d'optique et déclaré que la consommation de drogues par injection était un problème de santé publique. On compte depuis dans le pays plus de 10 programmes publics de traitement par agonistes opioïdes et 35 centres d'accueil proposant l'échange de seringues, ainsi que des services de naloxone à emporter, de prophylaxie pré-exposition et d'autodépistage du VIH. Il existe également des programmes communautaires expressément destinés aux femmes qui s'injectent des drogues<sup>120</sup>.

70. Au Brésil, en 2021, le projet FRESH a été lancé à São Paulo avec le soutien du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) afin d'impliquer les femmes transgenres dans des programmes axés sur la prophylaxie pré-exposition et post-exposition et la réduction des risques. Le projet FRESH utilise l'art photographique pour mettre l'accent sur l'estime de soi et les soins personnels dans le cadre d'une évolution vers un changement collectif<sup>121</sup>.

71. En Australie, la naloxone est mise gratuitement, sans ordonnance, à la disposition des personnes susceptibles d'être l'objet ou le témoin d'une surdose d'opioïdes ou d'une réaction indésirable, ce qui permet de réduire les risques. Le programme Mindframe fournit des conseils aux médias pour une communication sur la drogue et l'alcool sûre, respectueuse et responsable, partant du constat qu'un langage inexact et déshumanisant joue un rôle important dans le processus de stigmatisation<sup>122</sup>.

72. En Autriche, Suchthilfe Wien mène une étude sur la faisabilité d'un traitement agoniste opioïde par injection d'hydromorphone, en particulier pour un sous-ensemble de patients pour lesquels les médicaments agonistes opioïdes traditionnels sont inefficaces<sup>123</sup>.

73. En septembre 2023, l'Institut croate de santé publique a rejoint le réseau European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise et piloté l'analyse du contenu résiduel de seringues usagées à partir de plus de 200 échantillons recueillis à Split. Le projet vise à compléter les données existantes sur les substances que s'injectent les usagers de drogues, en fournissant des informations locales en temps utile<sup>124</sup>.

74. En septembre 2023, la Colombie a annoncé l'adoption d'une stratégie reconnaissant expressément les Lignes directrices internationales en matière de droits de l'homme et de drogues. À l'intérieur de ses frontières, elle a sensiblement modifié sa politique nationale en matière de drogues<sup>125</sup>.

75. En Tchéquie, une salle mobile de consommation de drogues a été inaugurée en septembre 2023 et un projet consistant à analyser des échantillons de drogues lors de festivals de danse est en œuvre depuis 2020<sup>126</sup>. L'Irlande a de même mis en place, en mai 2022, le programme Safer Nightlife, qui permet de diffuser des informations sur les tendances en matière de drogues et de mener des actions pour influencer sur les comportements et encourager des choix plus sûrs<sup>127</sup>.

<sup>120</sup> Communication d'ONUSIDA.

<sup>121</sup> ONUSIDA, « Unboxing self-esteem among transgender women in Brazil and their dreams for a dignified life », 17 mai 2022, voir <https://www.unaids.org/en/keywords/brazil>.

<sup>122</sup> Communications de l'Australie et de Harm Reduction Australie.

<sup>123</sup> Communication de l'Autriche.

<sup>124</sup> Communication de la Croatie.

<sup>125</sup> Volker Türk, Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, déclaration au débat de haut niveau tenu dans le cadre de la soixante-septième session de la Commission des stupéfiants, 14 mars 2024, voir : [www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2024/03/war-drugs-has-failed-says-high-commissioner](http://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2024/03/war-drugs-has-failed-says-high-commissioner).

<sup>126</sup> Communication de la Tchéquie.

<sup>127</sup> Communication de l'Irlande.

76. Au Népal, la Society for Positive Atmosphere and Related Support to HIV and AIDS (SPARSHA) s'emploie à offrir des services de réduction des risques aux personnes vivant avec le VIH et a ouvert un centre d'accueil réservé aux femmes, qui accompagne quelque 200 femmes. L'ACCM (AIDS Community Care Montreal), au Canada, a lancé l'initiative Kontak, programme de réduction des risques par et pour les hommes gays, trans et bisexuels qui ont des relations homosexuelles, en s'attachant particulièrement à ceux qui utilisent des drogues pendant les rapports sexuels<sup>128</sup>.

77. À New York, des organisations communautaires ont apporté leur soutien à des centres de prévention des surdoses situés à Harlem et dans le Bronx. Gérés par le groupe OnPoint, ces centres desservent les habitants – pour la plupart noirs ou latinos et disposant de faibles revenus – de ces quartiers où le taux de décès par surdose est le plus élevé de la ville. Ils ont permis de contrer plus d'un millier de surdoses et fonctionnent selon un « modèle de mieux-être » qui propose également des douches, un service de blanchisserie, une salle de répit, des services de santé mentale et un aiguillage vers d'autres soins<sup>129</sup>.

78. Au cours des années 2022-2023, avec le soutien de l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), le réseau national des femmes vivant avec le VIH, en Indonésie, a contribué à l'élaboration de procédures opérationnelles spéciales dans les provinces pour aider les pouvoirs publics à faire face aux violences faites aux femmes en tenant compte des priorités des femmes vivant avec et affectées par le VIH, notamment de celles qui consomment des drogues<sup>130</sup>.

79. Depuis 2019, six pays (la Barbade, la Dominique, le Kirghizistan, le Luxembourg, Malte et Trinité-et-Tobago) ont dépénalisé au niveau national la consommation et la détention de drogues à des fins d'usage personnel, soit pour toutes les drogues, soit pour certaines substances. Neuf juridictions fédérales ont également décrété une telle dépénalisation : le Territoire de la capitale australienne ; la Colombie britannique (Canada) ; et Hawaï, l'Illinois, le New Jersey, le Nouveau-Mexique, l'État de New York, l'Oregon et la Virginie (États-Unis d'Amérique). Cela porte à 66 le nombre total de juridictions ayant adopté une forme ou une autre de dépénalisation, dans 40 pays<sup>131</sup>.

## XI. Conclusions et recommandations

80. **La Rapporteuse spéciale souligne la nécessité que les États renoncent à s'en remettre au droit pénal pour réduire les risques liés à la consommation de drogues et aux troubles y afférents et adoptent une approche qui soit fondée sur les droits de l'homme, sur des données factuelles et sur la compassion.**

81. **Les pratiques et règles discriminatoires qui limitent l'éligibilité à l'aide sociale des personnes ayant un casier judiciaire pour usage de drogues, ou qui obligent toute personne ayant déjà été condamnée pour usage de drogues ou soupçonnée d'usage de drogues à subir un test de dépistage, perpétuent l'instabilité sociale et les mauvais résultats en matière de santé.**

82. **Les personnes qui consomment des drogues, en particulier celles qui ont été historiquement marginalisées et criminalisées, devraient être activement associées à l'élaboration et à la conception des lois et des politiques en matière de drogues, notamment des politiques et services de réduction des risques.**

83. **Les États ont l'obligation d'élaborer une législation et des politiques nationales en matière de santé et de renforcer leurs systèmes et budgets de santé nationaux.**

<sup>128</sup> Communication de Harm Reduction International.

<sup>129</sup> Communication de l'Open Society Foundations.

<sup>130</sup> Communication d'ONU-Femmes.

<sup>131</sup> Consortium international sur les politiques des drogues, *En déroute : Rapport parallèle pour l'examen à mi-parcours de la Déclaration ministérielle de 2019 sur les drogues* (2023).

84. Les services de réduction des risques, tels que les programmes d'échange d'aiguilles et les traitements de substitution aux opioïdes, devraient être mis en œuvre de sorte à réaliser le droit à la santé et le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications<sup>132</sup>.

85. Eu égard aux principes d'égalité et de non-discrimination, de transparence, de participation et de responsabilité, la Rapporteuse spéciale recommande aux États :

a) De ratifier d'urgence le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, tout en s'attachant aux interventions immédiates et aux transformations sociales à plus long terme nécessaires, de façon à reconnaître le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ;

b) D'examiner d'urgence et de manière approfondie les cadres juridiques régissant le contrôle des drogues du point de vue de leurs effets sur la santé publique et les droits de l'homme, en particulier pour les populations qui ont été historiquement désavantagées et ont subi un préjudice disproportionné ;

c) De dépénaliser, d'abroger, d'annuler ou de modifier les lois et les politiques qui ont des effets néfastes sur le droit à la santé et perpétuent différents systèmes d'oppression, tels que le racisme et le colonialisme ;

d) De considérer qu'une réduction des risques fondée sur des données factuelles est propice à la réalisation du droit à la santé et d'autres droits connexes. Dans le cadre de leur obligation de garantir le droit à la santé, les États doivent veiller à ce que les services de réduction des risques soient conformes à l'approche de concrétisation du droit à la santé, à savoir qu'ils soient disponibles, acceptables, accessibles et de qualité. La fourniture de services doit être non discriminatoire en droit et en fait ;

e) De respecter le droit des droits de l'homme et les normes en la matière et de supprimer les éléments qui font obstacle aux services de réduction des risques, notamment en distribuant des informations, des équipements, des services et des biens en matière de réduction des risques par divers moyens, notamment par des services en ligne, des services mobiles et en personne, des distributeurs automatiques et des livraisons directes. Ces services et biens devraient être disponibles dans les lieux et aux moments où les personnes consomment des drogues ;

f) De dépénaliser l'usage, la possession, l'achat et la culture de drogues à usage personnel et d'adopter des approches réglementaires différentes qui placent au premier plan la protection de la santé des individus et d'autres droits de l'homme. Les États devront alors élaborer avec cohérence des cadres réglementaires responsables, en se fondant sur des preuves scientifiques (par exemple, les risques associés à chaque substance et leur atténuation possible, les moyens d'établir et d'appliquer des réglementations adéquates pour cette substance) et en tenant compte des asymétries de pouvoir (par exemple, de l'influence des grandes entreprises sur l'élaboration des politiques) ;

g) D'appeler les acteurs privés à respecter les droits de l'homme, comme il est demandé dans les Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme ;

h) De veiller à ce que les initiatives émanant de pairs restent au premier plan et bénéficient d'un soutien politique et pratique ainsi que de ressources et de financements stables et suffisants ;

i) De soutenir la formation et l'éducation permanente des professionnels de la santé, nécessaires pour garantir le principe consistant à « ne pas nuire » ;

<sup>132</sup> E/C.12/MUS/CO/4, par. 27; et E/C.12/EST/CO/2, par. 26.

j) De s'associer à des initiatives émanant de pairs pour recueillir des données complètes et contribuer à garantir l'égalité d'accès aux services et programmes de réduction des risques d'une manière non discriminatoire et non stigmatisante, en tenant compte en particulier des besoins des groupes les plus vulnérables et marginalisés, tels que les populations noires et autochtones, les minorités, les personnes LGBTIQ+, les migrants, les travailleurs du sexe et les femmes ;

k) De financer des programmes visant à lutter contre les préjugés souvent attachés à la consommation de drogues et des programmes visant à renforcer les compétences des prestataires pour qu'ils fournissent des services non discriminatoires aux usagers de drogues. Dans la mesure du possible, la réduction des risques, telle que la livraison à domicile de médicaments pour le traitement agoniste opioïde, l'offre de dosage dans les pharmacies communautaires et la distribution de traitements agonistes opioïdes dans des structures de proximité, devrait être associée à d'autres formes de soins (services de santé mentale et services sociaux, par exemple) ;

l) De concevoir les services de réduction des risques de manière à ce qu'ils offrent des conditions adaptées pour les femmes qui consomment des drogues, notamment en fournissant des soins, des informations et des services intégrés en matière de santé sexuelle et procréative, ainsi que des services de garde d'enfants ;

m) De veiller à ce que les politiques de contrôle des drogues n'empêchent pas l'accès aux médicaments essentiels, notamment, mais pas exclusivement, à ceux qui sont nécessaires aux soins palliatifs et à la gestion de la douleur (y compris pour les enfants) et à la réduction des risques (par exemple, la méthadone et la buprénorphine), pour toutes les populations et pour tous les besoins médicaux tels que les soins liés à l'avortement, en accordant une attention particulière aux populations qui ont été marginalisées et soumises à des contrôles excessifs dans le contexte de la drogue ;

n) De veiller à ce que l'application des lois sur les drogues n'entraîne pas d'atteintes au droit à la santé, en accordant une attention particulière aux effets disproportionnés que les lois, les politiques et la surveillance policière en matière de drogue ont eus sur les groupes marginalisés et les personnes subissant des formes multiples et croisées de discrimination, notamment les femmes et les filles, les Noirs, les minorités raciales et ethniques, les peuples autochtones, les enfants et les jeunes, les personnes vivant dans la pauvreté, les travailleurs du sexe, les migrants et les personnes LGBTIQ+ ;

o) De renoncer aux pratiques répressives qui entravent le droit à la santé, notamment de s'abstenir de saisir ou de détruire du matériel d'injection ou de poursuivre les prestataires de soins de santé et de services de réduction des risques ;

p) De veiller à ce que les services répressifs ne ciblent pas les centres de santé, les salles de consommation encadrée de drogues ou les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans le cadre de leur stratégie de lutte contre la drogue ;

q) D'encourager les employeurs à mettre fin au recours généralisé lors des recrutements à des tests de dépistage de drogue, qui ont mis en évidence des disparités raciales, sachant que rien ne prouve l'existence d'un lien de cause à effet entre le dépistage de drogue et une amélioration de la sécurité ou de la productivité ;

r) De protéger l'élaboration des politiques contre l'influence indue de groupes ennemis des droits et de puissantes entreprises privées, notamment de l'industrie pharmaceutique et du secteur pénitentiaire privé, dont les intérêts ne sont pas toujours compatibles avec la jouissance du meilleur état de santé possible pour tous ;

s) De collecter des données et des statistiques ventilées sur les questions liées à la drogue, avec les garanties voulues en matière de respect de la vie privée et de confidentialité, afin d'éclairer l'élaboration des politiques d'une manière efficiente et efficace ;

t) De reconnaître les usages culturels et médicinaux des plantes et de la flore pour leur riche diversité par-delà les paradigmes médicaux occidentaux, en protégeant le droit des Noirs, des peuples autochtones et des personnes d'ascendance africaine à les cultiver, y accéder et les utiliser sans qu'elles soient extraites et épuisées par l'industrie ;

u) De réviser le cadre juridique international régissant le contrôle des drogues afin de l'aligner au mieux sur les normes et dispositions internationales en matière de droits de l'homme, les approches de réduction des risques et la concrétisation du droit à la santé (voulant que les services soient disponibles, acceptables, accessibles et de qualité), en veillant à ce que les lois et les politiques nationales en matière de drogues soient centrées sur la dignité, la santé publique et les droits de l'homme et fondées sur les meilleures preuves disponibles, à l'abri des conflits d'intérêts ;

v) De mettre fin à la criminalisation, à la stigmatisation et à la discrimination, qui sont des obstacles structurels empêchant les personnes concernées d'accéder aux services et d'établir une relation thérapeutique, ce qui nuit à leur santé, car elles peuvent redouter des conséquences juridiques. Cela permettra d'améliorer la confiance, le dialogue, la créativité et l'innovation en ce moment urgent de changement de paradigme ;

w) De traduire en actes les plaidoyers mondiaux et les déclarations d'intention de haut niveau pour défendre le droit à la dignité. Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible qu'ont les personnes qui consomment des drogues ou qui souffrent de troubles liés à la consommation de drogues, ainsi que les personnes dont la santé et le bien-être sont mis à mal par les lois et les politiques en matière de drogues, doit être respecté, promu et réalisé dans le cadre d'une dynamique conduisant à une égalité réelle.