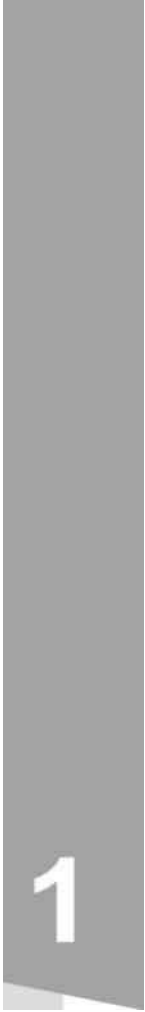


# Légiférer sur la santé et les droits humains : loi modèle sur l'usage de drogue et le VIH/SIDA

Questions de droit criminel

Canadian HIV/AIDS  
Legal Network  
Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida



# 1

La présente loi modèle se compose de huit modules traitant des questions suivantes :

1. Questions de droit criminel
2. Traitement de la dépendance à la drogue
3. Programmes de seringues stérilisées
4. Lieux supervisés de consommation de drogue
5. Prisons
6. Interventions et information
7. Stigmatisation et discrimination
8. Programmes de prescription d'héroïne

Ce module, comme les autres, est disponible en plusieurs langues sur le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/SIDA :

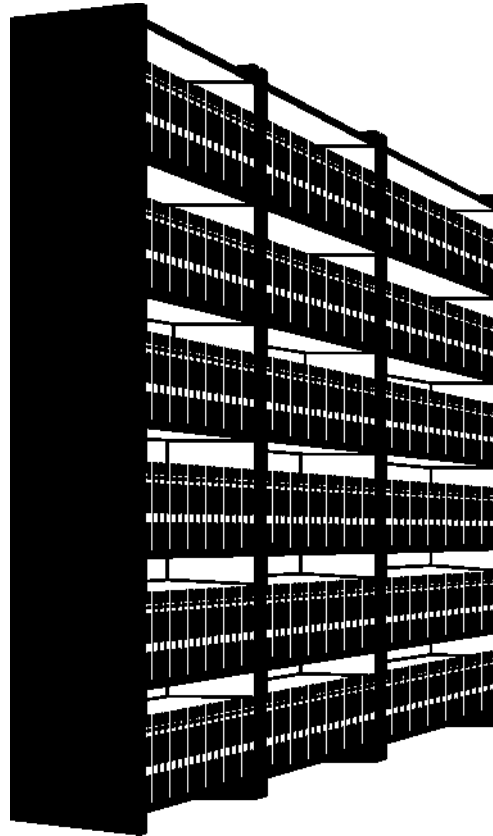
[www.aidslaw.ca/FR/themes/politiques\\_drogues\\_reduction\\_mefaits.htm](http://www.aidslaw.ca/FR/themes/politiques_drogues_reduction_mefaits.htm)

.



Canadian HIV/AIDS  
Legal Network

Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida



# **Légiférer sur la santé et les droits humains : loi modèle sur l'usage de drogue et le VIH/SIDA**

Questions de droit criminel

# **Légiférer sur la santé et les droits humains : loi modèle sur l'usage de drogue et le VIH/SIDA**

## **Module 1 : Questions de droit criminel**

© 2006 Réseau juridique canadien VIH/SIDA.

Ce document peut être téléchargé via [www.aidslaw.ca/FR/themes/politiques\\_drogues\\_reduction\\_mefaits.htm](http://www.aidslaw.ca/FR/themes/politiques_drogues_reduction_mefaits.htm)  
ou commandé auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/SIDA  
([www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca))

### **Données de catalogage avant publication (Canada)**

Module 1 : ISBN 978-1-896735-65-8 Série  
complète : ISBN 978-1-896735-64-1

### **Note sur la rédaction et remerciements**

Richard Pearshouse est le principal auteur de cette publication. Richard Elliott et Joanne Csete ont rédigé le texte des dispositions juridiques et des notes liminaires puis relu l'ensemble de la publication. Une précieuse aide à la recherche a été fournie par Tim Franklin, Sarom Bahk, Katie Gibson et Sara Kushner.

Cette publication a été relue par plusieurs relecteurs externes. Remerciements particuliers à Scott Burris et Anya Sarang. Merci également aux personnes qui ont participé à la réunion de consultation à Vilnius, en Lituanie (7-8 novembre 2005) pour leurs commentaires et conseils sur l'ébauche de cette publication : Larisa Bashmakova, Holly Catania, Eszter Csernus, Rumen Donski, Joze Hren, Erik Iriskulbekov, Ainagul Isakova, Murtazokul Khidirov, Vlad Klisha, Tommaso Marilli, David Otiashvili, Ekaterina Paniklova, Alexandr Rumantsyev, Atanas Rusev, Vera Sergunina, Alex Shoshikelashvili, Raminta Stuiyte, Rusudan Tabatadze, Andrey Tolopilo et Thomas Zabransky.

Remerciements également aux autres pour leurs commentaires additionnels sur cette ébauche.

Merci à Glenn Betteridge pour son assistance. Lada Mirzalieva a fourni des références utiles sur la législation des anciens pays de l'Union soviétique. La révision finale du document anglais a été faite par David Garmaise, la traduction russe est de Liana Ibragimova et la relecture en russe de Leah Utyasheva. L'illustration de la page couverture a été dessinée par Oblik Communications et la mise en page est de Vajdon Sohaili.

Ce projet a été financé par l'ONUSIDA, la Direction des affaires internationales de Santé Canada, la fondation John M. Lloyd et l'Open Society Institute. La réunion de consultation à Vilnius (Lituanie) a été financée par le Secrétariat des conférences de l'Agence canadienne de développement international et l'Open Society Institute. Les opinions exprimées dans le document relèvent uniquement des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions officielles de Santé Canada.

### **Au sujet du Réseau juridique canadien VIH/SIDA.**

Le Réseau juridique canadien VIH/SIDA ([www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)) œuvre à la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, au Canada et dans le monde, par ses travaux de recherche, d'analyse juridique et des politiques, d'éducation et de mobilisation communautaire. Il est l'organisme chef de file au Canada sur les enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida.

## Introduction

L'ONUSIDA (le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) estime qu'environ 30 % des nouveaux cas d'infection à VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne sont dus à des matériels d'injection contaminés.<sup>1</sup> En Europe de l'Est et en Asie centrale, l'utilisation de matériel d'injection contaminé représente plus de 80 % de tous les cas de VIH.<sup>2</sup> Pourtant, sur le plan mondial, on estime que moins de 5 % des personnes qui s'injectent des drogues ont accès aux services de prévention du VIH,<sup>3</sup> et même dans les régions où elles représentent la majorité des infections à VIH, les utilisateurs de drogues sont généralement exclus des programmes de soins et de traitement du VIH/SIDA.

De nombreux pays dans lesquels l'épidémie de VIH/SIDA est due aux injections continuent de privilégier l'application du droit pénal aux approches de santé publique, et passent ainsi à côté de réponses efficaces au VIH/SIDA, voire les empêchent. Il est amplement prouvé que de nombreuses interventions destinées à empêcher la transmission du VIH et à réduire d'autres risques liés à la toxicomanie sont possibles, efficaces en tant que mesures de santé publique et efficientes.<sup>4</sup> Malgré ces preuves, des millions de toxicomanes dans le monde n'ont pas accès à de tels services, à cause d'obstacles juridiques et sociaux.

Le droit international des droits de l'homme établit l'obligation pour les États de respecter, protéger et de mettre en œuvre le droit à la meilleure norme de santé possible de toutes les personnes, y compris des toxicomanes. Les autres droits de l'homme sont également pertinents dans le contexte de l'épidémie du VIH/SIDA. Lorsque les droits humains ne sont pas respectés et protégés, il est plus difficile d'empêcher la transmission du VIH, et l'impact de l'épidémie sur les individus et la société est aggravé. Par conséquent, les États membres de l'ONU se sont engagés à :

promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/SIDA et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux...<sup>5</sup>

<sup>1</sup> ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2006*, mai 2006, p.114, [http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2006-GR\\_fr.asp](http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2006-GR_fr.asp).

<sup>2</sup> ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2006*, p. 114.

<sup>3</sup> USAID et coll., *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*, juin 2004, [www.futuresgroup.com/Documents/CoverageSurveyReport.pdf](http://www.futuresgroup.com/Documents/CoverageSurveyReport.pdf).

<sup>4</sup> Voir, par exemple, N. Hunt, *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*, Forward Thinking on Drugs, 2003, [www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html](http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html).

<sup>5</sup> *Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/SIDA*, Assemblée générale des Nations Unies, Res/S-26/2, 27 juin 2001, § 58, [www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf](http://www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf).

Les États membres de l'ONU se sont également engagés à garantir l'existence d'un large ensemble de programmes de prévention du VIH, y compris la fourniture de matériel d'injection stérile et des programmes de réduction des effets préjudiciables de la toxicomanie.<sup>6</sup>

Les longues ramifications juridiques, sociales et politiques de l'épidémie de VIH/SIDA rendent nécessaire la révision et la réforme d'une grande variété de lois. Certains pays ont adopté des lois nationales sur le VIH/SIDA, mais elles ignorent souvent les questions politiques cruciales, ainsi que les violations de droits humains qui catalysent l'épidémie du VIH. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne l'usage de drogues illégales. Les services de prévention, de soins et de traitement du VIH sont les plus efficaces au sein d'un cadre juridique clair qui protège spécifiquement les droits humains des personnes toxicomanes et qui permet la mise en œuvre de mesures de réduction des méfaits afin d'atténuer l'impact du VIH. Un cadre juridique peut apporter de la clarté et de la durabilité pour de tels services. C'est particulièrement important, compte tenu de l'approche dominante consistant à criminaliser l'usage de drogues illégales et les utilisateurs de drogues, ce qui crée des obstacles à la fourniture de services de santé. Une réforme de la loi n'est certes pas une solution complète pour répondre de manière efficace à l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues illégales, mais c'est une étape nécessaire et souvent négligée.

## **Le projet de loi modèle**

Début 2005, le Réseau juridique a mis sur pied un comité consultatif sur le projet et a, en collaboration avec ce comité, élaboré un plan pour créer une loi modèle devant aider les États à traiter de manière plus efficace l'épidémie du VIH (et autres méfaits) chez les personnes qui font usage de drogue, sur la base de l'existence avérée de mesures éprouvées de protection et de promotion de la santé, et conformément aux obligations des États en matière de droits humains.

Des consultations exhaustives ont été menées durant l'ébauche de la loi modèle. Cette ébauche a ensuite été révisée par un groupe d'experts juridiques, de défenseurs de la réduction des méfaits et de représentants des gouvernements d'Europe centrale et de l'Est et de pays de l'ancienne Union soviétique, au cours d'une réunion qui s'est tenue à Vilnius, en Lituanie (7-8 novembre 2005). Le document a été modifié pour tenir compte des commentaires et des recommandations reçus. Début 2006, la loi modèle a été envoyée par voie électronique à un grand nombre de personnes et d'organisations, une nouvelle occasion de modifier et de renforcer le texte. Le document final a, par conséquent, bénéficié des réflexions d'une grande variété d'experts en matière de VIH/SIDA, de droits humains et de politiques sur les drogues.

## **Au sujet de cette ressource**

La présente loi modèle constitue un cadre détaillé de dispositions juridiques accompagnées de commentaires. Ceux-ci font référence à des exemples de lois dans les juridictions ayant tenté d'établir un cadre juridique clair pour traiter des questions de VIH/SIDA chez utilisateurs de drogues.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> *Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/SIDA*, § 52.

<sup>7</sup> Les références aux instruments juridiques nationaux sont incluses afin de démontrer qu'il est possible de créer des cadres juridiques progressifs, et que la réforme de la loi dans d'autres juridictions puisse se fonder sur de tels exemples.

Cette ressource intègre également dans tout le document les principes de droits humains et les obligations des États. Elle est annotée afin de mettre en évidence les questions cruciales et les données étayant les mesures proposées.

Cette loi modèle est destinée à informer et aider les décideurs politiques dans leur tâche de réforme ou d'élaboration des lois pour relever les défis juridiques posés par l'épidémie de VIH chez les utilisateurs de drogues. La loi modèle ne s'adresse pas à un pays ou un ensemble de pays en particulier. Au contraire, elle doit pouvoir être adaptée aux besoins de n'importe quelle juridiction parmi tant d'autres. Dans certains cas, la loi modèle présente différentes options législatives pour la mise en œuvre des obligations des États en matière de droits humains. On espère que cette ressource sera des plus utiles pour les pays où l'injection de drogue est un facteur déterminant de l'épidémie de VIH, en particulier pour les pays en développement et les pays en transition où les ressources de rédaction législative peuvent être rares.

La loi modèle se compose de huit modules traitant des questions suivantes :

- (1) Questions de droit criminel
- (2) Traitement de la dépendance à la drogue
- (3) Programmes de seringues stérilisées
- (4) Lieux supervisés de consommation de drogue
- (5) Prisons
- (6) Interventions et information
- (7) Stigmatisation et discrimination
- (8) Programmes de prescription d'héroïne

Chacun des huit modules de cette série constitue un document indépendant. Chaque module commence par l'introduction que vous êtes en train de lire, qui est identique à chaque module.

L'introduction est suivie d'une note liminaire, des dispositions législatives modèles et d'une liste de ressources sélectionnées. (Ensemble, les dispositions législatives modèles des huit modules formeront une loi modèle traitant du VIH/SIDA et de l'usage de drogue.)

La note liminaire expose les raisons de réformer les lois et les politiques dans le domaine couvert par le module. Elle est suivie d'une discussion sur les conventions des Nations Unies relatives aux drogues et sur les obligations des États en matière de droits humains dans ce domaine.

La section sur les dispositions législatives modèles présente des dispositions pouvant être incluses dans une loi modèle sur le VIH/SIDA et l'usage de drogue. Ces dispositions sont divisées en chapitres, articles, sections et sous-sections. Le premier chapitre (« Dispositions générales ») décrit l'objectif de cette partie de la loi modèle et définit de nombreux termes utilisés dans ces dispositions.

Ces références ne signifient pas que les pratiques actuelles dans les juridictions citées sont les « meilleures pratiques ». Il reste souvent beaucoup de chemin à parcourir pour s'assurer que les pratiques actuelles se conforment à ces engagements juridiques.

Certaines dispositions s'accompagnent d'un commentaire. Lequel commentaire fournit des informations, ou des justifications, supplémentaires relatives à la disposition en question. Pour certaines dispositions législatives modèles, deux options sont présentées ; une note dans le texte indique soit (a) que l'une ou l'autre option peut être sélectionnée, mais pas les deux, soit (b) que l'une ou l'autre option, ou bien les deux, peuvent être sélectionnées. En outre, certaines dispositions sont qualifiées d'« optionnelles ». Cela signifie qu'elles peuvent être ou ne pas être applicables, selon la situation du pays.

La section consacrée aux ressources sélectionnées présente une courte liste de ressources que le Réseau juridique considère particulièrement utiles. Elle se divise en deux sous-sections : l'une sur les articles, les rapports et les documents de politique, l'autre sur les documents juridiques.

La présente loi modèle contient de très nombreuses notes de bas de page. Celles-ci fournissent des informations supplémentaires sur les questions traitées ainsi que les références complètes. Lorsqu'une même source est citée plus d'une fois dans un module, la deuxième référence et les suivantes sont abrégées (et ne donnent généralement que le nom de l'auteur ou de l'organisation et le titre de l'article ou du rapport).

# **Module 1 :**

## **Questions de droit criminel**

*Le module 1 contient une note liminaire dans laquelle on discute des raisons de réformer les lois pénales relatives à l'usage de drogue et il décrit les lois et politiques internationales y afférant, y compris les obligations en matière de droits humains. Elle est suivie d'une section sur les dispositions législatives modèles. Le module se termine par une note sur les tribunaux de traitement de la toxicomanie (voir annexe) et une liste de ressources conseillées.*

### **Note liminaire**

#### **Pourquoi réformer**

L'adoption de politiques visant à réduire l'usage de drogue et ses conséquences négatives pour la santé pose souvent des défis politiques difficiles à relever. Depuis toujours, les politiques sur l'usage de drogue se concentrent sur la réduction de l'offre et de la demande. Cette réduction est de toute évidence un élément de la politique de santé, partout où l'usage de drogue représente une menace sérieuse pour la santé publique. Mais il convient de veiller à ce que la nature et la mise en œuvre des politiques de réduction de l'offre et de la demande soient cohérentes avec les obligations des États en matière de droits humains. En particulier, les politiques et programmes qui compromettent le droit à la santé et les droits humains des utilisateurs de drogue, notamment en augmentant leur vulnérabilité à l'infection à VIH, doivent être évités. La question sous-jacente est de savoir quels types d'efforts, et dans quelle proportion, auront l'impact le plus positif sur l'usage de drogue ainsi que sur le type, la gravité et la répartition des méfaits.<sup>8</sup>

Les politiques de réduction de l'offre et de la demande, qui dépendent principalement ou entièrement de l'application du droit criminel, ont fréquemment un impact négatif sur la santé et les droits humains des toxicomanes. De telles lois, politiques et répressions peuvent entrer en conflit avec les objectifs des autorités de santé publique et compromettre l'aptitude de celles-ci à intervenir, ainsi que l'efficacité de leurs interventions. L'application du droit criminel ne doit pas exacerber les problèmes sociaux existants (au travers de sanctions pénales excessives) ou interrompre les traitements et les mesures de réduction des méfaits. Les approches relatives à l'usage de drogue principalement basées sur des interdictions et des sanctions pénales peuvent augmenter, et non réduire, les effets néfastes de l'usage de drogue de nombreuses manières :

- Lorsque les drogues ne peuvent être achetées que sur le marché clandestin, elles sont d'une puissance et d'une composition inconnues, ce qui peut entraîner des overdoses ou des effets néfastes chez les usagers.
- La peur de sanctions pénales et le prix élevé des drogues peuvent pousser les gens à recourir à une manière de consommation plus efficace, par exemple en se les injectant plutôt qu'en

<sup>8</sup> S. Burris et S.A. Strathdee, « To serve and protect? Toward a better relationship between drug control policy and public health », *AIDS* 20(1) (2006) : 117-18.

les fumant, ce qui peut contribuer à la transmission du VIH et d'autres maladies à diffusion hématogène.

- Dans la mesure où le matériel d'injection stérile n'est pas toujours disponible – et que son accès peut être empêché par des lois sur l'attirail nécessaire à la consommation ou d'autres mesures pénales –, les usagers peuvent être amenés à partager des aiguilles et des accessoires, ce qui contribue encore plus à la propagation de l'infection.
- D'importantes ressources sont mobilisées dans la répression, or ces fonds pourraient être utilisés dans la prévention de la dépendance à la drogue et dans l'expansion des centres de traitement pour les personnes dépendantes. Il existe en effet d'autres moyens de réduire la demande de drogues, qui évitent d'endommager la santé et les droits humains.

Dans certaines situations, il est prouvé que les violations des droits humains des utilisateurs de drogues sont liées aux approches basées sur la répression. Par exemple, il existe des cas documentés d'enquêtes policières illégales, d'arrestations arbitraires, de détention provisoire prolongée ainsi que d'un usage abusif de la force, de harcèlement et d'extorsion de la part de la police et des douaniers envers des usagers de drogue.<sup>9</sup> Il existe aussi des cas documentés de détenus interrogés alors qu'ils sont en sevrage, donc en souffrance et confus, ou à qui l'on refuse le droit de voir un avocat.<sup>10</sup> De telles violations des droits humains sont en elles-mêmes odieuses. Elles enfoncent plus profondément les toxicomanes, empêchant ainsi une population vulnérable de rechercher des services médicaux ou sociaux et de les utiliser.

Des pratiques répressives strictes peuvent gêner l'accès des utilisateurs de drogue aux services de soins.<sup>11</sup> Les sanctions pénales peuvent rendre plus difficile pour les professionnels de la santé d'accéder aux consommateurs de drogue et de leur fournir des informations et des services de santé essentiels ; elles peuvent dissuader les toxicomanes de prendre l'initiative de rechercher des services médicaux ou sociaux ; elles peuvent dissuader les fournisseurs de services de donner une éducation essentielle sur l'usage plus sûr de drogues ou de matériel pour la consommation (en distribuant du matériel d'injection stérilisé), de peur d'avoir l'air de fermer les yeux sur cette consommation ou de la promouvoir ; et elles peuvent

<sup>9</sup> Voir par exemple Human Rights Watch, *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*, avril 2004 (<http://hrw.org/reports/2004/russia0404/>) ; Drug Law and Health Policy Network, *Drug Policies = Death: HIV/AIDS in Central and Eastern Europe – A Report by the Drug Law and Health Policy Network on the Current Impact of Law and Policy on Spread of HIV in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*, juillet 2002 ([www.drugpolicy.org/docUploads/drugpolicies\\_death.pdf](http://www.drugpolicy.org/docUploads/drugpolicies_death.pdf)) ; A. Alexandrova, *Reforming Drug Policy for HIV/AIDS Prevention – Focus: Georgia, Kyrgyzstan, Russia, Ukraine and Tajikistan*, Open Society Institute, 2005.

<sup>10</sup> Voir par exemple Human Rights Watch, *Fanning the Flames: How Human Rights Abuses are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan*, juin 2003 ; Human Rights Watch, *Abusing the user: police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver*, 2003. Accessible via [www.hrw.org](http://www.hrw.org).

<sup>11</sup> Voir par exemple T. Kerr et coll., « The public health and social impacts of drug market enforcement: a review of the evidence », *International Journal of Drug Policy* 16 (2003) : 210-220 ; E. Wood, « Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown », *Journal de l'Association médiacale canadienne*, 170(10) (2005) : 1551-1556 ; L. Maher et D. Dixon, « Policing and public health: law enforcement and harm minimization in a street-level drug market », *British Journal of Criminology* 39(4) (1999) : 488-512 ; S. Burris et coll., « Addressing the "risk environment" for injection drug users: the mysterious case of the missing cop », *The Millbank Quarterly* 82(1) (2004) : 131-135.

encourager des comportements préjudiciables envers les utilisateurs de drogues, en dirigeant l'action vers la punition du « délinquant » au lieu d'encourager la compréhension et l'aide.

## Décriminalisation ou dépénalisation des drogues pour usage personnel

À la lumière de ces questions de santé publique, la présente loi modèle recommande de décriminaliser ou de dépénaliser les drogues destinées à l'usage personnel.<sup>12</sup> Les lois et les politiques prévoyant des sanctions pénales (et administratives) pour l'usage (ou parfois la consommation), la possession et (dans certains cadres juridiques) l'acquisition de drogues forment un élément essentiel de l'application du droit criminel.<sup>13</sup> Certains gouvernements ont établi, par une loi ou une politique, des normes permettant de décider si une quantité de drogue illégale possédée par un individu est destinée à son usage personnel.<sup>14</sup> Lorsque de telles infractions impliquent une quantité de drogue pour usage personnel, l'individu ne peut faire l'objet d'une inculpation ou ne peut faire l'objet que d'une sanction administrative. Le chapitre II des dispositions législatives modèles du présent module propose un cadre juridique pour atténuer la sévérité des peines pour usage de drogue et possession de drogue destinée à la consommation personnelle. Il fournit ainsi un tableau spécifique (ci-après dénommé, pour les besoins de la loi modèle, Tableau A) qui inclut une liste de certaines substances contrôlées et donne pour chacune d'elle une quantité de référence correspondant à l'« usage personnel ».<sup>15</sup> La loi modèle, elle, n'inclut pas de Tableau A réel, puisque

<sup>12</sup> Voir aussi Legal Working Party of the Intergovernmental Committee on AIDS, *Final Report*, Department of Health, Housing and Community Services [Australie], 1992, ch. 8.

<sup>13</sup> Noter que la loi modèle qui suit se réfère à « usage » et « possession » car le délit d'acquisition existant dans certains systèmes juridiques est couvert dans d'autres par celui de la possession. Elle ne décriminalise pas le trafic, la production et la culture, ni l'importation ni l'exportation. Noter également que la loi modèle ne traite pas de l'usage de certaines drogues (notamment la marijuana) pour la consommation personnelle à des fins médicales. Au Canada, *Le règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (2001) établit un système de licence réglementant l'usage de marijuana médicale par certaines personnes souffrant de maladies graves. Ce règlement est disponible sur <http://lois.justice.gc.ca/fr/showtdm/cr/DORS-2001-227>. Bien qu'il illustre la manière dont on tempère les lois pénales sur les drogues pour s'adapter aux questions de santé, on reproche à ce règlement d'établir un processus d'applications difficile à manier, des politiques de distribution compliquées et des restrictions financières.

<sup>14</sup> Le mode de calcul des quantités est différent selon les pays. Certains pays déterminent les quantités sur la base de « petites » ou « grandes » parts, d'autres sur la base d'une limite maximale par substance ou le poids des substances chimiques actives, tandis que d'autres pays utilisent un multiple de « doses quotidiennes ». D'autres encore prennent comme base la valeur monétaire. Noter que parmi les pays de l'UE faisant une distinction entre les « petites » et « grandes » quantités de narcotiques, seuls quatre d'entre eux ont tenté de fixer une « petite » quantité en spécifiant un poids précis. Mais l'approche la plus courante est de laisser cette interprétation « à la discrétion du procureur ou du juge en tenant compte de toutes les circonstances concomitantes, afin de déterminer la véritable intention derrière l'infraction ». Voir Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Base de données juridique sur les drogues, *The role of the quantity in the prosecution of drug offences*, étude comparative de l'ELDD, avril 2003. Accessible via <http://eldd.emcdda.eu.int>.

<sup>15</sup> Bien que les conventions sur les drogues, telles que la *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961, incluent des tableaux dans lesquels des drogues illégales et autres substances contrôlées sont classifiées, elles n'exigent pas explicitement que les parties adoptent ces tableaux. Alors que les États ont l'obligation de maintenir des restrictions sur les substances listées dans les tableaux de ces conventions, ils sont autorisés, en vertu de ces conventions, à exempter de sanctions les substances dont l'usage peut avoir une valeur médicale ou scientifique. Les États peuvent classer des substances contrôlées s'ils l'estiment approprié, dans les limites des conventions.

le contenu d'une telle liste dépendra du cadre préexistant pour la classification des substances contrôlées dans chaque pays.<sup>16</sup>

L'établissement de telles normes d'usage personnel doit être un point clé du droit et de la politique des drogues. Toutefois, il convient de noter que dans certains pays, notamment ceux de l'ex-Union soviétique, les gouvernements ont certes ostensiblement cherché à décriminaliser les infractions mineures en matière de drogue, mais ils ont fixé les quantités d'usage personnel à un niveau si bas que la possession de quasiment la moindre quantité de drogue illégale excède la limite autorisée.<sup>17</sup> Alors que la loi modèle proposée ici ne spécifie pas les quantités pour l'usage personnel dans le Tableau A, l'esprit de cette proposition est que de telles normes doivent refléter une quantité faisant raisonnablement sens pour l'usage personnel, tout en restant trop faible pour être consommée par plus d'un individu.

## **Solutions de substitution à l'emprisonnement**

Un autre élément essentiel du cadre pénal est l'emprisonnement. Du point de vue de la prévention du VIH, l'emprisonnement de personnes pour usage personnel de drogue est problématique. L'affirmation selon laquelle l'emprisonnement des utilisateurs de drogues réduit la propagation des maladies à diffusion hématogène, y compris le VIH/SIDA, est fausse. Dans de nombreux cas, les prisonniers ont accès aux drogues, mais peu ou pas d'accès aux traitements de la dépendance, aux traitements de substitution aux opioïdes ou à du matériel d'injection stérilisé. Par conséquent, les politiques qui perpétuent l'incarcération des utilisateurs de drogue favorisent la propagation de maladies. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que les prisons sont des environnements à haut risque pour la transmission du VIH et d'autres méfaits de la drogue.<sup>18</sup> Le Plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008) demande aux États membres de « mettre en place

<sup>16</sup> De telles quantités pour l'usage personnel sont mentionnées dans divers instruments : parfois dans les réglementations nationales, parfois dans les recommandations du Ministère public et parfois dans les recommandations des Ministères de la Justice ou de la Santé. En Autriche, les quantités sont fixées dans les Ordonnances 377 et 378 du Ministère fédéral du Travail, de la Santé et des Affaires sociales et du Ministère fédéral de la Justice (1997). En Finlande, la direction officielle est donnée par le Bureau du procureur général dans VKS:2002:3 (septembre 2002). Au Portugal, en vertu de l'art. 5 de la *Loi n° 30/2000*, entrée en vigueur le 29 novembre 2001, toute personne arrêtée en possession illégale de moins de 10 doses quotidiennes sera inculpée et défermée aux Commissions de dissuasion de la toxicomanie, autorité qui lancera une procédure administrative contre le délinquant. Les doses quotidiennes sont définies dans Portaria no. 94/96 du 26 mars 1996. En République tchèque, les quantités sont fixées dans l'Instruction n° 6/2000 du Procureur suprême. Aux Pays-Bas, la *Loi relative à l'opium* du Bureau du Procureur, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000, fixe les quantités et modifie le pouvoir discrétionnaire du procureur en fonction des quantités et de la nature des substances.

<sup>17</sup> Voir par exemple Human Rights Watch, *Ukraine: Drug law reforms would threaten HIV/AIDS fight* (lettre ouverte au président ukrainien), 3 août 2005 ; Human Rights Watch, *Russia: Letter protesting repeal of recent drug reforms* (lettre ouverte au président russe), 11 mai 2005. Ces deux documents sont accessibles via [www.hrw.org](http://www.hrw.org).

<sup>18</sup> OMS Europe, *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*, mai 2005. Accessible via <http://www.euro.who.int>.

des solutions de substitution à l'emprisonnement pour les toxicomanes et des services «drogue» pour les détenus, en tenant dûment compte de la législation nationale. »<sup>19</sup>

Les dispositions législatives modèles du chapitre III du présent module sont destinées à mettre en place un cadre juridique permettant aux délinquants d'éviter la prison et d'être dirigés vers des solutions de substitution qui respectent leurs droits humains. Le cadre défini à l'article 6(a) crée une base pour la mise en place d'une commission quasi-judiciaire ayant l'autorité de gérer les sanctions non privatives de liberté condamnant l'acquisition, la possession et l'utilisation de substances contrôlées en quantités uniquement destinées à l'usage personnel. Ces sanctions incluent des amendes, des séances d'information et l'option de suivre un traitement en cas de dépendance à la drogue.<sup>20</sup> L'article 6(b) définit un cadre pour les sanctions non privatives de liberté, incluant l'accès à des programmes de traitement de la dépendance, après condamnation par un tribunal pénal. Ces articles s'appliquent aux personnes poursuivies pour infractions liées à l'usage personnel de drogues. Sont exclues de ces mesures de substitution les personnes condamnées pour trafic et infraction de type exportation ou importation.<sup>21</sup> Sont également exclues les personnes condamnées pour délit non lié à la drogue (agression, vol, vol aggravé ou vandalisme, par exemple).<sup>22</sup>

## **Droit international et politique internationale**

En légiférant dans le domaine des drogues et des substances contrôlées, les pays doivent nécessairement tenir compte de leurs obligations en vertu du droit international applicable. Cela inclut à la fois les traités sur le contrôle des drogues et le droit international des droits de l'homme.

<sup>19</sup> Conseil de l'Europe, *Plan d'action drogue de l'UE (2005-2008)*, 2005/C168/01, Objectif 13.

<sup>20</sup> Ce cadre pour une audience non pénale s'inspire des Commissions portugaises de dissuasion de la toxicomanie afin de sanctionner les auteurs d'infractions liées à la drogue impliquant des quantités destinées à l'usage personnel. Ces commissions peuvent administrer des sanctions non privatives de liberté après évaluation de l'infraction et des particularités du délinquant, et peuvent orienter les délinquants dépendants vers des traitements de l'addiction. Voir la *Loi portugaise n° 30/2000*.

<sup>21</sup> Toutefois, cette approche devrait être étendue à d'autres infractions relevant de la législation appropriée sur les drogues, telles que la possession à des fins de trafic ou le trafic en lui-même, si les quantités sont faibles. Ce serait reconnaître le fait qu'un nombre significatif d'utilisateurs de drogue peut également s'engager dans un trafic à petite échelle pour répondre à cette dépendance. En Autriche, au Portugal et en Allemagne, les lois reconnaissent également des infractions spécifiques pour le trafic de petites quantités ou « le trafic moins important ». Ainsi, en Autriche, la *Loi sur les substances narcotiques* indique une « quantité seuil » en dessous de laquelle une infraction de trafic engendre une sanction bien plus faible ; voir la *Loi sur les substances narcotiques*, (BGBl I 112/1997), art. 28, 30. De manière similaire, les dispositions de la *Loi allemande sur les narcotiques*, sur le trafic, art. 29-30a, font la distinction entre « quantités insignifiantes » et « quantités non insignifiantes ». La loi espagnole sur les drogues ne crée par d'infraction distincte pour le trafic à petite échelle, mais énonce toutefois : « Des sanctions plus sévères de privation de liberté... doivent être infligées ... lorsque la quantité de drogues toxiques, de narcotiques ou de substances psychotropes impliquée dans les faits énoncés à l'article précédent est importante » ; voir la *Loi organisationnelle n° 10 du 23 novembre 1995 concernant le Code pénal*, art. 368, 369(3).

<sup>22</sup> Toutefois, cette approche pourrait également être étendue à un certain nombre d'autres délits non violents pouvant souvent être associés à la possession ou l'utilisation de drogues illégales, tels que les infractions liées à la prostitution et les délits mineurs contre les biens.

## Conventions des Nations Unies sur le contrôle des drogues

Les trois principales conventions des Nations Unies sur le contrôle des drogues sont :

- la *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961 ;<sup>23</sup>
- la *Convention sur les substances psychotropes* de 1971 ;<sup>24</sup> et
- la *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes* de 1988.<sup>25</sup>

Ces conventions peuvent être interprétées de façon à permettre des approches qui considèrent l'usage de drogue comme une question de santé, y compris diverses mesures de réduction des méfaits. Ces conventions offrent aux États une certaine souplesse dans le degré de criminalisation de la possession et de l'usage de substances contrôlées. Il est en effet de plus en plus avéré que les interdictions pénales ne règlent pas – et peuvent même aggraver – certains méfaits associés à l'usage problématique de drogues. La grande épidémie de VIH chez les usagers de drogues illégales, notamment par injection, met en évidence les limites et les problèmes d'une approche strictement ou exagérément centrée sur la criminalisation et l'imposition de sanctions sévères. Par conséquent, il est important que les États qui envisagent de réformer leur législation nationale aient conscience de la souplesse permise par les conventions internationales sur le contrôle des drogues.

Les conventions des Nations Unies sur le contrôle des drogues peuvent être correctement interprétées pour encourager la mise en place de mesures de réduction des méfaits, comme par exemple les traitements de substitution aux opioïdes, les programmes de seringues stérilisées, les lieux supervisés de consommation de drogue et les programmes de prescription d'héroïne.<sup>26</sup> Le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID), au sein de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), a rédigé une opinion juridique pour l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), qui conclut que toutes ces mesures peuvent être considérées conformes aux trois conventions des Nations Unies sur le contrôle des stupéfiants.<sup>27</sup>

Premièrement, la *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961, comme la *Convention sur les substances psychotropes* de 1971 autorisent la production, la distribution ou la possession de substances contrôlées à des « fins médicales et scientifiques ».

<sup>23</sup> *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961, ONU, 520 UNTS 204, telle que modifiée par le *Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants*, 976 UNTS 3.

<sup>24</sup> *Convention sur les substances psychotropes*, 1971, ONU, 1019 UNTS 175.

<sup>25</sup> *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, 1988, UN Doc. E/CONF.82/15 (1988), 28 ILM 493 (1989).

<sup>26</sup> British Institute of International and Comparative Law, Opinion on the legality of health promotion measures in light of the United Nations drug conventions regime, octobre 2003, [www.senlis council.net/documents/BIICL\\_opinion\\_HR](http://www.senlis council.net/documents/BIICL_opinion_HR).

<sup>27</sup> PNUCID (service des affaires juridiques), Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches, Décision 74/10, UN Doc. E/INCB/2002/W.13/SS.5, 30 septembre 2002. [www.tni.org/drugsreform-docs/un300902.pdf](http://www.tni.org/drugsreform-docs/un300902.pdf). L'OICS évalue la conformité des États aux traités, mais ne dispose pas du pouvoir de les interpréter ou de les juger de manière formelle.

Les États déterminent comment ils vont interpréter et transposer ces dispositions dans leur droit national.

Deuxièmement, les conventions sur le contrôle des drogues soulignent également l'importance des mesures destinées à protéger et promouvoir la santé des utilisateurs de drogues. La *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961 énonce que les gouvernements « envisageront avec une attention particulière et *prendront toutes les mesures possibles* pour assurer le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale » des utilisateurs de drogues (article 38 ; italiques ajoutés). De plus, même s'il est exigé de criminaliser la possession autre que celle pouvant être autorisée à des fins médicales et scientifiques, la convention énonce que les mesures de traitement, de soins et de soutien des utilisateurs de drogues doivent être assurées, « *au lieu de [les] condamner ou de prononcer une sanction pénale* ou en complément de la condamnation ou de la sanction pénale » (article 36(2) ; italiques ajoutés).

La *Convention sur les substances psychotropes* de 1971 contient la même obligation de « prendre toutes les mesures possibles » pour le soin, le traitement et la réintégration sociale des personnes intéressées (article 20), et la même disposition autorisant les mesures de traitement, de soin, de réadaptation et de réintégration sociale « au lieu de [les] condamner ou de prononcer une sanction pénale » (article 22). Lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les drogues, l'Assemblée générale a adopté une *Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues*, dans laquelle elle déclare que les politiques de réduction de la demande ne devraient pas seulement être destinées à « empêcher la consommation de drogues », mais aussi à « réduire les conséquences néfastes de l'abus de drogues ».<sup>28</sup> En 2000, les Nations Unies ont adopté une déclaration de principe dans laquelle elles reconnaissent que « les problèmes d'abus de drogues ne peuvent être résolus par des initiatives de justice pénale. Une approche punitive peut conduire à la clandestinité des personnes ayant le plus besoin de services de prévention et de soins. »<sup>29</sup> Les mesures de réduction des effets néfastes – telles que la prescription d'opioïdes ou de substituts aux opioïdes, les programmes assurant l'accès à un équipement stérilisé et à des lieux de consommation de drogue fournissant des méthodes de consommation moins néfastes ainsi que l'accès à d'autres services de santé, y compris des traitements contre la dépendance – tombent dans la rubrique de fourniture de traitement, d'éducation, de soins, de réadaptation et de facilitation de la réintégration sociale des utilisateurs de drogues. En tant que telles, ces mesures sont permises en vertu des conventions des Nations Unies de 1961 et 1971 sur le contrôle de drogues.

Troisièmement, la *Convention contre le trafic illicite* de 1988, qui se concentre en premier lieu sur la criminalisation du trafic (et non sur l'utilisateur de drogues individuel), est souvent interprétée, à tort, comme étant une convention exigeant la criminalisation totale de toute possession de drogues prohibées. L'article 3(2) énonce que chaque État partie à la Convention doit conférer le caractère d'infraction pénale, conformément à son droit interne, lorsque l'acte a été commis intentionnellement, « à la détention et à l'achat de stupéfiants et de substances psychotropes et à la culture de stupéfiants destinés à la consommation personnelle en violation des dispositions de la Convention de 1961, de la

<sup>28</sup> Résolution de l'Assemblée générale A/RES/S-20/4 (1998).

<sup>29</sup> UN, *Preventing the Transmission of HIV Among Drug Abusers: A Position Paper of the United Nations System*, approuvé au nom du Comité administratif de coordination par le Comité de haut niveau sur les programmes, 1<sup>e</sup> session régulière de 2001, Vienne, 26-27 février 2001, E/CN.7/2002/CRP.5, 12 mars 2002, p.12, [www.cicad.oas.org/en/Resources/UNHIVaids.pdf](http://www.cicad.oas.org/en/Resources/UNHIVaids.pdf).

Convention de 1961 telle que modifiée ou de la Convention de 1971 ». Toutefois, l'obligation d'imposer des sanctions pénales ne va pas plus loin que les obligations équivalentes des Conventions de 1961 et de 1971. La Convention de 1988 exige seulement des États signataires qu'ils criminalisent la possession pour consommation personnelle lorsqu'elle est « contraire aux dispositions » des Conventions de 1961 et de 1971. Ainsi, la souplesse des deux premières conventions est conservée. Comme évoqué ci-dessus, ces conventions incluent des dispositions rendant légalement possible de supprimer, du moins à un certain degré, la criminalisation de personnes utilisant ou détenant des drogues – si, par exemple, la décriminalisation se fait « à des fins médicales ou scientifiques » ou fait partie de mesures possibles pour fournir des soins, des traitements ou du soutien aux utilisateurs de drogues. Il est erroné de considérer que la Convention de 1988 exige la criminalisation, sans exception, de la possession d'une drogue à des fins de consommation personnelle.

Il est également erroné de conclure que la Convention de 1988 exige l'imposition de peines de prison en cas de possession pour consommation personnelle. L'article 3(4) stipule que, dans les cas d'infraction de possession, d'achat ou de culture pour consommation personnelle, un État peut prévoir que « des mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation ou de réintégration sociale » de l'auteur de l'infraction, « soit remplaceront la condamnation ou la peine, soit s'y ajouteront. » Tout comme les Conventions de 1961 et de 1971, la Convention de 1988 n'exige pas de sanctions pénales telles que l'incarcération ou autres mesures sévères, pour les personnes condamnées pour possession de substances contrôlées destinées à leur consommation personnelle. Les États peuvent adopter des lois et des politiques préférant traiter l'usage de drogue et la dépendance comme des questions de santé, plutôt que d'imposer de lourdes sanctions pénales.

Enfin, il faut se rappeler que les Conventions de 1961 et de 1971, bien qu'elles exigent que les États imposent des restrictions sur la production, l'exportation, l'importation, la distribution, l'utilisation et la possession de substances contrôlées, stipulent également que les obligations des États en vertu des conventions s'appliquent « sous réserve de ses dispositions constitutionnelles ».<sup>30</sup> Dans le cas de la Convention de 1988, l'obligation de criminaliser la possession, l'achat ou la culture destinés à la consommation personnelle en violation des dispositions des Conventions de 1961 et de 1971 s'applique explicitement « sous réserve de ses principes constitutionnels ».<sup>31</sup> De tels principes constitutionnels incluent généralement le respect et la protection des droits humains ; dans certains pays, les obligations juridiques internationales (comme les droits humains) sont explicitement intégrées au droit national, par la Constitution. Par conséquent, des mesures et des réponses uniformes ne sont pas requises ; les États ont la discrétion de déterminer les politiques qu'ils souhaitent adopter, en ligne avec les principes constitutionnels reflétés dans leur propre législation nationale, en incluant le respect et la protection des droits humains des utilisateurs de drogues.

<sup>30</sup> *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961, art. 36 ; *Convention sur les substances psychotropes*, 1971, art. 22.

<sup>31</sup> *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, 1988, art. 3(2).

## Obligations en matière de droits humains

Lors de la promulgation et de la mise en application d'une législation et d'une politique nationales, les gouvernements doivent également tenir compte de leurs obligations en vertu du droit international en matière de respect, de protection et de mise en œuvre des droits humains. En vertu de la *Charte des Nations Unies*, tous les États membres ont l'obligation formelle « d'agir conjointement ou séparément » pour atteindre les objectifs des Nations Unies, incluant la promotion de « solutions de problèmes internationaux dans ... la santé » et « le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous ». <sup>32</sup> La Charte des Nations Unies énonce également de manière explicite qu'en cas de conflit entre les obligations d'un pays en vertu de la Charte et ses obligations en vertu de tout autre accord international, les premières obligations prévalent. <sup>33</sup> Cela signifie que les pays ne peuvent pas mettre en place, en toute validité, des traités internationaux de contrôle des drogues d'une manière qui contredise leurs obligations de résoudre les problèmes de santé et de respecter les droits de l'homme.

Depuis plus de cinquante ans, tous les États membres des Nations Unies ne cessent de réaffirmer et de reconnaître leurs obligations au titre de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, qui énonce que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être », notamment pour « les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». <sup>34</sup> En 1993, à la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, tous les États participants ont affirmé que la « protection et la promotion » des droits de l'homme « sont la première responsabilité des gouvernements ». <sup>35</sup> L'adoption et la mise en œuvre d'une législation et d'une politique nationales sur le contrôle des drogues doivent refléter cette priorité énoncée. Lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies de 1998, les États membres de l'ONU ont déclaré que l'action contre les drogues nécessitait « une approche intégrée et équilibrée en conformité avec les objectifs de la *Charte des Nations Unies* et le droit international, et en particulier en ce qui concerne ... tous les droits humains et libertés fondamentales. » <sup>36</sup>

Les États parties au *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC) ont reconnu le droit qu'a toute personne de jouir « du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». <sup>37</sup> Les États ont également l'obligation juridique formelle de prendre des mesures pour assurer le plein exercice de ce droit, incluant des mesures « nécessaires à la ...prophylaxie et [au] traitement des maladies épidémiques, endémiques ... et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies » et « la

<sup>32</sup> *Charte des Nations Unies*, UNTS 993 (entrée en vigueur le 24 octobre 1945), art. 55-56.

<sup>33</sup> *Charte des Nations Unies*, art. 103.

<sup>34</sup> *Déclaration universelle des droits de l'homme*, Assemblée générale des Nations Unies, Résolution 217 A(III), UN GAOR, 3<sup>e</sup> session, 183<sup>e</sup> séance plénière, 71, UN Doc. A/910 (1948), art. 25.

<sup>35</sup> *Déclaration et programme d'action de Vienne*, UN GAOR 1993, Conférence mondiale sur les droits de l'homme, 78<sup>e</sup> session, 22<sup>e</sup> séance plénière, UN Doc. A/CONF157/23 (1993), partie I, art. 1.

<sup>36</sup> Assemblée générale des Nations Unies, Déclaration politique, Résolution A/RES/S-20/2, UN GAOR, 20<sup>e</sup> session spéciale, 9<sup>e</sup> séance plénière, 10 juin 1998.

<sup>37</sup> *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*(PIDCP), Assemblée générale des Nations Unies, 993 UNTS 3, 1966, art.12

création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »<sup>38</sup> Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, l'organe composé d'experts chargés d'évaluer la conformité des États à leurs obligations en vertu du PIDESC, a expliqué que « Le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. »<sup>39</sup> En outre, le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (PIDCP) énonce que le droit à la vie est inhérent à toute personne.<sup>40</sup> Le Comité des droits de l'homme, organe d'experts chargés de traiter la conformité des États à leurs obligations en vertu du PIDCP, a expliqué que ce droit « ne doit pas être interprété étroitement » et que les gouvernements doivent adopter des mesures positives et proactives pour protéger la vie humaine, y compris des mesures permettant de réduire la propagation des épidémies.<sup>41</sup>

La propagation de l'épidémie de VIH et les autres méfaits subis par les utilisateurs de drogues dans des situations ou des conditions risquées soulignent que les gouvernements ont de bonnes raisons de santé publique d'assurer que la législation nationale et les politiques sur le contrôle des drogues ne contribuent pas à ces méfaits et n'entravent pas les efforts de promotion de la santé auprès des toxicomanes. Toutefois, les gouvernements ont également l'obligation formelle d'agir. La mise en place de diverses mesures de réduction des méfaits est non seulement autorisée par les traités internationaux sur le contrôle des drogues, mais aussi cohérente avec – et sans doute requise par – les obligations des États en vertu du droit international des droits humains. La déclaration de principe des Nations Unies *Preventing the Transmission of HIV Among Drug Abusers* mentionne explicitement que la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et les principes des droits de l'homme sont à la base des efforts de prévention du VIH dans ce domaine.<sup>42</sup> Se fondant sur les instruments des droits humains internationaux, le bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et l'ONUSIDA ont publié, en 1998, les *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, lesquelles fournissent une expertise aux États sur la manière de répondre au VIH/SIDA grâce à une législation, des politiques et une pratique qui protègent les droits humains et atteignent les objectifs de santé publique. Ces directives incluent la directive élémentaire selon laquelle « La législation pénale ne doit pas faire obstacle aux mesures prises par les États pour réduire le risque de transmission du VIH entre toxicomanes qui se piquent et pour assurer à ces derniers les soins et le traitement requis par

<sup>38</sup> PIDESC, art. 12.

<sup>39</sup> Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, Observation générale n° 14, Doc. N.U., E/C.12/2000/4, 2000. Disponible sur <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/35/PDF/G0043935.pdf?OpenElement>.

<sup>40</sup> *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (PIDCP), Assemblée générale des Nations Unies, 999 UNTS 171, 1966, art. 6.

<sup>41</sup> Nations Unies, Comité des droits de l'homme, The Right to Life (Art. 6), Observation générale n° 6, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.1, 6, 1982.

<sup>42</sup> Nations Unies, *Preventing the Transmission of HIV Among Drug Abusers: A Position Paper of the United Nations System*.

le virus. »<sup>43</sup> Ces recommandations conseillent donc aux États de « réexaminer et réformer la législation pénale et le régime pénitentiaire pour qu'ils soient compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme. »<sup>44</sup>

<sup>43</sup> Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) et ONUSIDA, *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, 1998, Directive 4, § 29(d). Accessible via <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G97/102/20/PDF/G9710220.pdf?OpenElement>.

<sup>44</sup> HCDH et ONUSIDA, *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, Directive 4.

# Dispositions législatives modèles

## Chapitre I. Dispositions générales

### Article 1. Objet de cette partie

L'objet de cette partie est de :

- (a) décriminaliser ou dépénaliser l'utilisation et la possession de substances contrôlées en quantité destinée à l'usage personnel ;
- (b) décriminaliser l'utilisation et la possession de substances contrôlées destinées au traitement de substitution aux opioïdes ;
- (c) fournir un cadre pour traiter les infractions en matière de substances contrôlées devant une commission quasi-judiciaire ; et
- (d) établir des mesures de détermination de la peine pour les personnes condamnées pour utilisation et possession de substances contrôlées en quantité destinée à l'usage personnel, comme solution de substitution à l'emprisonnement, y compris des mesures non obligatoires pour faciliter le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et l'intégration sociale des personnes utilisant des substances contrôlées.<sup>45</sup>

### Article 2. Définitions

Aux fins de cette partie, les définitions suivantes sont utilisées :

« Décriminalisation » : retrait d'une infraction du droit criminel. Elle peut, mais ne doit pas, inclure la qualification de cette infraction en infraction administrative soumise à des sanctions administratives.

« Dépénalisation » : fait de cesser d'appliquer des sanctions, pénales ou administratives, pour certaines infractions. L'infraction peut rester interdite et des arrestations peuvent toujours avoir lieu en cas d'infraction, mais aucune sanction n'est appliquée.

« Dépendance » : critères de dépendance de la Classification internationale des maladies (CIM-10) ou critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV).<sup>46</sup>

<sup>45</sup> Ce vocabulaire est conforme aux dispositions des conventions des Nations Unies de 1961 et 1971 sur le contrôle des drogues, qui permettent aux États de fournir des solutions de substitution à la condamnation et à la sanction, et qui autorisent les États à mettre en œuvre des mesures pour atteindre ces objectifs. Voir *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961, art. 36, § 1(b), et *Convention sur les substances psychotropes*, 1971, art. 22, § 1(b).

<sup>46</sup> Les lignes directrices du diagnostic de la CIM-10 sont disponibles sur [www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/). La définition du DSM-IV est fournie dans *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> éd. (Washington DC : American Psychiatric Association, 1994, Masson, 1996 pour la version française). Voir <http://allpsych.com/disorders/substance/substancedependence.html>.

« Infraction ou sanction administrative » : infraction ou sanction ne donnant pas lieu à un casier judiciaire.

« Possession » : signifie qu'une personne a quelque chose en sa possession ou sous la garde réelle d'une personne, ou l'a en un lieu quelconque (que ce lieu lui appartienne ou non, ou qu'elle l'occupe ou non) pour son propre usage ou avantage ou celui d'une autre personne.

« Substance contrôlée » : substance incluse dans les Tableaux de la [législation sur les drogues applicable].

« Substitut aux opioïdes » : toute drogue approuvée par [l'autorité de réglementation des drogues concernée] pour un usage médical dans le traitement de substitution aux opioïdes, y compris, mais non limité à, la méthadone et la buprénorphine.

« Traitement de la dépendance à la drogue » : programme officiel doté de techniques médicales ou psychosociales spécifiques destinées à gérer ou réduire la dépendance d'un patient à une ou plusieurs substances contrôlées, et ainsi améliorer sa santé générale. De telles mesures incluent des traitements de substitution aux opioïdes, des services aux patients hospitalisés ou externes, l'administration de médicaments pour réduire les pulsions ou diminuer l'impact de l'utilisation de substances contrôlées, des services de soutien psychiatrique et psychosocial et des groupes de soutien supervisés.

« Traitement de substitution aux opioïdes » : administration d'un opioïde autorisé, pharmacologiquement lié à l'opioïde ayant produit la dépendance d'origine, à des personnes souffrant d'une telle dépendance, afin d'atteindre les objectifs de traitement définis.<sup>47</sup> Cette expression inclut le traitement d'entretien.

« Usage » : signifie, pour une substance incluse dans les tableaux de la [législation sur les drogues applicable], introduire une substance contrôlée dans l'organisme d'une personne, y compris en fumant ou en inhalant des fumées provoquées par le chauffage ou la combustion de la substance.

**Remarque :** le Tableau A joint à la présente loi fournit une liste de substances contrôlées pour lesquelles une quantité destinée à un usage personnel est passible d'une sanction administrative, mais non pénale (conformément à l'article 4(a)) ou (alternativement) d'aucune sanction pénale ou administrative (conformément à l'article 4(b)). Le Tableau A doit spécifier les quantités à usage personnel pour chaque substance qu'il contient et servir de recommandation pour déterminer si la quantité en question est destinée à un usage personnel.<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Adapté de OMS/ONUDD/ONUSIDA, *Déclaration de principe : Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, 2004, p.12, [www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/PositionPaper\\_English.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf).

<sup>48</sup> Le Tableau A est une catégorie qui, aux fins de la loi modèle, inclura une liste de certaines substances contrôlées et fournira une quantité indicative pour « l'usage personnel » de chaque substance de cette liste. Il établit par conséquent un mécanisme juridique pour distinguer les personnes en possession de drogues illégales pour leur

## Chapitre II. Statut des substances contrôlées

### Article 3. Modification de la liste des substances contrôlées

Des substances peuvent être ajoutées au Tableau A joint à la présente loi si [l'autorité de santé publique compétente] estime que c'est recommandé d'un point de vue de santé publique, médical ou scientifique ou dans l'intérêt du public.<sup>49</sup>

#### Commentaire : article 3

Le Tableau A offre un cadre pour la reclassification, par l'autorité de santé publique compétente, des substances contrôlées aux fins de la décriminalisation ou de la dépénalisation. La possession et l'usage de quantités spécifiées de substances classées dans le Tableau A et destinées à l'usage personnel peuvent être considérées comme n'étant pas soumises à une sanction pénale en cas de décriminalisation, ni à une sanction pénale ou administrative en cas de dépénalisation. La criminalisation complique les efforts de mise en œuvre de stratégies de santé publique et de stratégies de réduction des méfaits de l'usage de drogues, car elle stigmatise et marginalise les toxicomanes, réduisant leurs relations avec les autorités sanitaires et augmentant les problèmes de santé liés à l'usage de drogue, tels que l'overdose ou la transmission d'infections.<sup>50</sup> Afin de pouvoir mettre en place des stratégies efficaces pour mieux atteindre les usagers et de voter des programmes de réduction des méfaits, les autorités de santé publique peuvent ajouter des substances contrôlées au Tableau A si cela est recommandé d'un point de vue de santé publique, médical ou scientifique. Cela peut inclure des substances à des fins médicales ou thérapeutiques, de même que des substances pour lesquelles on peut raisonnablement espérer que la décriminalisation ou la dépénalisation des infractions liées à l'usage personnel réduira les effets de cette drogue sur la santé publique.

### Article 4. Décriminalisation et dépénalisation des substances contrôlées pour usage personnel

[Deux options pour l'article 4 sont données ci-après (4a et 4b). L'une ou l'autre doit être choisie, mais pas les deux.]

usage personnel de celles en possession de plus grandes quantités destinées au trafic. Ainsi, la quantité possédée fournirait une indication (pour les procureurs ou les juges) permettant de déterminer si la quantité est destinée à un usage personnel.

<sup>49</sup> Ce vocabulaire dérive de l'art. 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et substances*, (Canada) 1996. Lequel article énonce : « Le ministre [de la Santé] peut, selon ces termes et conditions, s'il le juge nécessaire, pour des raisons médicales ou scientifiques ou si l'intérêt public est en cause, exempter toute personne ou toute substance contrôlée de l'application des dispositions de la LRDS, en tout ou en partie. »

<sup>50</sup> Voir J. Godinho et J. Veen, « Illicit drug policies and their impact on the HIV epidemic in Europe », OMS Europe, *HIV/AIDS in Europe: Moving from Death Sentence to Disease Management*, 2006.

## **Option 1 : article 4(a). Décriminalisation ou dépénalisation des drogues pour usage personnel**

Nonobstant [la législation appropriée sur les drogues], l'usage et la possession d'une quantité de substance contrôlée listée dans le Tableau A pour l'usage personnel ne doit pas constituer une infraction pénale en vertu de ladite législation, mais constituer une infraction administrative seulement.

### **Commentaire : article 4(a)**

En règle générale, la décriminalisation implique le retrait d'un comportement ou d'une activité de la sphère du droit criminel. Dans le contexte du droit et de la politique sur les drogues, la décriminalisation correspond au processus selon lequel une juridiction remplace certaines infractions pénales, dans ses lois sur les drogues, par des infractions administratives, ou (alternativement) par l'abolition de toutes les infractions. La disposition ci-dessus a pour objectif de retirer certaines activités de la classification en infraction pénale et de les traiter au moyen de mesures administratives.<sup>51</sup> Suite à la décriminalisation de certaines infractions, les activités constituant ces infractions demeurent illégales ; toutefois, les sanctions appliquées sont généralement moins punitives que l'incarcération.<sup>52</sup>

Associer l'usage de drogues, en particulier par injection, avec des infractions et des sanctions pénales contribue de manière significative à l'avancée de l'épidémie de VIH/SIDA dans un certain nombre de pays. L'incarcération résultant d'une infraction pénale et la stigmatisation générée par la criminalité exacerbent le risque de transmission du VIH par un usage dangereux des drogues ainsi que le risque d'effets néfastes pour les toxicomanes vivant déjà avec le VIH/SIDA. L'existence de sanctions pénales pour la possession ou la consommation de drogue peut conduire les utilisateurs à des pratiques dangereuses, incluant le partage de seringues et l'injection dans des environnements insalubres. Ces personnes peuvent s'éloigner des centres de soins médicaux, par peur d'être arrêtées, et ainsi ne pas recevoir l'éducation, les tests et les traitements nécessaires liés aux maladies à diffusion hémotogène. De manière similaire, les fournisseurs peuvent être réticents à offrir des services aux toxicomanes, de peur d'avoir l'air de fermer les yeux ou de promouvoir l'usage de drogue.<sup>53</sup> Les personnes incarcérées sont confrontées à un

<sup>51</sup> Il convient toutefois de noter que dans certains pays, les mesures administratives sont incluses au casier judiciaire.

<sup>52</sup> Les sanctions administratives peuvent inclure des amendes, des suspensions de permis délivrés par le gouvernement, tels que le permis de conduire, et des avertissements. Au Portugal, par exemple, la *Loi n° 30/2000* offre un certain nombre de solutions de substitution à l'incarcération, lesquelles incluent des amendes selon le type et la quantité de drogue possédée et les circonstances de l'infraction, de même que des sanctions non pécuniaires, comme par exemple des avertissements, la suspension de licences professionnelles ou autres, l'interdiction de se rendre dans certains lieux et des restrictions de voyage (voir art. 17). Il convient de noter que dans certains cas, les sanctions administratives sont en réalité plus sévères que les sanctions pénales, aussi la décriminalisation et la dépénalisation ne peuvent-elles pas être toujours considérées comme des approches moins punitives. Dans la présente loi modèle, toutefois, l'objectif est de présenter des options pour des approches moins punitives qui soient cohérentes avec le fait de traiter l'usage de drogue et la dépendance comme des questions de santé publique.

<sup>53</sup> Voir Réseau juridique canadien VIH/SIDA, *L'injection de drogue et le VIH/SIDA* (Feuillet d'information), 2005. Une discussion des effets de la stigmatisation et de la marginalisation des utilisateurs de drogues et des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Europe de l'Est et centrale, et leur rapport avec l'épidémie de VIH/SIDA est disponible dans Drug Law and Health Policy Network, *Drug Policies = Death: HIV/AIDS in Central and Eastern Europe*.

plus grand risque d'exposition à l'infection à VIH, à cause des injections de drogue effectuées en prison, à cause de forts taux de VIH en prison et de pratiques d'injection dangereuses, comme le partage de seringues.<sup>54</sup> Par ailleurs, les conditions de détention, notamment liées à la surpopulation carcérale, augmentent considérablement le risque d'infections secondaires, comme la tuberculose, pour les détenus séropositifs.

La décriminalisation permet de traiter l'usage de drogue et la dépendance comme une question de santé publique et non comme un problème pénal.<sup>55</sup> La décriminalisation doit résulter sur la fin des sanctions pénales pour des actes tels que l'acquisition et la possession pour usage personnel, ainsi que la consommation de drogues.

La décriminalisation nécessite de spécifier les quantités de drogues illégales à usage personnel afin de distinguer ces quantités de la possession à grande échelle destinée au trafic. Dans les pays ayant adopté la décriminalisation, la spécification de ces quantités est donnée dans divers documents en fonction de la classification des substances contrôlées dans ces pays. La décriminalisation effective exige de définir des quantités à usage personnel qui reflètent de manière réaliste la nature de l'usage de drogue.<sup>56</sup>

<sup>54</sup> Malgré l'interdiction de posséder et d'utiliser des drogues illégales en prison, l'accès aux drogues et leur consommation demeurent chose courante dans la plupart des milieux carcéraux. Pour une discussion sur l'usage de drogue et les pratiques d'injection dangereuses dans les prisons, ainsi que la mise en place réussie, dans de nombreux pays, d'un programme d'accès à des seringues stérilisées dans les prisons, voir Réseau juridique VIH/SIDA, *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, 2<sup>e</sup> éd., 2006, [www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1171](http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1171).

<sup>55</sup> Un rapport de 2004 de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) recommande que l'approche de soins du VIH/SIDA soit privilégiée à une approche pénale. « Un paquet complet de mesures ... inclut généralement le traitement, au lieu de la punition, des personnes accusées d'infractions mineures liées à la drogue, compte tenu du fait que l'incarcération augmente généralement le risque de transmission du VIH. La preuve scientifique et l'expérience de tels programmes indiquent fortement que le paquet susmentionné est efficace dans la réduction du risque de transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues et le risque de diffusion du VIH à l'ensemble de la population par les toxicomanes séropositifs. » Voir Commission des stupéfiants, *Strengthening strategies regarding the prevention of HIV/AIDS in the context of drug abuse: Report of the Executive Director*, E/CN.7/2004/3, mars 2004, p. 6.

<sup>56</sup> La décriminalisation de la possession de certaines drogues à usage personnel a été obtenue dans de nombreux pays européens grâce à une législation traitant spécifiquement des infractions liées à l'usage personnel. Voir par exemple en Italie, la Loi n° 162 du 26 juin 1990, art. 15(1), qui stipule que « toute personne qui importe, acquiert ou possède illégalement des substances narcotiques et psychotropes en doses ne dépassant pas l'exigence quotidienne pour l'usage personnel seulement ... doit être soumise à une sanction administrative... » De manière similaire, en tant qu'élément de la stratégie du Portugal sur les drogues, qui recourt à un tribunal non pénal pour évaluer et administrer les peines aux usagers de drogues, l'art. 2 de la *Loi n° 30/2000* énonce que « la consommation, l'acquisition et la possession à usage personnel de plantes, substances ou préparations énumérées dans les tableaux mentionnés à l'article précédent constituent une infraction administrative. » L'article poursuit en expliquant que « l'acquisition et la possession pour usage personnel de substances mentionnées au paragraphe précédent ne doivent pas excéder la quantité nécessaire à une consommation individuelle moyenne durant une période de dix jours. » Une étude de la législation de l'UE sur les drogues propose une « classification des usagers d'un côté et des trafiquants de l'autre, afin de mettre en évidence la distinction nécessaire qui doit être faite entre les politiques sociales et les politiques de santé publique visant à aider les usagers et les toxicomanes et les mesures pour lutter contre le trafic » ; voir A. Decourrière, *Les dispositions législatives et réglementaires en matière de trafic de stupéfiants dans les États membres de l'Union européenne*, février 2001, p.67, [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/studies/doc/rapport\\_maitre\\_022001\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc/rapport_maitre_022001_fr.pdf).

- OU -

## **Option 2 : article 4(b). Dépénalisation des substances contrôlées pour usage personnel**

Nonobstant [la législation appropriée sur les drogues], l'usage et la possession d'une quantité de substance contrôlée listée dans le Tableau A et destinée à l'usage personnel ne doivent constituer ni une infraction pénale ni une infraction administrative.

### **Commentaire : article 4(b)**

La dépénalisation correspond à une situation dans laquelle les interdictions juridiques existent toujours pour certaines infractions, mais où aucune sanction (pénale ou administrative) n'est appliquée. Dans le contexte des stupéfiants et des personnes qui les utilisent, cela signifie que l'interdiction de drogues et les infractions liées aux drogues peuvent toujours exister, mais qu'aucune sanction n'est appliquée pour l'acquisition, la possession ou l'usage de petites quantités destinées à l'usage personnel. La dépénalisation offre les mêmes avantages que la décriminalisation, en favorisant la réduction des méfaits provoqués par l'usage de drogue, grâce à un meilleur accès aux pratiques d'usage sûres, à l'éducation et aux soins, et au non-recours aux peines de prison pour les utilisateurs de drogues. La dépénalisation peut davantage atténuer la stigmatisation associée à l'usage de drogue et aux toxicomanes, et réduire les dépenses publiques en matière de sanction de délinquants qui ne posent autrement aucun risque pour la communauté. La dépénalisation de petites quantités de drogue peut être obtenue par une législation énonçant que la possession ou l'utilisation de substances contrôlées à usage personnel ne doit pas être pénalisée. Elle peut également être obtenue via des directives ou des lignes directrices non législatives préconisant aux officiels juridiques ou chargés de faire appliquer la loi de ne pas pénaliser les délinquants pour des infractions mineures en matière de drogue.<sup>57</sup>

## **Article 5. Légalisation des substances opioïdes pour les traitements de substitution**

Nonobstant la [législation appropriée sur les drogues], l'usage, la possession et la distribution d'un substitut opioïde à des fins médicales ou thérapeutiques dans le traitement de substitution aux opioïdes ne doivent pas constituer une infraction.

### **Commentaire : article 5**

La légalisation des substances opioïdes devant être utilisées dans le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) est nécessaire pour considérer la dépendance à la drogue comme un problème de santé publique. Le TSO est destiné à réduire ou éliminer l'usage d'opioïdes illégaux tels que l'héroïne en stabilisant les personnes dépendantes aussi

<sup>57</sup> Aux Pays-Bas par exemple, bien que la *Loi sur l'opium* interdise la possession de toute quantité de substances contrôlées, en vertu des *Directives opium* du 2 novembre 2000, édictées par le Collège des procureurs généraux, la possession de moins de 30 g de cannabis pour l'usage personnel n'entraîne généralement aucune retenue de charge par la police. D'après ces directives, la possession d'une quantité limitée de drogues « dures » ne donnera lieu à des poursuites que si celles-ci « fournissent une aide aux usagers. »

longtemps que nécessaire, afin de les aider à éviter les méfaits de l'usage d'opioïdes et les comportements à risque associés, comme le partage de seringues.<sup>58</sup> Le TSO est reconnu par l'OMS comme un moyen efficace, sûr et rentable de réduire la dépendance aux opioïdes et les risques associés, tels que la transmission de VIH/SIDA.<sup>59</sup> Il existe des preuves cohérentes reposant sur un large corpus d'essais contrôlés et d'études longitudinales que le TSO est l'une des traitements thérapeutiques de la dépendance aux opioïdes les plus efficaces.<sup>60</sup>

La méthadone, l'opioïde le plus utilisé dans le TSO, s'est révélée efficace dans des centaines d'études scientifiques pour réduire les méfaits liés à la drogue, sans conséquences négatives pour la santé.<sup>61</sup> La méthadone comme la buprénorphine ont été intégrée à la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS.<sup>62</sup> En fournissant un moyen de réduire ou d'éliminer l'injection d'opioïdes, le TSO contribue à freiner la propagation de VIH/SIDA en réduisant les comportements à haut risque liés à l'usage d'opioïdes, comme le partage de seringues ou d'autre équipement d'injection de l'héroïne.

La légalisation des substances opioïdes pour l'usage médical et thérapeutique est par conséquent essentielle pour réduire les méfaits de l'usage d'opioïdes et du VIH/SIDA chez les individus et dans les communautés. L'usage de substances opioïdes à des fins thérapeutiques est conforme à la *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961 et à la *Convention sur les substances psychotropes* de 1971. Ces deux conventions autorisent la production, le transport, la distribution, la possession et l'usage de substances contrôlées à des fins médicales, thérapeutiques et scientifiques. Par ailleurs, la *Convention contre le trafic illicite* de 1988 n'interdit pas les États d'autoriser ou de fournir l'accès aux médicaments de TSO tels que la méthadone et la buprénorphine à des fins médicales.

<sup>58</sup> M.C. Donoghoe, « Injecting Drug Use, Harm Reduction, and HIV/AIDS », OMS Europe, *HIV/AIDS in Europe: Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management*.

<sup>59</sup> OMS/ONUSIDA/ONUSIDA, *Déclaration de principe : Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*.

<sup>60</sup> OMS/ONUSIDA/ONUSIDA, *Déclaration de principe : Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, p.18.

<sup>61</sup> M.C. Donoghoe, *Injecting Drug Use, Harm Reduction, and HIV/AIDS*, p.49.

<sup>62</sup> OMS, *Liste modèle des médicaments essentiels*, révision mars 2005, [www.http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en)

## **Chapitre III. Solutions de substitution aux poursuites et sanctions pénales**

### **Article 6. Solutions de substitution aux poursuites et sanctions pénales**

[Deux options pour l'article 6 sont données ci-après (6a et 6b). L'une ou l'autre soit être choisie, mais pas les deux.]

#### **Option 1 : article 6(a). Renvoi à une commission quasi-judiciaire**

- (1) Nonobstant les dispositions de [la législation appropriée sur les drogues], la possession et l'usage d'une quantité de substance contrôlée listée dans le Tableau A et destinée à l'usage personnel ne doivent pas constituer une infraction pénale.
- (2) Les infractions mentionnées en (1) doivent être traitées, et des peines infligées si applicables et nécessaires, par une commission quasi-judiciaire (« la Commission »).
- (3) La Commission doit se composer d'un expert juridique, ainsi que d'autres experts tels que des praticiens de la médecine, des psychologues, des travailleurs sociaux ou d'autres personnes disposant de l'expertise appropriée en matière de toxicomanie.
- (4) Les règles de procédure régissant les débats de la Commission, y compris la recevabilité des preuves médicales, doivent être établies par [l'autorité judiciaire compétente] et [l'autorité sanitaire compétente].
- (5) Au moment de déterminer la peine appropriée pour une personne arrêtée par la police pour une infraction mentionnée en (1), la Commission doit prendre en compte :
  - (a) la gravité de l'acte ;
  - (b) le degré relatif de faute ;
  - (c) le type de substance impliquée dans l'infraction ;
  - (d) la nature publique ou privée de l'infraction et, si pertinent, le lieu de l'infraction ;
  - (e) les antécédents personnels, à savoir économiques et financiers, du délinquant ; et
  - (f) si le délinquant est un utilisateur de drogues occasionnel, habituel ou dépendant.<sup>63</sup>
- (6) La Commission peut appliquer des peines, incluant, mais non limité à, une ou plusieurs des sanctions suivantes :

<sup>63</sup> Ces dispositions se basent sur la *Loi portugaise n° 30/2000*, art. 15.4, qui définit les facteurs circonstanciels que les Commissions de dissuasion de la toxicomanie doivent appliquer au moment de sanctionner une personne appréhendée pour une infraction liée à la drogue. Les aspects techniques de la mise en œuvre de la *Loi n° 30/2000*, y compris les questions de procédure, sont couverts par la *Loi n° 130-A/2001*.

- (a) un avertissement ;
- (b) une amende proportionnelle à la quantité de substance contrôlée possédée pour usage personnel, en tenant compte de la situation économique du délinquant présumé ;
- (c) une restriction de voyage ou une interdiction de se rendre dans certains lieux ; et
- (d) une suspension du permis de conduire ou d'une licence professionnelle.<sup>64</sup>

(7) Les sanctions appliquées par la Commission ne doivent pas inclure de sanctions privatives de liberté.

(8) Si la Commission découvre que la personne appréhendée pour une infraction mentionnée en (1) est dépendante d'une substance contrôlée, elle peut ordonner que cette personne assiste à un nombre spécifique de réunions avec le fournisseur d'un programme de traitement de la dépendance, dont les objectifs doivent être de veiller à ce que la personne ait connaissance des services de ce programme qui pourraient l'aider à vaincre sa dépendance et de déterminer si elle souhaite profiter de ces services. La Commission ne peut obliger la personne à suivre le traitement de la dépendance aux drogues.

### **Commentaire : article 6(a)**

Ce cadre fournit un moyen d'évaluer les infractions des personnes appréhendées pour infractions liées à la drogue et d'appliquer des sanctions qui respectent les circonstances de l'infraction, y compris la nature de l'usage de drogue et de la dépendance des personnes concernées. Les sanctions applicables ne sont pas pénales et ne comprennent pas de verdict de culpabilité ou d'enregistrement dans un casier judiciaire ; elles n'impliquent pas non plus de peines privatives de liberté. Elles se concentrent sur la force de dissuasion de l'usage de drogues, via l'imposition de sanctions administratives proportionnelles à l'infraction et aux antécédents du délinquant, et cherchent à encourager le traitement de la dépendance lorsque cela est jugé nécessaire. La gestion de l'affaire et le verdict rendu par des commissions composées d'experts juridiques, médicaux, sanitaires et sociaux sont cohérents avec le fait de considérer l'usage de drogue comme une question de santé plutôt qu'une question pénale. Cette approche est destinée à réduire les méfaits associés à l'emploi de drogue par injection, y compris le VIH/SIDA, en ne mettant pas en prison les personnes qui s'injectent des drogues.

Ce cadre permettant d'éviter les poursuites pénales s'inspire plus ou moins de la loi portugaise sur les infractions liées à la drogue impliquant des quantités de substances contrôlées uniquement destinées à l'usage personnel.<sup>65</sup> La mise en œuvre de ce cadre doit être effectuée en conjonction avec la décriminalisation ou la dépénalisation de la possession de substances contrôlées pour usage et consommation personnels.<sup>66</sup> Des études préliminaires sur les effets de cette loi portugaise ont révélé un faible niveau d'infractions répétées et un faible niveau de non suivi du traitement par les délinquants, ainsi que d'importantes économies dans les systèmes judiciaire et carcéral.

<sup>64</sup> Ces sanctions administratives se basent sur celles de la *Loi portugaise n° 30/2000*, art. 16-17.

<sup>65</sup> Voir la *Loi portugaise n° 30/2000*.

<sup>66</sup> L'article 2.1 de la *Loi portugaise n° 30/2000* énonce que l'acquisition, la possession et l'usage de quantités de drogues pour consommation personnelle ne constituent qu'une infraction administrative et non pénale, ce qui décriminalise donc ces infractions.

En outre, cette approche n'a pas entraîné d'augmentation significative de l'usage de drogue au Portugal.<sup>67</sup>

– OU –

## **Option 2 : article 6(b). Mesures de détermination de peines non privatives de liberté**

(1) Nonobstant les autres dispositions de la présente loi ou de toute autre loi, selon lesquelles

- (a) une personne est déclarée coupable, devant une cour de justice, du délit de possession d'une substance contrôlée contraire à la [législation appropriée sur les drogues] ;
- (b) dans la décision du tribunal, en tenant compte de la quantité de substance possédée et de toute autre circonstance pertinente, l'usage ou la possession d'une substance contrôlée était destinée à l'usage personnel ; et
- (c) la peine applicable inclut normalement une peine privative de liberté ;

un tribunal doit, plutôt que d'imposer une peine privative de liberté, prononcer une ou plusieurs des sanctions suivantes :

- (a) ordonner que la personne soit absoute inconditionnellement ou aux conditions prévues dans une ordonnance de probation ;<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Des études ont établi que malgré le manque de temps et d'expérience pour effectuer une évaluation complète, des indications positives quant à l'efficacité des Commissions de dissuasion de la toxicomanie ont été observées et les études recommandent de poursuivre le programme ; voir Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Avaliação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*, 2005. Au Portugal, *La stratégie nationale en matière de drogue 2005-2012* continue de soutenir la décriminalisation de la possession et de l'usage de drogues pour consommation personnelle et le rôle des Commissions de dissuasion de la toxicomanie dans le traitement des infractions liées à la drogue ; voir Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências, 2005-2012*, IDT, 2006. De plus, une évaluation de l'OICS a déterminé que les dispositions de la *Loi 30/2000* restaient conformes aux obligations en vertu des traités et conventions internationaux ; voir OICS, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2004*, 2004, § 538, [www.incb.org/incb/fr/annual\\_report\\_2004.html](http://www.incb.org/incb/fr/annual_report_2004.html). Voir aussi L. Allen, M. Trace et A. Klein, *Decriminalisation of drugs in Portugal: a current overview*, Briefing Paper, Beckley Foundation, 2004.

<sup>68</sup> Certaines expressions de cette sous-section proviennent du *Code criminel* canadien, art. 730. En vertu de cette législation, une absolution signifie que la personne est réputée ne pas avoir été condamnée à l'égard de l'infraction (malgré le fait que le tribunal ait reconnu la culpabilité de l'accusé). La personne n'a pas de casier judiciaire, bien qu'il y ait enregistrement du prononcé de l'absolution par le tribunal. Dans le cas d'une absolution *conditionnelle* s'accompagnant d'une ordonnance de probation, si la personne ne se conforme pas aux conditions de cette ordonnance de probation, le tribunal peut annuler l'absolution et condamner à la place la personne en lui infligeant la peine prévue à l'origine. Dans certains cas, une peine additionnelle peut également être prononcée pour non-conformité à l'ordonnance (ce qui résulterait également sur l'inscription d'une condamnation pénale dans le casier judiciaire de l'individu). En règle générale, une ordonnance de probation inclut des conditions telles que (1) ne pas troubler l'ordre public et avoir une bonne conduite ; (2) répondre aux convocations du tribunal ; (3) prévenir le tribunal ou l'agent de probation de ses changements d'adresse ou de nom et de les aviser rapidement de ses changements d'emploi ou d'occupation ; et peut inclure d'autres conditions, telles que (4) se présenter à l'agent de probation sur une base régulière ; (5) rester dans le ressort du tribunal ; (6) s'abstenir de posséder une arme ; (7) accomplir des heures de service communautaire ; et (8) participer à un programme de traitement de la dépendance (si la personne y consent).

- (b) suspendre la peine et ordonner que la personne soit libérée aux conditions prévues dans une ordonnance de probation ;<sup>69</sup>
  - (c) condamner la personne à une amende, si le tribunal est assuré que cette personne est capable de payer cette amende ;<sup>70</sup>
  - (d) ordonner que la personne purge sa peine en accomplissant un service communautaire, à condition qu'elle se conforme aux conditions d'une ordonnance de sursis ;<sup>71</sup> ou
  - (e) faire une ordonnance de fréquentation supervisée, avec le consentement de la personne, exigeant qu'elle fréquente un lieu de supervision pour une période spécifiée dans l'ordonnance et que, durant cette période, elle suive les instructions pouvant lui être données par l'officier superviseur dans l'exercice légal de son autorité.<sup>72</sup>
- (2) Dans le cas d'une ordonnance de probation ou d'une ordonnance de sursis visée à la section (1), le tribunal peut ordonner que la personne participe à un nombre spécifique de réunions avec le fournisseur d'un programme de traitement de la dépendance, dont les objectifs doivent être de veiller à ce que la personne ait connaissance des services de ce programme qui pourraient l'aider à vaincre sa dépendance et de déterminer si elle souhaite profiter de ces services. Le tribunal ne peut obliger la personne à suivre un traitement de la dépendance aux drogues.
- (3) Le tribunal peut rendre une ordonnance telle que décrite dans en (1) s'il considère que c'est dans les meilleurs intérêts de l'accusé et non contraire à l'intérêt du public,<sup>73</sup> en tenant compte de l'âge et du caractère du délinquant, de la nature de l'infraction et des circonstances dans laquelle elle a été commise.<sup>74</sup> Pour prendre une telle décision, le tribunal doit tenir compte des résultats de toute évaluation clinique ayant pu avoir été menée en vertu de la section (7) ci-dessous.

<sup>69</sup> Certaines expressions de cette sous-section proviennent du *Code criminel* canadien, art. 731. Contrairement à l'absolution, en cas de suspension de peine, la personne est condamnée (et ce fait est par conséquent enregistré dans son casier judiciaire), mais le tribunal décide de suspendre l'infliction de la peine qui devait normalement s'appliquer et ordonne une autre décision. Si la personne ne respecte pas les conditions d'une ordonnance de probation, le tribunal annule l'ordonnance et inflige la sanction qui aurait dû être appliquée si elle n'avait été suspendue. Voir aussi en Italie la *Loi n°162* du 26 juin 1990, art.2 (1), sur la suspension de l'application d'une ordonnance de détention.

<sup>70</sup> Certaines expressions de cette sous-section proviennent du *Code criminel* canadien, art. 734.

<sup>71</sup> Cette formulation se base sur le *Code criminel* canadien, art. 742,1.

<sup>72</sup> Cette formulation se base sur le *Law Reform (Miscellaneous Provisions) (Scotland) Act 1990* britannique, art. 62.

<sup>73</sup> Cette formulation se base sur le *Code criminel* canadien, art. 730.

<sup>74</sup> Cette formulation se base sur le *Code criminel* canadien, art. 731.

## Article 7. Accès volontaire à l'évaluation clinique

- (1) S'il est indiqué qu'une personne était dépendante d'une substance contrôlée au moment de commettre une infraction, ou qu'elle est dépendante au moment de lui infliger une peine suite à la reconnaissance de sa culpabilité, le tribunal peut ordonner une évaluation clinique urgente par un professionnel de santé qualifié, afin de déterminer, dans la mesure du possible, la nature de la ou des substances consommé(e)s par la personne et son état au moment de l'infraction et au moment de l'évaluation.<sup>75</sup>
- (2) Une copie de l'évaluation clinique doit être fournie au tribunal, au procureur et à l'accusé, de même qu'au fournisseur de services de tout programme de traitement de la dépendance auquel la personne participe sur décision juridique.
- (3) Un individu conserve le droit de refuser de participer à une évaluation clinique et aucune sanction de quelque nature que ce soit ne sera infligée pour un tel refus.

### Commentaire : articles 6(b) et 7

Ces articles relatifs aux solutions de remplacement des mesures de détermination de peines privatives de liberté sont destinés à fournir d'autres solutions aux dispositions de décriminalisation ou de dépénalisation de l'usage et de la possession pour usage personnel de substances contrôlées listées dans le Tableau A, et aux dispositions prévoyant le renvoi de telles infractions devant une commission quasi-judiciaire. En d'autres termes, s'il est décidé que ces activités continueront d'être jugées par le système de justice pénale et d'être soumises à des sanctions pénales, alors il doit exister, au moment d'infliger la peine, des solutions de substitution atténuant la sévérité du droit criminel et davantage ouvertes sur la protection de la santé de l'individu et de la santé publique en général.<sup>76</sup> Le but de cette législation est d'introduire une souplesse juridique dans la détermination des peines pour les délinquants de drogue ; cela inclut plusieurs options de peines non privatives de liberté qui n'impliquent pas de traitement de la dépendance. Cela est cohérent avec la notion selon laquelle le traitement de la dépendance ne doit pas être coercitif.

L'approche mise en évidence confère au tribunal l'autorité de rendre une grande variété d'ordonnances, destinées, quelles que soient les conditions pouvant y être attachées, à maintenir hors de prison une personne reconnue coupable d'une infraction liée à la drogue. L'un de ces pouvoirs est d'ordonner qu'une personne reconnue coupable d'une infraction liée à la drogue rencontre un fournisseur de services de traitement de la dépendance. Cette approche profite du fait que la personne soit en contact avec le système de justice pénale pour faciliter l'accès volontaire aux traitements de la dépendance et autres services de soins. Les instruments juridiques internationaux encouragent le traitement comme

<sup>75</sup> Cette formulation dérive du *Décret-Loi n° 15/93* au Portugal, art. 52(1)–(2).

<sup>76</sup> Voir, par exemple, the Legal Working Party of the Intergovernmental Committee on AIDS [Australie], *Final Report*, 1992. La recommandation 8.5 énonce que « les usagers de drogues pratiquant l'injection et reconnus coupables d'infractions mineures liées à la drogue doivent être maintenus hors du système carcéral ; la législation doit garantir le principe de peines non privatives de liberté pour les infractions concernées, et supprimer toutes les peines obligatoires pour les infractions mineures. » Pour plus d'informations sur le développement de méthodes de substitution à l'emprisonnement, voir : V. Stern (ed), *Alternatives to Prison in Developing Countries* (London: International Centre for Prison Studies, King's College, University of London, 1999).

alternative à la peine. La *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961 prévoit que, « au lieu de les condamner ou de prononcer une sanction pénale... ces personnes [pourront être soumises] à des mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation et de réintégration sociale ».<sup>77</sup>

<sup>77</sup> *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961, art. 36.1(b). Des dispositions similaires sont énoncées dans la *Convention sur les substances psychotropes*, 1971, art. 22.1(b), et la *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, 1988, art. 3.4(c).

## Annexe : tribunaux de traitement de la toxicomanie

Les mesures associées aux dispositions de ce module, notamment celles qui concernent les solutions de substitution aux mesures de détermination des peines, sont destinées à être mises en œuvre dans le système judiciaire normal ; elles ne recommandent ni ne proposent la mise en place de tribunaux de traitement de la toxicomanie. Les tribunaux de traitement de la toxicomanie ont été pour la première fois développés aux États-Unis, au début des années 1990, et ont également été instaurés au Canada, en Australie et au Royaume-Uni. Alors qu'il existe une grande variété de modèles de tribunaux de traitement de la toxicomanie, leur caractéristique de base est le traitement de la dépendance ordonné par le tribunal comme un élément de la peine.<sup>78</sup> Les tribunaux de traitement de la toxicomanie s'appuient sur le poids du système de justice pénale pour ordonner aux utilisateurs de drogues de suivre un traitement.

Bien que les tribunaux de traitement de la toxicomanie s'efforcent de réduire les méfaits pour les personnes accusées d'infractions non violentes liées à la drogue, en les éloignant du système pénal et en aidant à leur réadaptation, le fait que les participants entament un traitement sous la menace de l'incarcération, ou s'abstiennent d'utiliser des drogues pour éviter les sanctions, a de sérieuses conséquences sur les droits humains et juridiques du délinquant. Ces conséquences incluent de possibles violations du droit à un procès équitable et du principe de présomption d'innocence.<sup>79</sup> Aux États-Unis et en Australie, les tribunaux traitant de la toxicomanie confèrent une grande autorité aux juges pour pénaliser les délinquants de drogues ne respectant pas les conditions du traitement, ce qui peut entraîner l'incarcération. Ainsi « les personnes jugées par un tribunal des drogues qui échouent à vivre sans drogue (ce qui n'est pas rare chez les individus toxicomanes) peuvent être incarcérées sans procès, sur la base de l'accusation d'origine. »<sup>80</sup> La peur existe donc que dans certains cas, la personne jugée par un tribunal des drogues n'aurait pas été envoyée en prison si elle a été poursuivie dans le système régulier, étant donné que beaucoup d'auteurs d'une première infraction et que moins de charges ne résultent pas sur l'incarcération.<sup>81</sup> Par ailleurs, les tribunaux des drogues imposent parfois une sanction plus importante qu'elle ne l'aurait été dans le système régulier, ce qui entraîne des violations du principe de procès équitable.<sup>82</sup>

Le droit au procès équitable peut également être transgressé par le système réduit de débat contradictoire qui caractérise les tribunaux traitant de la toxicomanie. Les juges et avocats de ces tribunaux cherchent souvent à ce que le délinquant suive un traitement et

<sup>78</sup> L. Harrison et F. Scarpitti, « Progress and issues in drug treatment courts », *Substance Use & Misuse* 37(12-13) (2002): 1441-1467.

<sup>79</sup> L'article 14(1) du PIDCP énonce que « Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement et publiquement par un tribunal compétent, indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera [...] du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle... » Voir aussi *Convention européenne sur des droits de l'homme et des libertés fondamentales*, art. 6.

<sup>80</sup> King County Bar Association Drug Policy Project, *Report of the Task Force on the Use of Criminal Sanctions*, octobre 2001, p.43. Accessible via [www.kcoba.org](http://www.kcoba.org).

<sup>81</sup> K.M. Blankenship et A. Smoyer, *Drug Policy: Definition, Discussion & State Variation*, Yale University Center for Interdisciplinary Research on AIDS, Policy Update, 2004, p.8.

<sup>82</sup> T. Makkai, « Drugs courts: issues and prospects », *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice* 95, (1998): 7. Voir aussi Kim M. Blankenship et A. Smoyer, *Drug Policy: Definition, Discussion & State Variation*, p.8.

au lieu de se concentrer sur la recherche de vérité qui caractérise pourtant une procédure juridique.<sup>83</sup> Par conséquent, les personnes accusées dans un tribunal des drogues doivent souvent « renoncer aux principes et garants fondamentaux de la justice censés assurer leur propre protection ».<sup>84</sup>

Une autre préoccupation concerne les personnes accusées d'infractions liées à la drogue et pouvant être amenées à suivre un programme de traitement simplement pour éviter l'incarcération (cela pourrait inclure des personnes n'étant pas dépendantes, et soulever des questions sur l'éthique du traitement qui n'est pas médicalement indiqué). Dans de telles circonstances, la décision de l'accusé de suivre un traitement peut ne pas constituer un choix véritable effectué sur la base de son consentement. Des études ont montré que les individus qui décident de suivre un programme de traitement sans leur consentement éclairé et volontaire peuvent ne pas bénéficier du programme et avoir moins de chances de réussir, ce qui les rend vulnérables aux peines privatives de liberté.<sup>85</sup> Puisque la liberté de choix entre l'incarcération et le traitement peut être difficile à obtenir, le fait d'entreprendre un programme de traitement sous la menace d'une incarcération peut également violer le droit à la sécurité de la personne et l'interdiction des peines et des traitements cruels, inhumains et dégradants que l'on trouve dans plusieurs instruments internationaux.<sup>86</sup>

Ces questions de droits humains révèlent les limites de l'imposition, par les tribunaux, de traitements de la dépendance pour répondre aux besoins des utilisateurs de drogues. Les tribunaux traitant de la toxicomanie « ne résolvent pas les problèmes sous-jacents créés par un système qui tente de traiter l'usage de drogue comme une question de justice pénale plutôt qu'une question de santé publique ».<sup>87</sup> Les tribunaux traitant de la toxicomanie n'ont pas montré un seul avantage, par rapport au système régulier, à poursuivre et pénaliser les utilisateurs de drogues, qu'il s'agisse de la réduction significative de la récidive chez les délinquants condamnés à suivre un traitement ou d'autres questions telles que la rentabilité.<sup>88</sup> Les tribunaux des drogues soulèvent d'importantes questions quant à la possible transgression des droits humains.

<sup>83</sup> B. Fischer, « “Doing good with a vengeance”: a critical assessment of the practices, effects and implications of drug treatment courts in North America », *Criminal Justice* 3(3) (2003): 227-248 p.239.

<sup>84</sup> B. Fischer, « “Doing good with a vengeance”: a critical assessment of the practices, effects and implications of drug treatment courts in North America », 240.

<sup>85</sup> Voir D. James et E. Sawka, « Drug treatment courts: substance abuse intervention within the justice system », *Isima* 3(1) (2002). Voir aussi C. Kirkby, « Drug treatment courts in Canada: who benefits? », dans John Howard Society, *Perspectives on Canadian Drug Policy* Vol. 2, 2004, p.63.

<sup>86</sup> La sécurité de la personne est garantie par l'article 9.1 du PIDCP et l'article 5.1 de la *Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales*. L'interdiction des peines et des traitements cruels, inhumains et dégradants se trouve à l'article 7 du PIDCP et l'article 5 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Noter que l'article 7 du PIDCP interdit également l'expérimentation médicale ou scientifique sans consentement. Dans certains cas, les nouveaux programmes de traitement des drogues assignés par les tribunaux des drogues peuvent impliquer cette clause.

<sup>87</sup> King County Bar Association Drug Policy Project, *Report of the Task Force on the Use of Criminal Sanctions*, p.40-41.

<sup>88</sup> Bien que les évaluations préliminaires, telles que celle menée sur le programme du tribunal traitant de la toxicomanie à Vancouver (Canada), indique des tendances modérées vers la réduction de la récidive de ceux qui ont réellement achevé un programme de traitement assigné, ces évaluations tendent à être entravées par des insuffisances méthodologiques qui masquent les conclusions sur la réussite des tribunaux traitant de la

## Ressources sélectionnées

*Cette section fournit une liste de ressources que le Réseau juridique considère particulièrement utiles.*

### Articles, rapports et documents de politiques

Allen, L., M. Trace et A. Klein, *Decriminalisation of drugs in Portugal: a current overview*, Briefing Paper, The Beckley Foundation, 2004, [www.internationaldrugpolicy.net/reports/BeckleyFoundation\\_BriefingPaper\\_06.pdf](http://www.internationaldrugpolicy.net/reports/BeckleyFoundation_BriefingPaper_06.pdf).

British Institute of International and Comparative Law, *Draft fourth framework convention on risk management*, 2003, [www.senliscouncil.net/documents/BIICL\\_HR\\_Framework#search=%22Draft%20fourth%20framework%20convention%22](http://www.senliscouncil.net/documents/BIICL_HR_Framework#search=%22Draft%20fourth%20framework%20convention%22).

Christie T et J.F. Anderson, « Drug treatment courts are popular but do they work and are they ethical and appropriate for Canada? », *Health Law in Canada* 23(4) (2003) : 70-79.

Conseil de l'Union européenne, *Recommandation relative à la prévention et la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie*, 18 juin 2003, 2003/488/CE.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *L'usage illicite de stupéfiants dans l'UE : approches juridiques*, OEDT, 2005, <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Base de données juridique sur les drogues, *The role of the quantity in the prosecution of drug offences*, étude comparative de l'ELDD, 2003, <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>.

Parlement européen, *Recommandation à l'intention du Conseil et du Conseil européen sur la stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012)*, A6-0067/2004, 15 décembre 2004.

toxicomanie. Voir B. Fischer, « “Doing good with a vengeance”: a critical assessment of the practices, effects and implications of drug treatment courts in North America », p.231. Pour un rapport d'évaluation du tribunal de Vancouver de traitement de la toxicomanie, voir Orbis Partners, *Drug Treatment Court of Vancouver Program Evaluation, Second Outcome Report*, avril 2005. D'autres justifications des tribunaux de traitement de la toxicomanie, telles que la rentabilité, sont difficiles à mesurer et à démontrer. Étant donné que de nombreux délinquants condamnés par un tribunal de traitement de la toxicomanie retournent devant un tribunal pénal en cas de manquement à leurs obligations de traitement, les économies supposées réalisées par les tribunaux de traitement de la toxicomanie, en éloignant les délinquants du système de justice pénale, peuvent être insignifiantes. Voir C. Kirkby, « Drug Treatment Courts in Canada: Who Benefits? », p.66.

Fischer, B. « “Doing good with a vengeance”: a critical assessment of the practices, effects and implications of drug treatment courts in North America. », *Criminal Justice* 3(3) (2003): 227-248.

Godinho, J et J. Veen. « Illicit drug policies and their impact on the HIV epidemic in Europe. » Dans OMS Europe, *HIV/AIDS in Europe: Arrêt de mort hier, maladie chronique gérable aujourd'hui*, 2006, [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051123\\_2?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051123_2?language=French).

HCDH et ONUSIDA, *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, 1998.

HCDH et ONUSIDA, *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme : Directive 6 révisée sur l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui*, 2002, <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesfr.pdf>.

ONUSIDA, *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme*, 1999, [http://www.ipu.org/PDF/publications/aids\\_fr.pdf](http://www.ipu.org/PDF/publications/aids_fr.pdf).

OMS/ONUDDC/ONUSIDA, *Déclaration de principe : Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, 2004. Disponible sur [www.who.int/substance\\_abuse/publications](http://www.who.int/substance_abuse/publications).

OMS, *Liste modèle des médicaments essentiels*, révision mars 2005, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87351\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87351_fre.pdf).

## **Documents juridiques**

*Code criminel*, L.R., 1985, ch. C-46, art. 730 à 742.1. [Canada].

*Loi n° 30/2000* du 29 novembre 2000 [Portugal].

*Directives opium*, Bureau du ministère public, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000 [Pays-Bas].



— ^ |  
Canadian Réseau  
HIV/AIDS juridique  
Legal canadien  
Network VIH/sida

Réseau juridique canadien VIH/SIDA  
1240 Bay Street, Suite 600  
Toronto, Ontario  
Canada M5R 2A7  
Téléphone : +1 416 595-1666  
Fax : +1 416 595-0094  
Courriel : [info@aidslaw.ca](mailto:info@aidslaw.ca)  
[www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)