



NOTES DE RECHERCHE

Septembre 2005

**RÉDUCTION DES MÉFAITS OU RÉFORME DES CONVENTIONS?
LE DROIT INTERNATIONAL DE LA DROGUE À LA CROISÉE DES CHEMINS**

Pierre-Etienne Paradis

*Étudiant à la maîtrise bidisciplinaire
politique internationale et droit international*



Université du Québec à Montréal
Pavillon Hubert-Aquin
1255 rue St-Denis
Montréal (Québec) H2X 3R9
Tel : (514) 987 3000 # 8315
<http://www.cedim.uqam.ca>

**INSTITUT
D'ÉTUDES
INTERNATIONALES
DE MONTRÉAL**

Les opinions exprimées et les arguments avancés dans cette publication demeurent l'entière responsabilité des auteur-e-s et ne reflètent pas nécessairement ceux du Centre d'études sur le droit internationale et la mondialisation (CEDIM) ou des membres du Centre Études Internationales et Mondialisation (CEIM).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. Un regard critique sur les conventions	2
1.1 Le statut de la feuille de coca, des opiacées et du cannabis dans la Convention unique sur les stupéfiants.	2
1.2 Une interprétation large des termes « fins médicales et scientifiques » est-elle possible?	5
1.3 La criminalisation et la réhabilitation selon la Convention unique	6
1.4 La criminalisation de la possession pour usage personnel, un frein à l'usage thérapeutique?	8
2. La réduction des méfaits	10
2.1 Origines et définitions	10
2.1.1 Les expériences anglaise, hollandaise et suisse	12
2.1.2 La situation au Canada et au Québec	14
2.2 Évolution de la réduction des méfaits dans le droit régional	16
2.2.1 La Résolution de Francfort et l'European Cities on Drug Policy	16
2.2.2 L'intégration progressive du concept en droit européen	17
2.3 Les limites de l'approche de réduction des méfaits	20
3. Incohérences dans le système des Nations Unies	22
3.1 L'interprétation des conventions et la réduction des méfaits selon ONUSIDA	22
3.2 La réduction des méfaits en Droit international	23
3.2.1 La Décennie des Nations Unies contre l'abus des drogues et la Déclaration du millénaire	23
3.2.2 La CDS, l'OICS et l'ONUDC maintiennent la ligne dure	25
3.2.3 Les agences des Nations Unies au service d'intérêts nationaux?	27
4. L'inévitable politique	30
4.1 En route vers 2008	31
4.2 L'intégration de l'approche de réduction des méfaits en droit conventionnel	32
4.3 La réforme de l'ONU	34
Bibliographie	37
Annexe	39
Les agences de contrôle des drogues du système des Nations Unies	39
Sigles et acronymes	40

INTRODUCTION

Le régime international de prohibition de certaines drogues aura bientôt cent ans. De la Conférence de Shanghai de 1909 à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale (UNGASS) de 1998, l'ensemble des résolutions et instruments qui l'ont édifié hier et le composent aujourd'hui sont un élément déterminant du droit international.

Motivé par des considérations sanitaires et morales¹, ce régime a tout de même contribué à une multiplication des violations aux droits de la personne sur le terrain. La peine de mort pour les trafiquants (dans les pays du Sud-Est asiatique), les sentences minimales obligatoires ne laissant pas au juge la possibilité de tenir compte du contexte (aux États-Unis), les conflits meurtriers entre bandes armées pour le contrôle du marché noir (dans les *favelas* des villes brésiliennes), ou les mesures d'éradication des cultures illicites à l'aide d'herbicides dangereux pour la santé des populations (en Colombie), n'en sont que quelques tristes exemples.

Beaucoup de spécialistes, dont M. Peter Leuprecht ici même à l'Université du Québec à Montréal, n'ont pas manqué de souligner que le droit international est éclaté et très souvent incohérent. Ce document examinera, à partir d'un cas bien précis, les failles du droit international et les dysfonctionnements du système des Nations Unies en matière de drogues. Le cas dont il est question est l'expansion phénoménale de l'épidémie de VIH/sida dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale (incluant la totalité des ex-républiques soviétiques) depuis quelques années :

[L]e nombre de personnes vivant avec le VIH s'est considérablement accru en quelques années seulement, pour atteindre quelque 1,4 million à la fin de 2004. Ce chiffre représente une multiplication par plus de neuf en moins de 10 ans. [...] Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 0,8% des femmes et 1,7% des hommes vivaient avec le VIH à la fin de 2004. Plusieurs épidémies différentes se déroulent dans la région. L'épidémie la plus grave et la plus fermement implantée se trouve en Ukraine, qui connaît une

¹ Le préambule de la Convention unique de 1961 commence comme suit : « *Les Parties, Soucieuses de la santé physique et morale de l'humanité* ». Or qu'est-ce que la « santé morale de l'humanité » — traduction inadéquate de *welfare of mankind* — et sur quels critères scientifiques peut-on l'évaluer?

nouvelle vague d'infections, alors que la Fédération de Russie est confrontée à la plus importante épidémie de toute la région (et même de l'ensemble de l'Europe).²

Il s'agit d'un recul tragique, pour des pays qui, sans avoir atteint le niveau de consommation des pays d'Europe occidentale ou d'Amérique du Nord, offraient jadis à leurs citoyens des services de santé adéquats. Heureusement, la plupart des épidémies de la région en sont encore à leurs premiers stades — c'est-à-dire que des interventions efficaces et opportunes pourraient interrompre leur propagation et inverser leur cours.³ Or le plus grand obstacle à ces interventions est le manque de clarté des grandes conventions internationales, en ce qui concerne l'utilisation médicale des stupéfiants. Ce manque de clarté a donné lieu à des interprétations diamétralement opposées, se traduisant par une paralysie politique du Système des Nations Unies.⁴

Tout comme les pays du Sud, qui n'étaient auparavant que des producteurs ou de simples lieux de transit des substances illicites, les pays d'Europe orientale font désormais face à une explosion de la consommation de la consommation d'héroïne ou de cocaïne sur leur propre territoire. Quelle stratégie doivent-ils adopter? Ce document rendra compte du face-à-face entre les prohibitionnistes purs et durs et les partisans de l'approche de réduction des méfaits.

1. UN REGARD CRITIQUE SUR LES CONVENTIONS

1.1 Le statut de la feuille de coca, des opiacées et du cannabis dans la Convention unique sur les stupéfiants.

La *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961 (Convention unique) a abrogé et remplacé les dispositions de toutes les conventions en matière de contrôle des drogues existant au moment de son adoption. Elle a mis en place tout un attirail de contrôle et de supervision faisant appel, entre autres, à la Commission des stupéfiants (CDS) et l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS). Pour l'essentiel, la Convention unique limite exclusivement à des « fins médicales et scientifiques » l'emploi, la détention, la production, etc. de substances répertoriées :

² ONUSIDA/OMS, 2004. *Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2004*. Genève : ONUSIDA, p. 47.

³ *Ibid.*, p. 47.

⁴ Armenta, Amira *et al.*, 2002. « Polarisation & Paralysis in UN Drug Control, Breaking the Impasse », *Drugs & Conflict*, 5. Amsterdam : Transnational Institute, p. 3.

Les Parties prendront les mesures législatives et administratives qui pourront être nécessaires

[...]

*c) Sous réserve des dispositions de la présente Convention, pour limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants.*⁵

Par ailleurs, l'article 1 (j) n'apporte pour toute définition au terme stupéfiant que le très laconique « toute substance des Tableaux I et II, qu'elle soit naturelle ou synthétique ». La classification des substances contrôlées s'effectue comme suit :

- Tableau I : Stupéfiants (plus d'une centaine de substances) incluant la feuille de coca, le concentré de paille de pavot, l'héroïne, l'opium, la morphine et le cannabis.
- Tableau II : Stupéfiants (codéine et dérivés, par exemple) pouvant être utilisées à des fins médicales et présentant des risques moindres que les substances du Tableau I.
- Tableau III : Préparations médicamenteuses exemptées de certaines dispositions, sans risque d'abus ni d'effets nocifs, et dont le principe actif est difficilement extractible vu la faiblesse de leur concentration.
- Tableau IV : Substances du tableau I, ayant un potentiel d'abus élevé et considérées particulièrement dangereuses. Sans valeur thérapeutique notable, elles sont néanmoins permises à des fins de recherche.⁶

Selon l'article 3 de la Convention unique, il revient à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'évaluer les substances et de juger de la pertinence de leur classification dans l'un ou l'autre de ces tableaux. Pour ce faire, l'OMS convoque un Comité d'experts pour la pharmacodépendance

⁵ Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole du 25 mars 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, 8 août 1975, 976 R.T.N.U. 105, art. 4. En ligne : http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf

⁶ Bewley-Taylor D.R., 2003. « Challenging the UN drug control conventions : problems and possibilities », *International Journal of Drug Policy*, 14, 2, p. 172. Le mécanisme est similaire en ce qui concerne les drogues de synthèse (substances psychotropes), dont la définition renvoie à leur simple présence dans les tableaux I, II, III ou IV de la *Convention de 1971 sur les substances psychotropes*.

à tous les deux ans, pour ensuite faire des recommandations à la CDS. Malheureusement, la forme de classification en vigueur est incompatible avec la classification établie par l’OMS. En fait, les termes narcotiques, stupéfiants et substances psychotropes sont désuets et ne correspondent plus à la réalité scientifique actuelle. L’OMS préfère utiliser le terme « substances psychoactives », sans égard pour leur statut licite ou illicite :

***psychoactive drug or substance** A substance that, when ingested, affects mental processes, e.g. cognition or affect. This term and its equivalent, psychotropic drug, are the most neutral and descriptive terms for the whole class of substances, licit and illicit, of interest to drug policy. "Psychoactive" does not necessarily imply dependence-producing, and in common parlance, the term is often left unstated, as in "drug use" or "substance abuse".⁷*

Le terme « drogue », selon l’OMS, couvre par ailleurs une variété beaucoup plus grande de substances, utilisées en médecine et pharmacologie, notamment, et n’ayant pas toujours d’effets sur les processus mentaux. Toutefois, dans la langue française, on l’associe le plus souvent, de manière péjorative, aux substances à la fois psychoactives *et* illicites.

Un aspect controversé de la classification des drogues en droit international est la présence arbitraire de la feuille de coca à l’état naturel dans le Tableau I. Plus douteuse encore est l’inclusion du cannabis (chanvre indien et résine de chanvre indien) et de l’héroïne dans le Tableau IV de la Convention unique. En fait, la classification des substances dotés d’un potentiel thérapeutique dans les Tableaux I et II, ainsi que des substances aux « propriétés particulièrement dangereuses » et à valeur thérapeutique faible dans le Tableau IV, remonte à il y a près de 75 ans :

En 1931, la Convention pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants (Convention de Genève) a entraîné la mise en place d’un système de prévisions obligatoires ayant pour objet de limiter la fabrication mondiale de drogues aux quantités nécessaires à un usage scientifique et médical. C’est en vertu du Protocole

⁷ *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization.* En ligne : World Health Organization, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en

de Paris de 1948 que l'OMS fut habilitée à établir quelles sont les nouvelles drogues qui constituent des « drogues dangereuses » pour les besoins de la Convention de 1931.⁸

Enfin, les recommandations de l'OMS sont non-contraignantes, ne concernent que la classification des substances (et non le texte des conventions elles-mêmes), et peuvent être rejetées à tout moment par les 53 membres de la CDS. On peut malheureusement conclure de tout ceci que l'OMS a été marginalisée politiquement dès l'adoption des conventions, et que ses progrès scientifiques n'ont pas été traduits juridiquement.

1.2 Une interprétation plus large des termes « fins médicales et scientifiques » est-elle possible?

La Convention unique ne précise pas la notion de « fins médicales et scientifiques » et ne désignent pas quelles seraient les substances pouvant déroger à la règle d'interdiction totale, même pour des raisons médicales.⁹ Nous pouvons également en déduire que l'intention du législateur était d'autoriser l'emploi à des fins médicales dans l'unique but de soulager la douleur, à en juger par ces quelques lignes du préambule :

Les Parties,

[...]

Reconnaissant que l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin,

[...]

⁸ MacKay, Robin, 2001. *Politique nationale en matière de drogue : Australie*. En ligne : *Rapports de recherche du Comité, Comité spécial sur les drogues illicites*, 37e Législature, 1^{re} Session, <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/ille-F/library-f/robin-f.htm>

⁹ European Legal Database on Drugs, 2003. *Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution*. Lisbonne : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, p. 3.

La suite du préambule stipule par ailleurs que la « toxicomanie » (terme tombé en désuétude à l'OMS)¹⁰ est « un fléau pour l'individu et constitue un danger économique et social pour l'humanité » et en appelle à une lutte coordonnée au plan mondial. C'est malheureusement cette interprétation qui a dominé le discours et la pratique depuis plus de 40 ans.

Toutefois, l'ampleur de l'épidémie du VIH/sida en Afrique et maintenant en Europe orientale, pose la question du sens à donner à l'expression « soulager la douleur ». Le mot « soulager » implique-t-il des mesures de prévention? Ou au contraire doit-on attendre, avant d'agir, que la santé d'un individu se dégrade jusqu'à ce que la douleur se manifeste?

Si l'on souhaite maintenir une certaine cohérence de la Convention de 1961 avec les instruments traitant des droits de la personne, tels que le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (article 12) et la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (article 25), il est évident que la prévention devra avoir préséance. Comme nous le verrons au plus loin, cette question n'a pas manqué d'être soulevée par le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH). Utilisant un langage plus radical, Richard Elliott, du Réseau juridique canadien VIH/sida, va jusqu'à affirmer que « L'objectif premier de la politique de pénalisation doit être la prévention du VIH ».¹¹

1.3 La criminalisation et la réhabilitation selon la Convention unique

L'article 36 (b) de la Convention unique laisse une porte ouverte au traitement et à la réhabilitation des usagers de drogues en dehors du système judiciaire, tout en exhortant les Parties à conférer le statut d'infraction pénale à des gestes tels que l'achat ou la simple possession des substances contrôlées :

¹⁰ Le terme dépendance a été adopté internationalement depuis 1957 sur la proposition du Comité OMS d'experts des drogues engendrant l'accoutumance (devenu Comité experts OMS de la Pharmacodépendance) pour remplacer les termes toxicomanie et accoutumance. En outre le concept de « dépendance » a été élargi en 1969 par le même comité, pour englober sous le terme pharmacodépendance non seulement les états résultant de l'absorption prolongée de drogues mais aussi de médicaments en général. Source : Grand dictionnaire terminologique de l'Office de la langue française, s.v. « dépendance ». En ligne : <http://www.granddictionnaire.com>

¹¹ Elliott, Richard, 2002. *Droit pénal, santé publique et transmission du VIH, Etude des politiques possibles*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. En ligne : Réseau Juridique canadien VIH/SIDA, <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/droitcriminel.htm>

Nonobstant les dispositions énoncées à l'alinéa précédent, lorsque des personnes utilisant de façon abusive des stupéfiants auront commis ces infractions, les Parties pourront, au lieu de les condamner ou de prononcer une sanction pénale à leur encontre, ou comme complément de la condamnation ou de la sanction pénale, soumettre ces personnes à des mesures de traitement, d'éducation, de post-cure, de réadaptation et de réintégration sociale conformément aux dispositions du paragraphe 1 de l'article 38.

En fait, aux États-Unis du moins, l'interprétation de la Convention unique a été si rigide que même les traitements à la méthadone (analgésique opioïde d'origine synthétique permettant de supprimer les douloureux symptômes du sevrage aux opiacés) sont grandement contestés depuis le début des années 1980. En amont, c'est-à-dire avant que la consommation de substances illicites ne se manifeste, les partisans de l'approche traditionnelle prônent l'abstention (avec des slogans tels que le fameux *Just Say No!*). En aval, c'est-à-dire après qu'il y ait eu consommation de substances illicites, ils prônent plutôt l'abstinence :

L'augmentation rapide du nombre de toxicomanes dans les cures d'entretien suscite bientôt deux critiques, depuis constamment reprises, qui amorcent [une] « démedicalisation » du processus de traitement au profit d'arguments moraux : la méthadone est alors perçue comme une « drogue » que l'on fournit à des « drogués », sans les sevrer, et non un médicament permettant de réduire les méfaits; la méthadone présente conséquemment le risque d'être détournée et d'alimenter le marché de la rue.¹²

Or l'interprétation états-unienne basée sur l'abstention et l'abstinence ne repose pas sur un fondement juridique solide. En effet, la nature des mesures de traitement et de réadaptation demeure suffisamment ambivalente pour permettre d'étendre l'expression « à des fins médicales et scientifiques » au traitement de la dépendance, pour peu que la paperasse officielle soit dûment remplie :

¹² Brisson, Pierre, 1997. *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation pratiques*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, p. 18. En ligne: <http://cplt.com/publications/redumef.pdf>

Quant à savoir si l'expression « à des fins médicales et scientifiques » permet l'utilisation de drogues contrôlées, les conventions ne semblent renvoyer « expressément » qu'au soulagement de la douleur, bien que l'article 30 affirme que la prescription de drogues peut être autorisée dans certaines conditions et en utilisant des formulaires officiels.¹³

1.4 La criminalisation de la possession pour usage personnel, un frein à l'usage thérapeutique?

Alors que la Convention unique n'avait en matière pénale qu'une valeur incitative, la *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes* (Convention de 1988) rend contraignante l'adoption de mesures pénales :

Sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique, chaque Partie adopte les mesures nécessaires pour 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 Convention de 1961 telle que modifiée ou de la Convention de 1971.¹⁴

En réalité, au-delà de la culture, de la détention et de l'achat, c'est tout un ensemble de gestes reliés de près ou de loin à la consommation de substances illicites (et décrits explicitement) qui deviennent l'objet de sanctions pénales. Cette nouvelle réalité complique grandement les mesures de traitement et de réhabilitation qui toléreraient une certaine consommation de psychotropes, de même que toute utilisation de substances illicites à des fins médicales.

Au Canada, il a fallu l'intervention des tribunaux dans plusieurs causes médiatisées pour que soit adopté un système d'exemptions permettant la détention de cannabis à des fins médicales, en vertu des « principes constitutionnels » de ce pays, et pour que soit modifiée la perception de

¹³ European Legal Database on Drugs, 2003. *Op. cit.*, p. 5.

¹⁴ *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes*, 19 décembre 1988, Doc. NU E/Conf. 82/15, art. 3 §2. En ligne : http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf

cette plante (classée au Tableau IV de la Convention unique comme stupéfiant « très dangereux » et aux effets thérapeutiques mitigés). Toutefois, en ce qui concerne les opiacés, les réintroduire à grande échelle dans la pharmacopée légale ne manquera pas de soulever encore bien des débats quant à la portée à donner à leur utilisation médicale ou scientifique.

2. LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

2.1 Origines et définitions

Le terme anglais *harm reduction* a donné lieu à plusieurs traductions françaises plus ou moins justes, telles que réduction des risques (terme en vogue en Europe) et réduction des dommages. Au Québec, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) préconise le terme de réduction des méfaits. Cette approche est considérée comme une « démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes, la diminution des conséquences néfastes de comportements de dépendance ou de styles de vie à risque ». ¹⁵

Le choix de la CPLT d'utiliser le terme réduction des méfaits est justifié. La traduction de *harm reduction* par « réduction des risques » a pour inconvénient de couvrir un nombre de mesures sociales et sanitaires extrêmement vaste. Par exemple, l'encyclopédie libre Wikipedia ¹⁶ donne des exemples très variés de mesures telles que la distribution de condoms dans les écoles de manière à prévenir les grossesses chez les adolescentes, la légalisation de la prostitution, ou les programmes de conducteurs désignés (tels que la populaire Opération Nez rouge au Québec). En fait, dans le contexte nord-américain d'obsession pour la sûreté (*safety*), toute activité présentant certains risques de blessures (comme le ski, la motoneige ou le vélo) peut faire l'objet de mesures de prévention, ce qui rend le concept encore plus difficile à cerner.

En fait, il n'existe pas une définition universellement reconnue de *harm reduction*; mais toute définition intègre dans une proportion plus ou moins grande les pôles suivants :

[L]a réduction des méfaits s'attache à réduire les dangers comme les dégâts liés à l'usage, alors que l'approche traditionnelle de réduction de l'offre et de la demande vise à réduire les risques d'apparition de l'usage (incidence) ou alors les cas existants (prévalence). ¹⁷

¹⁵ Brisson, Pierre, 1997. *Op. cit.*, pp. 6-7.

¹⁶ Wikipedia, *The Free Encyclopedia*, 2005, s.v. « harm reduction ». En ligne : http://en.wikipedia.org/wiki/Harm_reduction

¹⁷ Brisson, Pierre, 1997. *Op. cit.*, p. VII.

En définitive, la réduction des méfaits, « s’occupant, en amont, de la réduction des risques de conséquences négatives (associée à la prévention primaire) et, en aval, de la réduction des conséquences négatives comme telles (associée à la prévention secondaire et tertiaire) », apparaît comme le terme le plus apte à désigner l’objet d’étude de ce document.

Dans son acception la plus courante, tout comme dans les débats en droit international, l’approche de réduction des méfaits est donc associée étroitement aux conséquences de l’usage des substances psychotropes. Les traitements à base de produits de substitution comme la méthadone, et les programmes d’approvisionnement en seringues en constituent les aspects les plus connus et controversés. C’est au milieu des années 1980 que l’approche de réduction des méfaits, dans sa forme contemporaine, s’est généralisée en Hollande et au Royaume-Uni, puis à la grandeur de l’Europe occidentale. L’apparition du sida, événement marquant de cette décennie, a en effet déclenché une remise en question des politiques de criminalisation des usagers de drogues :

Le cortège des méfaits physiques associés à l’héroïne de nos jours — hépatites B et C, abcès, phlébites, surdosage, VIH, malnutrition et problèmes généraux de santé — proviennent des mauvaises conditions dans lesquelles a lieu l’usage, souvent attribuables au contexte prohibitionniste.¹⁸

Or la propagation de l’épidémie de VIH par le partage de seringues contaminées ne peut effectivement être renversée, et le dialogue ne peut être établi avec les usagers de psychotropes, lorsque ceux-ci doivent continuellement rester dans l’ombre par crainte des repréailles policières.

Les principes de l’approche de réduction des méfaits sont donc le pragmatisme et l’humanisme,¹⁹ et la reconnaissance que la consommation de substances illicites est une réalité incontournable.

¹⁸ Brisson, Pierre, 1997. *Op. cit.*, p. 13.

¹⁹ *Ibid.*, pp. 43-45.

Ces principes sont particulièrement à propos en ce qui concerne la propagation du VIH dans les pays d'Europe orientale, car ils nous obligent à établir une hiérarchie des objectifs. Sans vouloir minimiser l'importance des programmes d'information et de prévention voués à réduire la demande, il ne fait nul doute que, compte tenu des chiffres alarmants rendus publics par l'OMS et ONUSIDA, la priorité absolue est d'enrayer la propagation de l'épidémie de VIH chez les gens ayant déjà développé des comportements à risque. Des questions idéologiques ou morales ne sauraient empêcher l'atteinte de ces objectifs.

2.1.1 Les expériences anglaise, hollandaise et suisse

À partir des années 1920, les médecins britanniques ont eu toute la latitude voulue pour prescrire les substances de leur choix aux personnes souffrant de dépendance :

Suite à l'édiction des législations antidroque à l'échelle internationale, la Grande-Bretagne adopte une stratégie moins répressive que les nord-américains à l'endroit des drogues dorénavant proscrites. Suite aux recommandations du Rolleston Committee, en 1926, ce pays maintient un système de prescription médicale de substances illicites pour les gens déjà toxicomanes. Tout médecin peut ainsi prescrire la drogue jugée nécessaire (morphine, héroïne, cocaïne et plus tard, amphétamines) dans le cadre de traitement à durée variable et parfois indéfinie.²⁰

Le contraste est frappant si l'on considère que l'attitude prohibitionniste stricte des américains a résulté en l'arrestation de pas moins de 40 000 médecins et pharmaciens, entre les années 1920 et 1930.²¹

Le *British system* fut mis en veilleuse au début des années 1960, pour refaire son apparition un quart de siècle plus tard. La prescription médicale d'héroïne, de méthadone, d'amphétamines et de cocaïne à des patients, sans oublier l'échange de seringues, sont réapparus en 1985 dans des cliniques de la région de Liverpool, dans ce qui est généralement appelé le « modèle de

²⁰ Brisson, Pierre, 1997. *Op. cit.*, p. IX.

²¹ *Ibid.*, p. 15.

Mersey ». Établi en étroite collaboration avec les milieux policiers, ce modèle s'est par la suite répandu à d'autres régions du Royaume-Uni.²²

En fait, le modèle de Mersey, ainsi que le *British system* qu'il a contribué à relancer, débordent du cadre conceptuel de réduction des méfaits, et englobent l'utilisation des drogues à des fins médicales dans son ensemble.

Atteinte par une forte progression de du phénomène d'administration des drogues par injection dans les années 1970, c'est plutôt la Hollande qui a été au coeur du développement de l'approche contemporaine de réduction des méfaits. Avant même que les premiers cas de sida ne soient diagnostiqués en 1981, les usagers de drogues injectables (UDI) étaient atteints en grand nombre par des hépatites. Cela a entraîné l'adoption des premières mesures de distribution de seringues.

Ces mesures se sont inscrites dans un contexte politique particulier. Suite aux recommandations de la Commission Baan (1972), la politique hollandaise en matière de substances illicites repose depuis 1976 sur une distinction entre drogues « dures » et « douces » et une dépénalisation *de facto* de la possession des drogues douces. À cela s'ajoute l'*expediency principle* de la police hollandaise, pour qui la répression n'est pas la réponse automatique à l'illégalité. Appliqué dans une optique plus large, l'*expediency principle* fera en sorte que les interventions des autorités cibleront avant tout les actes illicites posant un risque réel de dommages à l'individu ou à la société, plutôt que mettre la totalité des actes illicites sur un pied d'égalité.²³

Vers la fin des années 1980, la Suisse a tenté de rejoindre un maximum d'usagers de drogues injectables (UDI) en établissant des zones de tolérance en plein air, situées dans le centre des grandes villes, de manière à y distribuer des seringues stériles, de la nourriture et de l'information. Victimes de leur succès, ces zones de tolérance ont tôt fait d'attirer des « narcotouristes » et trafiquants de tout acabit, et d'effrayer la population vivant aux alentours. Les photos choc prises dans le parc Platzspitz de Zurich ont été diffusées dans les médias à sensation

²² *Ibid.*, pp. 40-41.

²³ Uitermark, Justus 2004. « The origins and future of the Dutch approach towards drugs », *Journal of Drug Issues*, summer 2004, pp. 511-532. En ligne : Centrum voor Drugsonderzoek, <http://www.cedro-uva.org/lib/uitermark.origins.html>

du monde entier et la situation est devenue politiquement ingérable. La zone de tolérance de Zurich, au surnom peu flatteur de *Needle Park*, a dû être fermée par la police en 1992. Cela démontre que l'application pratique de l'approche de réduction des méfaits a connu quelques ratés. Les autorités suisses ont cependant tiré des leçons de cet échec. En 1994, des scientifiques suisses ont mis sur pied un programme d'injection supervisée, et désormais, les sites ne sont accessibles qu'aux usagers locaux, qui doivent présenter leur carte d'identité. Cela permet de filtrer les étrangers et d'éviter des concentrations trop grandes de consommateurs.²⁴ Les résultats sont encourageants :

*Sept ans plus tard, les responsables du programme ont fait le point : les problèmes sociaux causés par les toxicomanes sont plutôt en réduction. Chez les 2000 personnes qui ont participé à l'étude au fil des ans, le pourcentage de sans-abri est passé de 18 % au début du programme à 1 % 12 mois plus tard, et le taux de chômage est passé de 73 % à 45 %. Les utilisateurs étaient également en meilleure santé: la proportion des toxicomanes dont la masse corporelle était jugée inquiétante par les médecins est passée de 35 % à 24 %.*²⁵

2.1.2 La situation au Canada et au Québec

Au Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) a été créé en 1998 dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue du gouvernement fédéral. Toutefois, cet organisme s'est orienté dès son origine vers une perspective de réduction des méfaits.²⁶ Des mesures concrètes ont donc été mise en oeuvre en ce sens dès le tournant des années 1990, malgré un discours politique et médiatique axé sur la « tolérance zéro » et l'adoption de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, abrogeant la *Loi sur les stupéfiants* ainsi que certaines parties de la *Loi sur les aliments et drogues*, afin de rendre le droit canadien conforme à la Convention de 1988.

²⁴ Brisson, Pierre, 1997. *Op. cit.*, pp. 66-67.

²⁵ Bérubé, Nicolas. « De l'héro aux junkies, un pari osé: Le succès suisse ». *La Presse*, 19 mars 2005.

²⁶ Brisson, Pierre, 1997. *Op. cit.*, p. 34.

Au Québec, le CPLT a réaffirmé le bien fondé de l'approche de réduction des méfaits dans de nombreux avis et rapports adressés au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à partir de 1992. En 1999, cet organisme en a appelé à la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis :

La déjudiciarisation s'applique après le dépôt d'une accusation et elle consiste en l'exercice, par le procureur de la Couronne, d'un pouvoir discrétionnaire lui permettant de décider de ne pas poursuivre le contrevenant et de recourir plutôt à des mesures de rechange. Le programme de mesures de rechange vise à faire assumer au contrevenant la responsabilité de ses actes sans qu'il y ait de procès.

Il est à noter que la déjudiciarisation est tout à fait en conformité avec l'article 36 (b) de la Convention unique, alors que la décriminalisation et la légalisation posent problème, tant en ce qui concerne la Convention unique que la Convention de 1988.

Par ailleurs, beaucoup d'Organisations non gouvernementales et paragouvernementales oeuvrent aussi à l'échelle municipale. On peut mentionner, entre autres, l'organisme Vancouver Coastal Health qui a ouvert, en septembre 2003, le premier centre d'injection supervisé en Amérique du Nord, dans le quartier Downtown East Side.

Avec près de 20 ans de retard sur le « modèle de Mersey », le Canada s'est également doté d'un programme d'essais cliniques de prescription d'héroïne, destiné aux personnes souffrant de dépendance et n'ayant pas eu de succès avec les autres formes de thérapie. Le North American Opiate Medication Initiative (NAOMI), créé sous l'égide des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), est opérationnel depuis février 2005, et prévoit traiter un maximum de 470 patients dans les villes de Vancouver, Toronto et Montréal.²⁷

²⁷ Instituts de recherche en santé du Canada, Communiqué 2005-03, « Le premier essai clinique nord-américain sur l'héroïne prescrite commence aujourd'hui », 9 février 2005. En ligne : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/26516.html>

2.2 Évolution de la réduction des méfaits dans le droit régional

2.2.1 La Résolution de Francfort et l'European Cities on Drug Policy

Dans les pays développés, le mode de fonctionnement des administrations publiques fait en sorte que les municipalités ou les États fédéraux (provinces, cantons, länder), de par leur juridiction en matières de santé et d'éducation, sont aux premières lignes quand vient le temps de faire face aux conséquences fâcheuses de la consommation de drogues. (Dans le contexte actuel de « gouvernance » et de réduction du rôle de l'État, cette responsabilité tend toutefois à être dévolue aux ONG et organismes communautaires.) C'est ainsi que le régime international de prohibition des drogues apparaît comme une mesure idéologique émanant « d'en haut », énoncée par des diplomates, et relayée par des bureaucrates oeuvrant dans les administrations centrales ou fédérales — bref par des gens peu au fait de ce qui se passe réellement dans les rues et les communautés.

Par conséquent, il n'est pas étonnant que les administrations municipales aient été parmi les premières organisations à réagir et tenter de légitimiser l'approche de réduction des méfaits, à défaut de pouvoir inscrire celle-ci dans le droit de leurs pays respectifs. C'est ainsi qu'en 1990, des représentants des villes européennes d'Amsterdam, Zurich, Hambourg et Francfort se sont réunis et ont adopté la Résolution de Francfort, qui a introduit le concept de réduction des méfaits dans le *soft law* européen :

The resolution recommends that "purchase, possession and consumption of cannabis no longer constitute a criminal offense," and further, that "users of other illegal drugs are not punished for the purchase, possession and consumption of small quantities of drugs for their own personal needs." The Frankfurt Resolution also supports the distribution of sterile syringes to drug users, and the establishment of "shooting galleries" where drugs can be consumed under supervision. Although these recommendations represent a radical departure from the drug policies which most of us are familiar, the cities that created the Frankfurt Resolution had been successfully implementing these types of "harm reduction" measures for some time. Every year since the signing of the resolution there has been

*another conference of concerned European cities, and more cities have added their names to the resolution.*²⁸

En fait, ce sont plus d'une vingtaine de villes européennes qui ont adhéré initialement à la Résolution de Francfort, pour ensuite former un réseau appelé European Cities on Drug Policy (ECDP). En 1993, à sa réunion annuelle, le regroupement a réuni des représentants de 58 villes, réparties dans 14 pays. La même année fut inauguré à Baltimore (États-Unis) l'International Network of Cities on Drug Policy, qui a mis de l'avant une résolution similaire à celle de Francfort.

C'en était déjà trop pour les tenants de la ligne dure qui, à l'Initiative de la Suède, ont répliqué en mettant sur pied le réseau European Cities Against Drugs (ECAD)! L'ECAD regroupe aujourd'hui 254 municipalités, généralement de taille moyenne et localisées principalement en Scandinavie, dans les pays baltes et d'Europe orientale.²⁹

Signe des temps, l'ECDP semble avoir été dissous. Le concept de réduction des méfaits a connu une évolution prometteuse dans le droit européen, ce qui ne justifiait probablement plus son existence. Toutefois, l'ECAD continue de diffuser un discours qui refuse d'admettre son efficacité, ce qui est peu encourageant pour les résidents d'Europe orientale, contaminés par le VIH dans des proportions toujours plus grandes.

2.2.2 L'intégration progressive du concept en droit européen

C'est dans le *soft law* européen que l'approche de réduction des méfaits a évolué le plus favorablement. Le Parlement européen a adopté en novembre 1995 la *Résolution concernant un plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue*, dont voici quelques extraits :

Le Parlement européen,

²⁸ Larsen, Dana, 1995. « European Cities Explore Harm Reduction », *Marijuana & Hemp*, 1, 5. En ligne : <http://www.cannabisculture.com/backissues/cc00/frankfurt.html>

²⁹ ECAD Members. En ligne : European Cities Against Drugs, <http://www.ecad.net>

[...]

1. invite le Conseil européen à adopter le plan d'action 1995-1999, lequel admet qu'il faut accorder au moins autant d'attention à la prévention et à la réduction des risques qu'à la législation et à la répression en matière de toxicomanie et de trafic de drogue,

[...]

24. souligne qu'un tel examen [des effets des politiques appliquées, en matière de drogue, dans différents pays] doit inclure une étroite comparaison des politiques de réduction des risques menées par des villes comme Francfort, Hambourg, Amsterdam et Zurich, signataires de la résolution de Francfort du 22 novembre 1990 et rassemblées dans l'organisation European Cities on Drug Policy (ECDP), d'une part, et des politiques plus strictes de lutte contre la drogue conduites par des villes [...] d'Europe qui sont membres de l'organisation « European Cities Against Drugs »;

[...]

33. demande aux États membres, qui ne l'ont pas encore fait, de mettre en place des politiques de réduction des risques liés à la consommation de drogues;

[...]

55. demande que toute aide possible au titre du programme PHARE et des autres programmes en faveur des pays d'Europe centrale et orientale soit mobilisée afin de développer leur propre politique de prévention et leur propre stratégie de réduction des risques, ainsi que pour porter les ressources dont ils disposent en matière de renseignements et au plan opérationnel à un niveau qui soit à la hauteur de la tâche à accomplir;³⁰

³⁰ CE, Résolution A4-0136/95 sur la communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen concernant un plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue (1995-1999), novembre 1995. En ligne : « La lutte contre la drogue », Parlement européen, http://europarl.eu.int/topics/drugs/drug2_fr.htm

Des objectifs similaires ont été réitérés dans le plan quinquennal subséquent, couvrant la période 2000-2004, dans un contexte politique et juridique grandement transformé par les événements suivants :

- La création de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) et de l'Office européen de police (EUROPOL) — a permis de mieux connaître le phénomène des drogues et de faciliter la coopération des États membres en matière de collecte et d'échange d'information.
- L'entrée en vigueur du traité d'Amsterdam en 1997, et plus particulièrement du nouvel article 152 (ex-article 129 du *Traité instituant la Communauté européenne*), a rendu obligatoire la prise en compte la santé dans toutes les politiques et actions de l'Union Européenne.

Selon un memo de l'European NGO Council on Drugs (ENCOD),³¹ l'objectif primordial pour l'année 2005 est que la Stratégie communautaire en matière de lutte contre la drogue (2005-2012) tienne compte du Rapport Catania. Ce rapport audacieux — adopté par une faible majorité au Parlement européen en décembre 2004 — propose d' « intensifier la recherche scientifique et sociale sur les substances illégales à des fins médicales et sociales pertinentes », notamment en ce qui concerne les « plantes actuellement illégales ou dans une zone grise, comme le chanvre indien, l'opium ou les feuilles de coca ». De plus, le Rapport Catania incite les Parties à :

*insister davantage sur les aspects liés à la réduction des dommages, à l'information, à la prévention, aux soins et à l'attention portée à la protection de la vie et de la santé des individus présentant des problèmes liés à l'usage de substances illicites, et définir des mesures permettant d'éviter la marginalisation des personnes touchées plutôt que mettre en œuvre des stratégies de répression à la limite de la violation des droits humains fondamentaux et qui, souvent, ont donné lieu à de telles violations;*³²

³¹ Oomen, Joep, 2005. « A Drug War Battle We Have Won », *The Encod Bulletin*, 1. En ligne : European Coalition for Just and Effective Drug Policies, <http://www.encod.org/BULLETTIN1.pdf>

³² CE, *Rapport A6-0067/2004 contenant une proposition de recommandation du Parlement européen à l'intention du Conseil sur la stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012) (2004/2221(INI))*, 12 décembre 2004, p. 9.

Il reste à savoir si le Conseil de l'Union européenne (« conseil des ministres » originaires des États membres de l'Union, sans l'accord duquel la Stratégie communautaire ne peut être adoptée) sera convaincu par ces recommandations.

2.3 Les limites de l'approche de réduction des méfaits

D'un point de vue *sanitaire*, face à une situation aussi grave que l'épidémie de VIH, l'efficacité des mesures de réduction des méfaits demeure limitée dans la mesure où elles ne rejoignent pas la totalité des UID, et elles ne sont pas systématiquement jumelées à des tests de dépistage du virus dans l'ensemble de la population.

De plus, la « neutralisation » du danger par l'incarcération³³ est un concept inadapté aux problèmes de santé publique :

*[U]ne personne séropositive peut transmettre le VIH en milieu carcéral [...] en adoptant un comportement à haut risque avec d'autres prisonniers. Les faits montrent que les comportements à haut risque sont fréquents dans le milieu carcéral, notamment en raison du manque d'accès aux moyens de prévention tels que les préservatifs ou du matériel propre en cas de consommation de drogues injectables.*³⁴

L'approche de réduction des méfaits devra donc être appliquée dans toutes les couches de la société, y compris en prison, tant et aussi longtemps que demeurent en vigueur des sanctions pénales susceptibles d'y envoyer les personnes à risque. Cela demandera un grand niveau de coordination entre services hospitaliers, éducatifs, policiers et carcéraux, ainsi qu'une remise en question de la « culture organisationnelle » de certains corps professionnels dont l'expertise première est la répression!

D'un point de vue *économique*, l'approche intégrée de réduction des méfaits mentionnée ci-dessus apparaît très coûteuse. En effet, dans le contexte politique actuel, les systèmes étatiques

³³ Elliott, Richard, 2002. *Op. cit.*, p. 22.

³⁴ *Ibid.*, p. 6.

de santé publique doivent composer avec des budgets toujours plus maigres, alors que les programmes d'éradication des cultures illicites et de lutte contre le crime organisé absorbent des centaines de millions de dollars par année.

De plus, l'approche de réduction des méfaits présente une autre faiblesse importante : là où n'existent pas de programmes de prescription légale de substances psychotropes, elle « alimente » indirectement le marché noir à l'aide de fonds publics. C'est pourquoi les milieux prohibitionnistes souhaitent en revenir à des programmes basés sur l'abstinence, alors que les réformistes souhaiteraient plutôt l'instauration d'un marché légal mondial des substances psychotropes.

Enfin, sur le plan *politique*, nous avons vu que la Convention unique de 1961 pêche par 1) son manque de conformité scientifique avec les définitions établies par l'OMS; 2) son manque de précision quant au sens à donner aux « fins médicales et scientifiques »; et 3) son manque de précision quant à la nature et au statut légal des traitements à donner aux personnes souffrant de dépendance. De plus, la Convention de 1988 rend pratiquement obligatoire le recours aux sanctions pénales. Dans ce contexte, l'approche de réduction des méfaits semble trop souvent être appliquée en réaction aux torts causés par l'interprétation de ces conventions. Par conséquent, il est courant d'entendre dans les milieux antiprohibitionnistes que « le contrôle de l'usage des drogues cause plus de méfaits que l'usage lui-même ». Une définition plus politisée de la réduction des méfaits consistera donc à « réduire les conséquences néfastes à la fois de l'usage de substances psychoactives *et des contrôles publics de cet usage* ». ³⁵ Par contre, les opposants de l'approche de réduction des méfaits soutiennent généralement qu'elle favorise ou banalise la consommation de drogue, ou encore qu'elle constitue le « Cheval de Troie » des groupes antiprohibitionnistes ³⁶ pour en arriver à une légalisation complète des drogues. Sur ce point, ils n'ont pas entièrement tort! C'est dans ce contexte de polarisation croissante qu'une réforme du droit de la drogue a commencé à être débattue aux Nations Unies, à partir de de 1991.

³⁵ Brisson, Pierre, 1997. *Op. cit.*, p. 8. (C'est moi qui souligne.)

³⁶ Jelsma, Martin, T. Blickman et V. Montañés, 2003. « An Agenda for Vienna : Change of Course », *Drugs & Conflict*, 6, p. 6. Amsterdam : Transnational Institute. En ligne : TNI Publications, <http://www.tni.org/reports/drugs/debate6.pdf>. (Opinion émise en 1994 par la Commission des stupéfiants dans le rapport UNDCP/1994/AG.7, §60.)

3. INCOHÉRENCES DANS LE SYSTÈME DES NATIONS UNIES

3.1 L'interprétation des conventions et la réduction des méfaits selon ONUSIDA

En opération depuis 1996, le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) rassemble dix agences spécialisées du système des Nations Unies. Le courant de pensée qui se dégage des publications d'ONUSIDA vise à influencer l'application du droit pénal dans les États parties, par une interprétation des conventions internationales plus favorable à la réduction des méfaits. En ce sens, les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme, élaborées en 1996 par ONUSIDA et le HCDH, « sont utiles aux décideurs car elles leur permettent de vérifier la conformité de leurs politiques avec les obligations qui leur incombent légalement en matière de droits de la personne. »³⁷

Deux de ces Directives ont un lien direct avec la question qui nous préoccupe :

Directive 3 : Les Etats devraient réexaminer et réformer la législation relative à la santé publique pour s'assurer qu'elle traite de façon adéquate les questions de santé publique posées par le VIH/SIDA, que les dispositions de la loi applicables aux maladies fortuitement transmissibles ne sont pas appliquées à tort au VIH/SIDA et sont compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme.

Directive 4 : Les Etats devraient 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 et ne soient pas indûment utilisés dans le contexte du VIH/SIDA ou à l'encontre de groupes vulnérables.

³⁷ Elliott, Richard, 2002. *Op. cit.*, pp. 17-18. Ces directives ont été intégrées dans la *Résolution de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies sur la Protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)*, Rés. CDH 1996/43, Doc. Off. CES NU, 43^e sess., supp. n° 3, Doc. NU E/CN.4/1996/43 (1996), p. 147.

3.2 La réduction des méfaits en Droit international

3.2.1 La Décennie des Nations Unies contre l'abus des drogues et la Déclaration du millénaire

En ce qui concerne le droit international, il est important d'analyser l'évolution juridique de la réduction des méfaits par rapport au contexte politique plus large dans lequel elle s'insère. La *Déclaration du millénaire* donne le ton au Titre II :

Nous décidons par conséquent :

[...]

De prendre des mesures concertées pour lutter contre le terrorisme international [...]

De redoubler d'efforts dans l'accomplissement de notre engagement à lutter contre le problème mondial de la drogue.

*D'intensifier la lutte que nous menons contre la criminalité transnationale dans toutes ses dimensions [...]*³⁸

Il faut noter la répétition par trois fois du terme « lutte », dans une section intitulée *Paix, sécurité et désarmement*! Jusqu'à maintenant, il est malheureux que le terrorisme et la criminalité transnationale aient augmenté de manière proportionnelle à l'intensité du contrôle international des drogues. Dans ce contexte, ces trois alinéas de la Déclaration du millénaire risquent d'équivaloir à une déclaration de guerre permanente s'ils ne sont pas considérés avec précaution. Une formule telle que « favoriser une gestion adéquate et licite des drogues, favorisant de la santé et de la sécurité humaines » n'aurait-elle pas été préférable?

Quant au VIH/sida, on le mentionne dans deux sections. D'une part, le Titre III (*Développement et élimination de la pauvreté*) prend l'engagement d'arrêter la propagation du VIH/sida et de commencer à inverser la tendance actuelle, tout en apportant une assistance spéciale aux

³⁸ *Déclaration du Millénaire*, Rés. AG Nu 55/2, Doc. off. AG NU, 55^e sess., supp. n°. 49, Doc. NU A/RES/55/2 (2000). En ligne : Les Droits de l'Homme, http://www.aidh.org/mill/decl_millen.htm

orphelins du VIH/sida, avec pour échéance l'année 2015. D'autre part, le Titre VII (*Répondre aux besoins spéciaux de l'Afrique*) engage la communauté internationale à « aider l'Afrique à se doter des capacités voulues pour freiner la propagation de la pandémie du VIH/sida et d'autres maladies infectieuses ». Bien que les problèmes de l'Afrique sont très graves et ne doivent pas être négligés, il est regrettable que seul ce continent ait été nommé spécifiquement. Cela risque de minimiser la gravité de la situation qui prévaut ailleurs. Avec à peine cinq ans de recul, et connaissant les menaces qui pèsent sur les ex-républiques soviétiques, la Déclaration du millénaire apparaît donc désuète et bien loin de pouvoir atteindre ses objectifs.

Un événement marquant de la période 1991-2000, baptisée Décennie des Nations Unies contre l'abus des drogues, fut la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale (UNGASS) sur le Problème mondial des drogues, tenue en juin 1998. Avec pour slogan « Un monde sans drogue, c'est possible » (*A drug-free world, we can do it*), cette session a donné lieu à des « prétentions exagérées »³⁹ et l'établissement d'objectifs peu réalistes comme « élaborer des stratégies visant à éliminer ou à réduire sensiblement la culture illicite du cocaïer, de la plante de cannabis et du pavot à opium d'ici à 2008 ». La déclaration politique finale a demandé « aux familles et aux éducateurs, ainsi qu'aux responsables politiques, religieux, culturels, sportifs, commerciaux et syndicaux, aux organisations non gouvernementales et aux médias du monde entier, de promouvoir activement une société exempte d'abus de drogues, notamment en mettant en valeur et en facilitant l'adoption de solutions de substitution saines, productives et satisfaisantes à la consommation illicite de drogues, qui ne doit pas devenir un mode de vie accepté ».⁴⁰ Bref, les conclusions moralistes de ce « Sommet de la drogue » ont penché clairement du côté de l'abstention et de l'abstinence, ainsi que de la réduction de l'offre et de la demande. Aucune mention n'a été faite du concept de réduction des méfaits. En matière de santé, seuls furent repris les termes habituels (et imprécis) de traitement, de réadaptation et de réinsertion « en vue de rendre dignité et espoir aux enfants, aux femmes et aux hommes devenus toxicomanes ».⁴¹

³⁹ Jelsma, Martin, T. Blickman et V. Montañés, 2003. *Op. cit.*, p. 9.

⁴⁰ *Déclaration politique*, Rés. AG NU S-20/2, 9^e séance plén., Doc. NU A/RES/S-20/2 (1998), article 19. En ligne : http://unodc.org/unodc/resolution_1998-06-10_1.html

⁴¹ *Ibid.*, article 7.

Avec un langage beaucoup plus précis et explicite, la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, adoptée en 2001, estime par contre que « le succès des stratégies de prévention, de soins et de traitement exige des changements de comportement »⁴² et demande aux Parties de veiller, d'ici à 2005 :

*[...] à ce qu'il existe dans tous les pays, en particulier dans les pays les plus touchés, un large ensemble de programmes de prévention, [...] visant à réduire la fréquence des comportements à risque [et] assurant un accès élargi à des articles indispensables, tels que les préservatifs masculins et féminins et les seringues stériles; comportant des programmes de réduction des effets préjudiciables de la toxicomanie; assurant un accès élargi aux services de conseils et de dépistage volontaires et confidentiels, la fourniture de produits sanguins non contaminés et un traitement rapide et efficace des infections sexuellement transmissibles.*⁴³

Par son ton très différent, la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* a en quelque sorte « cristallisé » juridiquement le clivage politique apparu au début des années 1990. Cela pose désormais un problème de cohérence sérieux, affectant le Système des Nations Unies dans son ensemble.⁴⁴

3.2.2 La CDS, l'OICS et l'ONUDC maintiennent la ligne dure

Depuis le tournant du millénaire, la ligne dure demeure de mise, au sein du « noyau prohibitionniste » constitué par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), la Commission des stupéfiants (CDS) et l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS).

En 2003, la CDS a procédé à une révision à mi-terme des objectifs fixés par l'UNGASS de 1998, sans toutefois en infléchir la trajectoire. Aucune avancée n'a été réalisée en ce qui concerne la réduction des méfaits, mis à part cette vague allusion :

⁴² *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Rés. AG NU S-26/2., 26^e sess. spéc., Doc. NU A/RES/S-26/2 (2001), article 23.

⁴³ *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, article 52.

⁴⁴ Jelsma, Martin et P. Metaal, 2004. « Cracks in the Vienna Consensus : The UN Drug Control Debate », *Drug War Monitor*, 3, 1. Washington D.C. : Washington Office on Latin America, pp. 10, 20. En ligne : <http://www.tni.org/archives/jelsma/wolabrief.pdf>

Les États devraient notamment:

[...]

b) Continuer d'élaborer et d'exécuter des politiques globales de réduction de la demande, y compris des activités de réduction des risques, qui soient conformes à des pratiques médicales fiables et aux traités internationaux relatifs au contrôle de drogues et qui atténuent les effets nocifs de l'abus des drogues sur la santé et la société. Mettre à la disposition des toxicomanes une vaste gamme de services polyvalents de traitement, de réadaptation et de réinsertion sociale, à l'aide de ressources appropriées affectées à ces services, étant entendu que l'exclusion sociale représente un facteur de risque important en ce qui concerne l'abus de drogues;⁴⁵

Une lecture attentive des premières lignes de ce paragraphe nous indique que la « réduction des risques » est assimilée à la réduction de la demande!

Or, ce qui apparaissait, jusqu'à 2003, comme une simple hésitation à accepter le bien fondé de l'approche de réduction des méfaits, s'est rapidement transformé en un refus clair et net d'en discuter! Les organes de contrôle des drogues de l'ONU font désormais preuve d'intransigeance, et vont jusqu'à supprimer toute référence écrite à ce concept dans les documents écrits de ces organismes! Cela ne manque pas d'inquiéter, en cette année 2005 où le directeur de l'ONUDC, M. Antonio Maria Costa, préside l'exécutif d'ONUSIDA :

Mr. Costa, who last year expressed support for positive changes in the Russian criminal code, expansion of syringe exchange in countries facing injection driven epidemics and other measures to reduce drug-related harm, has apparently been rebuked by the U.S. State Department. Following a meeting with Robert Charles, U.S. Assistant Secretary for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, Mr. Costa pledged to review all

⁴⁵ *Déclaration ministérielle commune et mesures complémentaires en vue de l'application des plans d'action issus de la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée, Commission des stupéfiants, 46^e sess., Doc. NU E/CN.7/2003/L.23/Rev.1 (2003).*

*UNODC electronic and printed documents for references to “harm reduction” and to be “even more vigilant in the future.”*⁴⁶

L’ONUDC fait donc figure de « corps étranger » au sein du programme ONUSIDA. Mais si l’ONUDC refuse d’admettre la validité de l’approche de réduction des méfaits, ce n’est pas tant à cause de l’inflexibilité idéologique de ses fonctionnaires que de celle de ses bailleurs de fonds, États-Unis en tête.

3.2.3 Les agences des Nations Unies au service d’intérêts nationaux?

Les Nations Unies sont, en théorie du moins, un système multilatéral reflétant une volonté de coopération de la part des États membres. Malheureusement, en ce qui a trait au contrôle des drogues et au débat sur la réduction des méfaits, les masques commencent à tomber lorsqu’on examine de plus près qui finance les organisations et comment sont prises les décisions.

En tant qu’organe de nature quasi-judiciaire, dont les origines remontent aux années 1930 et dont le fonctionnement est indépendant de l’ONU, l’OICS ne dispose pas de mécanismes de sanction directs. Mais ses rapports annuels sont le plus souvent utilisés pour blâmer les pays ne se conformant pas à une interprétation très stricte des conventions. En effet, les États-Unis utilisent largement les données qui s’y trouvent afin de justifier la « certification » ou la « décertification » de certains pays en relation avec leurs efforts pour lutter contre le trafic international de stupéfiants.

For poorer countries, such criticism can also have practical implications such as reductions in foreign aid or other forms of international cooperation if countries that maintain a drug control-linked sanction regime, such as the United States, consider violations grave enough to warrant taking action. [...] The INCB tends to interpret the conventions very strictly and regularly oversteps its mandate by condemning a given

⁴⁶ « An Open Letter to the delegates of the 48th session of the Commission on Narcotic Drugs », 3 mars 2005. En ligne : Human Rights Watch, <http://hrw.org/english/docs/2005/03/02/global10244.htm> Cette lettre a été signée par 334 individus et organisations dans pas moins de 56 pays. La coordination en était assurée par Human Rights Watch, l’Open Society Institute, le Réseau juridique canadien VIH/SIDA (basé à Montréal) et l’International Harm Reduction Association.

*country's national policy decisions based on alternative interpretations of those conventions, often leading to tensions.*⁴⁷

Chaque année, le Département d'État présente au Congrès un document intitulé *International Narcotics Control Strategy Report*. Une décertification, en vertu du Foreign Assistance Act de 1961, signifie que les représentants états-uniens au sein de la Banque mondiale ou la Banque interaméricaine de développement devront automatiquement voter contre toute forme de prêt ou d'aide financière au pays concerné, et signifie en outre que le Président peut user de son pouvoir discrétionnaire pour lui imposer des sanctions commerciales.⁴⁸

Quant à la CDS — organe de nature politique comptant 53 États membres — il est clair que les pays les plus libéraux en matière de réduction des méfaits (tels que le Canada) y gardent un profil bas et tentent d'y éviter toute controverse, de manière à ne pas trop exposer à la critique leurs programmes nationaux.⁴⁹

Par ailleurs, les pays de la Communauté andine, dont les politiques allaient dans le sens d'une plus grande tolérance jusqu'aux années 1990, se sont mis à craindre les représailles du géant américain, et ont subitement ajouté leurs voix au chœur prohibitionniste :

*The Andean group also initiated a resolution asking the CND to “analyze new tendencies in relation with cannabis and other drugs,” in short, questioning the harm reduction and cannabis decriminalization trend. At the same time, they called for additional resources for the eradication of cannabis and coca crops. This strong antileniency position taken by the Andean countries can be interpreted as a move to please the United States.*⁵⁰

Enfin, on ne pourrait passer sous silence le rôle du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) qui, en tant que branche exécutive et

⁴⁷ Jelsma, Martin et P. Metaal, 2004. *Op. cit.*, pp. 6-7.

⁴⁸ Isacson, Adam, L. Haugaard et J. Olson, 2003. « Prohibitions on Security Assistance », *Just the Facts, A database of U.S. military and police assistance to Latin America*. En ligne : Center for International Policy, <http://www.ciponline.org/facts/eligib.htm>

⁴⁹ Armenta, Amira *et al.*, 2002. *Op. cit.*, p. 4.

⁵⁰ Jelsma, Martin et P. Metaal, 2004. *Op. cit.*, p. 19.

opérationnelle de l'ONUDDC, est doté d'un budget d'environ 100 millions \$, dont 90 pour cent est versé sur une base volontaire. L'ensemble des grands donateurs de l'UNODC, auquel on ajoute les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, forme un « axe prohibitionniste » dont les contours ressemblent étrangement à ceux de de la *Coalition of the Willing*, c'est-à-dire les pays ayant apporté leur soutien logistique ou militaire à l'occupation de l'Irak par les Etats-Unis :

*Nations opposed to any weakening of the conventions comprise a curious alliance including Sweden, Japan, many ex-Soviet States, most Arab nations and the United States.*⁵¹

À cette liste s'ajoute l'Italie, à qui la « tradition » confie la responsabilité de nommer les dirigeants de l'ONUDDC et des agences qui l'ont précédée.⁵² Enfin, les programmes mis sur pied par chacun de ces pays illustrent bien quelles sont leurs priorités :

*Looking at the projects funded by the main Major Donors in 2001 and 2002 the following can be noticed: a major part of the money granted by Italy and Sweden has been spent on demand reduction projects. Most of the funds of the USA, Japan and the UK have been spent on law enforcement programmes.*⁵³

Enfin, la position ambivalente du Royaume-Uni au plan international est particulièrement décevante, compte tenu de l'expertise et des succès obtenus par ce pays en matière de réduction des méfaits à l'échelle nationale.

⁵¹ Bewley-Taylor D.R., 2003. *Op. cit.*, p. 174.

⁵² Jensema, E.H. et F. Thoumi, 2004. « Drug policies and the funding of the United Nations Office on Drugs and Crime », dans *Global Drug Policy: Building a New Framework*, p. 2. Paris : The Senlis Council. En ligne: http://www.drug-policy.org/documents/Thoumi_Jensema_paper

⁵³ *Ibid.*, p. 2.

4. L'INÉVITABLE POLITIQUE

Dans ce contexte, on ne peut faire abstraction de la situation de vulnérabilité politique, économique et sociale des pays d'Asie centrale et d'Europe orientale. Il est regrettable que plusieurs d'entre elles soient tombées sous la coupe de Washington à un point tel qu'un « réseau municipal » de la trempe de l'ICAD puisse encore y diffuser une interprétation alarmiste et hyper stricte des conventions, sans égards aux droits de la personne et aux résultats scientifiques probants obtenus en Hollande, en Suisse ou ailleurs. En Ukraine, où l'épidémie de VIH est « la plus grave et la plus fermement implantée » de toute la région,⁵⁴ on peut parier que bon nombre de programmes de « re-développement » en matière de santé publique devront suivre la ligne dure, telle que prônée par les bailleurs de fonds que sont USAID ou la Banque mondiale, sous peine de voir leur financement réduit.

Juridiquement parlant, la base du régime international de contrôle des drogues demeure la Convention unique de 1961. Malgré son caractère prohibitionniste, on peut conclure que celle-ci présente suffisamment d'échappatoires pour que les pays affectés par la propagation du VIH puissent instaurer des programmes pertinents, et adapter leur droit interne en conséquence :

A l'heure actuelle, tous les pays de l'UE se sont dotés de dispositions juridiques ou de lignes directrices concernant l'administration aux toxicomanes de méthadone ou d'autres agonistes des opiacés. Toutefois, l'organisation des programmes de traitement de substitution, le nombre de places disponibles, les ressources et financements nécessaires, ainsi que les substances autorisées pour des raisons médicales, sont encore largement subordonnés à l'opinion publique et aux choix politiques.⁵⁵

Or comme le démontre cet exemple, même les pays de l'Union européenne peinent encore à trouver les fonds nécessaires ou à adopter une politique commune de réduction des méfaits, même s'ils sont les instigateurs de cette approche.

⁵⁴ United Nations Development Programme, 2004. *Reversing the Epidemic, Facts and Policy Options*. Bratislava : United Nations Development Programme, p. 47. En ligne : <http://rbec.undp.org/hiv>

⁵⁵ European Legal Database on Drugs, 2003. *Op. cit.*, p. 6.

Plus que jamais, la balle est donc dans le camp politique. D'ailleurs, il est difficile de se cantonner dans une position strictement juridique en matière de VIH/sida. Le débat sur les médicaments anti-rétroviraux génériques, par exemple, soulevait des questions liées au régime commercial de l'OMC, à la souveraineté des États faisant face à des crises de grande ampleur, aux pratiques commerciales de l'industrie pharmaceutique des pays développés ainsi qu'à la responsabilité éthique des firmes transnationales.

Malheureusement, la situation politique actuelle se caractérise par des relations assez houleuses entre le « grand argentier » que sont les Etats-Unis, et l'ONU dont la marge de manœuvre est d'autant plus réduite.

4.1 En route vers 2008

Rappelant que la propagation de l'épidémie de VIH/sida touche particulièrement les jeunes de moins de 30 ans et peut encore être renversée,⁵⁶ l'OMS et ONUSIDA ont opté pour une voie mitoyenne, qui reconnaît le bien fondé de programmes de réduction de la demande (prônant l'abstention ou l'abstinence), tout en reconnaissant que ceux-ci ne suffisent pas et doivent être accompagnés de mesures de réduction des méfaits :

*Harm reduction and demand reduction programmes should be conducted together, but in ways that allow each approach to be effective. There needs to be clear government policy and legislation that authorizes each type of programme and related activities, as well as sufficient funding so that they can be carried out on a sufficiently large scale.*⁵⁷

Il est à souhaiter que cette voie mitoyenne puisse s'imposer, lors de la prochaine Session spéciale de la CDS, qui aura lieu en 2008 dans le but d'évaluer l'atteinte ou non des objectifs fixés par la déclaration politique de juin 1998. Mais comme il a été mentionné plus haut, le climat de

⁵⁶ United Nations Development Programme, 2004. *Op. cit.*, pp. 47, 49.

⁵⁷ UNAIDS, 2004. « Q&A III : Selected issues: prevention and care », *UNAIDS Questions & Answers*, s.v. « II/2 What are "harm reduction" and "demand reduction"? » En ligne : http://www.unaids.org/en/resources/questions_answers.asp

paralysie et de déni qui prévaut au sein de l'ONUDC, de l'OICS et la CDS n'est guère prometteur.

Le seul signe politiquement encourageant a été l'irruption dans le débat, depuis 1998 environ, des « nouveaux acteurs » que sont les ONG, dont certaines sont particulièrement influentes. On peut penser à Human Rights Watch, ENCOD ou encore l'Open Society Institute (ONG financée par le richissime George Soros et particulièrement active dans les pays d'Europe orientale). Ainsi, il sera très difficile pour la CDS de fonctionner à huis clos en 2008, d'autant plus qu'environ 2500 manifestants se sont déjà pressés aux portes du Complexe des Nations Unies à Vienne, lors du processus de révision à mi-terme de 2003!⁵⁸ Bref, on peut parier que Canada, qui aura à rendre compte de son projet de recherche NAOMI, sera très heureux de ne pas avoir à affronter directement les États-Unis et de laisser aux ONG la délicate question de la réduction des méfaits!

Afin de doter les États concernés des « politiques et des législations claires » prônées par ONUSIDA, il sera intéressant d'examiner brièvement quelles seront les avenues possibles en matière de réduction des méfaits à partir de 2008.

4.2 L'intégration de l'approche de réduction des méfaits en droit conventionnel

Jusqu'à maintenant, au plan international, l'approche de réduction des méfaits est demeurée cantonnée dans le droit mou (*soft law*). Mais il devient évident qu'interpréter les conventions existantes à l'aide de directives non contraignantes ne suffira pas à renverser la vapeur et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement.

Comme le dénote le British Institute of International and Comparative Law (BIICL), il est impératif de clarifier au plus vite le statut du concept de réduction des méfaits en droit international :

A key area in which amendments are sought concerns harm reduction. The harm reduction concept has become a major impetus for pragmatic drug policy in almost every

⁵⁸ International Coalition of NGO's for a Just and Effective Drug Policy, 2003. « Demonstration in Vienna ». En ligne : Vienna 2003, A Chance for the World, <http://www.vienna2003.org>

European Union country and several others including Australia, New Zealand, Canada and Brazil. Whilst it has been argued elsewhere that many steps taken along the harm reduction path thus far are defensible in that they adhere to the Conventions, there is a clear perception amongst state Parties of an increasing tension between expanding tolerance of such measures and adherence to the Conventions. The result is that Parties – particularly poor countries dependent on international aid - are hesitant to take such measures, for fear of the very public reproach of the INCB. In view of this uncertainty, there is a clear need to ensure that States know that they are acting within the Conventions when they embark on harm reduction strategies. For this to happen, it is necessary to reach a common consensus on a definition of “harm reduction”. At present there is ambiguity in the Conventions over the extent to which drug use is discouraged, and abstinence encouraged.⁵⁹

Voilà pourquoi le BIICL s’est d’ailleurs penché sur un projet de convention internationale sur la réduction des méfaits⁶⁰ ainsi qu’un projet de convention-cadre sur la promotion de la santé⁶¹ (inspiré des efforts de l’OMS ayant mené à l’adoption de la toute récente *Convention-cadre pour la lutte antitabac*).

Outre la nécessité d’une définition internationalement reconnue, une autre raison militant en faveur de nouvelles conventions, est l’extrême complexité du processus d’amendement des conventions déjà existantes.⁶² Compte tenu de l’urgence d’agir en matière de VIH, corriger et préciser l’interprétation à donner à la Convention unique de 1961 — pour ne nommer que celle-ci — apparaît donc comme un objectif plus réaliste à moyen terme.

⁵⁹ Andenas, Mads et D. Spivack, British Institute of International and Comparative Law, 2003. *The UN Drug Conventions Regime and Policy Reform*. Paris : The Senlis Council, p. 13. En ligne : http://drug-policy.org/documents/BIICL_opinion

⁶⁰ Spivack, David, British Institute of International and Comparative Law, 2004a. *Draft Fourth Framework Convention On Risk Management*. Paris : The Senlis Council. En ligne : http://www.drug-policy.org/documents/BIICL_HR_Framework

⁶¹ Spivack, David, British Institute of International and Comparative Law, 2004b. « Draft Fourth Framework Convention on Public Health Promotion », dans *A Fourth International Convention for Drug Policy, Promoting Public Health Policies*. Paris : The Senlis Council. En ligne : http://www.drug-policy.org/documents/draft_fourth_framework

⁶² Andenas, Mads et D. Spivack, British Institute of International and Comparative Law, 2003. *Op. cit.*, pp. 13-15.

En fin de compte, un tel objectif pourrait être atteint par une sorte de « *Coalition of the Willing* » de pays réformistes, émettant une série de déclarations dont la valeur normative ferait rapidement évoluer le droit coutumier, tout en pavant la voie à une nouvelle convention.⁶³

4.3 La réforme de l'ONU

On ne peut passer sous silence la question éminemment politique de la réforme de l'ONU et de ses agences spécialisées, forums majeurs de formulation du droit international. D'entrée de jeu, le financement constitue un problème général et récurrent de l'Organisation depuis sa naissance même en 1945. Très souvent versées en retard et en quantités insuffisantes lorsqu'allouées aux fonds consolidés, les sommes consenties par les États membres tendent également à être versées à la pièce, sur une base volontaire, pour la réalisation de programmes précis. Cela est particulièrement évident à l'ONUDC.

Outre le financement et l'épineuse réforme du Conseil de sécurité, la réforme du Conseil économique et social (ECOSOC) est aussi à l'ordre du jour. De l'avis de certains chercheurs, les agences antidroque qui en dépendent (OICS, CDS et ONUDC) « recyclent de l'air vicié » et auraient besoin de voir leurs modes d'évaluation mis au diapason des comités scientifiques de l'OMS, ainsi que d'organisations régionales comme l'OEDT et la Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus de drogues (CICAD).⁶⁴ Toutefois, ce processus ne semble pas avoir été formellement envisagé par le Groupe de personnalités de haut niveau ou tout autre groupe de travail créé depuis l'arrivée en fonction du Secrétaire général Kofi Annan.

Par ailleurs, le concept de « sécurité » en science politique est de moins en moins axé sur la défense de la souveraineté de l'État. Les données scientifiques suggèrent que la principale menace à la sécurité de millions de personnes est l'expansion dramatique de l'épidémie de VIH/sida. Dans de nombreux États d'Afrique, les élites sont décimées par le sida et la paysannerie meurt de plus en plus jeune. En certains endroits, l'espérance de vie est déjà tombée sous le seuil des 40 ans. Ces États déliquescents (*failed states*) risquent de devenir le berceau d'organisations criminelles de toutes sortes.

⁶³ *Ibid.*, pp. 20-22.

⁶⁴ Jelsma, Martin, T. Blickman et V. Montañés, 2003. *Op. cit.*, p. 23.

Ce nouveau paradigme a été clairement identifié par l'Assemblée générale dans la Déclaration du millénaire, ainsi que par le Groupe de personnalités de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement, dans le rapport intitulé *Un monde plus sûr : notre affaire à tous*, à en juger par ce résumé :

Dans ce document, le GROUPE dégage six catégories de menaces qui guettent l'humanité aujourd'hui et dans les décennies à venir, à savoir : les menaces d'ordre économique et social (notamment pauvreté, maladies infectieuses, dégradation de l'environnement), les conflits entre Etats, les conflits internes (guerres civiles, génocide et autres atrocités), les armes nucléaires, radiologiques, chimiques et biologiques, le terrorisme et la criminalité transnationale organisée.

Le GROUPE estime que les menaces actuelles contre la sécurité internationale sont interdépendantes [...] La lutte contre les menaces d'aujourd'hui doit être au premier chef l'affaire d'Etats compétents et responsables, indique le rapport, qui signale également que le développement doit être la pierre angulaire du nouveau système de sécurité collective, expliquant que si l'extrême pauvreté et les maladies infectieuses sont en soi des menaces, elles constituent aussi le terreau d'où surgissent d'autres menaces, dont les guerres civiles.

[...]

Le GROUPE attire également l'attention de la communauté internationale sur la dégradation générale du système mondial de santé publique, sa vulnérabilité face aux nouvelles maladies infectieuses et les promesses et les périls de la biotechnologie. Il recommande entre autres de lancer une vaste campagne en vue de reconstruire le système mondial de santé publique, et remarque qu'il faudrait plus de 10 milliards de dollars par an pour enrayer la pandémie du VIH/sida.⁶⁵

⁶⁵ Association Internet pour la promotion des droits de l'homme, 2005. « Kofi Annan : L'année 2005 sera une étape critique pour réformer les Nations Unies et leur permettre d'affronter les menaces ». En ligne : Les Droits de l'Homme, <http://www.aidh.org/mill/ref-rapp.htm>

Il est ainsi de la responsabilité des États, du moins ceux ayant encore la capacité d'agir, de prendre tous les moyens possibles pour enrayer la propagation du VIH. Il serait abominable que la situation qui prévaut déjà en Afrique affecte un jour l'Asie centrale ou l'Europe orientale. Mais pour l'instant, on ne peut que condamner les sommes indécentes dépensées en armement par ces mêmes États, au détriment de leurs engagements internationaux.

Pour conclure, toute tentative trop radicale de réformer le droit international de la drogue aura pour conséquence d'accentuer les relations déjà houleuses de l'ONU avec les États-Unis d'Amérique. Si ce pays claque la porte de l'Organisation, celle-ci subira vraisemblablement le même sort que la défunte Société des Nations (SDN). À l'opposé, faire perdurer le *statu quo* encore 10 ou 20 ans résultera en le sacrifice inutile de millions de vies et l'affaiblissement économique de plusieurs États. Aussi, d'un point de vue strictement juridique, les incohérences entre les instruments relatifs aux droits de la personne et l'interprétation donnée aux conventions antidrogue de 1961, 1971 et 1988 risquent de miner la crédibilité, voire la légitimité de l'ONU. La marge de manœuvre est donc très réduite, mais agir est une question de survie.

BIBLIOGRAPHIE

Andenas, Mads et D. Spivack, British Institute of International and Comparative Law, 2003. *The UN Drug Conventions Regime and Policy Reform*. Paris : The Senlis Council. En ligne : http://drug-policy.org/documents/BIICL_opinion

Armenta, Amira *et. al.*, 2002. « Polarisation & Paralysis in UN Drug Control, Breaking the Impasse ». *Drugs & Conflict*, 5. Amsterdam : Transnational Institute. En ligne : TNI Publications, <http://www.tni.org/reports/drugs/debate5.pdf>

Bewley-Taylor D.R., 2003. « Challenging the UN drug control conventions : problems and possibilities », *International Journal of Drug Policy*, 14, 2, pp. 171-179.

Brisson, Pierre, 1997. *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation pratiques*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. En ligne : <http://cplt.com/publications/redumef.pdf>

Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999. *La déjudiciarisation de la possession simple de cannabis. Avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie à la Ministre de la Santé et des Services sociaux et au Ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la Jeunesse*. En ligne : <http://www.cplt.com/publications/0699can.pdf>

Elliott, Richard, 2002. *Droit pénal, santé publique et transmission du VIH, Etude des politiques possibles*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. En ligne : Réseau Juridique canadien VIH/SIDA, <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/droitcriminel.htm>

European Legal Database on Drugs, 2003. *Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution*. Lisbonne : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. En ligne : http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Legal_aspects_of_Sub_treatment_FR.pdf

Isacson, Adam, L. Haugaard et J. Olson, 2003. « Prohibitions on Security Assistance », *Just the Facts, A database of U.S. military and police assistance to Latin America*. En ligne : Center for International Policy, <http://www.ciponline.org/facts/eligib.htm>

Jelsma, Martin, T. Blickman et V. Montañés, 2003. « An Agenda for Vienna : Change of Course », *Drugs & Conflict*, 6. Amsterdam : Transnational Institute. En ligne : TNI Publications, <http://www.tni.org/reports/drugs/debate6.pdf>

Jelsma, Martin et P. Metaal, 2004. « Cracks in the Vienna Consensus : The UN Drug Control Debate », *Drug War Monitor*, 3, 1. Washington D.C. : Washington Office on Latin America. En ligne : <http://www.tni.org/archives/jelsma/wolabrief.pdf>

Jensem, E.H. et F. Thoumi, 2004. « Drug policies and the funding of the United Nations Office on Drugs and Crime », dans *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Paris : The Senlis Council. En ligne : http://www.drug-policy.org/documents/Thoumi_Jensem_paper

Larsen, Dana, 1995. « European Cities Explore Harm Reduction », *Marijuana & Hemp*, 1, 5. En ligne : <http://www.cannabisculture.com/backissues/cc00/frankfurt.html>

MacKay, Robin, 2001. *Politique nationale en matière de drogue : Australie*. En ligne : *Rapports de recherche du Comité*, Comité spécial sur les drogues illicites, 37^e Législature, 1^{re} Session, <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/ille-F/library-f/robin-f.htm>

Oomen, Joep, 2005. « A Drug War Battle We Have Won », *The Encod Bulletin*, 1. En ligne : European Coalition for Just and Effective Drug Policies, <http://www.encod.org/BULLETIN1.pdf>

*Réduction des méfaits ou réforme des conventions?
Le droit international de la drogue à la croisée des chemins*

Spivack, David, British Institute of International and Comparative Law, 2004a. *Draft Fourth Framework Convention On Risk Management*. Paris : The Senlis Council. En ligne : http://www.drug-policy.org/documents/BIICL_HR_Framework

Spivack, David, British Institute of International and Comparative Law, 2004b. « Draft Fourth Framework Convention on Public Health Promotion », dans *A Fourth International Convention for Drug Policy, Promoting Public Health Policies*. Paris : The Senlis Council. En ligne : http://www.drug-policy.org/documents/draft_fourth_framework

Uitermark, Justus 2004, « The origins and future of the Dutch approach towards drugs ». *Journal of Drug Issues*, summer 2004, pp. 511-532. En ligne : Centrum voor Drugsonderzoek, <http://www.cedro-uva.org/lib/uitermark.origins.html>

UNAIDS, 2004. « Q&A III : Selected issues: prevention and care », *UNAIDS Questions & Answers*, s.v. « II/2 What are "harm reduction" and "demand reduction"? » En ligne : http://www.unaids.org/en/resources/questions_answers.asp

United Nations Development Programme, 2004. *Reversing the Epidemic, Facts and Policy Options*. Bratislava : United Nations Development Programme. En ligne : <http://rbec.undp.org/hiv>

CONVENTIONS, RÉOLUTIONS ET DÉCLARATIONS

CE, *Rapport A6-0067/2004 contenant une proposition de recommandation du Parlement européen à l'intention du Conseil sur la stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012) (2004/2221(INI))*, 12 décembre 2004.

CE, *Résolution A4-0136/95 sur la communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen concernant un plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue (1995-1999)*, novembre 1995. En ligne : « La lutte contre la drogue », Parlement européen, http://www.europarl.eu.int/topics/drugs/drug2_fr.htm

Convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes, 19 décembre 1988. Doc. NU E/Conf. 82/15. En ligne : http://unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf

Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole du 25 mars 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, 8 août 1975, 976 R.T.N.U. 105. En ligne : http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf

Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Rés. AG NU S-26/2., 26^e sess. spéc., Doc. NU A/RES/S-26/2 (2001). En ligne : <http://www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf>

Déclaration du Millénaire, Rés. AG Nu 55/2, Doc. off. AG NU, 55^e sess., supp. n^o. 49, Doc. NU A/RES/55/2 (2000). En ligne: Les Droits de l'Homme, http://www.aidh.org/mill/decl_millen.htm

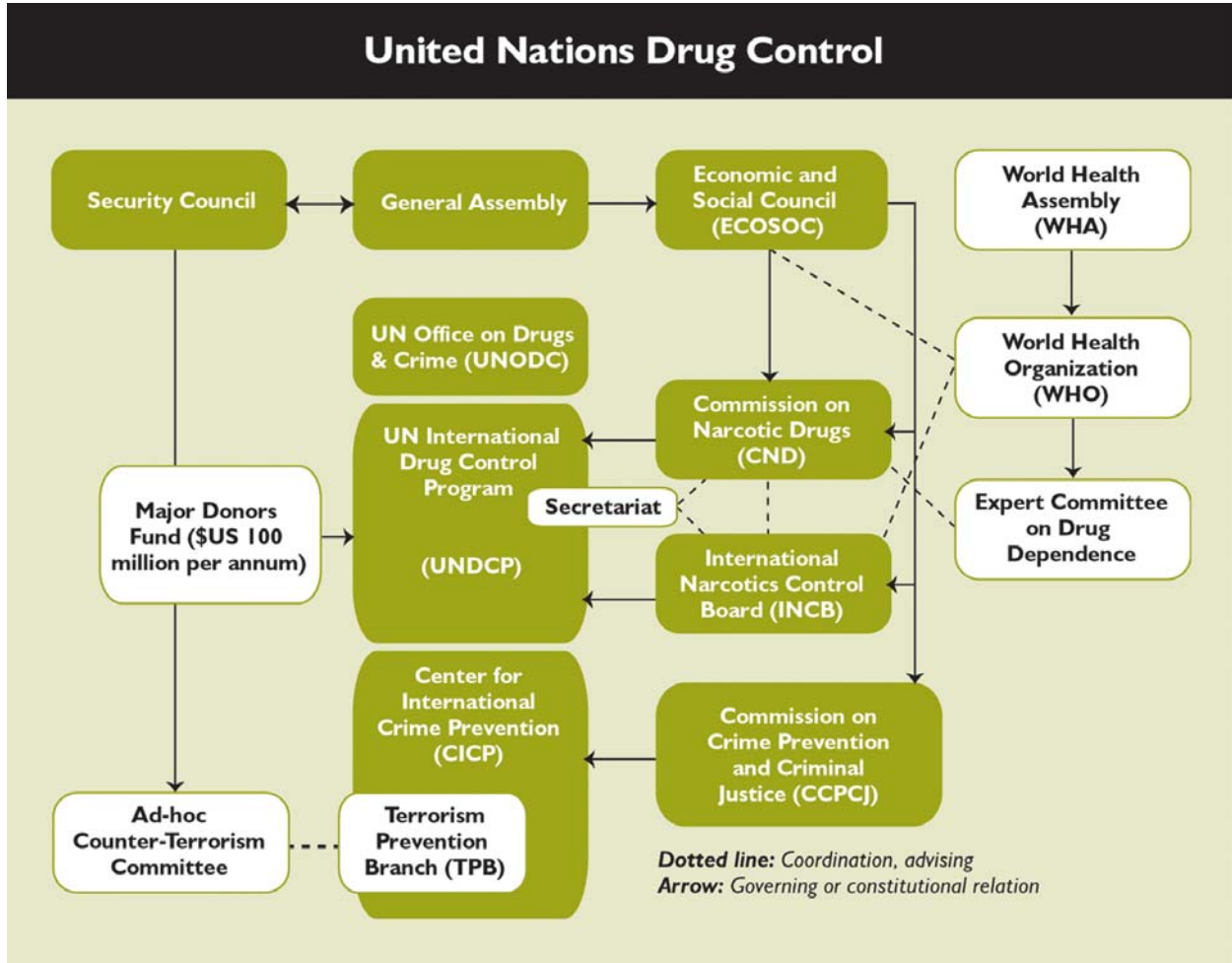
Déclaration ministérielle commune et mesures complémentaires en vue de l'application des plans d'action issus de la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée, Commission des stupéfiants, 46^e sess., Doc. NU E/CN.7/2003/L.23/Rev.1 (2003).

Déclaration politique, Rés. AG NU S-20/2, 9^e séance plén., Doc. NU A/RES/S-20/2 (1998), article 19. En ligne : http://unodc.org/unodc/resolution_1998-06-10_1.html

Résolution de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies sur la Protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA), Rés. CDH 1996/43 Doc. Off. CES NU, 43^e sess., supp. n^o 3, Doc. NU E/CN.4/1996/43 (1996).

ANNEXE

Agences de contrôle des drogues dans le système des Nations Unies



Source : Jelsma, Martin et P. Metaal, 2004. « Cracks in the Vienna Consensus : The UN Drug Control Debate », *Drug War Monitor*, 3, 1. Washington D.C.: Washington Office on Latin America, p. 4.
En ligne : <http://www.tni.org/archives/jelsma/wolabrief.pdf>

SIGLES ET ACRONYMES

BIICL	British Institute of International and Comparative Law
CCLAT	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
CDS	Commission des stupéfiants (CND)
CICAD	Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus de drogues
CND	Commission on Narcotic Drugs (CDS)
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
ECAD	European Cities Against Drugs
ECDP	European Cities on Drug Policy
ECOSOC	Conseil économique et social
ENCOD	European NGO Council on Drugs
EUROPOL	Office européen de police
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (OHCHR)
INCB	International Narcotics Control Board (OICS)
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (du Québec)
NAOMI	North American Opiate Medication Initiative
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (HCDH)
OICS	Organe International de Contrôle des Stupéfiants (INCB)
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé (WHO)
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC)
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (UNAIDS)
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (UNDCP)
SDN	Société des Nations
UDI	Usagers de drogues injectables
UNAIDS	United Nations Joint Programme on HIV/AIDS (ONUSIDA)
UNDCP	United Nations Drug Control Programme (PNUCID)
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (ONUDC)
WHO	World Health Organization (OMS)
WTO	World Trade Organization (OMC)