



GUIDE DE L'IDPC SUR LES POLITIQUES DES DROGUES

3^{ÈME} EDITION

CHAPITRE 3

Remerciements

L'IDPC tient à remercier les auteurs suivants pour la rédaction des chapitres de la 3ème édition du Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues :

- Andrea Huber (Directeur des politiques, Penal Reform International)
- Benoit Gomis (analyste indépendant travaillant sur la sécurité internationale, Associate Fellow à Chatham House, et Associé chercheur à l'Université Simon Fraser)
- Christopher Hallam (Research Officer, IDPC)
- Coletta Youngers (Consultant, IDPC & Washington Office on Latin America)
- Diana Guzmán (Investigateur associé, DeJusticia, Professeur associé à Colombian National University et candidate de doctorat à Stanford University)
- Diederik Lohman (Directeur associé, Division Santé et Droits Humains, Human Rights Watch)
- Gloria Lai (Chargée de politiques, IDPC)
- Jamie Bridge (Manageur politiques et operations, IDPC)
- Marie Nougier (Chargée de recherche et de communications, IDPC)
- Mike Trace (Président du Conseil d'administration, IDPC)
- Steve Rolles (Analyste politique, Transform Drug Policy Foundation)

Nous sommes également reconnaissants pour les précieux apports et contributions des personnes suivantes :

- Ann Fordham (IDPC)
- Christopher Hallam (IDPC)
- Constanza Sánchez Áviles (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service)
- Corina Giacomello (INACIPE; Equis: Justice for Women, Mexico)
- Damon Barrett (Essex University, International Centre on Human Rights and Drug Policy)
- Daniel Wolfe (International Harm Reduction Development Program, Open Society Foundations)
- Danny Kushlick (Transform Drug Policy Foundation)

- Dave Bewley Taylor (IDPC, Swansea University, Global Drug Policy Observatory)
- Dave Borden (StoptheDrugWar.org)
- Eric Gutierrez (Christian Aid)
- Fabienne Hariga (Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime)
- George McBride (Beckley Foundation)
- Gloria Lai (IDPC)
- Graham Bartlett (ex-chef super-intendant de la Police de Sussex)
- Gregor Burkhart (Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies)
- Ines Gimenez
- Jamie Bridge (IDPC)
- Javier Sagredo (Programme des Nations Unies pour le Développement)
- Jean-Felix Savary (Groupement Romand d'Etudes en Addictologie)
- Juan Fernandez Ochoa (IDPC)
- Katherine Pettus (International Association for Hospice and Palliative Care)
- Luciana Pol (Centro de Estudios Legales y Sociales)
- Marcus Keane (Ana Liffey Drug Project)
- Maria Phelan (Harm Reduction International)
- Marie Nougier (IDPC)
- Martin Jelsma (Transnational Institute)
- Matt Southwell (Partner Coact peer-led technical support cooperative)
- Mike Trace (IDPC)
- Natasha Horsfield (Health Poverty Action)
- Niamh Eastwood (Release)
- Pien Metaal (Transnational Institute)
- Raquel Peyraube (International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service)
- Rebecca Schleifer (Programme des Nations Unies pour le Développement)
- Ricardo Soberón (Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos)
- Ricky Gunawan (Community Legal Aid Institute, LBH Masyarakat)
- Tom Blickman (Transnational Institute)
- Willem Scholten (consultant indépendant)

La traduction du Guide en Français a été effectuée par Jean Croisier, et révisée par Clara Bernabucci et Marie Nougier.

Remerciements	
Abréviations	2
Préambule	3
Chapter 3: Justice pénale	4
3.1 Décriminaliser les usagers de drogues	6
3.2 Réguler les marchés de drogues	15
3.3 Proportionnalité des peines pour les délits liés à la drogue	21
3.4 Alternatives à l’incarcération	28
3.5 Moderniser le maintien de l’ordre dans le domaine des drogues	36
3.6 Des politiques fondées sur la santé en prison et autres institutions carcérales	44

Abréviations

ACMD	: Conseil Consultatif sur l'Abus de Drogues (Royaume-Uni)
BUZA	: Ministère néerlandais des affaires intérieures
CAHR	: Action Communautaire sur la Réduction des Risques (Community Action on Harm Reduction)
CAM	: Centre de Coordination pour l'Évaluation et la Surveillance des Nouvelles Drogues (Pays-Bas)
CCDU	: Centre de traitement forcé pour usagers de drogues (Compulsory centre for drug users)
CE	: Commission européenne
CND	: Commission des Stupéfiants
COIP	: Code pénal compréhensif et organique (Equateur)
DMT	: <i>N,N</i> -Dimethyltryptamine
ECDD	: Comité d'Experts de la Pharmacodépendance de l'Organisation Mondiale de la Santé
ENACO	: National Coca Enterprise (Peru)
HCDH	: Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme
IDPC	: Consortium International sur les Politiques des Drogues
INEGI	: Institut National de la Statistique, de la Géographie et de l'Informatique (Mexique)
INPUD	: Réseau International des Usagers de Drogues
LEAD	: Programme d'Orientation Assistée par l'Application des Lois (USA)
LSD	: Diéthylamide de l'acide lysergique
MDMA	: 3,4 méthylènedioxyamphétamine
NSP	: Nouvelles substances psychoactives
NYNGOC	: Comité des ONG de New York en matière de drogues
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OEDT	: Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OICS	: Organe International de Contrôle des Stupéfiants
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONDCP	: Office National sur les Politiques de Contrôle des Drogues (USA)
ONG	: Organisation non-gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
ONUDC	: Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PES	: Programme d'échange de seringues
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
STA	: Stimulants de type amphétamine
TSO	: Thérapie de substitution aux opiacés
UE	: Union européenne
UK	: Royaume-Uni
UNGASS	: Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies
UPP	: Unité Policière de Pacification (Brésil)
USA	: Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies
USAID	: Agence Américaine pour le Développement International
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine
VNGOC	: Comité des ONG de Vienne en matière de Drogues
WHA	: Assemblée mondiale pour la santé (World Health Assembly)

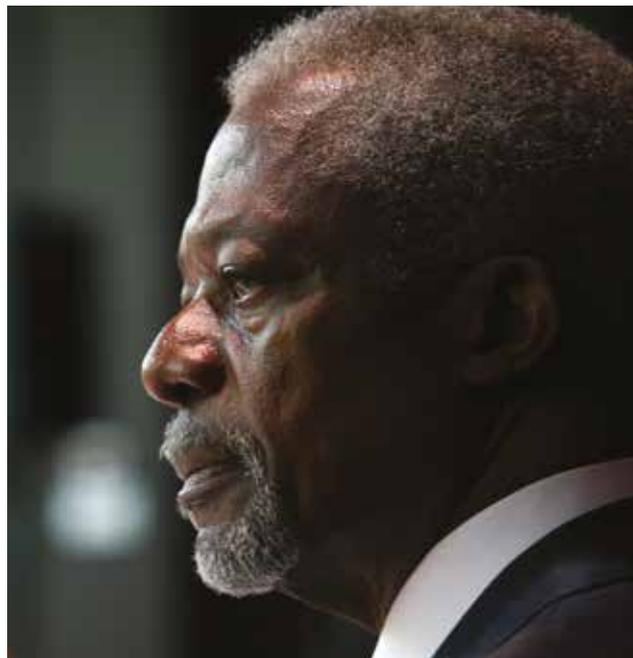
Préambule

Je pense que les drogues ont détruit de nombreuses vies, mais de mauvaises politiques gouvernementales en ont détruit bien plus. Le fait d'avoir un casier judiciaire pour un délit mineur lié aux drogues peut, pour une jeune personne, constituer une menace bien plus importante à son bien-être qu'un usage occasionnel de drogues. Selon l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, les « conséquences non-désirées » de nos politiques des drogues mises en place ces 50 dernières années comprennent l'incarcération de masse et la création d'un vaste marché noir international et criminel qui attise la violence, la corruption et l'instabilité. Malheureusement, les décisions prises dans le domaine des politiques des drogues n'ont jamais été guidées ni par les données scientifiques ni par l'efficacité. Beaucoup trop souvent ce sont les arguments idéologiques qui prévalent. Pourtant, selon la Convention de l'ONU sur les stupéfiants, le but des politiques des drogues était, à l'origine, de protéger « la santé et le bien-être de l'humanité ». Nous devons recentrer nos politiques sur cet objectif.

En 2011, la Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues a souhaité briser le tabou sur le débat de la réforme des politiques des drogues dans la vie politique. Nous avons conclu que la « guerre contre la drogue » au niveau mondial avait échoué. Nous devons accepter qu'un monde sans drogues est une illusion et qu'il est nécessaire de concentrer nos efforts afin que ces substances causent le moins de dommages possibles, aux moins de personnes possibles. Cela signifie que le nombre de personnes mourant d'une overdose devrait diminuer, et non pas que davantage de petits contrevenants finissent en prison où leurs problèmes de drogue risquent d'empirer. L'usage de drogues est dangereux, et réduire ces risques est une tâche qui incombe à la santé publique, et non pas aux tribunaux.

Nous avons plaidé afin que ce soient des preuves scientifiques et une vive préoccupation pour la santé et les droits humains qui déterminent les politiques des drogues. Il est temps de se tourner vers une approche plus avisée en matière de politique des drogues, fondée sur la santé. Cela signifie qu'il est nécessaire de mettre un terme à la criminalisation et à la diabolisation des usagers de drogues et des auteurs non-violents d'infractions peu graves liées aux drogues. Il faut offrir du soutien à ces personnes, non pas des sanctions. Nous avons besoin d'un système équilibré qui mette l'accent sur la santé publique, les droits humains et le développement, ainsi que sur le maintien de l'ordre.

Aujourd'hui, nous nous trouvons la croisée des chemins concernant la manière dont le monde répond aux questions liées aux drogues. La Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU sur les drogues, convoquée en Avril 2016, est un jalon important sur la voie pouvant nous conduire vers une approche plus humaine et



Source: Eric Lefevre

efficace. Je félicite le Consortium International sur les Politiques des Drogues pour le travail acharné qu'il a accompli afin de nous guider dans cette voie, en offrant une voix collective et une visibilité à ses organisation membres issues de la société civile et à un grand nombre de partenaires – tels que la Fondation Kofi Annan – dans le travail qu'il a mené en Afrique de l'Ouest. Le rôle de la société civile dans le questionnement, l'évaluation et l'influence des politiques des drogues a crû de manière incommensurable ces dernières années. Le Consortium célèbre en effet son 10ème anniversaire cette année, et il est devenu un atout pour de nombreux responsables de gouvernements et responsables politiques du monde entier. Il a par ailleurs étali une source précieuse d'analyse et d'expertise en matière de politiques des drogues.

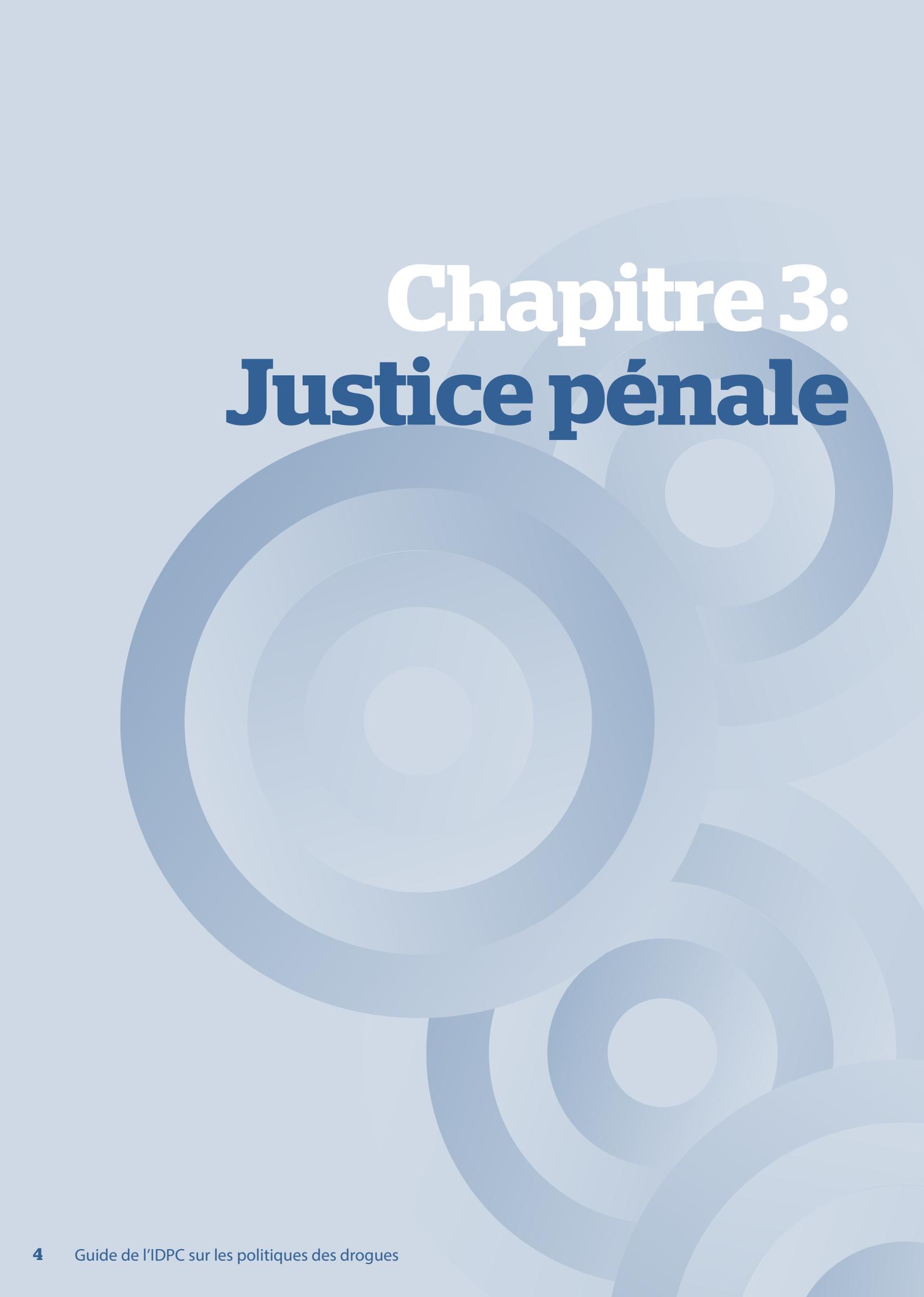
Je salue donc la troisième édition du Guide sur les politiques des drogues du Consortium International sur les Politiques des Drogues. Cette édition du Guide est l'aboutissement d'une décennie d'analyses et d'expérience dans le domaine – une source des plus complètes de bonnes pratiques en matière de politique des drogues, qui reflète les trois piliers des Nations Unies : la paix et la sécurité ; le développement ; l'Etat de droit et le respect des droits humains. Le Guide sur les politiques des drogues représente le travail collectif d'auteurs du monde entier, et réunit une abondance de données et d'expériences en un format lisible et concis pour les responsables politiques. Ce guide leur sera d'une aide précieuse pour réviser et moderniser leurs politiques et programmes en matière de drogues.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'K. Annan'.

Kofi Annan
Fondateur et Président de la Fondation Kofi Annan,
Septième Secrétaire Général des Nations Unies (1997-2006)
et Lauréat du Prix Nobel pour la Paix (2001)

Chapitre 3:

Justice pénale



Résumé du chapitre

Traditionnellement, le contrôle des drogues s'est centré sur l'imposition de sanctions pénales sévères à l'encontre des personnes impliquées dans le marché illicite des drogues, dans l'espoir de dissuader les individus de se lancer dans le trafic. Allant de l'emprisonnement à la peine de mort, ces sanctions se sont aujourd'hui révélées être totalement disproportionnées¹.

Des estimations récentes réalisées par l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime révèlent qu'une personne sur cinq actuellement emprisonnée a été condamnée pour un délit de possession de drogue ou de trafic ; parmi elles, 80% sont en prison uniquement pour possession². Pourtant, la prévalence mondiale de consommation de drogues reste élevée³ et ces politiques ont créé plus de dommages que les substances qu'elles sont sensées tenir sous contrôle. Pour répondre à cette situation, certains pays ont décidé de décriminaliser l'usage de drogues. Bien que cette politique présente certains défis, elle a été déterminante pour diminuer l'emprisonnement des usagers de drogues, ainsi que la stigmatisation et la discrimination auxquelles ils sont confrontés. La décriminalisation est aussi essentielle pour améliorer l'accès à des services de réduction de risques qui peuvent leur sauver la vie, à des programmes de traitement de la dépendance à la drogue et à d'autres services sanitaires et sociaux. Ceci sera expliqué de manière plus détaillée dans le **Chapitre 3.1**.

D'autres sont allés plus loin, en réglementant légalement certaines substances – telles que le cannabis, la coca et quelques nouvelles substances psychoactives (NSP). Ces réformes sont en conflit avec les traités de l'ONU sur le contrôle des drogues, qui n'autorisent actuellement pas la mise en place de marchés légaux pour usage récréatif de drogues. Malgré ces tensions claires avec le régime mondial de contrôle des drogues, la nécessité de protéger la santé des usagers de drogues, d'accroître la sécurité des citoyens et de réduire l'exclusion sociale ont été au premier plan de cette approche. Le **Chapitre 3.2** offre un aperçu de différents régimes de régulation qui pourraient être établis, en tirant des leçons des expériences concernant le cannabis, la coca, les NSP, l'alcool et le tabac.

Tout système de justice pénale efficace repose sur le principe de proportionnalité, selon lequel les peines imposées pour un délit devraient être

mesurées conformément aux dommages causés par les actions du contrevenant. Aujourd'hui, la plupart des personnes emprisonnées pour des délits liés aux drogues sont incarcérées pour de longues périodes, généralement pour des délits non violents et de faible gravité. Certaines sont dans le couloir de la mort, car une minorité de pays dans le monde ont encore recours à la peine de mort pour délits de drogues. Les peines disproportionnées n'ont pas permis de réduire l'ampleur du marché noir, mais ont abouti à une surpopulation carcérale importante et aux conséquences négatives qui y sont liées. Alors que le **Chapitre 3.3** définit le concept de proportionnalité de manière plus détaillée et propose des recommandations sur la manière de les mettre en œuvre pour l'ensemble des infractions liées aux drogues, le **Chapitre 3.4** offre des recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'alternatives à l'emprisonnement pour les contrevenants non-violents comme option politique essentielle pour réduire la surpopulation carcérale et concentrer les ressources disponibles sur les délinquants les plus dangereux et les plus violents opérant au sein du marché illicite des drogues.

L'efficacité du système de justice pénale dépend largement d'interventions efficaces dans le domaine du maintien de l'ordre. Le **Chapitre 3.5** analyse les échecs d'une approche policière excessivement prohibitive pour s'attaquer au marché illicite des drogues et propose des recommandations pour réviser et moderniser des efforts actuels de maintien de l'ordre pour les diriger vers la réduction de la violence, du blanchiment d'argent et de la corruption, tout en satisfaisant des objectifs sociaux plus larges, en promouvant la police de proximité, en augmentant les partenariats entre la police et les autorités sanitaires et sociales, etc.

Le dernier chapitre de cette section, le **Chapitre 3.6**, identifie sur les meilleures pratiques pour offrir des services de santé en prison, dans le but de réduire les dommages à la santé liés à l'emprisonnement continu de nombreuses personnes consommatrices de drogues. Le chapitre propose des recommandations et des exemples de bonnes pratiques sur la manière de fournir le mieux possible des services de réduction des risques, de traitement et autres soins aux détenus.

3.1

Décriminaliser les usagers de drogues

Recommandations clés

- Les lois, les politiques et les pratiques en matière de drogues devraient être révisées de manière à supprimer les sanctions pénales à l'encontre de l'usage de drogues, la possession de drogues destinée à un usage personnel, la possession de matériel de consommation de drogues, la culture et l'acquisition de drogues en vue d'un usage personnel
- La norme de référence en matière de décriminalisation est la suppression de toute sanction à l'encontre de l'usage de drogues et la mise à disposition de services sanitaires et sociaux, tels que la réduction des risques et des programmes de traitement de la dépendance à la drogue fondés sur des données scientifiques et le principe du volontariat. Dans les cas où une sanction administrative est imposée pour la consommation de drogues, elle devrait être appliquée dans le cadre d'une approche plus large visant à encourager l'accès aux services sanitaires et sociaux, et ne devrait pas mener à une augmentation des peines appliquées
- Différencier entre l'usage personnel et une intention commerciale devrait passer par l'utilisation de seuils de quantité *indicatifs*, ainsi que par une évaluation de *tous les éléments de preuve disponibles*, au cas par cas. Même si quelqu'un est interpellé en possession de quantités supérieures au seuil, des mécanismes devraient être disponibles pour identifier si la possession est destinée à un usage personnel ou s'il y a intention de dealer
- La police, les procureurs et les juges devraient bénéficier de formations, de programmes de sensibilisation et de conseils pratiques portant sur la consommation de drogues, la réduction des risques, le traitement et la décriminalisation
- Les mesures de décriminalisation devraient s'accompagner d'investissement dans des programmes sociaux et de santé, de manière à maximiser la santé.

Introduction

Dans le monde entier, la criminalisation des usagers de drogues a eu un impact grave sur leur santé et leur bien-être et a accru leur exposition aux risques sanitaires et aux groupes criminels. La peur de l'emprisonnement éloigne les usagers de drogues des services de santé et de réduction des risques dont ils ont besoin et qui sont susceptibles de leur sauver la vie, tout en augmentant les risques de morts par overdose. En même temps, la criminalisation de la possession de matériel de consommation de drogues tel que les aiguilles et seringues stériles, ainsi que les pipes à crack ont encore miné davantage les efforts de réduction des risques visant à endiguer les épidémies de VIH et d'hépatites⁴.

La répression policière, les tests d'urine obligatoires, l'enregistrement des usagers de drogues dans des registres officiels du gouvernement, ou la détention forcée dissuadent aussi les personnes d'accéder aux services de santé et sociaux⁵. Les actions de maintien de l'ordre visant les usagers de drogues, ainsi que la désapprobation sociale de la consommation ont exacerbé la marginalisation et la stigmatisation auxquelles les usagers sont confrontés en rompant les liens familiaux et communautaires et en minant leur accès à l'emploi et à l'éducation.

Les détenteurs d'un casier judiciaire pour délit de drogues peuvent être exclus de sécurité sociale et des programmes de bourses d'étude, et peuvent même se voir refuser le droit de vote (comme c'est le cas aux Etats-Unis). Les groupes minoritaires – en particulier les minorités ethniques – sont particulièrement touchés, étant donné qu'ils sont souvent les premières cibles des interventions de maintien de l'ordre. Dans certaines régions du monde, les interventions policières en matière de drogues sont devenues une forme de contrôle social⁶.

A cause des effets dévastateurs d'approches excessivement répressives en matière de contrôle des drogues, la criminalisation fait l'objet d'un examen de plus en plus critique. De nombreuses agences internationales, dont le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)⁷, l'Organisation

Encadré 1 Qu'est-ce-que la décriminalisation ?

La décriminalisation implique la suppression des sanctions pénales pour certaines activités. Dans le contexte de la consommation de drogues, les activités suivantes ne constitueront plus un délit pénal ou ne seront plus sujettes à des sanctions pénales :

- Consommation de drogues
- Possession de drogues destinées à un usage personnel
- Culture et acquisition de plantes contrôlées destinées à un usage personnel
- Possession de matériel de consommation de drogues.

L'objectif général de la décriminalisation est de mettre un terme à la répression et à la stigmatisation des usagers de drogues. Suite à la décriminalisation, les gouvernements peuvent répondre à l'usage de drogues et aux activités qui y sont associées par des approches diverses et variées, par exemple en orientant les consommateurs vers des services sanitaires et sociaux. Fondamentalement, lorsqu'elle est appliquée suivant une logique de réduction des risques, la décriminalisation peut fournir un cadre juridique favorable et de soutien au sein duquel les services de santé seront accessibles de manière volontaire et sans crainte d'être stigmatisé, arrêté ou emprisonné⁸. La norme de référence absolue en termes de décriminalisation consiste donc en une approche où la consommation de drogues,

mais aussi la culture, l'acquisition, la possession destinées à un usage personnel et la possession de matériel de consommation ne sont plus punis, et où les personnes sont à même d'accéder aux soins médicaux, à des services de réduction des risques et de traitement dont ils auraient besoin. En pratique, certains gouvernements ont choisi d'imposer des sanctions administratives à l'encontre des usagers de drogues. Dans ce cas, de telles sanctions ne devraient pas aboutir à des peines plus sévères que celles qui seraient imposées dans un cadre pénal – cette question sera abordée de manière plus détaillée ci-dessous.

La décriminalisation diffère de la légalisation, qui est un processus par lequel tous les comportements liés aux drogues (usage, possession, culture, commerce, etc.) deviennent des activités légales. Dans le cadre de ce processus, les gouvernements peuvent choisir d'adopter des lois et des réglementations administratives pour réguler la culture, la distribution et l'usage de drogues, avec des limitations sur la disponibilité et de l'accessibilité – ce processus est connu sous le terme de « réglementation légale » (voir le Chapitre 3.2). Il est aussi nécessaire de distinguer décriminalisation et dépénalisation, un processus par lequel les sanctions pénales sont réduites ou supprimées pour certains comportements qui restent cependant des délits passibles de sanctions pénales (voir le Chapitre 3.3 sur la proportionnalité des peines pour plus de détails).

Mondiale de la Santé (OMS)⁹, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)¹⁰, le Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme des Nations Unies (HCDH)¹¹, ONU Femmes¹² et l'Organisation des Etats Américains (OAS)¹³, entres autres¹³, ont à présent appelé explicitement à supprimer les sanctions pénales à l'encontre des usagers de drogues. Au niveau national, plusieurs pays ont adopté des modèles innovants de décriminalisation¹⁵.

Questions législatives/ politiques

Décriminaliser l'usage de drogues et la possession destinée à un usage personnel

Plus de 40 pays et juridictions à travers le monde ont adopté une forme de décriminalisation pour cer-

taines infractions liées aux drogues¹⁶. Les processus de décriminalisation peuvent être classés en deux types – *de jure* et *de facto*. Dans le premier modèle, la suppression de sanctions pénales s'effectue dans le cadre d'un processus législatif, c'est à dire par l'abrogation de la législation pénale, la création d'une loi de droit civil, ou la décision d'une cour constitutionnelle menant à une révision de la législation. Dans un modèle *de facto*, l'usage de drogues demeure un délit pénal dans la législation d'un pays, mais en pratique les personnes ne sont plus poursuivies (par exemple aux Pays-Bas). La décriminalisation peut se centrer sur une substance spécifique (généralement le cannabis), certaines substances ou l'ensemble des drogues (comme c'est le cas au Portugal).

Alors que la décriminalisation par le biais d'une réforme législative peut prendre plusieurs années, la décriminalisation *de facto* peut être mise en œuvre



Marche silencieuse pour mettre un terme aux contrôles et aux fouilles, ainsi qu'au profilage racial aux Etats-Unis

relativement rapidement par des ajustements politiques pragmatiques. Toutefois, une politique de décriminalisation *de facto* peut aussi être plus facilement inversée, par exemple après un changement de couleur politique au gouvernement.

La décriminalisation est plus efficace lorsqu'elle est mise en œuvre conjointement au développement, au financement et à l'élargissement d'une large gamme de services de réduction des risques et de traitement de la dépendance fondés sur des preuves scientifiques. Dans ce cas, les usagers de drogues sont à même d'accéder à ces services sans crainte d'être arrêtés, sanctionnés, stigmatisés ou discriminés.

Dans de nombreux contextes, les pays qui ont décriminalisé l'usage de drogues ont choisi d'adopter des sanctions administratives pour les activités liées à l'usage de drogues, telles que des travaux d'intérêt général, des amendes et le retrait de certains permis. Il est essentiel que ces sanctions administratives ne résultent pas en des dommages plus importants que la criminalisation (par exemple, le recours à des centres de détention forcée, l'inscription des usagers de drogues dans des registres du gouvernement, l'imposition d'amendes élevées aboutissant à de longues peines de prison si elles restent impayées, etc.).

• **Décriminaliser la culture destinée à un usage personnel**

Certains modèles de décriminalisation incluent la culture de substances destinées à un usage personnel afin de s'assurer que les personnes consommatrices n'aient pas à dépendre du marché noir pour accéder à leur substance de prédilection. Par exemple, dans plusieurs pays, des consommateurs de cannabis ont décidé de créer des clubs sociaux de cannabis en vue de se distancer du marché noir et de s'assurer d'avoir des produits de bonne qualité¹⁷.

En Belgique, en Espagne et en Uruguay, par exemple, les clubs sociaux de cannabis permettent aux personnes de cultiver leurs propres plantes au sein d'une coopérative, et seulement en quantités suffisantes pour satisfaire les besoins de ses membres (ces quantités sont fixées par les membres eux-mêmes). La culture et la distribution sont limitées aux membres du club et le cannabis peut être consommé dans les locaux du club ou emporté. L'affiliation est interdite aux personnes de moins de 18 ans. La plupart des clubs limitent le nombre de leurs membres. Par exemple, l'Uruguay a fixé la limite à 45 membres, alors que la Fédération d'Associations du Cannabis de Catalogne a fixé sa limite à 655 membres – même si plusieurs décisions de la Cour Suprême espagnole ont récemment fixé des

Encadré 2 Le modèle portugais d'orientation vers des services de santé

En juillet 2001, le Portugal a adopté la Loi 30/2000 qui a décriminalisé la possession destinée à un usage personnel de toutes les drogues soumises au contrôle international. Sous le nouveau régime juridique, le trafic de drogues est toujours poursuivi comme un délit pénal, mais la possession de quantités de drogues allant jusqu'à 10 jours de consommation est devenue un délit administratif. La loi a aussi introduit un système d'orientation vers des Commissions de dissuasion pour la dépendance à la drogue (*Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência*). Lorsqu'une personne est interpellée en possession de drogues, la police la renvoie à ces commissions régionales composées de trois – un travailleur social, un conseiller juridique et un professionnel médical – qui sont soutenus par une équipe d'experts techniques.

Les Commissions ont recours à des réponses ciblées pour réduire l'usage de drogues et encourager les personnes dépendantes aux drogues à entrer en traitement. A cette fin, elles peuvent imposer des sanctions telles que des travaux d'intérêt général, des amendes, le retrait de permis professionnels et l'interdiction de se rendre dans certains lieux, mais peuvent également recommander des programmes de réduction des risques, de traitement ou d'éducation, et offrent aussi un soutien social à ceux qui en ont besoin.

Entre 2002 et 2009, les Commissions de dissuasion ont facilité environ 6 000 procédures administratives par an. Comme le montre le Tableau 1 ci-dessous, en 2009, la plupart des cas (68%) ont abouti à des suspensions de procédures pour les personnes qui n'étaient pas dépendantes aux drogues (c'est-à-dire qu'aucune mesure n'a été prise). 14% des cas ont abouti à des sanctions (10% étant des sanctions telles que des retraits de permis ou des restrictions de mouvement et 4% des amendes)¹⁸. 15% des cas ont été provisoirement suspendus si l'individu s'engageait à suivre un traitement. Environ 76% des cas impliquaient le cannabis, 11% l'héroïne, 6% la cocaïne et le reste impliquait plusieurs drogues à la fois¹⁹.

La décision de décriminaliser l'usage de drogues s'est accompagnée d'investissements importants dans une réponse sanitaire, comprenant des mesures de réduction des risques (bénéficiant d'une nouvelle base légale sous la forme du Décret-loi 183/2001) et des programmes de traitement de la dépendance à la drogue. Ces mesures se sont traduites par une réduction de la surpopulation carcérale : la proportion de contrevenants condamnés à une peine de prison pour délit de drogues a baissé de manière significative à 28% en 2005, à partir d'un pic de 44% en 1999 – réduisant ainsi en partie la pression

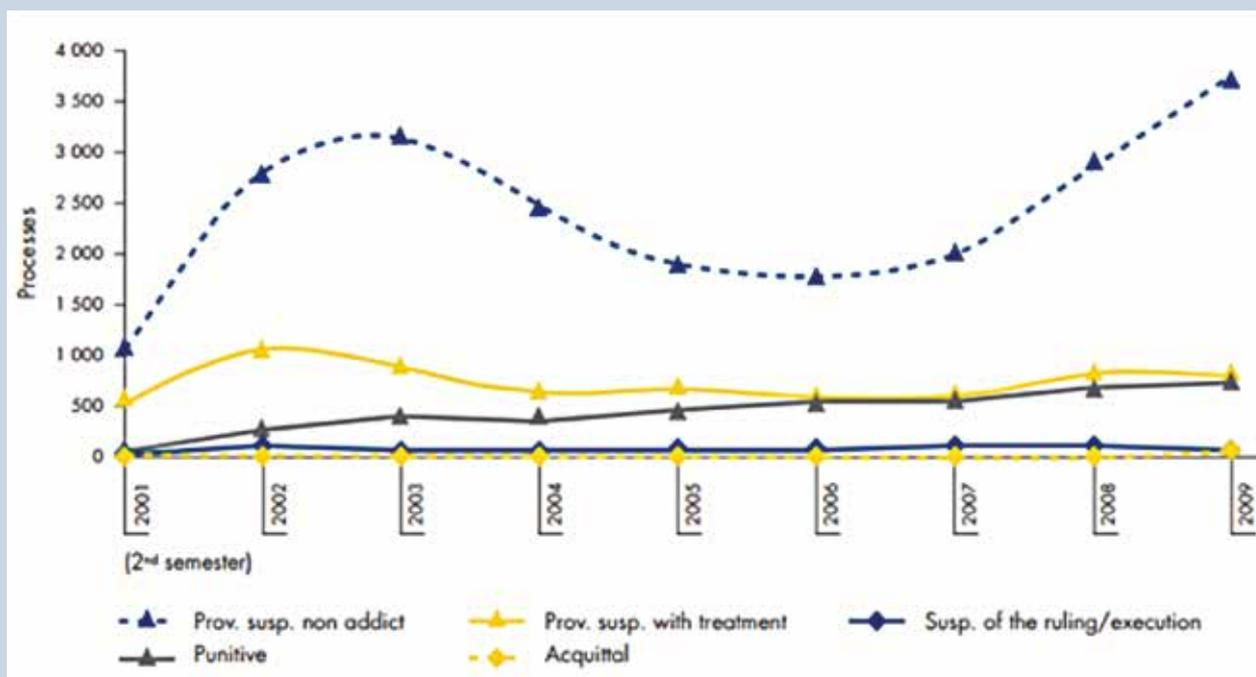


Source: Pedro A. Pina

Action de dépistage : « Semaine européenne de dépistage » au Centre de Réduction des Risques de Mouraria, ONG GAT, à Lisbonne, au Portugal

Texte continué sur la page suivante

Tableau 1 Applications de sanctions par les Commissions de Dissuasion, 2001 à 2009²⁰



qui pesait sur le système de justice pénale²⁰. Dans le domaine de la santé, le nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués parmi les usagers de drogues a chuté, en passant de 907 nouveaux cas en 2000²¹ à 79 en 2012²². Une tendance à la baisse a aussi été observée pour les nouveaux cas d'hépatite B et C²³, alors que le nombre de morts par overdose au Portugal est le deuxième taux le plus bas de l'Union européenne²⁴. Le

nombre de personnes en traitement (volontaire) de la dépendance a augmenté de plus de 60% entre 1998 et 2008. Plus de 70% des personnes en demande de traitement ont reçu une TSO²⁵. Le modèle portugais de décriminalisation a donc été un grand succès en offrant des services de réduction des risques et de traitement volontaire aux usagers de drogues, avec des résultats très positifs.

limites plus strictes en ce qui concerne le nombre de membres (dans sa dernière décision, la Cour Suprême a statué qu'un club de plus de 290 membres était inacceptable)²⁷.

Une bonne partie des clubs ont contribué à encourager une consommation responsable parmi leurs membres en offrant des conseils et des informations sur l'usage. Ce modèle a protégé les personnes du marché noir, et ont souvent évité un modèle orienté vers le profit, tout en restant dans le cadre des limites fixées par les conventions de l'ONU sur les drogues^{28,29}.

Questions de mise en œuvre

Suite à la décriminalisation, les responsables politiques ont le choix d'établir toute une gamme de réponses aux activités liées aux drogues, et les modèles mis en place ont fortement varié d'un pays à l'autre³⁰. Certains se sont montrés inefficaces ou ont augmenté les dommages subis par les usagers de drogues. Les données scientifiques existantes démontrent qu'un modèle efficace devrait promou-

voir des investissements dans les services de réduction des risques et de traitement de la dépendance à la drogue. Plusieurs considérations devraient être prises en compte dans le cadre d'un modèle de décriminalisation, celles-ci sont présentées ci-dessous.

Faire la différence entre usage personnel et intention commerciale

C'est l'un des principaux défis de la mise en œuvre d'un modèle efficace de décriminalisation. De nombreux pays ont développé des seuils de quantité pour déterminer si la possession de drogue est destinée à un usage personnel ou dans l'intention d'en fournir à autrui. Si ces seuils peuvent être utiles, ils se sont parfois avérés problématiques. Dans certaines circonstances, par exemple au Mexique et en Russie, les seuils ont été fixés tellement bas qu'ils ont abouti à envoyer davantage de personnes en prison pour des activités identifiées comme étant des délits de « trafic » (par exemple, le Mexique a fixé des seuils de quantité à 0,5g de cocaïne, 0,05g d'héroïne et une pilule d'ecstasy)³¹. Pour être efficaces, les seuils

de quantité devraient refléter adéquatement les réalités du marché – en prenant en compte les modes de consommation, les quantités de drogues qu’une personne est susceptible de consommer en un jour et les modes d’approvisionnement.

D’autres pays ont choisi de ne pas adopter de seuils et de ne pas définir ce que seraient « des quantités raisonnables » ou les « petites quantités » autorisées. Au lieu de cela, ils se sont centrés sur d’autres considérations à prendre en compte comme preuve, au cas par cas – par exemple, la possession de plusieurs téléphones portables, de drogue divisée en différents paquets, d’argent, d’armes à feu, ou au contraire des antécédents de dépendance à la drogue, etc. Cette approche présente toutefois elle aussi des désavantages, à savoir le risque d’abus et de corruption de la part de la police ou des juges.

Pour pouvoir bénéficier de l’objectivité fournie par les seuils de quantité tout en considérant d’autres facteurs, la décriminalisation devrait combiner des seuils de quantité *indicatifs* avec un pouvoir discrétionnaire pour la police, le procureur ou le juge, leur permettant de décider au cas par cas sur la base de toutes les preuves disponibles³². Par exemple, des antécédents de consommation de drogues et un accès fréquent à des services de santé ou de réduction des risques devraient être considérés comme des preuves qu’une personne interpellée en possession de quantités plus importantes de drogues les desti-

ne quand même à un usage personnel et pas à des buts commerciaux.

Autorité responsable de déterminer l’usage personnel

Pour réduire les charges inutiles sur le système de justice pénale et pour éviter le risque de détention préventive³⁹, il est préférable de laisser le rôle de déterminer si la possession est destinée à un usage personnel ou s’il y a intention de vendre à autrui à la discrétion de la police, de manière à s’assurer que les personnes soient tenues à l’écart du système de justice pénale le plus tôt possible. Une telle approche comporte toutefois quelques risques de corruption et d’abus de la part de la police, tels que le harcèlement, la discrimination raciale, l’imposition d’amendes excessives, etc.

Il existe aussi le risque d’« élargissement du filet » (*net-widening*), c’est à dire l’effet non désiré d’augmenter le nombre de personnes en contact avec le système de justice pénale du fait de l’extension des pouvoirs de la police et de procédures qui permettent à la police d’arrêter plus facilement des personnes pour possession de drogue. Cet effet a été constaté en Suisse après que la possession de cannabis soit devenue une infraction administrative punissable d’une amende, et dans certaines régions d’Australie⁴⁰. Dans ce contexte, même si l’usage de drogues est décriminalisé, les usagers de drogues



Pilules bleues dans la main d’un consommateur de drogues en Inde, 2011

Source: PNVé

Encadré 3 Etablir des seuils de quantité en République Tchèque

La première loi sur les drogues en République Tchèque, adoptée en 1993 après la chute de l'Union soviétique, n'imposait pas de sanctions pénales pour l'usage de drogues ou la possession destinée à un usage personnel. Cinq ans plus tard, alors que les marchés des drogues devenaient plus visibles, la République Tchèque a révisé ses lois sur les drogues pour criminaliser la possession de « plus qu'une faible quantité » de drogues – sans définir quelles étaient ces quantités³⁵. Les personnes surprises en train de consommer des drogues n'étaient toutefois pas criminalisées³⁶. Le gouvernement a investi dans un projet de recherche à grande échelle pour évaluer l'impact de la nouvelle loi. L'étude a conclu que la loi de 1998 n'avait pas permis de réduire de manière significative l'usage de drogues, bien que toute personne incarcérée pour possession de drogue coûtât 30 000€ par an au gouvernement³⁷.

L'étude a abouti à l'adoption d'une nouvelle loi sur les drogues en 2009, donnant lieu à des débats importants pour définir quelles quantités de drogues devraient être qualifiées comme étant « plus qu'une faible quantité ». Un décret gouvernemental a fixé des quantités en-dessous desquelles la possession ne conduirait pas à des sanctions pénales, mais qui, en cas d'interpellation, seraient soumises à l'imposition d'une amende. L'étude du gouvernement a été déterminante pour fournir des informations pratiques relatives aux modes de consommation et aux marchés

de drogues afin d'établir des seuils de quantité adéquats. Par exemple, notant que les modes de consommation variaient entre les groupes consommant différentes drogues, les auteurs de l'étude ont conclu qu'il serait sage de faire la distinction entre différents types de drogues dans le cadre de l'élaboration des lois et politiques relatives à la drogue³⁸. Une tentative a été faite pour refléter les résultats de l'étude dans la loi, en établissant un seuil plus haut pour le cannabis que pour d'autres drogues – le Décret Gouvernemental No. 467/2009 a établi des quantités de 15g pour le cannabis, 1.5g pour l'héroïne et 1g pour la cocaïne³⁹.

En 2013, la directive a été abolie par un arrêt de la Cour constitutionnelle qui a affirmé que « seule une loi, et non une réglementation gouvernementale, pourrait définir ce qu'est un délit pénal ». La Cour suprême tchèque a donc fixé des seuils plus stricts – autorisant 1.5g de méthamphétamines, 1.5g d'héroïne, 1g de cocaïne, 10g de cannabis et 5 unités d'ecstasy⁴⁰. Ces quantités sont nettement plus basses que celles autorisées dans certaines régions d'Australie ou en Espagne (où les seuils sont fixés à 7.5g pour la cocaïne et 200g pour le cannabis). Toutefois, l'exemple tchèque présente une tentative intéressante pour établir des seuils de quantité qui reflètent les réalités du marché des drogues de manière à réduire le nombre de personnes envoyées devant le système de justice pénale pour simple possession de stupéfiants.

sont toujours punis d'une amende, et l'incapacité à la payer peut aboutir à l'ouverture de procédures pénales. Lorsque les responsables politiques mettent en oeuvre une politique de décriminalisation, ils devraient garder à l'esprit le fait que l'objectif principal est de *réduire* le nombre de personnes sanctionnées pour consommation de drogues et qui souffrent des conséquences associées aux sanctions pénales.

Ces problèmes de mise en oeuvre peuvent être résolus par la mise en place de solides directives pour surveiller et examiner minutieusement le comportement de la police. Cela pourrait inclure des directives sur la manière de fixer les seuils de quantités (par exemple s'il faut tenir compte du poids sec ou du poids humide d'une substance), sur la façon d'utiliser le pouvoir discrétionnaire de la police ou les normes en matière d'inculpation. Une telle approche nécessiterait aussi la mise en place de formations pour la police sur les drogues et la réduction

des risques, de manière à sensibiliser les forces de l'ordre sur la nécessité de soutenir une approche socio-sanitaire envers l'usage de drogues. Il est aussi utile d'impliquer des représentants d'usagers de drogues dans le processus d'élaboration, de gestion et d'évaluation des modèles de décriminalisation pour permettre d'établir une relation de confiance entre la communauté et la police⁴¹.

Identifier les réponses appropriées

Là encore, les variations sont importantes autour du globe. Certains pays comme les Pays-Bas (voir l'Encadré 4) et la Belgique n'imposent aucune sanction à l'encontre des personnes interpellées en possession illicite de drogues destinées à un usage personnel. Cette approche présente des avantages importants, tels que des économies pour le système de justice pénale, et le fait qu'une personne ne subit plus aucune sanction – tout en permettant de donner une réponse socio-sanitaire à ceux qui en ont besoin. En revanche, dans les pays où les personnes

Encadré 4 Le modèle hollandais de décriminalisation du cannabis

En 1976, les Pays-Bas ont promulgué une nouvelle loi pour différencier les drogues « douces » – jugées comme posant des risques « acceptables » pour les consommateurs et la société (c'est à dire le cannabis) – et les drogues dites « dures » associées à des risques plus importants. Cette « séparation des marchés » a permis à l'Etat d'adopter une approche plus indulgente envers la vente, la possession et l'usage de cannabis par le biais d'une décriminalisation de facto. Même si la vente et la possession de cannabis restent des délits, le Ministère de la Justice hollandais a choisi d'appliquer une « politique de tolérance » se traduisant par la non-application de la loi dans certains cas. Par exemple, la possession de moins de 5g de cannabis n'est plus ciblée par les interventions de maintien de l'ordre. Depuis les années 1980, la vente et l'acquisition de petites quantités de cannabis ont aussi été autorisées sous strictes conditions dans des « coffee shops » accrédités. Initialement établis à Amsterdam, Rotterdam et Utrecht à la fin des années 1990, ces coffee shops sont présents dans presque toutes les grandes villes ou villes de taille moyenne du pays⁴².

L'établissement de coffee shops n'a pas mené à une explosion de la consommation de drogues aux Pays-Bas – les taux de prévalence restant largement en concordance avec la moyenne européenne⁴³. Toutefois, cette politique a eu un impact important sur la diminution de la stigmatisation, et sur les arrestations et les condamnations pour usage et possession illicite, qui restent peu élevés aux Pays-Bas⁴⁴.

Cela fait maintenant 30 ans que cette politique est appliquée. L'expérience hollandaise a démon-

tré que le modèle des coffee shops avait permis aux usagers de cannabis d'éviter d'être exposés aux scènes et marchés de « drogues dures ». L'usage d'héroïne et de cocaïne aux Pays-Bas est plus faible que la moyenne européenne⁴⁵ et la prévalence de VIH parmi les usagers de drogues reste peu élevée⁴⁶, le pays ayant très tôt mis en place une gamme étendue de services de réduction des risques comprenant des programmes d'échange de seringues (PES), des thérapies de substitution aux opiacés (TSO), des traitements de prescription médicale d'héroïne et des locaux de consommation à moindres risques⁴⁷.

Toutefois, ce modèle présente aussi certaines difficultés, en particulier le paradoxe autour du fait que, même si la vente et la possession de cannabis sont tolérées, l'approvisionnement des coffee shops (la « porte dérobée ») continue d'être criminalisé et, de fait, est de plus en plus contrôlé par des groupes et des réseaux criminels. Aujourd'hui, une grande majorité de la population hollandaise est en faveur d'une régulation légale du marché du cannabis dans son intégralité, « de la graine à la vente », afin de mettre un terme à la dépendance au marché noir⁴⁸. Et bien que le gouvernement tente de restreindre toutes les activités qui faciliteraient la culture en criminalisant les activités de préparation (tels que les magasins de matériel de culture), les autorités locales sont de plus en plus en faveur d'une régulation de la porte dérobée par une nouvelle loi sur le cannabis. Un rapport récent de la VNG – la plateforme hollandaise des autorités locales – a appelé le gouvernement à autoriser une production régulée du cannabis en introduisant des permis pour les cultivateurs⁴⁹ (voir le Chapitre 3.2 pour plus de détails sur la régulation légale).

interpelées en possession de drogues ont le choix entre une amende, une sanction pénale et un traitement (comme c'est le cas au Chili, en Arménie, en Pologne et au Paraguay), les personnes décideront souvent de suivre un traitement même si elles ne sont pas dépendantes à la drogue – créant par là même une charge inutile pour le système de santé et les finances publiques.

Si des pays décident d'imposer des amendes administratives en guise d'alternative aux sanctions pénales, comme c'est le cas dans de nombreux pays

et juridictions, ils devraient prendre garde à ne pas imposer des amendes élevées au point de conduire à un procès ou à l'incarcération de la personne en cas d'incapacité à payer. D'autres formes de sanctions civiles, telles que la saisie du passeport ou du permis de conduire, devraient être évitées étant donné qu'elles peuvent avoir un impact négatif et disproportionné sur la vie d'une personne et parfois sur sa capacité à travailler.

Quand des mécanismes d'orientation sont mis en œuvre pour encourager les personnes à entrer

volontairement dans des programmes de traitement, ceux-ci devraient offrir une large gamme d'options de traitement, incluant les TSO. Une sanction pénale ne devrait pas être imposée si la personne échoue à remplir les conditions du programme de traitement. Le Portugal, par exemple, a adopté une réponse progressive à l'usage de drogues. En premier lieu, les personnes interpellées pour usage de drogues verront la procédure suspendue, mais une sanction administrative pourra être imposée si elles sont de nouveau interpellées sous une période de six mois. Cependant, le Portugal offre aussi un large éventail de services sociaux et de santé à travers ses Commissions de dissuasion (voir Encadré 2), comprenant une orientation vers des programmes de réduction des risques et de traitement. Dans le cas portugais, le traitement n'est jamais coercitif et les personnes qui échouent à adhérer ou à se conformer aux exigences du programme ne se verront pas imposer de sanction pénale⁵⁰.

En Asie de l'Est et du Sud-Est, des pays tels que la Chine et le Vietnam ont révisé leurs lois sur les drogues pour supprimer les sanctions pénales à l'encontre des usagers de drogues, mais ont adopté à la place un système administratif au sein duquel les personnes interpellées pour usage de drogues sont contraintes d'entrer dans un centre de détention forcée pour des périodes allant de quelques mois à deux ans. Une telle pratique devrait être évitée étant donné que ces centres de détention constituent un système de sanctions sévère, ne comprennent aucune forme de traitement ou de réhabilitation fondés sur des données tangibles, et conduisent à de nombreuses violations des droits humains (voir le Chapitre 2.5 pour plus de détails)⁵¹.

Ressources clés

- Consortium International sur les Politiques des Drogues (2015), *Comparing models of decriminalization, an e-tool by IDPC*, <http://decrim.idpc.net/>
- Fox, E., Eastwood, N. et Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2 (Release)*, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
- Godwin, J. (2016), *Une approche basée sur la santé publique pour l'usage de drogues en Asie : Principes et pratiques pour la décriminalisation* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>
- Rolles, S. et Eastwood, N. (2015), « Chapitre 3.4: Drug decriminalisation policies in practice: A global summary », In: Harm Reduction International (2012), *The global state of harm reduction: Towards an integrated response*, http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf

3.2

Réguler les marchés de drogues

Recommandations clés

- La régulation responsable des marchés des drogues peut réduire les dommages associés au commerce illicite des drogues et présenter de meilleurs résultats en termes d'indicateurs financiers, sanitaires et sécuritaires pour la communauté. Cette option politique devrait donc être activement et publiquement débattue et considérée
- Les responsables politiques souhaitant explorer les diverses options de régulation devraient considérer l'établissement d'un groupe consultatif national composé d'experts pour élaborer une politique et un cadre juridique adaptés de manière à répondre aux besoins et aux priorités locales. Ce groupe devrait inclure l'expertise d'acteurs de la santé publique, du maintien de l'ordre, de la réforme des politiques des drogues, de l'évaluation et du suivi, de la régulation de l'alcool et du tabac, de la prévention, du traitement et de la réduction des risques, ainsi qu'une représentation des usagers de drogues et des producteurs de subsistance de cultures destinées au marché noir
- Les réformes devraient être mises en œuvre prudemment, en utilisant une évaluation et un suivi bien financés des impacts de cette nouvelle approche. Ces mécanismes d'évaluation devraient être intégrés au sein de toute législation et processus de changement, et prévoir la possibilité d'adapter les approches en fonction des données scientifiques émergentes
- Un soin particulier devrait être pris pour limiter les risques de sur-commercialisation, en mettant la santé et la sécurité de la communauté au cœur de l'élaboration des politiques, plutôt que le profit privé. Des modèles non-commerciaux devraient ainsi permettre de limiter les risques de sur-commercialisation en tirant des leçons des succès et des échecs des différentes approches en matière de contrôle du tabac et de l'alcool
- Les responsables politiques devraient encourager et contribuer aux débats dans le cadre de forums régionaux et onusiens de haut niveau politique sur une réforme du système mondial de contrôle des drogues, de manière à y accommoder les requêtes pour davantage de flexibilité, de manière à permettre l'expérimentation de modèles de régulation de façon indépendante ou en parallèle au processus de réforme nationale en cours
- Les responsables politiques devraient encourager l'ONU à convoquer un groupe d'experts indépendants pour étudier les questions soulevées par une régulation légale, les implications pour le système existant des traités et les options pour sa modernisation et sa réforme⁵².

Introduction

La décriminalisation de l'usage de drogues est de plus en plus adoptée en politique ou en pratique à travers le monde (voir le Chapitre 3.1) et a occupé une place centrale dans le cadre des plaidoyers et des débats de haut niveau politique au sein des agences de l'ONU. Parallèlement, un débat sur la régulation légale de la production, de l'approvisionnement et de la consommation de certaines sub-

stances s'est aussi rapidement développé au niveau international au cours des cinq dernières années.

La régulation du cannabis a été à l'avant-garde de ces débats et a connu une évolution rapide – particulièrement depuis 2012, quand le cannabis destiné à un usage non-médical a été légalisé dans les états américains de Washington⁵³ et du Colorado⁵⁴. Peu de temps après, l'Uruguay est devenu le premier Etat membre de l'ONU à faire de même en adoptant la Loi

No 19.172⁵⁵. Depuis, deux nouveaux états américains (l'Alaska⁵⁶ et l'Oregon⁵⁷) et le District de Columbia⁵⁸ ont suivi, et plusieurs autres états sont susceptibles de faire de même dans les prochaines années – en particulier la Californie. En 2015, la Jamaïque a elle aussi légalisé le cannabis à des fins médicales, industrielles et religieuses⁵⁹ et le gouvernement canadien nouvellement élu a quant à lui prévu de légaliser le cannabis⁶⁰ – le premier pays du G7 à le faire.

D'autres évolutions dans le monde alimentent également ces discussions, comme par exemple le système de régulation légale de la feuille de coca en Bolivie, le modèle néo-zélandais de régulation de certaines nouvelles substances psychoactives (NSP) à faibles risques (voir l'Encadré 3 du Chapitre 2.1), et le développement en cours de programmes de substitution faisant usage d'héroïne prescrite et d'autres substances contrôlées pour les personnes dépendantes à l'héroïne et autres substances (voir le Chapitre 2.5 pour plus de détails).

Passer d'un débat théorique sur la légalisation à de réels développements politiques signifie que le consensus mondial soutenant une approche globalement prohibitionniste en matière de contrôle des drogues est à présent brisé. Au moins en ce qui concerne le cannabis, un tournant a été atteint. Il est donc important que les responsables politiques considèrent les enjeux de ce changement rapide de contexte politique et les options de réforme au niveau national.

Questions législatives/ politiques

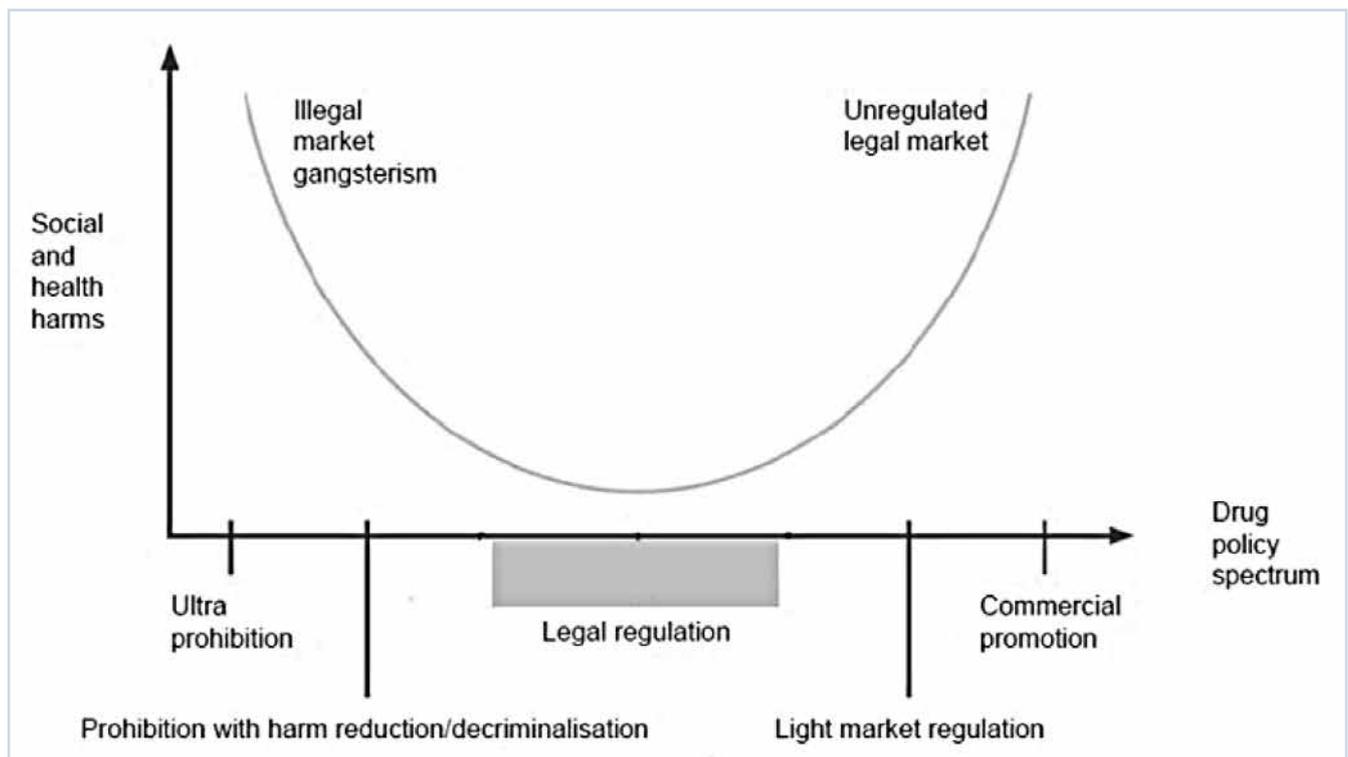
La signification du terme « légalisation » est toujours un peu confuse. La « légalisation » est le processus par lequel un produit ou une activité illégal(e) devient légal(e). Dans le cadre des discussions politiques, il est donc plus utile de faire référence à « la légalisation et régulation » ou la « régulation légale » d'une substance (ou de substances), car cela présente une description plus claire du modèle proposé. Un processus de légalisation permet la mise en œuvre d'une politique de régulation légale. Dans un tel régime, les substances peuvent être adéquatement contrôlées et le régime de régulation peut être mis en œuvre efficacement par les autorités gouvernementales – afin de retirer le commerce des drogues des mains des groupes criminels⁶¹.

Tout au long des dix dernières années, les premières propositions détaillées ont émergé, en offrant différentes options de régulation légale des drogues⁶².

Par exemple :

- Le contrôle des drogues en tant que telles (dose, préparation, prix et emballage)
- La soumission des vendeurs de drogues à une autorisation de vente (exigences en matière de contrôle et de formation)
- Le contrôle des établissements dans lesquels il

Figure 1. Graphe des différentes options politiques et leurs effets potentiels⁶³



Encadré 1 Cinq modèles de base pour réguler la disponibilité des drogues

- La prescription médicale assortie de locaux de consommation à moindres risques optionnels pour les substances et les comportements les plus risqués (injection de drogues, notamment l'héroïne et la cocaïne, et stimulants plus puissants tels que la méthamphétamine)
- Le point de vente spécialisé en pharmacie : les vendeurs seraient formés et patentés, l'accès soumis à une inscription/autorisation et les volumes de drogues vendus seraient rationnés, ceci pour les drogues à risques modérés, telles que l'amphétamine, la cocaïne et l'ecstasy
- Le commerce de détail accrédité avec des niveaux de régulation appropriés aux risques associés au produit et aux besoins locaux : ce modèle pourrait être utilisé pour les drogues et les préparations à faibles risques, telles que le cannabis, le khat et le kratom, ou pour des boissons énergétiques peu puissantes
- Les points de vente et lieux de consommation accrédités similaires aux points de vente d'alcool et aux « coffee shops » hollandais, ils pourraient potentiellement aussi être utilisés pour fumer de l'opium ou boire du thé de pavot. Des niveaux additionnels d'accréditation et de contrôle sur place pourraient être introduits pour certains types d'usage de psychédéliques ou de certains stimulants lors d'événements et de soirées festives
- Les ventes non-soumises à une autorisation permettant une régulation minimale pour les produits les moins risqués tels que les boissons à la caféine et le thé de coca.

est possible d'acheter le produit (lieu, taille de l'établissement, apparence)

- La régulation et le contrôle du marketing entourant le produit (publicité, marquage et promotions)
- La régulation de la disponibilité et de l'accès au produit (contrôles d'âge, acheteurs soumis à une autorisation, modalités d'adhésion à un club, rationnement)
- La régulation des lieux et des horaires pendant lesquels les drogues peuvent être consommées.

De nombreuses options existent sur la manière dont différents outils de régulation peuvent être appliqués à différentes substances au sein de différentes populations. L'Encadré 1 offre un résumé des différents modèles de régulation qui pourraient être mis en œuvre, dans le but de gérer les marchés des drogues au sein desquels les dommages sociaux et sanitaires liés aux marchés noirs et à la consommation illicite des drogues pourraient être minimisés⁶⁴.

Questions de mise en œuvre

Réduire les coûts sociaux, sanitaires et financiers

La régulation des marchés des drogues n'est pas une « solution miracle » aux problèmes liés à l'usage et aux marchés des drogues. A court terme, la régulation légale peut seulement permettre de réduire certains des problèmes de santé, de droits humains, de criminalité et de sécurité qui découlent des efforts prohibitionnistes de contrôle des drogues, ainsi que ceux qui sont alimentés par le marché noir (voir l'Encadré 2 sur l'Uruguay et l'Encadré 3 du Chapitre 2.1 pour un aperçu de l'expérience néo-zélandaise en ce qui concerne les NSP). Toutefois, la régulation légale ne peut pas lutter contre les facteurs socio-économiques susceptibles d'exacerber les problèmes liés aux drogues au sein d'une communauté – tels que la pauvreté, l'inégalité et la marginalisation sociale. Néanmoins, en promouvant un modèle plus pragmatique de santé publique et en libérant certaines des ressources dirigées vers le maintien de l'ordre au profit de politiques sanitaires et sociales fondées sur des preuves scientifiques, certains modèles de régulations pourraient très certainement créer un environnement plus favorable⁶⁵.

Des environnements sociaux différents nécessiteront des approches différentes en réponse aux défis spécifiques auxquels les responsables politiques sont confrontés. La gamme émergente d'options disponibles pour réguler et gérer les marchés des drogues et la consommation par le biais d'institutions commerciales et étatiques offre à présent une alternative crédible aux responsables politiques s'il ne leur est pas possible de répondre aux risques menaçant leurs sociétés au sein du cadre international actuel de contrôle des drogues. De telles réformes sont susceptibles d'avoir lieu sur une base ad-hoc pour des substances différentes, dans différentes juridictions.

Les coûts associés au développement et à la mise en œuvre d'un nouveau cadre réglementaire devraient être pris en considération, mais ne

Encadré 2 Le modèle uruguayen de régulation légale du marché du cannabis

En 2013, l'Uruguay est devenu le premier pays à voter en faveur d'une législation pour légaliser et réguler le cannabis destiné à des usages non-médicaux. L'argumentation du gouvernement en faveur d'un marché régulé était fondée sur le fait qu'une telle approche aiderait à protéger la santé des usagers de cannabis, tout en minimisant les risques de sécurité découlant de la criminalité associée au commerce illicite⁶⁶.

Le modèle uruguayen impose un niveau plus élevé de contrôle gouvernemental que les modèles commerciaux développés aux États-Unis. Sous le contrôle d'une entité nouvellement établie (Instituto de regulación y control del cannabis, IRCCA), seule est autorisée la production de certains produits à base de cannabis, par des cultivateurs détenteurs d'un permis de l'État. Une interdiction totale de toutes formes de marquage et de publicité est imposée, et les revenus provenant des taxes seront utilisés pour financer de nouvelles campagnes d'éducation et de prévention⁶⁷.

Les ventes sont autorisées uniquement par le biais de pharmacies agréées, pour des résidents uruguayens adultes et enregistrés, et à des prix fixés par la nouvelle entité de régulation. Les pharmacies sont autorisées à vendre du cannabis destiné à un usage thérapeutique sur la base d'une prescription médicale, ainsi que du cannabis destiné à un usage non-médical, jusqu'à un maximum de 40g par mois par adulte enregistré. Les citoyens sont autorisés à cultiver jusqu'à six plantes par jour à leur domicile et pour leur consommation personnelle, avec un maximum de récolte de 480g par année. Ils peuvent aussi se regrouper en clubs de cannabis comprenant 15 à 45 membres autorisés à cultiver jusqu'à 99 plants de cannabis, avec une récolte annuelle proportionnelle au nombre de membres et conforme aux quantités fixées pour l'usage non-médical⁶⁸. Jusqu'à présent, cependant, la mise en œuvre du régime de régulation a été lente, particulièrement en ce qui concerne l'attribution de permis aux pharmacies pour les ventes de cannabis.

devraient représenter qu'une fraction des ressources toujours croissantes employées actuellement dans les efforts prohibitionnistes visant à contrôler l'offre et la demande. Rediriger une partie des profits criminels existants vers des revenus issus de taxes légitimes constitue lui aussi un énorme potentiel. C'est ce qui s'est passé dans le cadre de certains modèles de régulation du cannabis aux États-Unis⁶⁹.

Tirer des leçons des défis propres aux modèles de régulation du tabac et de l'alcool

Il est légitime d'être préoccupé par le fait qu'une sur-commercialisation des marchés légaux des drogues pourrait entraîner une consommation accrue et une augmentation des risques associés, étant donné que les intérêts commerciaux cherchent à agrandir les marchés pour ces substances et à en maximiser les profits. Les responsables politiques ont donc la responsabilité d'assurer que la santé publique soit toujours prioritaire par rapport aux intérêts commerciaux en élaborant un nouveau modèle de régulation. Cela n'a certainement pas été le cas avec l'alcool et le tabac dans la plupart des juridictions – des modèles politiques plus responsables n'ont été considérés et mis en œuvre que récemment, après des années de résistance

de la part des puissants lobbies de l'industrie. Les responsables politiques ont une opportunité et la responsabilité de tirer des leçons de tabac et de l'alcool, et de les prendre en compte dès le départ pour élaborer tout nouveau modèle de régulation des drogues.

Des options crédibles et fonctionnelles existent déjà pour établir des modèles de régulation non commerciale des marchés – comme par exemple les monopoles d'État (ou monopoles partiels), des sociétés à but non-lucratif tels que les « clubs sociaux » ou la promotion de l'auto-culture. Si un marché commercial est établi, des leçons particulièrement pertinentes peuvent être retenues vis-à-vis de la régulation du tabac et de l'alcool. Le modèle organisationnel fourni par la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac⁷⁰ et les conseils de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la régulation de l'alcool⁷¹ fournissent des recommandations utiles et fondées sur des preuves scientifiques sur la manière de réduire de tels risques – par exemple par des contrôles sur le sponsoring, la publicité et le marquage (voir aussi l'Encadré 2 sur le modèle uruguayen de régulation du cannabis).



Plant de cannabis dans un centre de culture de cannabis au Colorado

Répondre aux tensions existantes avec les conventions internationales de contrôle des drogues

Les changements vers une régulation légale nécessiteront une évaluation des importants obstacles institutionnels et politiques posés par le système international de contrôle des drogues. En effet, la tendance émergente visant à explorer la régulation légale de certaines substances contrôlées au niveau international a engendré des tensions évidentes vis-à-vis des trois conventions de l'ONU sur le contrôle des drogues, qui n'autorisent pas une telle approche⁷².

Les pays où des régimes de régulation ont déjà été adoptés ont répondu à ce problème de différentes manières :

- Les Etats-Unis ont fait valoir qu'une légalisation au niveau de ses états fédérés pouvait être autorisée grâce à une « interprétation flexible des traités »
- L'Uruguay a statué que son engagement à remplir les obligations plus globales de l'ONU sur la protection des droits humains, de la santé et de la sécurité était prioritaire sur les aspects techniques de ses obligations vis-à-vis des traités onusiens de contrôle des drogues
- La Bolivie a dénoncé la Convention de 1961 pour y ré-adhérer avec une réserve sur les articles spécifiques prohibant la feuille de coca

- La Jamaïque a régulé la culture du cannabis et son usage pour des motifs religieux (voir le Chapitre 4.3 pour plus de détails)
- Le cadre de régulation néo-zélandais des NSP est réservé uniquement aux substances qui ne sont pas soumises au contrôle des conventions onusiennes sur les drogues.

En réalité, ce domaine de réforme politique en matière de drogues se déroule en terres inconnues en ce qui concerne les nombreuses obligations conflictuelles de droit international. En effet, de nombreuses questions de droit international sont encore en suspens et commencent seulement à être explorées au sein des nombreux forums de haut niveau politique de l'ONU. Alors qu'il est difficile de savoir quand et comment ces questions seront résolues de manière satisfaisante, les nombreuses réformes déjà en cours mettent clairement en lumière les défauts d'un cadre international dépassé qui est incapable de satisfaire les besoins d'un nombre croissant d'Etats membres. Il semble donc inévitable qu'un processus de modernisation doive avoir lieu pour fournir la flexibilité requise pour expérimenter et innover sur la base de preuves scientifiques⁷³.

Ressources clés

- Bewley-Taylor D., Jelsma M. et Blickman T. (mars 2014), *The rise and decline of cannabis prohibition* (Transnational Institute et Global Drug Policy Observatory), https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf
- Caulkins, J. et al (janvier 2015), *Considering marijuana legalisation: Insights for Vermont and other jurisdictions* (RAND Corporation), http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR800/RR864/RAND_RR864.pdf
- Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2014), *Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_2014_taking-control_FR.pdf
- Farthing, L.C. et Ledebur, K. (July 2015), *Habeas coca: Bolivia's community coca control* (Open Society Foundations), <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/habeas-coca-bolivia-s-community-coca-control>
- Franquero, O.P. et Bouso Saiz, J.C. (2015), *Innovation born of necessity: Pioneering drug policy in Catalonia* (New York: Open Society Foundations Global Drug Policy Program), <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/innovation-born-necessity-pioneering-drug-policy-catalonia-20150428.pdf>
- Rolles, S. et Murkin, G. (2013), *How to regulate cannabis: A practical guide* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/how-regulate-cannabis-practical-guide>
- Rolles, S. (2009), *After the war on drugs: Blueprint for regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation>
- Transnational Institute (8 décembre 2015), *UNGASS 2016: Background memo on the proposal to establish an expert advisory group*, <https://www.tni.org/en/publication/ungass-2016-background-memo-on-the-proposal-to-establish-an-expert-advisory-group>

3.3

Proportionnalité des peines pour les délits liés à la drogue

Recommandations clés

- Le cadre existant de détermination des peines pour les délits liés aux drogues devrait être revu de manière à assurer une meilleure proportionnalité des peines et résoudre les conséquences de l'imposition de peines disproportionnées, telles que la surpopulation carcérale, et l'utilisation inefficace des ressources allouées à la justice pénale
- Des facteurs variés devraient être pris en considération lors de l'imposition des peines, de manière à s'assurer que celles-ci soient proportionnelles à la culpabilité et au rôle joué par le contrevenant, en particulier la considération de circonstances atténuantes ou aggravantes et les dommages causés par le délit. A cet égard, les juges et les procureurs devraient adopter une perspective faisant état des différences hommes/femmes et envisager des alternatives à l'emprisonnement lorsqu'ils décident de la peine à imposer
- Le cadre de détermination des peines pour les infractions liées aux drogues devrait comprendre l'option de n'imposer aucune sanction (ex : par la décriminalisation de l'usage et de la possession de drogues pour usage personnel) ou des alternatives à la condamnation et à l'emprisonnement pour des infractions mineures et non-violentes
- Les peines minimales obligatoires devraient être éliminées
- La peine de mort devrait être abolie pour les infractions liées aux drogues, étant donné qu'elle n'est pas un moyen de dissuasion inefficace et constitue une violation du droit international.

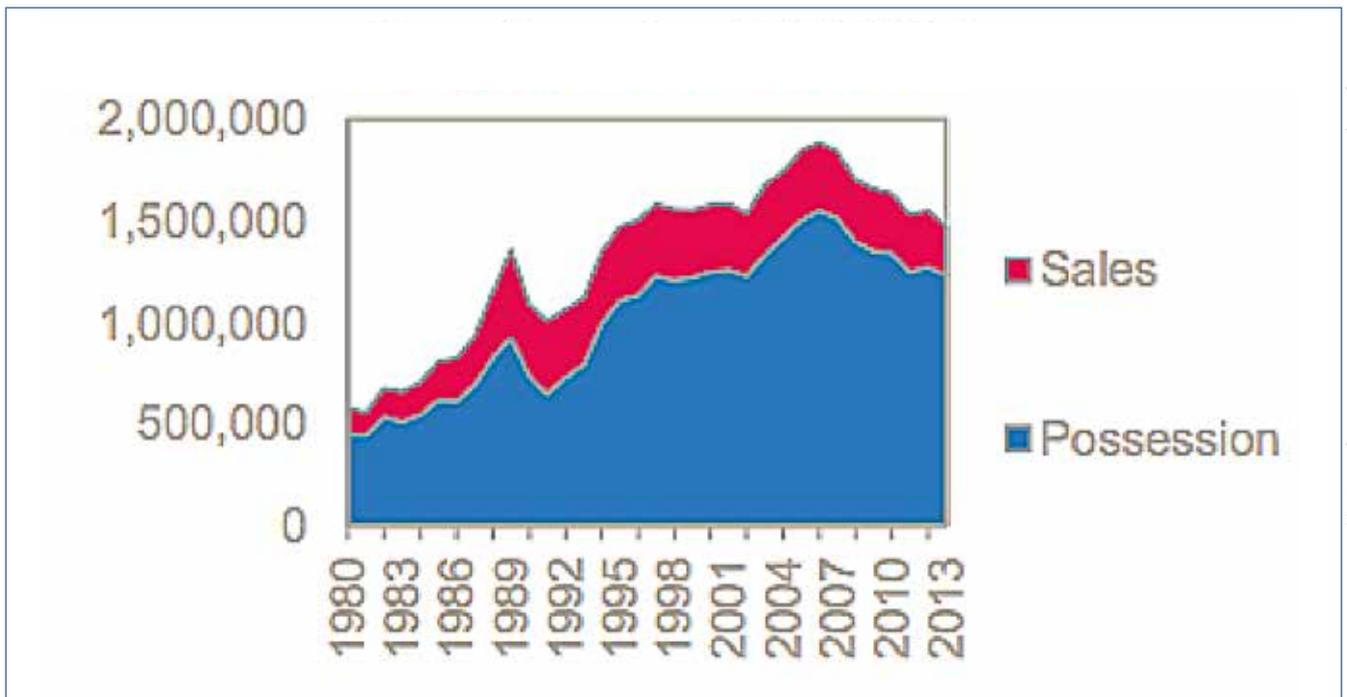
Introduction

L'imposition de peines disproportionnées pour les infractions liées aux drogues est un lieu commun, étant donné que de nombreux pays continuent

de mettre en œuvre des politiques des drogues fondées sur l'idée que des peines sévères décourageront l'offre et l'usage illicites de drogues. Les infractions non-violentes liées aux drogues impliquant de faibles quantités de substances, comme par exemple la culture, le trafic ou la contrebande à petite échelle, sont souvent punies par des peines plus sévères que pour d'autres délits qui causent davantage de dommages, comme des délits particulièrement violents tels que le meurtre et le viol⁷⁴. Les peines sont souvent déterminées uniquement sur la base de la possession et de la quantité de drogues impliquée, sans prendre en compte d'autres facteurs essentiels pour évaluer l'ampleur des dommages causés, la culpabilité et le rôle de l'individu (ex. un rôle important, intermédiaire ou faible dans une transaction d'approvisionnement en drogue). Il en va de même pour la considération de circonstances atténuantes, comme le fait de ne pas avoir d'antécédents judiciaires, d'avoir des personnes dépendantes à sa charge et ne pas être impliqué dans des actes violents ou connecté avec les réseaux criminels organisés⁷⁵.

Aux Etats-Unis, où plus de la moitié des personnes détenues dans les prisons fédérales sont condamnées pour des infractions liées aux drogues, 80% des arrestations faites en 2013 relevaient uniquement de la possession (voir Tableau 1)⁷⁶. De plus, l'imposition de peines minimum obligatoires pour les infractions liées aux drogues aux Etats-Unis restreint l'exercice du pouvoir discrétionnaire de l'instruction et de la justice et exclut toute considération de circonstances atténuantes dans les cas individuels, augmentant de fait la probabilité d'une peine disproportionnellement sévère⁷⁷. En 2011, plus de 75% des infractions soumises à une peine minimum obligatoire étaient liées aux drogues ; en 2010, la peine moyenne imposée aux personnes accusées de délit lié à la drogue et sujettes à une peine minimum obligatoire était de 11 ans de prison⁷⁸. Les taux élevés d'emprisonnement pour des délits liés aux drogues dans d'autres régions du monde, en particulier pour les consommateurs de drogues et les femmes, soulignent encore davantage la nature

Tableau 1. Arrestations liées aux drogues aux Etats-Unis, de 1980 à 2013⁷⁹



Source: Drug Policy Alliance, Données du Bureau Fédéral d'Investigations, Rapports criminels uniformes

disproportionnée de l'attribution de peines pour les infractions liées aux drogues (voir le Chapitre 3.4)⁸⁰.

En dépit de décennies d'application de peines excessivement sévères pour les infractions liées aux drogues, il n'existe à ce jour aucune preuve de leur efficacité à dissuader l'usage, la culture, la manufacture et le trafic de drogues. En effet, les rapports mondiaux successifs de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) contiennent des données mettant en lumière l'expansion et la diversification des marchés des drogues dans toutes les régions du monde⁸¹. D'autre part, les politiques des drogues imposant des peines sévères n'ont pas seulement échoué à décourager les activités liées aux drogues, elles ont aussi eu des effets dommageables sur la santé publique, la sécurité humaine et le développement :

- **Santé publique** : les prisons sont des environnements à hauts-risques pour la transmission de maladies telles que le VIH, les hépatites virales et la tuberculose. Les taux d'infection par le VIH ont tendance à être plus élevés en prison qu'au sein de la communauté, étant donnée la couverture très pauvre des services de réduction des risques pour les détenus usagers de drogues⁸² (voir le Chapitre 3.6)
- **Sécurité humaine** : la majorité des personnes condamnées aux peines les plus sévères pour des délits liés aux drogues, comme la peine de mort, jouent généralement un rôle insignifiant dans les opérations liées au trafic de drogues. Ces individus sont souvent pauvres, vulnérables à l'ex-

ploitation, et impliqués dans des rôles mineurs au sein du trafic de drogues⁸³. Leur emprisonnement n'a pas de réel impact sur l'ampleur du marché illicite, étant donné qu'ils sont facilement remplacés par d'autres. Par conséquent, des ressources pénales importantes (ex. les forces policières, les procureurs, les juges, les centres de détention et le système carcéral) sont utilisées pour arrêter et emprisonner des petits délinquants, alors que les personnes impliquées dans des infractions graves liées aux drogues sont laissées largement libres de continuer leurs opérations et le recrutement même de ces petits délinquants. L'imposition de peines disproportionnées n'est donc pas seulement inefficace, elle aboutit aussi à un investissement déséquilibré des ressources de maintien de l'ordre et de justice pénale dans des activités mineures liées aux drogues, plutôt que de cibler les activités criminelles les plus sérieuses, c'est-à-dire la violence, la corruption, le crime organisé et le blanchiment d'argent – des activités posant des risques beaucoup plus importants pour la sécurité⁸⁴.

- **Développement** : Emprisonner les cultivateurs impliqués dans la culture illicite pour des raisons de subsistance et d'autres personnes engagées dans les activités mineures au sein du marché des drogues a pour seul effet d'exacerber leur pauvreté et leur insécurité ; qui sont les raisons mêmes de leur implication dans les marchés des drogues⁸⁵.

Questions législatives/ politiques

Définir le concept de proportionnalité

La proportionnalité est un principe légal reconnu internationalement et applicable aux réponses d'un gouvernement aux activités qui causent un dommage à autrui. Elle nécessite que la sévérité de toute sanction imposée soit mesurée conformément aux dommages causés par les actions du contrevenant, ainsi qu'à sa culpabilité et à ses circonstances. Les instruments internationaux en matière de droits humains, de prévention de la criminalité et de justice pénale ont contribué à établir des standards en matière de proportionnalité⁸⁶. Par exemple, l'article 29(2) de la Déclaration universelle des droits de l'homme statue que :

Dans l'exercice de ses droits et dans la jouissance de ses libertés, chacun n'est soumis aux limitations établies par la loi qu'en vue d'assurer la reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui et afin de satisfaire aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique.

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques protège de nombreux droits pertinents à l'imposition de peines pour délit de drogues, notamment les droits à la vie, à la liberté, à la sécurité de la personne et à la vie privée. En interprétant l'application du Pacte, le Comité des Droits de l'Homme a déterminé que, lorsqu'un Etat met en œuvre des mesures pour restreindre un droit protégé par le traité, il « doit en démontrer la nécessité et prendre de telles mesures uniquement si elles sont proportionnées pour poursuivre des buts légitimes en vue d'assurer une protection continue et effective des droits du Pacte »⁸⁷. Le Comité a en outre expliqué que les mesures visant à restreindre les droits protégés par le Pacte devaient être les moins intrusives possibles en vue d'atteindre leur but légitime⁸⁸.

Un cadre de détermination de peines proportionnées pour les délits de drogues devrait donc cibler en premier lieu les personnes ayant un rôle important dans les opérations d'approvisionnement de drogues et causant le plus de dommages aux communautés, tels que la violence et le contrôle d'activités de crime organisé. Le cadre de détermination des peines devrait également viser à atteindre de meilleurs objectifs pour le développement, la santé et la sécurité, ainsi que pour la protection des droits humains.

Appliquer les principes juridiques de la proportionnalité à l'attribution de peines pour des délits liés aux drogues

Les principes du droit international associés à la proportionnalité sont rarement appliqués à l'attribution de peines pour délit de drogues. Ceci peut être expliqué par les considérations politiques favorisant des mesures extrêmement répressives en réponse à la drogue qui ont prévalu lors du développement du système international de contrôle des drogues au cours des décennies passées. Les conventions de l'ONU sur les drogues contiennent un langage mettant l'accent sur la gravité du problème mondial des drogues⁸⁹, ce qui a permis de justifier l'imposition de peines disproportionnellement sévères pour les délits liés aux drogues. Par exemple, le préambule de la Convention de 1961 affirme que « l'addiction aux stupéfiants constitue une menace sérieuse pour l'individu et lourde de dangers sociaux et économiques pour le genre humain ».

Toutefois, l'objectif de chacune des conventions onusiennes sur les drogues est d'assurer la « santé physique et morale de l'humanité », en restreignant l'usage non-médical de substances contrôlées tout en assurant leur disponibilité pour des raisons médicales⁹⁰. Il est notable que les conventions ne contiennent aucune obligation de criminaliser la consommation de drogues (voir le Chapitre 3.1 pour plus de détails) et contiennent des dispositions explicites permettant des alternatives aux condamnations ou aux sanctions pour des infractions liées à un usage personnel, telles que la possession, l'acquisition et la culture, et pour « des cas appropriés de nature mineure » qui ne sont pas liés à un usage personnel (voir le Chapitre 3.4 pour plus de détails)⁹¹. Dans les cas mineurs, les Etats sont encouragés à mettre en œuvre des alternatives aux condamnations et aux sanctions, telles que l'éducation, la réhabilitation ou la réinsertion sociale, et quand le contrevenant est consommateur de drogues, des programmes de « traitement » et de « postcure »⁹². Par conséquent, les conventions reconnaissent le besoin d'établir un cadre de détermination des peines pour les délits liés aux drogues, qui fasse une distinction entre :

- Les délits de consommation et d'approvisionnement
- Les délits mineurs et sérieux, et
- Les différentes sortes de substances, sur la base des principaux risques qu'elles peuvent poser pour la santé et de leur valeur thérapeutique⁹³.

Le principe de proportionnalité des peines devient essentiel lorsque l'on considère l'imposition de la

Encadré 1 L'Equateur met la proportionnalité au cœur de son code pénal

L'Equateur a longtemps été renommé pour ses peines sévères à l'encontre des trafiquants de drogues – ainsi que pour les hauts taux d'emprisonnement pour délits de drogues dans le pays, principalement pour les mules. En 2008, en proie à une crise carcérale l'Equateur a décrété une grâce au profit de toutes les mules emprisonnées⁹⁴. Néanmoins, cette grâce ponctuelle n'a pas permis d'endiguer l'affluence de personnes envoyées auprès du système de justice pénale et les taux d'emprisonnement ont fortement augmenté entre 2010 et 2014⁹⁵.

S'efforçant à promouvoir des peines plus proportionnées pour les délits liés aux drogues, l'Equateur a promulgué son Code Pénal Organique (COIP, acronyme espagnol)⁹⁶ en 2014, qui a réaffirmé la décriminalisation de l'usage de drogues (aussi ancrée dans l'article 364 de la Constitution équatorienne⁹⁷) et a introduit des peines proportionnées pour différents degrés d'implication dans le marché illicite de la drogue – avec des peines différentes pour les personnes impliquées à un échelon faible dans la chaîne du trafic, et celles jouant un rôle majeur au sein du marché noir. Le COIP a aussi créé quatre catégories de trafic, allant du trafic mineur au trafic à grande échelle, avec des peines proportionnées en fonction de la quantité et du type de substances impliquées⁹⁸.

Suite à l'adoption du COIP, plus de 2 000 personnes ont été libérées de prison⁹⁹. Cependant, en septembre 2015, l'Equateur a révisé les quantités établies pour différencier les niveaux de trafic en les diminuant fortement – un changement politique qui est susceptible d'engendrer une nouvelle augmentation de la population carcérale dans le pays¹⁰⁰. Néanmoins, la réforme équatorienne constitue un exemple intéressant de la manière possible d'introduire des peines plus proportionnées pour les délits liés aux drogues.

peine de mort pour des délits liés aux drogues. Selon le Comité des Nations Unies des Droits de l'Homme, les délits liés aux drogues n'atteignent pas le seuil des « délits les plus sérieux » pour lesquels la peine de mort peut être appliquée en vertu de l'Article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, car ces délits ne conduisent pas à un meurtre

intentionnel¹⁰¹. Il en résulte que l'imposition de la peine de mort et les exécutions pour des délits liés aux drogues enfreignent les obligations internationales relatives aux droits humains. L'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OISC) a encouragé « les Etats qui conservent et continuent d'imposer la peine de mort pour des délits liés aux drogues à considérer l'abolition de la peine capitale pour de telles infractions »¹⁰². Toutefois, en 2015, 33 pays conservaient encore la peine de mort pour délit de drogues et au moins dix pays l'imposaient comme une peine obligatoire. Parmi ces derniers, lesquels sept pays exécutent toujours activement des personnes condamnées pour des délits liés aux drogues¹⁰³.

Questions de mise en œuvre

De nombreux pays, ainsi que l'Union européenne, reconnaissent aujourd'hui la nécessité de remédier aux peines et aux condamnations disproportionnées pour les délits de drogues. Ils ont donc pris des mesures pour assurer des résultats plus proportionnels, en prenant en compte des facteurs indiquant les dommages causés par le délit et la culpabilité du contrevenant, c'est à dire en allant au-delà de la seule possession de drogues ou de la quantité de substances en jeu¹⁰⁴.

Un cadre de détermination des peines pour les délits de drogues devrait être proportionnel en lui-même, mais aussi en comparaison avec les peines imposées pour d'autres délits au sein du système de justice pénale.

Les peines sont disproportionnées lorsque, dans certains pays, les délits violents sont punis par des peines moins sévères que les délits non-violents liés aux drogues. Ceci est le cas au Royaume-Uni, où la peine minimale pour un délit de viol est de 5 ans d'emprisonnement, mais d'un minimum de 14 ans d'emprisonnement pour l'importation de 10 000 pilules d'ecstasy en vue d'un profit commercial¹⁰⁵.

Une distinction devrait être faite entre les délits liés à un usage personnel, et ceux commis avec intention de vendre à profit pour refléter les différents niveaux de culpabilité d'un contrevenant et les dommages que le délit a causé à la société.

- Concernant la consommation de drogues et la possession, la culture et l'acquisition qui y sont liées : des alternatives à la criminalisation et aux sanctions devraient être mises en place et être accompagnées d'une orientation vers des programmes de réduction des risques et des services de santé tel qu'un traitement de la dépendance

Encadré 2 Le Costa Rica adopte des lois plus proportionnées en matière de drogues

Au Costa Rica, de nombreuses activités liées à la production et à l'offre de drogues ont été considérées comme des délits sérieux et punissables d'un minimum de huit ans d'emprisonnement. Cela a conduit à une situation où, depuis 2012, 65% des 780 femmes emprisonnées au Centre Institutionnel Buen Pastor y étaient détenues pour des délits de drogues. Parmi ces femmes, 23.5% (120) étaient condamnées pour avoir trafiqué des drogues en prison, et n'avaient pas d'antécédents judiciaires. La plupart étaient cheffes de famille, vivant dans une grande situation de pauvreté et étant seules responsables d'un ou plusieurs enfants dont le développement personnel a été gravement affecté par la séparation forcée d'avec leur mère.

Reconnaissant la nécessité d'adopter une approche proportionnée et sensible à la question des sexes dans son cadre de détermination des peines pour délits de drogues, le Costa Rica a amendé sa législation sur les drogues (l'article 77 de la Loi 8204) en 2013. La peine imposée pour le trafic de drogues en prison a été réduite de 8 à 20 ans d'emprisonnement à 3 à 8 ans de prison. L'option d'offrir des alternatives à l'incarcération a elle aussi été introduite pour les femmes qui remplissaient les conditions suivantes (voir l'Encadré 3 au Chapitre 3.4 pour plus de détails) :

- Vivre dans une situation de pauvreté

- Etre cheffe de famille, en situation de vulnérabilité
- Etre responsable de mineurs, des personnes âgées ou des personnes avec tous types d'invalidité ou de dépendance
- Etre une personne âgée en situation de vulnérabilité.

Suite à la réforme, 159 femmes ont été libérées de prison. Le Costa Rica considère maintenant d'étendre sa réforme à d'autres délits liés aux drogues. La réforme menée par le Costa Rica est particulièrement intéressante pour l'Amérique Latine où la surpopulation carcérale est répandue et où une grande majorité de femmes sont incarcérées pour des délits mineurs et non-violents liés aux drogues¹⁰⁶. La réforme est aussi conforme aux normes internationales sur les droits et le bien-être des femmes, telles que les Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (les Règles de Bangkok). La Règle 61, en particulier, appelle à la considération de circonstances atténuantes telles que le fait qu'une personne n'ait pas d'antécédents judiciaires, que l'infraction commise soit de nature mineure et que la personne ait des responsabilités envers des personnes placées à sa charge¹⁰⁷.



Prison pour femmes de Buen Pastor à San José, au Costa Rica

Source: Jessamine Bartley-Matthews, WOLA

aux drogues fondé sur des preuves scientifiques (voir le Chapitre 3.1)

- Concernant les infractions commises par les usagers-dealers, quand une personne consommatrice de drogues s'implique dans le deal dans le but principal de soutenir sa propre consommation : des alternatives à la condamnation, à l'emprisonnement et aux sanctions devraient être mises en œuvre et être accompagnées de renvois vers des programmes de réduction des risques et de traitement de la dépendance, de manière à répondre aux causes premières du délit (voir le Chapitre 3.4)
- Pour les délits liés à l'offre, tels que le deal et le trafic : voir ci-dessous.

Une distinction devrait être faite entre les différents rôles et motivations des personnes impliquées dans des délits liés à l'offre.

- Les personnes impliquées dans la culture pour des raisons de subsistance : les individus impliqués dans la culture illicite sont principalement des agriculteurs de subsistance en situation de forte vulnérabilité qui cultivent du pavot, de la coca ou du cannabis comme cultures de rente pour acheter de la nourriture, des habits, et accéder à des services de santé et d'éducation. Ils ne devraient pas être criminalisés. Au lieu de cela, une approche orientée vers le développement devrait être mise en place afin de leur offrir des opportunités leur permettant d'accéder à des moyens de subsistance viables et durables
- Les dealers impliqués dans la vente de petite ampleur au sein d'un réseau d'amis et qui en retirent des gains financiers limités : des alternatives à l'emprisonnement devraient leur être proposées pour que le système de justice pénale et les prisons ne soient pas surchargés par des cas mineurs et non-violents¹⁰⁸ (voir le Chapitre 3.4)
- Les coursiers de drogues ou « mules » sont des individus impliqués dans des délits liés au trafic, généralement dans le transport de la drogue¹⁰⁹. Ils proviennent généralement de contextes sociaux extrêmement vulnérables, exposant leur santé à des risques sérieux en échange d'un profit très limité, et sont souvent forcés ou exploités dans le transport de drogues¹¹⁰. Ces personnes ne devraient pas se voir imposer des peines sévères mais devraient au contraire pouvoir bénéficier d'alternatives à l'emprisonnement, en particulier pour les femmes ayant des enfants ou autres personnes à leur charge¹¹¹ (voir le Chapitre 3.4)

- Les grands criminels ou les criminels organisés qui dégagent un large profit grâce à leurs activités et qui jouent un rôle prépondérant dans les opérations de production ou de trafic ou au sein de réseaux du crime organisé, et qui ont souvent recours à la violence et à la corruption, devraient se voir imposer des peines plus sévères – en gardant à l'esprit le principe de proportionnalité à travers l'ensemble des sanctions pénales, comme mentionné ci-dessus.

Des circonstances atténuantes devraient être prises en considération pour déterminer une réduction de la peine à imposer.

- Les conditions socioéconomiques d'un contrevenant : criminaliser de manière disproportionnée les personnes provenant de communautés pauvres et vulnérables aggrave leur situation socioéconomique défavorisée, les empêchant de trouver un travail après leur sortie de prison, et peut avoir des conséquences dévastatrices pour les enfants ou autres membres de la famille dont elles ont la charge¹¹²
- Les responsabilités d'un contrevenant vis-à-vis de leur famille, en particulier les femmes qui sont souvent les personnes chargées de s'occuper des enfants et autres personnes telles que des parents âgés ou des personnes vivant avec des incapacités¹¹³
- La motivation du contrevenant pour obtenir un gain financier : plusieurs activités liées aux drogues ne sont pas motivées par des gains financiers importants, comme c'est le cas pour les mules
- Si la personne n'a pas d'antécédents judiciaires
- Si la personne n'est pas d'impliquée dans le crime organisé ou la violence.

Des circonstances aggravantes devraient être prises en considération pour déterminer l'alourdissement d'une peine.

- Motivation liée à l'obtention d'un gain financier important
- Implication de mineurs
- Implication dans des activités violentes, la corruption et/ou le blanchiment d'argent
- Implication dans le crime organisé.

Ressources clés

- Bureau de Washington pour l'Amérique Latine, Consortium International sur les Politiques des Drogues, DeJusticia, Commission Interaméricaine des Femmes (2016), *Women, drug policy and incarceration: A policymaker's guide for adopting, reviewing and implementing reforms related to women incarcerated for drug offenses*, http://www.wola.org/commentary/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
- Commission européenne (2009), *Report from the Commission on the implementation Framework Decision 2004/757/JHA laying down minimum provisions on the constituent elements of criminal acts and penalties in the field of illicit drug trafficking* (Bruxelles), COM(2009)69 final [SEC (2009)1661]
- Harris, G. (2011), *Conviction by numbers: Threshold quantities for drug policy* (Transnational Institute et Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Threshold-quantities-for-drug-policy.pdf>
- Lai, G. (2012), *Drogues, crime et châtime*nt – *Le principe de proportionnalité dans la détermination des peines pour les délits liés aux drogues* (Transnational Institute et Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/fr/publications/2012/06/drogues-crime-et-chatiment-le-principe-de-proportionnalite-dans-la-determination-des-peines-pour-les-delits-lies-aux-drogues>
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2013), *UNODC Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, Criminal Justice Handbook Series, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf

3.4

Alternatives à l'incarcération

Recommandations clés

- L'usage de drogues devrait être considéré comme une question de santé. La réduction des risques et les traitements fondés sur des preuves scientifiques devraient être disponibles et privilégiés pour les consommateurs de drogues, ainsi que pour les personnes dépendantes à la drogue impliquées dans des délits mineurs
- L'emprisonnement devrait être utilisé seulement en dernier recours, et uniquement pour les contrevenants violents ayant commis des délits graves
- Des mécanismes d'orientation au moment de l'arrestation, des poursuites pénales et de la condamnation devraient être élaborés pour éviter que les cas impliquant des délits mineurs ne surchargent et ne neutralisent les systèmes de justice pénale
- Les obstacles législatifs et pratiques à la mise en œuvre d'alternatives à l'incarcération pour les contrevenants condamnés pour délits de drogues devraient être supprimés¹¹⁴
- Des réseaux de soutien social et communautaire devraient être établis, comme par exemple des programmes éducatifs et d'emploi, des services de logement et de santé, etc., de manière à répondre aux facteurs socio-économiques ayant poussé les personnes à s'impliquer dans le commerce illicite des drogues
- Les alternatives à l'emprisonnement devraient être adaptées de manière à répondre aux besoins et aux vulnérabilités spécifiques des femmes
- Les pays faisant usage ou envisageant d'adopter des mesures d'orientation devraient passer minutieusement en revue les preuves scientifiques et les options existantes avant de choisir le meilleur processus pour répondre à leur situation spécifique.

Introduction

L'augmentation régulière des taux d'emprisonnement depuis les années 1970 a été l'un des résultats directs de l'approche punitive ayant prévalu dans le cadre des régimes de contrôle des drogues au niveau national et international. La plus forte hausse a été observée aux États-Unis¹¹⁵. En Amérique latine, le taux d'emprisonnement pour délit de drogues a augmenté plus rapidement que la population carcérale dans son ensemble¹¹⁶. Des augmentations ont aussi eu lieu en Europe, en Asie, en Afrique, et en Océanie¹¹⁷. Actuellement, bien qu'il y ait de grandes différences entre les pays et régions¹¹⁸, « les personnes condamnées pour des délits liés à la drogue (possession ou trafic de drogues) représentent 21% de la population carcérale mondiale »¹¹⁹.

Les taux élevés d'incarcération pour les délits de drogues ont contribué à une surpopulation carcérale, exacerbant les préoccupations sérieuses relatives aux conditions d'emprisonnement. Selon le Groupe de travail sur la détention arbitraire, la surpopulation carcérale « pose la question du respect de l'article 10 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, en vertu duquel toute personne privée de liberté doit être traitée avec humanité et avec le respect de la dignité inhérente à la personne humaine »¹²⁰.

L'emprisonnement de masse pour des délits liés aux drogues, tout comme la surpopulation carcérale, touche de manière disproportionnée les couches les plus vulnérables de la société, en particulier les minorités ethniques. En Europe, par exemple, la plupart des prisonniers proviennent de communautés pauvres, et la proportion d'immigrants et de minorités ethniques est en augmentation¹²¹. De même, aux États-Unis « cinq fois plus de blancs sont consommateurs de drogues que les Afro-Américains, pourtant 10 fois plus d'Afro-Américains sont envoyés en prison pour délit de drogues que les blancs »¹²². Dans les pays producteurs, les cultivateurs de coca et les petits producteurs qui se retrouvent en prison appartiennent généralement aux secteurs les plus marginalisés de la société.

Les délits de drogues ont joué un rôle important dans la forte augmentation de la population carcérale féminine. Plus de 90% des prisonniers sont des hommes ; toutefois, au fil du temps « le nombre total de femmes détenues (qui constituent 5 à 8 % de la population carcérale) a augmenté de 26 % entre 2004 et 2012 – une augmentation beaucoup plus élevée que celle enregistrée pour les hommes (11 %) »¹²³. Un pourcentage important de cette augmentation est associé aux délits (généralement mineurs et non-violents¹²⁴) liés aux drogues¹²⁵. Par exemple, « en Argentine, au Brésil et au Costa Rica, bien plus de 60% de la population carcérale de ces pays sont emprisonnées pour des délits associés à la drogue »¹²⁶. En Europe, 28% des femmes incarcérées sont en prison pour délit de drogues, avec les plus hauts pourcentages enregistrés au Tadjikistan (70%) et en Lettonie (68%), et les plus bas en Pologne (3.1%)¹²⁷. La Thaïlande a la sixième plus large population carcérale et le plus haut taux d'emprisonnement de femmes au monde ; en 2015, 70% des hommes et 80% des femmes étaient détenus pour délit de drogues, le plus souvent pour possession et consommation. De plus, le nombre d'arrestations pour simple usage de drogues a augmenté, passant de 51 566 en 2003 à 209 366 en 2013, représentant plus de 92% des arrestations liées aux drogues en 2013 en Thaïlande¹²⁸.

L'emprisonnement de mères et de personnes responsables de membres de leurs familles peut avoir des effets dévastateurs sur leurs enfants, leur famille et leur communauté¹²⁹. Les nourrissons et les jeunes enfants ayant un parent emprisonné deviennent les victimes directes de l'approche punitive vis-à-vis des drogues¹³⁰. Dans de nombreux pays du monde, certains enfants vivent avec leur mère en prison, générant des situations complexes à gérer pour les institutions carcérales¹³¹.

Un changement de paradigme est urgent et nécessaire pour répondre à cette situation. Là encore, il est important de rappeler que la plupart des prisonniers sont incarcérés pour des délits de drogues mineurs et non-violents. Par exemple, dans le District fédéral et dans l'état de Mexico, environ 75% des prisonniers sont détenus pour possession de faibles quantités de drogues. En Colombie, plus de 98% des prisonniers incarcérés pour délit de drogues « n'auraient pas joué un rôle important au sein des réseaux de trafic de drogue, ou il est peu probable que cela puisse jamais être prouvé »¹³².

Dans un tel contexte, des alternatives complètes et contextualisées à l'arrestation, à la condamnation et à l'emprisonnement devraient être élaborées et appliquées. Les alternatives à l'incarcération

fournissent des moyens plus efficaces et moins coûteux de réduire les délits liés aux drogues, tout en promouvant la santé et l'inclusion sociale des personnes impliquées dans les délits mineurs liés à la drogue et en répondant à certaines des causes principales de leur implication dans le marché illicite.

Les preuves scientifiques empiriques suggèrent que les alternatives à l'incarcération produisent de meilleurs résultats que l'emprisonnement en termes de rapport coût-efficacité. Par exemple, les programmes de traitement de la dépendance à la drogue fonctionnant en-dehors des prisons rapportent jusqu'à 8,87 dollars pour chaque dollar investi, alors que le traitement de la dépendance en prison engendre un retour sur investissement de 1,91 dollars à 2,69 dollars pour chaque dollar investi¹³³. De même, des études menées en Angleterre et au Pays de Galles suggèrent que les alternatives faisant usage du traitement résidentiel et de la liberté surveillée sont plus économiques que l'emprisonnement et plus à même de réduire la stigmatisation et la discrimination auxquelles les prisonniers sont confrontés. Enfin, ces alternatives sont essentielles pour aider les Etats à remplir leurs obligations internationales en matière de droits humains.

Questions législatives/ politiques

Les conventions onusiennes sur les drogues comprennent des dispositions explicites permettant la mise en place d'alternatives à la condamnation ou aux sanctions pour les délits liés à la consommation, dont la possession, l'acquisition, la culture et la production, et pour « des cas appropriés de nature mineure » qui ne sont pas liés à un usage personnel¹³⁴ mais pour lesquels les Etats sont encouragés à mettre en œuvre des alternatives telles que l'éducation, la réhabilitation et la réinsertion sociale, et quand le contrevenant est jugé dépendant aux drogues, le « traitement » et la « postcure ».¹³⁵

Les alternatives à l'emprisonnement pour les délits de drogues peuvent être définies comme toute mesure visant à : a) limiter le recours à l'emprisonnement ; b) réduire la pression sur les systèmes de justice pénale des pays, en particulier sur les prisons ; et c) diminuer la durée actuelle de privation de liberté pour les personnes ayant commis des délits liés aux drogues. L'objectif ultime des alternatives à l'emprisonnement est d'assurer que la prison ne sera utilisée qu'en dernier recours.



Prison pour femmes à Bogota, en Colombie

Des alternatives à l'emprisonnement devraient être disponibles pour tous les contrevenants non-violents condamnés pour des délits de drogues, tels que les coursiers/mules et les petits dealers, ainsi que pour les personnes dépendantes à la drogue ayant commis des infractions économiques ou d'acquisition – c'est-à-dire, pour ceux qui constituent actuellement la majorité de la population carcérale. Des alternatives à l'incarcération pour ces individus garantirait que des réponses plus efficaces et les ressources disponibles soient dirigées vers les trafiquants de drogues violents à grande échelle et aux grands criminels.

Les usagers de drogues ne devraient pas être sujets à l'emprisonnement, et un processus de **décriminalisation** devrait être adopté pour la consommation de drogues, la possession de drogues destinées à un usage personnel, la possession de matériel de consommation et la culture et l'acquisition de substances destinées à un usage personnel (voir le Chapitre 3.1). Les petits agriculteurs impliqués dans la culture de plantes illicites devraient aussi être décriminalisés (voir le Chapitre 4.2). Cela permettrait d'éviter que les usagers de drogues et les agriculteurs de subsistance ne soient incarcérés, et de traiter les dimensions sociales et sanitaires de ces activités dans le cadre d'un environnement politique favorable.

Les autres alternatives peuvent être regroupées en trois catégories principales : a) **Mesures d'orientation lors de l'arrestation et avant les poursuites** ; b) **mesures d'orientation lors des poursuites ju-**

diciaires ; et c) **alternatives au moment d'imposer une peine ou après condamnation.**

Mesures d'orientation lors de l'arrestation et avant les poursuites

De nombreux mécanismes peuvent être utilisés lors de l'arrestation ou avant d'entamer des poursuites judiciaires afin d'éviter l'emprisonnement. Ceux-ci pourraient comprendre des renvois à un système de contrôle administratif, à un traitement de la dépendance (fondé sur des preuves scientifiques) quand cela s'avère nécessaire, ou d'autres mesures non-punitives telles que des programmes éducatifs¹³⁶. Dans ce cas là, de tels mécanismes reposent habituellement sur une intervention policière, étant donné que la police constitue un acteur clé pour orienter une personne vers le système de justice pénale ou vers une option alternative. Plusieurs pays ont établi des systèmes d'orientation très différents les uns des autres, mais qui s'appliquent généralement aux personnes interpellées par la police pour deal de petite envergure et pour des infractions motivées par la dépendance à la drogue.

Les mesures d'orientation dès l'arrestation et avant que ne débutent des poursuites ont deux avantages principaux par rapport à d'autres mesures d'orientation. Elles réduisent d'abord la détention préventive, qui a conduit à une crise sévère en matière de droits humains dans de nombreux pays¹³⁷. Deuxièmement, elles évitent que les personnes n'aient à subir une longue et difficile procédure pénale, tout en réduisant la surcharge de la justice pénale

Encadré 1 Le programme d'orientation assistée par la police (LEAD) à Seattle¹³⁸

LEAD (*Law Enforcement Assisted Diversion*) est un programme d'orientation par la police, lancé en octobre 2011 à Seattle (Etats-Unis). Il cible les personnes arrêtées pour des délits mineurs liés aux drogues et au travail du sexe qui répondent au critère d'admissibilité suivant : les personnes interpellées sont identifiées comme souffrant de « troubles liés à l'abus de substances ».

Le programme offre des pouvoirs discrétionnaires considérables aux officiers de police, en se basant sur l'hypothèse qu'ils sont ceux qui connaissent le mieux la communauté – LEAD met donc un fort accent sur la police de proximité et le renforcement des liens de la communauté avec les forces de l'ordre. Par conséquent, quand un officier de police interpelle une personne, il/elle a le pouvoir de décider s'il faut ou non l'orienter vers le programme. En tant qu'autorité de référence, les officiers de police ont donc le pouvoir d'orienter les personnes vers des services adéquats sans procéder à une arrestation.

Si la personne est orientée vers le programme, elle est référée à un gestionnaire de cas qui décidera du type de dispositif et de suivi auquel la personne sera soumise, comprenant généralement une gamme de services adaptés aux besoins de l'individu. L'intervention comporte généralement un programme de traitement communautaire et des

services de soutien guidés par le principe de réduction des risques. Si l'individu se conforme aux exigences du programme et à son évaluation, il n'est pas inculpé et, par conséquent, n'aura pas de casier judiciaire. Il est aussi important de noter que le programme ne prévoit pas de sanctions formelles en cas de « non-conformité », et qu'une personne peut à nouveau suivre le programme si elle a échoué la première fois et qu'elle se fait à nouveau arrêter par la police pour une infraction semblable. En effet, le programme a été lancé afin de trouver un meilleur moyen pour la police de gérer les mêmes individus qui entrent et sortent continuellement du système de justice pénale¹³⁹.

A l'origine, le programme avait été conçu comme un projet pilote, financé par des fondations privées. LEAD est à présent financé par la ville de Seattle. Les premières évaluations de l'efficacité de LEAD ont été publiées début 2015. Les données disponibles font état de réductions des coûts associés au maintien de l'ordre, ainsi que d'une efficacité accrue du programme pour réduire la récidive, comparé au système judiciaire traditionnel. L'évaluation a conclu que « les personnes participant à LEAD étaient 60% moins susceptibles d'être arrêtées au cours des 6 premiers mois de l'évaluation que le groupe de contrôle »¹⁴⁰.



Le travailleur social de LEAD Tim Candela, à droite, participe à une réunion de LEAD à côté de l'enceinte ouest du poste de police à Seattle en août 2014

Source: Mike Kane, The Huffington Post

et les taux d'emprisonnement, ainsi que les coûts associés. Le système sera des plus efficaces si la personne est éloignée du système de justice pénale le plus tôt possible.

Mesures d'orientation lors des poursuites judiciaires

Au sein de ce système, les procureurs sont les preneurs de décision chargés de déterminer si une personne arrêtée devrait comparaître devant un tribunal ou si elle devrait être orientée vers une alternative telle qu'un traitement de la dépendance à la drogue, ou d'autres services sanitaires et sociaux. Le système écossais d'orientation, par exemple, permet aux procureurs d'orienter les personnes vers des interventions de soutien social (voir l'Encadré 2).

Alternatives au moment d'imposer une peine ou après condamnation

Ces alternatives comprennent les mesures d'orientation au cours des procédures pénales et des mécanismes pour réduire la longueur des peines de prison. Dans ces cas là, les juges décident s'il faudrait débiter le processus d'orientation – et quand il faudrait le faire.

Ces mécanismes d'orientation peuvent être initiés au moment où une personne entre en contact avec le système de justice pénale, par exemple en suspendant les procédures pénales au profit d'une supervision judiciaire. La personne orientée doit parfois satisfaire certaines conditions, comme par exemple suivre un traitement de la dépendance à la drogue et/ou participer à diverses interventions sociales telles que des programmes d'éducation et des travaux d'intérêt général. Les tribunaux de la drogue et les tribunaux communautaires sont des exemples communs de tels mécanismes d'orientation¹⁴¹.

Le modèle des tribunaux de la drogue est très répandu aux Etats-Unis et dans plusieurs pays latino-américains. Toutefois, des critiques sévères ont été formulées autour de ce modèle, qui devrait donc être envisagé avec prudence¹⁴². L'une des principales critiques du modèle des tribunaux de la drogue porte sur le fait qu'il continue à répondre à la dépendance aux drogues dans le cadre de la justice pénale, au lieu de la concevoir comme une question sanitaire et sociale. Les tribunaux de la drogue ont été aussi vivement critiqués pour :

- Le fait que, dans certaines régions du monde, ils se concentrent uniquement sur l'usage de drogues, et non sur les personnes dépendantes aux drogues qui ont commis d'autres délits

- Le fait qu'ils poussent des personnes qui ne sont pas nécessairement dépendantes à la drogue à accepter un traitement au lieu d'aller en prison – conduisant à une utilisation inefficace des ressources disponibles
- L'absence de professionnels de la santé pour déterminer si une personne est dépendante ou non
- Le fait que la personne doive admettre sa culpabilité pour accéder au programme de traitement
- La pratique consistant à imposer des sanctions aux personnes qui échouent à mener à bien leur programme de traitement – ces sanctions sont parfois plus sévères que si la personne était passée par le système de justice pénale traditionnel¹⁴⁴.

Il est par ailleurs possible de réorienter une personne après qu'elle ait été condamnée, grâce à des mécanismes consistant à substituer ou à réduire la peine de prison. Ceux-ci comprennent des programmes de liberté conditionnelle, la condamnation avec sursis, la grâce, etc¹⁴⁴. Même si de tels mécanismes d'orientation ont un impact plus limité pour réduire la surcharge de la justice pénale – puisque les personnes ayant commis un délit de drogue seront

Encadré 2 Le système d'orientation écossais

En Ecosse, les *Procuratos Fiscals* (l'équivalent des procureurs) sont responsables d'identifier qui, parmi les personnes accusées d'avoir commis une infraction mineure et qui ne représentent pas un risque important pour la communauté, devrait être orienté vers des interventions de soutien social. De telles interventions comprennent des séances individuelles et/ou de groupe ainsi qu'une orientation vers des services de réduction des risques et de traitement volontaire de la dépendance à la drogue, qui ont pour objectif de répondre à un ensemble de questions telles que les comportements délictueux, l'usage d'alcool et de drogues, les compétences sociales, l'éducation, l'emploi et la formation. Une évaluation du projet a mis en lumière les avantages de répondre aux besoins des contrevenants en matière d'infractions liées aux drogues dans un cadre communautaire, une approche prouvée comme étant plus économique et plus à même de réduire les taux de récidive¹⁴⁵.

Encadré 3 Le projet de justice réparatrice costaricain

Parallèlement à sa réforme législative de 2013 (présentée dans l'Encadré 3 du Chapitre 3.3), le Costa Rica a adopté un projet de justice réparatrice. Le projet comprend plusieurs mesures visant à réduire la population carcérale, en particulier la création d'un tribunal spécialisé dans le traitement de la dépendance et adapté au système judiciaire costaricain – où l'usage de drogue est décriminalisé. Les populations ciblées comprennent les contrevenants sans antécédents judiciaires et impliqués dans un délit mineur lié à leur dépendance à la drogue. Un groupe interdisciplinaire et spécialisé en matière de justice réparatrice (composé de médecins, de psychologues, de travailleurs sociaux, etc.) adaptent leur réponse aux besoins des bénéficiaires, en se concentrant sur le traitement résidentiel ou ambulatoire.

Par ailleurs, le Costa Rica a développé des alternatives à l'incarcération prenant en compte les spécificités et besoins des femmes. La réforme législative de 2013 permet aux femmes accusées d'avoir introduit des drogues en prison et qui vivent dans des conditions de pauvreté, sont cheffes de famille vivant dans des conditions de vulnérabilité, ou ont la garde d'enfants mineurs, d'adultes plus âgés ou de personnes incapacitées, de bénéficier d'une assignation à résidence, d'une liberté conditionnelle, d'une résidence dans un foyer de transition, ou d'une surveillance électronique¹⁴⁶.

Plus intéressant encore, le Costa Rica est actuellement en train de développer un réseau institutionnel de services sanitaires et sociaux pour aider les contrevenants à se réinsérer dans la société. Le réseau offre un soutien psychologique, une aide à la recherche d'emploi, des services sociaux, la garde d'enfants, etc., afin de répondre aux causes profondes de l'implication des personnes vulnérables dans le commerce de drogues et de réduire la récidive¹⁴⁷.

déjà passés par les tribunaux – ils auront cependant un impact non négligeable sur la surpopulation carcérale, ainsi que sur la capacité des personnes à se réinsérer dans la société. Ces mécanismes d'orientation peuvent aussi permettre de réduire les dommages causés par l'emprisonnement de personnes qui ont la charge d'enfants, de personnes âgées ou de personnes handicapées.

Questions de mise en œuvre

Un ensemble de principes généraux devraient sous-tendre la conception et la mise en œuvre des alternatives à l'incarcération :

Adopter une approche axée sur les droits humains

Les alternatives à l'emprisonnement doivent respecter les normes internationales relatives aux droits humains. La conformité avec les droits à la santé, à la vie et l'interdiction de la torture est un objectif central de la promotion d'alternatives à l'incarcération¹⁴⁸. Par conséquent, toute alternative impliquant des mauvais traitements, comme par exemple des centres de détention forcée, ne devrait pas être mise en œuvre.

N'utiliser l'emprisonnement et les sanctions qu'en dernier recours

L'objectif des alternatives à l'emprisonnement est de réduire le recours systématique à la prison. Il est cependant important de s'assurer que ces alternatives ne mènent pas à une augmentation du volume global des sanctions et des peines (c'est-à-dire l'« effet d'élargissement du filet » décrit dans le Chapitre 3.1)¹⁴⁹.

Aborder l'usage de drogues comme une question de santé

Les dommages associés au contrôle des drogues ne devraient pas dépasser les dommages causés par les substances elles-mêmes. Un changement d'orientation est donc nécessaire afin que l'usage de drogues soit traité comme une question sanitaire et sociale, et non plus comme une question pénale – en décriminalisant la consommation (voir le Chapitre 3.1). Comme cela a déjà été expliqué, les conventions de l'ONU sur les drogues¹⁵⁰ et plusieurs instruments en matière de droits humains¹⁵¹ soutiennent cette approche.

Éviter le traitement coercitif

Les usagers de drogues n'ont pas tous besoin de suivre un traitement. Comme nous l'avons expliqué dans le Chapitre 2.5, seule une personne consommatrice sur 10 fait l'expérience de problèmes liés à son usage de drogues et, de ce fait, peut avoir besoin de suivre un traitement. Quand un contrevenant est dépendant aux drogues, il/elle devrait se voir offrir la possibilité de suivre un traitement approprié et fondé sur des preuves scientifiques comme alternative à l'emprisonnement. Lorsqu'un contrevenant est consommateur mais n'est pas dépendant, des alternatives telles que l'orientation vers des services de réduction des risques devraient être proposés.



Angela, 24 ans, incarcérée pour 6 ans à Bogota (Colombie) pour avoir introduit des drogues dans une prison

Adopter une approche différenciée homme/femme

Cela implique de s'occuper à la fois des vulnérabilités des femmes et de leurs enfants, et des effets potentiels de l'emprisonnement sur leurs vies. Cela signifie également qu'il faudrait mener davantage de recherches sur l'ampleur de l'implication des femmes dans le commerce des drogues : en particulier sur le nombre de femmes emprisonnées pour délit de drogues, les délits pour lesquels elles sont emprisonnées, des données sur leur âge, leur niveau d'éducation, et d'emploi, si elles ont des enfants, etc., et quelles sont celles qui ont bénéficié d'alternatives à l'emprisonnement. Les mécanismes d'orientation devraient aussi être fondés sur une perspective prenant en considération les spécificités et besoins des femmes, de manière à s'assurer que ces alternatives seront efficaces pour répondre à leurs besoins spécifiques et ceux de leurs enfants¹⁵².

Promouvoir des peines proportionnées pour les délits liés aux drogues

Les délits liés aux drogues devraient refléter le niveau de gravité du délit et l'impact probable de la peine sur le marché illicite des drogues dans sa globalité. Les alternatives à l'emprisonnement ne

... sont qu'une composante d'un régime proportionnel (voir le Chapitre 3.3 pour plus de détails).

Développer une large gamme de services sanitaires et sociaux

... La mise en œuvre réussie d'alternatives à l'emprisonnement dépend de l'accessibilité et de la qualité de services sanitaires et sociaux tels que les programmes de santé, de réduction des risques et de traitement, ainsi que des interventions sociales. Des réseaux de services, d'institutions et d'ONG travaillant ensemble sont essentiels pour développer le soutien institutionnel nécessaire à la prévention de la récidive et promouvoir la réinsertion sociale.

Ressources clés

- Commission Interaméricaine de Contrôle de l'Abus de Drogues (2014), *Technical report on alternatives to incarceration for drug-related offenses*, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3203>
- Giacomello, C. (2013) *Rapport d'information de l'IDPC – Les femmes, les infractions liées aux drogues et les systèmes pénitentiaires en Amérique Latine* (Londres : Consortium International sur les

- Politiques des Drogues), <http://idpc.net/fr/publications/2013/12/rapport-d-information-de-l-idpc-les-femmes-les-infractions-liees-aux-drogues-et-les-systemes-penitentiaires-en-amerique-latine>
- Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2015), *Alternatives to punishment for drug using offenders*, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/EMCDDA-alternatives-to-punishment-for-drug-using-offenders-2015.pdf>
 - Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2007), *Manuel des principes fondamentaux et pratiques prometteuses sur les alternatives à l'emprisonnement*, http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Alternatives_emprisonment.pdf
 - Transnational Institute et Washington Office on Latin America (décembre 2010), *Systems overload: Drug laws and prisons in Latin America*, http://www.wola.org/publications/systems_overload_drug_laws_and_prisons_in_latin_america_0
 - Washington Office on Latin America, Consortium International sur les Politiques des Drogues, DeJusticia, Commission Interaméricaine des Femmes (2016), *Women, drug policy and incarceration: A policymaker's guide for adopting, reviewing and implementing reforms related to women incarcerated for drug offenses*, http://www.wola.org/commentary/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas

3.5

Moderniser le maintien de l'ordre dans le domaine des drogues

Recommandations clés

- Les marchés illicites des drogues ne peuvent pas être complètement éradiqués, mais peuvent être gérés de manière à en réduire les effets les plus nocifs. Les interventions de maintien de l'ordre en matière de drogues devraient donc se concentrer sur des objectifs sociaux plus larges plutôt que de tenter simplement de réduire l'ampleur du marché noir
- Une approche nouvelle et plus complète devrait viser à lutter contre le crime organisé, notamment contre la corruption et le blanchiment d'argent, et contre d'autres types de contrebande (tabac, alcool, armes, etc.) et d'activités criminelles (extorsion, enlèvement, etc.)
- En gardant cela à l'esprit, des approches intergouvernementales devraient être mises en œuvre. Ce faisant, les autorités policières devraient mettre en place des partenariats avec les autorités chargées de la justice, la santé, l'éducation, les services sociaux, les ministères de la jeunesse, ainsi que les organisations de la société civile et les représentants des communautés touchées
- Il convient de multiplier les efforts en matière de contrôle d'armes par des initiatives de désarmement et de combat contre le trafic d'armes pour atténuer les effets nocifs du commerce des drogues, compte tenu des preuves scientifiques écrasantes démontrant que le fait que réduire le nombre d'armes en circulation conduit à une réduction de la violence, des décès et de la criminalité
- De nouveaux paramètres de mesure et d'indicateurs devraient être développés et évalués de manière indépendante afin d'évaluer les performances des interventions de maintien de l'ordre vis-à-vis des drogues. Ces indicateurs devraient être centrés sur des résultats sociaux plutôt que des indicateurs de répression.

Introduction

Les conventions de l'ONU sur les drogues sont basées sur la « croyance qu'il existe une relation simple et linéaire entre l'ampleur du marché des drogues et le niveau de dommages sur la santé et le bien-être de l'humanité (c'est-à-dire que plus le marché sera réduit, moins les dommages seront importants) »¹⁵³. En partie à cause de cette croyance, les politiques nationales en matière de drogues ont donc généralement visé à atteindre l'objectif général de réduire l'ampleur du marché illicite, dans le but ultime de créer un « monde sans drogues »¹⁵⁴. Dans ce contexte, l'éradication des cultures (y compris par la pulvérisation aérienne de glyphosate), les saisies de drogues, et les arrestations étaient vues comme un pas positif en direction de cet objectif, et donc souvent utilisées comme indicateurs de succès de ces politiques.

Cette approche s'est avérée être largement inefficace et dommageable¹⁵⁵. Globalement, le prix moyen des drogues a diminué alors que leur pureté a augmenté. En même temps, les politiques des drogues ne sont pas parvenues à réduire la consommation illicite dans le monde¹⁵⁶, les consommateurs passant d'une substance à l'autre en partie en réponse aux changements de prix et de disponibilité. La production illicite de drogues est elle aussi restée élevée. L'Afghanistan, qui produit une proportion estimée à 90% de l'opium dans le monde, a récemment atteint des records en ce qui concerne les niveaux de culture¹⁵⁷. Les succès en matière de réduction de la production dans certains pays ont souvent déplacé la production dans des régions voisines : comme par exemple de la Chine au Triangle d'Or ; de la Thaïlande à la Birmanie ; de la Turquie, de l'Iran et du Pakistan vers l'Afghanistan¹⁵⁸ ; et plus récemment de la Bolivie et du Pérou vers la Colombie¹⁵⁹.

Par ailleurs, les pratiques policières en matière de drogues ont eu de nombreux effets nocifs qui ont largement dépassé les bénéfices espérés. En premier lieu, les mesures répressives de maintien de l'ordre visant certains itinéraires du trafic de drogues ont mené à l'émergence d'autres itinéraires. Par exemple,

jusqu'aux années 1990, les Caraïbes étaient le premier itinéraire d'acheminement pour les avions transportant de la cocaïne faisant souvent des escales pour refaire le plein de carburant tout au long de leur trajet vers la Floride. Quand les efforts policiers américains se sont intensifiés, le Pacifique, l'Amérique centrale et le Mexique ont été de plus en plus utilisés comme route alternative, et toujours plus de cocaïne était acheminée vers le marché européen par la voie aérienne et maritime. Des représentants d'Europol et de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) ont aussi remarqué que des efforts plus récents de maintien de l'ordre aux Pays-Bas, consistant en une politique de contrôle absolu des vols provenant de certains pays latino-américains au début des années 2000, avaient amené les trafiquants à utiliser d'autres itinéraires, notamment passant par l'Afrique de l'Ouest, une zone de transit de plus en plus touchée par le commerce transatlantique de la cocaïne¹⁶⁰. Aussi longtemps qu'il y aura une demande et un profit à tirer du marché des drogues, les trafiquants feront preuve d'une grande adaptabilité et de perfectionnement dans leurs tactiques. Les profits colossaux pouvant être tirés des marchés illicites des drogues ont aussi fortement incité l'implication continue des organisations criminelles dans le commerce des drogues.

Deuxièmement, les politiques nationales des drogues visant uniquement à réduire l'ampleur du marché ont exacerbé les niveaux de violence et d'instabilité. Les marchés de détail des drogues

ne sont pas intrinsèquement violents. En effet, de nombreux facteurs influencent les niveaux de violence, comme par exemple « des facteurs démographiques, tels que l'âge des chefs de groupes criminels et la concentration géographique de groupes minoritaires, les niveaux de pauvreté, les rapports de force au sein du marché criminel ainsi que la capacité des corps de police et les stratégies qu'ils choisissent »¹⁶¹. Une étude de 2011 a conclu que « la violence liée aux armes à feu et les taux élevés d'homicides pourraient être une conséquence inévitable de la prohibition des drogues et que déstabiliser les marchés des drogues pouvait paradoxalement accroître les niveaux de violence »¹⁶². Les exemples d'efforts policiers ayant contribué à augmenter les niveaux de violence comprennent la Colombie entre la moitié des années 1980 et la moitié des années 1990¹⁶³ ; le Mexique, dont les taux d'homicides ont pratiquement triplé entre 2007 et 2012¹⁶⁴ ; et le Brésil où la police aurait tué plus de 11 000 personnes entre 2008 et 2013¹⁶⁵.

Les interventions militarisées se sont avérées être encore plus problématiques. La répression militaire au Mexique menée sous la présidence de Felipe Calderón (2006-2012) a causé plus de 70 000 décès lors confrontations liées aux drogues et plus de 26 000 personnes ont été portées disparues. Entre 2007 et 2010, les enlèvements ont augmenté de 188%, l'extorsion de 100%, et les vols aggravés de 42%¹⁶⁶. Des changements dans l'équilibre des pouvoirs entre les six principaux « cartels de



Cannabis saisi en train d'être détruit en Côte d'Ivoire

Source: Issouf Sanogo, AFP

la drogue » ainsi qu'une augmentation de la disponibilité en armes provenant des Etats-Unis ont constitué d'autres facteurs importants dans l'augmentation de la violence, mais la réponse militaire a certainement aggravé la situation. Les avancées militaires du gouvernement mexicain contre les « cartels de la drogue » de La Familia Michoacana et de Los Zetas ont conduit à l'émergence d'un nouveau groupe très violent, Los Caballeros Templarios (les Chevaliers Templiers). Los Zetas, quant à eux, n'ont pas été vaincus mais se sont déplacés vers de nouvelles régions, notamment Monterrey, Nuevo León et plus au sud, près de la frontière avec le Guatemala¹⁶⁷.

Le ciblage de haut niveau (aussi appelé « suppression ou décapitation du commandement ») contre les groupes du crime organisé s'est avéré être encore moins efficace pour réduire la violence que dans les cas d'organisations terroristes. Des études ont notamment démontré que « les suppressions de commandement sont généralement suivies d'une augmentation des meurtres liés aux drogues »¹⁶⁸. A cause de la structure concurrentielle du marché illicite des drogues au Mexique, la répression étatique a paradoxalement incité [les organisations actives dans le trafic de drogues] à mener des guerres territoriales vu que les coûts associés à la lutte contre l'[organisation décapitée] avaient été réduits »¹⁶⁹. Fait intéressant à constater, l'arrestation des leaders peut aboutir à moins de violence que leur exécution¹⁷⁰ et la réduction de la violence à court terme sera encore plus robuste si c'est un leader d'importance moyenne, plutôt qu'un leader de haut niveau, qui est arrêté¹⁷¹.

Troisièmement, dans un contexte de coupes budgétaires, la concentration disproportionnée des efforts de maintien de l'ordre sur l'interdiction des drogues a conduit à des coûts d'opportunité, en détournant des ressources essentielles de maintien de l'ordre qui auraient pu être investies dans la prévention et l'investigation. Dans une certaine mesure, les meurtres, les enlèvements, les actes de violence sexuelle et la corruption ont par conséquent été négligés. L'Institut National de la Statistique et de la Géographie au Mexique a estimé qu'en 2013 près de 94% des crimes n'avaient pas fait l'objet d'enquêtes¹⁷². De même, depuis les années 1960, près de 600 000 meurtres n'ont pas été résolus aux Etats-Unis¹⁷³. En Colombie, 95% 3 000 cas d'assassinats de syndicalistes au cours des 30 dernières années n'ont toujours pas fait l'objet de poursuites¹⁷⁴. Au Guatemala, l'impunité des auteurs de meurtres et de violence domestique s'est maintenue à environ 98% en 2012¹⁷⁵.

Encadré 1 Programmes sociaux à Boston et à Chicago

Au milieu des années 1990, la police de Boston a mis en place l'un des premiers programmes basés sur le concept de dissuasion communautaire. L'Opération « Cessez-le-feu » (*Operation Ceasefire*) a mis la priorité sur des actions visant les gangs les plus violents de la ville en impliquant les leaders communautaires locaux. Une coalition de groupes religieux a organisé des forums constitués de membres de gangs, d'officiers de police, de pasteurs, et de prestataires de services sociaux pour discuter de leurs problèmes et donner une opportunité aux contrevenants d'accéder à des programmes d'éducation et de formation en échange de leur sortie des gangs¹⁷⁶. Des études ont conclu que l'Opération Cessez-le-feu avait « été associée à des réductions statistiques importantes tout au long du programme, en particulier une diminution de 63% du nombre mensuel d'homicides de jeunes à Boston, une diminution de 32% du nombre mensuel d'appels pour signalement de coups de feu dans la ville, une réduction de 25% du nombre mensuel d'agressions avec usage d'arme à feu dans toute la ville et pour tous les âges, et une réduction de 44% du nombre mensuel d'agressions armées impliquant des jeunes dans le District B-2 »¹⁷⁷.

Des initiatives semblables se sont également avérées efficaces à High Point, en Caroline du Nord et à Santa Tecla, au Salvador¹⁷⁸. Plus récemment, des interventions menées dans le South Side et le West Side de Chicago et visant à améliorer le comportement des jeunes à faibles revenus en leur apprenant à se comporter de manière moins systématique ont eu des résultats prometteurs. Dans le cadre de ces programmes, l'usage de la thérapie cognitive comportementale a permis d'aider les jeunes à surpasser leurs difficultés en modifiant leur manière de penser, leurs comportements et leurs réponses émotionnelles¹⁷⁹. Une série d'essais contrôlés aléatoires sur un programme nommé « Devenir un homme » (*Becoming a Man*), développé par Youth Guidance, a conclu que « la participation [au programme] améliorait les résultats scolaires et avait réduit de 44% les arrestations pour délit violent et diminué de 31% l'ensemble des arrestations »¹⁸⁰.

Quatrièmement, les pratiques policières dites de *mano dura* (ou « *tough on crime* ») ont été un facteur clé de la surpopulation carcérale. L'incarcération

Encadré 2 Soutien de la police aux services de santé : la Suisse, Vancouver, l’Australie et le Royaume-Uni

Au début des années 1990, la Suisse a réformé sa politique des drogues lorsque le Conseil fédéral a adopté son approche des « Quatre piliers » (prévention, traitement, réduction des risques et répression) en 1994. Réticentes au premier abord, les autorités de police ont fini par accepter ce changement de perspective en mettant dorénavant la priorité sur la santé publique, plutôt que sur l’ordre public. La police est devenue un partenaire équivalent aux responsables de la santé publique dans l’élaboration et la mise en œuvre de la nouvelle politique des drogues. Un comité intergouvernemental sur les drogues a aidé à améliorer la communication et la coordination entre les services, afin de mettre en place une stratégie commune. La nouvelle politique des drogues et l’introduction de programmes de réduction des risques ont contribué à une baisse importante du nombre de décès liés au VIH parmi les personnes usagères de drogues du début des années 1990 à 1998¹⁸¹.

Sur la base du modèle suisse, une stratégie similaire s’est émergée au début des années 2000 à Vancouver, au Canada. La stratégie est axée sur la réduction des risques et comprend des mesures telles que la distribution de préservatifs, l’échange de seringues, et le premier site d’injection supervisée nord-américain, Insite, ouvert en 2003. Malgré des difficultés politiques, les autorités de police ont soutenu Insite et orienté les usagers héroïne vers le site¹⁸². Selon le

Ministère de la santé de la Colombie britannique, « Des protocoles entre la police et les prestataires de services de réduction des risques assurent que les lois sur le trafic de drogues sont appliquées – les ventes de drogues sur la voie publique sont découragées, mais les usagers de drogues sont encouragés à accéder aux services dont ils ont besoin »¹⁸³. Depuis 2003, le nombre de décès par overdose et de nouvelles infections de VIH parmi les usagers de drogues injectables a diminué pour atteindre un niveau record et les taux de participation aux services de traitement ont considérablement augmenté¹⁸⁴.

Les mesures mises en place en Australie au début des années 1990 offrent un autre exemple pertinent de coopération bénéfique entre les services de maintien de l’ordre et les services de santé au niveau national et régional. Ceci a été possible grâce à des formations pour la police sur la réduction des risques, une utilisation plus répandue du pouvoir discrétionnaire de la police, une participation directe aux efforts de réduction des risques, et la création d’une Unité de Coordination des Programmes en matière de Drogues « responsable d’encourager une approche de réduction des risques pour le maintien de l’ordre en matière de drogue par la police généraliste et la police spécialisée »¹⁸⁵.

Une approche multidisciplinaire semblable a émergé au milieu des années 1990 au Royaume-Uni, comportant une coopération entre les services de maintien de l’ordre et la police de proximité, les autorités sanitaires et sociales, et le système judiciaire. Des groupes d’action en matière de drogues (Drug Action Teams) ont été créés et chargés d’identifier les problèmes existants, de coordonner les réponses locales et de les signaler aux autorités de santé publique nationales compétentes. Cette approche a conduit à la mise en place de davantage de sessions de formation sur la réduction des risques pour la police, à une prise de conscience accrue de leurs rôles et de leurs responsabilités, et à une plus grande coopération entre les différents services¹⁸⁶. En 2013, une Commission Indépendante sur les Drogues convoquée par le Partenariat « Safe in the City » a quant à elle mis en lumière les bénéfices d’une collaboration entre la police, le conseil municipal, les services de santé et les organisations communautaires de Brighton & Hove¹⁸⁷.

Source: Skeptic North



Porte d’entrée d’Insite à Vancouver, au Canada

de personnes condamnées pour délits mineurs de drogues s'est avérée être très controversée, nuisant à leurs perspectives économiques et sociales sur le long terme et exacerbant la probabilité qu'ils s'impliquent dans le deal de drogues et autres types d'infractions après leur libération. Les ex-détenus se heurtent en effet à des perspectives de carrière limitées et les programmes de réhabilitation et de réinsertion restent rares dans de nombreux pays (voir les Chapitres 3.4 et 3.6).

Cinquièmement, les approches de *mano dura* ont excessivement simplifié les liens entre le trafic de drogues et le terrorisme. Par exemple, le terme de « narcoterrorisme » est souvent utilisé pour décrire la situation de pays tels que l'Afghanistan, le Mali, le Mexique, et le Pérou. Le terme est problématique car il suggère qu'il existe « une relation symbiotique » entre les trafiquants de drogues et les terroristes, ce qui est rarement le cas en pratique. Le terme simplifie à outrance une situation extrêmement complexe et détourne notre attention d'autres questions importantes telles que la corruption, les abus d'Etat, le trafic d'armes, le trafic d'êtres humains et d'autres types de crime organisé et de violence. Surestimer l'importance du commerce des drogues dans le financement du terrorisme, ainsi que l'utilisation de tactiques terroristes par les trafiquants de drogues, peut mener à des politiques disproportionnées et contreproductives¹⁸⁸.

Enfin, des interventions policières autoritaires dans le domaine de la drogue ont causé d'importantes violations des droits humains, telles que la détention illégale, le traitement et le travail forcés, les abus physiques et sexuels, ainsi que la stigmatisation morale et sociale des contrevenants ayant commis des délits mineurs en lien avec les drogues, comme par exemple les agriculteurs de subsistance¹⁸⁹ (voir le Principe politique 3).

Questions législatives/ politiques

Pour répondre à ces limitations, les interventions de maintien de l'ordre en matière de drogues doivent être réorientées et modernisées de manière à cibler les aspects les plus néfastes du marché illicite des drogues.

Mettre la priorité sur la réduction de la violence

Les politiques nationales en matière de drogues ont généralement visé à réduire à tout prix l'ampleur du marché des drogues. Plus récemment, les pratiques policières conçues de manière à façonner proactivement les marchés des drogues pour les rendre plus

Encadré 3 Initiatives de lutte contre la corruption en Géorgie, en Croatie et en Sierra Leone

Un rapport de la Banque Mondiale a mis en lumière un certain nombre de mesures ayant mené à des avancées en Géorgie, comme par exemple « manifester une forte volonté politique ; établir la crédibilité des entités étatiques dès que possible ; lancer une attaque frontale ; attirer de nouveaux employés ; limiter le rôle de l'Etat ; adopter des méthodes non-conventionnelles ; collaborer étroitement ; adapter les expériences internationales aux conditions locales ; exploiter la technologie ; et utiliser les outils de communication de manière stratégique »¹⁹⁰.

En Croatie, le gouvernement a créé un ministère public spécialisé : le Bureau pour la Suppression de la Corruption et du Crime Organisé. Après des difficultés initiales, le Bureau a maintenant un taux de condamnations dépassant 95% et a poursuivi un ex-premier ministre, un ex-vice président, un ex-général gradé, et d'autres responsables hauts placés. Une législation renforcée, le soutien populaire, l'attention des médias, et la perspective d'une adhésion à l'Union européenne ont été considérés comme des facteurs déterminants dans les progrès effectués¹⁹¹.

Un rapport de 2013 sur la Sierra Leone a indiqué que des efforts efficaces contre la corruption devraient comprendre la création d'institutions spécialement dédiées à la lutte contre la corruption ; le développement de mécanismes de contrôle par la société civile, des comités parlementaires ou le système judiciaire ; un accent sur l'éducation, la responsabilité et la transparence, en particulier sur la divulgation d'informations et le financement de partis politiques ; et la participation du secteur privé (en tirant par exemple des leçons de l'Initiative Sud-Africaine *Business Against Crime South Africa*)¹⁹².

bénins et moins violents, ont constitué une manière plus réaliste et efficace d'atténuer les dommages causés par le commerce des drogues, comme le démontrent les programmes mis en œuvre à Boston et Chicago (voir Encadré 1). Des actions plus poussées pour réduire le nombre d'armes en circulation et à l'encontre du trafic d'armes sont elles aussi essentielles à cet égard.

Se concentrer sur des objectifs sociaux plus larges

Mettre l'accent sur l'amélioration des circonstances socio-économiques des populations touchées par le commerce des drogues contribuerait largement à répondre à certaines causes profondes du problème tout en atténuant les conséquences négatives non souhaitées, mais entièrement prévisibles, des pratiques de police *mano dura*. Des expériences récentes menées à Seattle offrent une étude de cas pertinente dans ce domaine (voir l'Encadré 1 au Chapitre 3.4).

Promouvoir la police de proximité

La police de proximité, centrée sur la prévention de la criminalité, devrait être inclusive et ouverte à la participation et aux contributions de la population locale, des organisations de la société civile et des communautés touchées. Des leçons peuvent être tirées de l'expérience des Unités de Police pour la Pacification (UPP) lancées à Rio de Janeiro, au Brésil, en 2008. L'objectif des UPP de mettre en place de services sociaux et de nouvelles infrastructures pour stimuler le développement social et économique dans les *favelas* pourrait être utile dans d'autres contextes. Toutefois, les UPP ont aussi été critiquées en raison de la militarisation de certaines communautés de *favelas*. Cette militarisation a conduit à des contrôles de police très stricts, des fouilles arbitraires et des cas de harcèlement. Des inquiétudes ont par ailleurs été émises concernant la capacité des UPP à s'attaquer véritablement à la violence liée aux drogues – en effet, sur les 1 000 *favelas* de Rio de Janeiro, seuls 17 ont jusqu'à présent pu être pacifiées, amenant souvent les groupes criminels à se déplacer vers des *favelas* voisines pour reprendre leurs activités¹⁹³. Les résultats mitigés des UPP démontrent la nécessité de mettre en place des programmes soutenus sur le long terme, accompagnés de mesures de réduction des inégalités sociales et économiques, d'amélioration des conditions de travail et de diminution des taux de décrochage scolaire.

Créer des partenariats avec les autorités sanitaires et sociales

Dans le cadre de cette nouvelle approche, les autorités de police devraient travailler en étroite collaboration avec les autorités sanitaires pour orienter les personnes dépendantes à la drogue vers des services de traitement et tout autre service de réduction des risques disponible. En Suisse et à Vancouver, par exemple, la police a pour pratique d'informer et d'orienter les usagers de drogues injectables vers des sites d'injection supervisée ; ces

Encadré 4 Exemples de nouveaux indicateurs de performance pour le maintien de l'ordre

Des indicateurs sur les marchés des drogues qui accordent plus d'importance aux résultats des opérations de maintien de l'ordre :

- Les opérations de maintien de l'ordre ont-elles réduit la disponibilité d'une substance donnée pour les jeunes (mesurée par les niveaux de consommation ou la facilité d'accès) ?
- Les opérations de maintien de l'ordre ont-elles eu un impact sur le prix ou la pureté des drogues au niveau de la vente au détail ? Dans ce cas là, cela a-t-il eu des effets positifs ou négatifs sur le marché des drogues et les consommateurs ?

Des indicateurs mesurant les niveaux de criminalité liée aux drogues :

- Les profits, le pouvoir et la portée des groupes du crime organisé ont-ils été réduits ?
- La violence associée aux marchés des drogues a-t-elle été réduite ?
- Le nombre de délits commis pour soutenir ou en conséquence de l'usage de drogue a-t-il été réduit ?

Des indicateurs mesurant la contribution des opérations de maintien de l'ordre aux programmes sanitaires et sociaux :

- Combien de personnes dépendantes à la drogue les forces de l'ordre ont-elles orienté vers des services de traitement ?
- Combien de personnes ont atteint une période soutenue de stabilité grâce à un traitement ?
- Le nombre de morts par overdose a-t-il été réduit ?
- La prévalence de VIH et d'hépatites a-t-elle décliné parmi les usagers de drogues ?

Des indicateurs évaluant l'environnement et les tendances de l'usage de drogues et de la dépendance :

- Comment les activités de maintien de l'ordre ont-elles affecté l'environnement et le sentiment de sécurité au sein des communautés touchées ?
- Les tendances de l'usage de drogues et de la dépendance ont-elles changé grâce aux actions de maintien de l'ordre ?

expériences valent la peine d'être considérées (voir l'Encadré 2). De plus, pour les personnes ayant commis des délits mineurs relatifs à la drogue, la mise en place de partenariats avec des organisations sociales centrées sur la réhabilitation et la réinsertion, le soutien social, l'orientation professionnelle, la thérapie cognitive comportementale, ou le développement de compétences sociales, est susceptible d'avoir un impact plus important que des mesures répressives.

Lutter contre la corruption et le blanchiment d'argent

Pourchasser les principaux facilitateurs du trafic de drogues et du crime organisé constitue l'une des dimensions essentielles d'une approche efficace en matière de maintien de l'ordre. Fondamentalement, la corruption est l'un des principaux facteurs de violence et de crime organisé. Un effort concerté aux niveaux local, régional, national et international, ainsi que le soutien de la population locale, sont essentiels. Des leçons importantes peuvent par ailleurs être tirées d'expériences passées en Géorgie, en Croatie et en Sierra Leone (voir l'Encadré 3). Un autre élément essentiel de la réponse en matière de maintien de l'ordre consiste à empêcher les criminels de dépenser facilement, d'investir et de dissimuler les recettes provenant du commerce des drogues¹⁹⁴.

Développer les capacités d'investigation et renforcer le système de justice pénale

L'essentiel des aides internationales et des investissements nationaux dans le maintien de l'ordre en matière de drogues a été dirigé vers le renforcement des capacités de dépistage et d'interdiction. Bien que certaines de ces interventions soient nécessaires, un outil important a souvent été négligé : celui de la capacité des autorités à enquêter et à condamner les affaires de drogue et les réseaux qui y sont associés. Cela demande non seulement de lutter contre la corruption au sein du gouvernement, mais requiert aussi une attention accrue envers l'éducation, la formation professionnelle, des processus de collecte de données plus systématiques et complets, les questions de personnel et de budget, et la coopération internationale.

Cibler les niveaux intermédiaires

Le fait de cibler les contrevenants de délits mineurs et non-violents associés à la drogue a causé une augmentation considérable de la population carcérale, et de graves conséquences socio-économiques sur le long terme. Les stratégies « contre les barons » visant à éliminer les leaders ont elles aussi souvent eu un impact limité sur le travail de leurs organisations, et peuvent conduire

à des cycles de violences pour leur succession. Au contraire, si les enquêtes et les arrestations se concentrent sur les leaders de niveau intermédiaire, il est possible d'avoir un impact plus important en termes de réduction de la violence et sur les organisations de trafic de drogues elles-mêmes.

Questions de mise en œuvre

La réforme des interventions de maintien de l'ordre est une entreprise ardue, pouvant être influencée par de nombreux facteurs. Ceux-ci comprennent notamment :

- **Le concept du coût irrécupérable**, ou « l'idée qu'une société ou une organisation est plus susceptible de poursuivre un projet si elle y a déjà investi beaucoup d'argent, de temps et d'efforts, même si le fait de continuer n'est pas la meilleure chose à faire »¹⁹⁵. En d'autres termes, tellement d'argent, de temps et d'efforts ont été investis dans les approches actuelles de maintien de l'ordre en matière de drogues que beaucoup considèrent qu'il s'agirait d'un gaspillage ou d'une abdication si les stratégies actuelles étaient réformées, alors même que les bureaucraties concernées sont à présent empêtrées dans les budgets et infrastructures dédiés au maintien de l'ordre.
- **Une question de troisième rail** : Même si le débat a énormément évolué ces dernières années dans de nombreux pays, la réforme des stratégies de maintien de l'ordre à l'encontre des drogues reste un sujet politique controversé. De nombreux politiciens refusent toujours de soutenir des politiques des drogues plus libérales par peur d'être critiqués comme étant « trop tolérants sur la drogue » ou « faibles vis-à-vis de la criminalité ».
- **Le financement de la lutte contre les stupéfiants** : Les formations et les financements internationaux ont eux aussi diffusé et perpétué des approches périmées et inadéquates en matière de maintien de l'ordre vis-à-vis des drogues à travers le monde¹⁹⁶.

Il existe donc un réel besoin de travailler en collaboration avec les forces de l'ordre, les politiciens, les médias et le grand public pour expliquer les mérites d'une nouvelle approche et présenter les preuves scientifiques qui la sous-tendent.

Fondamentalement, les choses ne changeront que si les objectifs et indicateurs de performance sont revus (voir l'Encadré 4). Ceux-ci ne devraient plus se concentrer sur le nombre de saisies, d'arrestations,

de cultures éradiquées, ou les extraditions (*procédures*), mais plutôt sur les indices reflétant une diminution des dommages associés au commerce des drogues et une amélioration de la qualité de vie (*résultats*). Ces objectifs et indicateurs devraient être évalués de manière indépendante¹⁹⁷.

Ressources clés

- Brookings Institution (2015), *Improving global drug policy: Comparative perspectives and UNGASS 2016*, <http://www.brookings.edu/research/papers/2015/04/global-drug-policy>
- Consortium International sur les Politiques des Drogues, Institut International d'Etudes Stratégiques et Chatham House (2012-2013), *Modernising Drug Law Enforcement publication series*, <http://idpc.net/policy-advocacy/special-projects/modernising-drug-law-enforcement>
- Commission Ouest Africaine sur les drogues (2014), *Pas seulement une zone de transit : Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>
- Organisation des Etats Américains (2013), *Rapport sur le problème des drogues aux Amériques*, http://www.oas.org/en/media_center/press_release.asp?sCodigo=E-194/13
- Werb, D. Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T. & Montaner, J. (2011), « Effects of drug market violence: A systematic review », *International Journal of Drug Policy*, **22**(2): 87-94, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(11\)00022-3/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(11)00022-3/abstract)

3.6

Des politiques fondées sur la santé en prison et autres institutions carcérales

Recommandations clés

- Les gouvernements devraient envisager de placer les problèmes de santé en prison sous le contrôle du ministère de la santé plutôt que sous celui des ministères de la justice, de l'intérieur ou des services correctionnels
- Il est nécessaire de comprendre le niveau et la nature de l'usage de drogues parmi les détenus pour élaborer des programmes et des politiques appropriés. Des services devraient être conçus, mis en œuvre et évalués avec la participation des usagers de drogues
- Une large gamme d'interventions et de programmes devraient être développés en milieu carcéral et disposer de ressources adéquates, en particulier des services de traitement et de réduction des risques. Ces programmes devraient être adaptés aux besoins spécifiques des hommes et des femmes et être rigoureusement évalués et adaptés si nécessaire
- Les programmes d'échange de seringues (PES) en prison sont nécessaires pour éviter les risques liés au partage de matériel d'injection. L'introduction de PES devrait être soigneusement élaborée et inclure des interventions de diffusion d'informations et des sessions de formation du personnel carcéral. Le mode de distribution d'aiguilles, de seringues et d'autres matériaux (par exemple, de main à main ou par le biais de distributeurs) devrait être choisi en fonction de l'environnement propre à la prison et des besoins de sa population¹⁹⁸
- Des programmes complémentaires de réduction des risques devraient aussi être disponibles, comme par exemple des programmes d'information et d'éducation, la distribution de naloxone, des tests de dépistage du VIH et un suivi psychologique, la thérapie antirétrovirale (TAR), la distribution de pipes à crack, etc.
- La participation d'une personne à un programme de traitement de la dépendance ne devrait pas être utilisée comme un motif pour la discriminer
- Des liens efficaces avec les services communautaires devraient être établis de manière à assurer la continuité des soins afin que les bénéficiaires d'un traitement commencé avant ou pendant la détention soient maintenus.

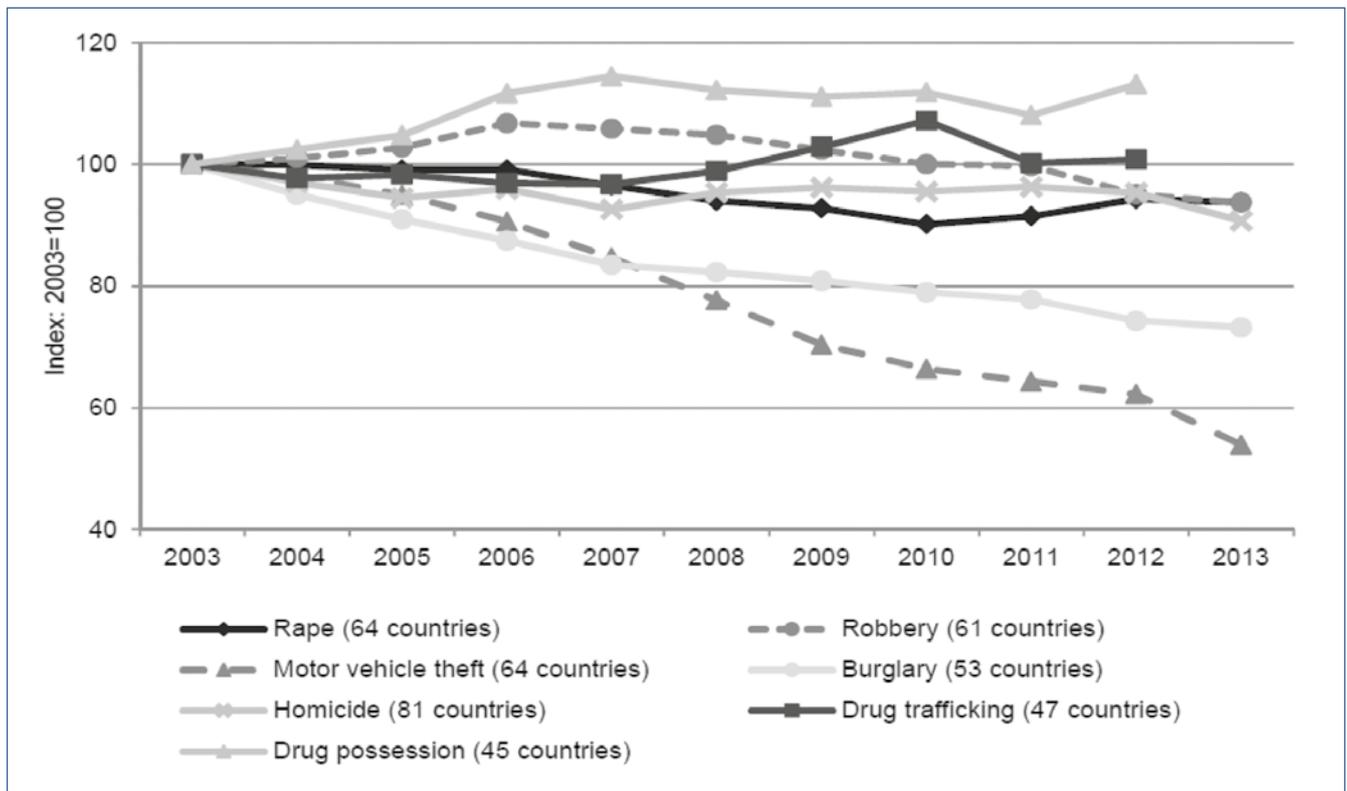
Introduction

Selon les meilleures estimations disponibles, la population carcérale mondiale actuelle s'élève à 10,2 millions de personnes, plus environ 650 000 personnes en détention provisoire ou « administrative » en Chine et 15 000 en Corée du Nord¹⁹⁹. Le nombre de personnes emprisonnées pour des délits de drogues a augmenté aux cours des dernières décennies indépendamment des emprisonnements pour des infractions telles que les vols, les cambriolages et les escroqueries commises dans le but d'obtenir de l'argent pour financer l'acquisition de drogues. Comme cela a déjà été mentionné dans les chapitres

précédents de ce Guide, l'augmentation mondiale des délits liés aux drogues est mue principalement par le nombre toujours croissant de délits liés à la possession de drogues – ces derniers représentent 83% du total des délits de drogues. Les délits liés au trafic de drogues sont toutefois restés relativement stables au fil du temps (voir le Graphique 1)²⁰⁰ et la plupart des trafiquants sont incarcérés pour des délits mineurs²⁰¹.

La proportion de délits liés aux drogues est généralement plus élevée parmi les prisonnières²⁰³. Cette tendance a été attribuée au fait qu'il est plus aisé de poursuivre les délits mineurs, mais aussi aux

Graphique 1 Tendances mondiales pour certains délits, 2003 à 2013²⁰³



disparités homme/femme²⁰⁴ dans l'application des lois et des politiques relatives à la drogue²⁰⁵. Globalement, toutefois, la grande majorité des prisonniers dans le monde sont des hommes adultes, même si le nombre de femmes incarcérées augmente plus rapidement que pour les hommes²⁰⁶.

Dans la plupart des pays, les prisonniers sont issus des couches les plus pauvres et les plus marginalisées de la société et sont caractérisés par de faibles niveaux d'éducation, de hauts taux de chômage, et des antécédents d'abus sexuels, de familles décomposées et de relations brisées²⁰⁷. De nombreux prisonniers auraient consommé de l'alcool et/ou de la drogue comme mécanisme compensatoire, leur permettant notamment de « fuir » les abus et la violence subis durant leur enfance. En prison, les drogues sont largement disponibles et sont souvent consommées pour échapper à la misère, à la brutalité, à l'absence d'intimité, à l'anxiété et à l'insécurité chroniques qui caractérisent la vie à l'intérieur de ces institutions. L'ennui et l'absence d'activités constructives en prison peuvent aussi augmenter la probabilité de consommer de la drogue²⁰⁸.

Même si les données sont difficiles à obtenir et à comparer, des études ont indiqué qu'environ 50% des prisonniers au sein de l'Union européenne et plus de 80% aux Etats-Unis avaient des antécédents de consommation de drogues – et ce nombre est en augmentation²⁰⁹. Des estimations montrent qu'environ une personne détenue sur trois a consommé de la drogue au moins une fois en prison²¹⁰. Toutefois, la

prévalence de l'usage de drogues varie considérablement d'un pays à l'autre. Il a part ailleurs été prouvé que de nombreux prisonniers commençaient à s'injecter des drogues pour la première fois en prison²¹¹. Alors que seulement 0.26% des personnes âgées entre 15 et 64 ans s'injectent des drogues au sein de la communauté, les taux d'injection sont considérablement plus élevés en prison. Par exemple, une étude a indiqué que 23% des prisonniers en Australie et 39% des prisonniers masculins à Bangkok (Thaïlande) s'injectaient des drogues en prison²¹².

Bien que les taux d'infections en prison varient considérablement dans un pays donné et d'un pays à l'autre, la prévalence du VIH, de maladies sexuellement transmissibles (MST), des hépatites B et C, ainsi que de la tuberculose sont beaucoup plus élevés au sein de la population carcérale si on la compare à ceux de la population en général²¹³. La prévalence de VIH est en effet 50 fois plus élevée dans certains lieux de détention que dans la population en général. En Europe, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé qu'un détenu sur cinq (environ 2,2 millions de personnes) est infecté par l'hépatite C, comparé à une personne sur 50 hors de prison²¹⁴. De même, la prévalence de tuberculose est « nettement plus élevée » dans les prisons que dans la population en général²¹⁵. Bien que des statistiques soient difficiles à obtenir, la probabilité d'être infecté par la tuberculose dans les prisons est 17 fois plus élevée dans l'Union européenne – et 81 supérieure en Europe de l'Est – qu'en dehors des prisons²¹⁶.

Le partage d'aiguilles et de seringues est l'un des principaux facteurs de propagation des maladies infectieuses en prison. Cela tient au manque de disponibilité de matériel stérile par le biais de services de réduction des risques et à la crainte que l'usage de drogue ne soit repéré. Les statistiques ont montré qu'un nombre élevé de prisonniers qui s'injectent des drogues partagent des seringues et autre matériel d'injection : par exemple, 56% au Pakistan, 66% en Russie, 70 à 90% en Australie, 78% en Thaïlande et 83 à 92% en Grèce²¹⁷. D'autres facteurs de transmission d'infections incluent le viol et autres actes de violence sexuelle, ainsi que les rapports sexuels consentis non-protégés. Dans les contextes où l'usage de drogues est particulièrement stigmatisé, ceux qui se situent au bas de la hiérarchie informelle de la prison sont les plus susceptibles d'être victimes de telles agressions²¹⁸.

Sur la base de ces données, il apparaît clairement que la prison est un lieu inadéquat pour faire face à l'usage de drogues et à la dépendance. Les prisons posent en effet des risques supplémentaires pour la santé, en particulier lorsque ces infrastructures sont en situation de surpopulation et manquent de ressources. Les raisons sont nombreuses pour justifier la mise en place d'une politique pénitentiaire plus efficace, bien qu'il soit aussi essentiel de ne pas négliger une réelle réforme des politiques des drogues afin d'éviter que les personnes ayant commis des délits mineurs liés à la drogue ne finissent en prison (voir les Chapitres 3.1 à 3.4) :

- **Santé publique** : Les prisons sont inadaptées pour faire face à la consommation de drogues et à la dépendance²¹⁹. Elles jouent au contraire un rôle

d'incubateur pour certains problèmes de santé tels que les virus transmis par voie sanguine et les overdoses. De tels problèmes de santé ne sont pas hermétiques. Ils auront en effet un impact sur le reste de la communauté, vu que le personnel pénitentiaire, les prestataires de services et les visiteurs entrent et sortent régulièrement des prisons, et les prisonniers eux-mêmes finissent par être libérés. Par conséquent, des services de santé efficaces en prison sont d'un intérêt vital pour la société.

- **Obligations en matière de droits humains** : Les obligations internationales en matière de droits humains comprennent le droit de jouir des normes de santé physique et mentale les plus élevées possible²²⁰. Les prisonniers conservent leurs droits humains lors de leur détention et les gouvernements ont une responsabilité particulière envers ceux qu'ils privent de liberté.
- **Améliorer le traitement de la dépendance aux drogues et prévenir la récidive** : Des traitements efficaces de la dépendance à la drogue en prison – en particulier les thérapies de substitution aux opiacés (TSO) – permettent d'améliorer la santé des détenus et de les aider à ne pas replonger dans la délinquance après leur libération²²¹. Sans traitement ou continuum de soins, les preuves disponibles ont montré combien les taux d'overdoses, de rechutes et de récidive étaient élevés parmi les usagers de drogues après leur libération de prison²²².
- **L'économie** : Répondre aux délits liés aux drogues, aux overdoses et aux infections trans-



Prison de Bandung en Indonésie

Source: Vincent Rurnahone, International HIV/AIDS Alliance



Structure médicale pénitentiaire au Kazakhstan

prises par voie sanguine peut coûter très cher, en particulier pour des maladies telles que le VIH, c'est-à-dire des maladies chroniques qui peuvent nécessiter un traitement à vie. L'argument économique est donc à défendre pour la mise en place, en prison et dans la communauté, de services de réduction des risques et de traitement de la dépendance à la drogue fondés sur des preuves scientifiques.

Questions législatives/ politiques

Le droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est inscrit dans l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels²²³ et reflété dans le Principe 9 des Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus²²⁴. Le droit à la santé ne peut être limité parce qu'une personne consomme de la drogue ou parce qu'elle est incarcérée²²⁵.

L'Etat a une obligation spécifique de fournir des soins aux détenus, étant donné que les prisonniers n'ont pas d'autre alternative que de dépendre des autorités pénitentiaires pour promouvoir et protéger leur santé²²⁶. Le Rapporteur spécial sur la torture a estimé que les Etats devaient « fournir des soins médicaux adéquats en tant que condition matérielle minimale et nécessaire pour assurer un traitement humain à toutes les personnes détenues » et que tous manquements de la part des autorités étaient « constitutifs de mauvais traitements, voire d'actes de torture »²²⁷.

Les personnes incarcérées ont le droit de jouir des mêmes conditions de santé qu'hors de prison, y compris en ce qui concerne la prévention, la réduction des risques et la TAR²²⁸. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a clarifié que si des programmes de réduction des risques et de traitement (fondés sur des preuves scientifiques) étaient disponibles au sein la communauté mais pas en prison, cela constituait une violation du droit à la santé²²⁹.

Les directives les plus complètes en matière de santé en prison sont inscrites dans la version révisée des Règles minimales des Nations Unies pour le traitement des détenus, aussi connues sous le nom

Encadré 1 Principes pour la prestation de services de santé en prison²³⁰

- Responsabilité de l'Etat
- Non discriminatoire
- Equivalence des soins
- Indépendance clinique
- Mêmes principes éthiques qu'au sein de la communauté
- Examen médical à l'admission
- Traitement de la dépendance à la drogue
- Services de santé mentale
- Continuité des soins



Prison de Buen Pastor à Bogota (Colombie)

de Règles de Mandela (Règles 24 à 35)²³¹. Les Règles révisées clarifient le fait que la mise à disposition de services de santé pour les détenus est une responsabilité de l'Etat. Ces services devraient être disponibles gratuitement et sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique (Règle 24)²³². Les normes s'appliquent de la même manière en prison et dans la communauté (sur la base du principe d'équivalence des soins) et les services de santé en prison devraient être organisés « de manière à faciliter la continuité du traitement et des soins, notamment pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ainsi que pour la toxicomanie » (Règle 24). Les Règles révisées appellent aussi à accorder une « attention particulière à ceux qui ont des besoins spéciaux ou des problèmes de santé qui constituent un obstacle à leur réinsertion » (Règle 25). Le personnel de santé a pour rôle d'évaluer, de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé physique et mentale des détenus, en recourant à un « personnel interdisciplinaire comprenant un nombre suffisant de personnes qualifiées agissant en pleine indépendance clinique » (Règle 25, voir aussi les Directives sur la Double Loyauté²³³, la Déclaration de Tokyo de l'Association Médicale Mondiale²³³ et les Règles de l'ONU concernant le traitement des détenues – les « Règles de Bangkok »²³⁵).

Le personnel de santé est soumis aux mêmes normes éthiques et professionnelles dans les prisons que pour les patients traités hors de prison, en particulier en ce qui concerne le respect de l'autonomie des patients pour leur santé, le consentement éclairé dans la relation médecin-patient et la confidentialité des données médicales – pour autant que le maintien d'une telle confidentialité n'aboutisse pas à une

menace réelle et imminente pour le patient ou pour autrui (Règle 32, voir aussi l'Observation générale du Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU²³⁶). Le partage d'informations est une condition préalable pour que les prisonniers soient à même de donner leur consentement éclairé pour des interventions médicales. Comme le Rapporteur spécial sur le droit à la santé l'a souligné, « Le consentement éclairé n'est pas seulement l'acceptation d'une intervention médicale, mais également une décision volontaire et suffisamment étayée »²³⁷.

Des services de santé professionnels nécessitent la tenue de dossiers médicaux. Toutefois, la confidentialité vis-à-vis de telles informations est reflétée dans la Règle de Mandela 26 qui protège l'accès des prisonniers aux informations les concernant, ainsi que l'obligation de transférer les dossiers médicaux d'un patient détenu lorsque celui-ci est envoyé dans une autre structure.

Le manque de dispositions pour l'accès aux services de santé adaptés aux besoins des femmes en milieu carcéral a été reconnu et rectifié grâce à l'adoption des Règles de Bangkok²³⁸.

Même si les Règles de Mandela et les Règles de Bangkok ne sont pas des traités juridiquement contraignants, ce sont cependant des normes adoptées à l'unanimité au niveau international. Au niveau régional, des dispositions relatives aux services de santé en prison ont été incorporées dans le cadre des Règles européennes sur les prisons²³⁹ et des Principes et pratiques relatifs à la protection des personnes privées de liberté dans les Amériques²⁴⁰.

L'OMS et l'ONUDC ont été des leaders dans le développement de directives sur la santé des prisonniers

Encadré 2 L'ensemble complet de services en prison de l'ONU²⁴¹

Cet ensemble complet de services consiste en 15 interventions essentielles pour le traitement et la prévention efficaces du VIH en milieu carcéral. Bien que chacune de ces interventions soit efficace pour faire face au VIH en prison, elles seront d'autant plus efficaces si elles sont dispensées toutes ensemble. Cet ensemble d'interventions n'est en aucun cas « complet », mais il constitue un point de départ utile pour répondre au VIH en milieu carcéral.

1. Information, éducation et communication
2. Programmes de distribution de préservatifs
3. Prévention de la violence sexuelle
4. Traitement de la dépendance à la drogue, y compris les TSO
5. Programmes d'échange de seringues (PES)
6. Prévention de la transmission du sida par des services médicaux ou dentaires
7. Prévention de la transmission du sida par le tatouage, le piercing ou d'autres formes de pénétration dans la peau
8. Prophylaxie post-exposition
9. Dépistage du VIH et conseils
10. Traitement du VIH, soins et soutien
11. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose
12. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
13. Prévention et traitement des MST
14. Vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales
15. Protection du personnel des dangers du travail

et notamment sur le traitement de la dépendance à la drogue en prison (voir les ressources clés ci-dessous). Les directives de l'OMS²⁴² sur la drogue sont soutenues par l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS), qui a aussi déclaré en 2007 que « Les gouvernements ont la responsabilité de () fournir des services adéquats pour les personnes qui

ont commis des délits liés à la drogue (que ce soit au sein des services de traitement ou en prison) »²⁴³.

Questions de mise en œuvre

Les autorités pénitentiaires se sont habituellement concentrées sur la prévention de l'usage de drogues en prison par l'intermédiaire de strictes mesures de sécurité et des programmes de dépistage des drogues, en n'accordant que peu d'attention et de ressources à la mise en place de services de santé, de traitement de la dépendance et de programmes de réduction des risques. Les pays faisant usage de programmes obligatoires de dépistage de drogues²⁴⁴ affirment que cette mesure décourage les prisonniers à consommer en prison et leur permet d'identifier les individus nécessitant un traitement. Cependant, en pratique cette approche a posé de nombreux problèmes, en particulier un détournement des ressources financières et humaines disponibles qui auraient pu être utilisées pour financer des services de réduction des risques et de traitement de la dépendance fondés sur des preuves scientifiques. Cela a un effet nocif sur le régime carcéral²⁴⁴ et risque d'encourager les prisonniers à consommer d'autres drogues qui sont souvent plus dangereuses mais qui ne font pas partie des programmes de dépistage ou sont plus difficiles à déceler (par exemple, les détenus sont susceptibles commencer à consommer de l'héroïne ou de nouvelles substances psychoactives plutôt que du cannabis, parce que ce dernier peut être décelé dans le corps plus longtemps)²⁴⁶.

Mettre en œuvre un ensemble complet de services en prison

L'ONU DC, l'Organisation Internationale du Travail (OIT), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'OMS et le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), recommandent 15 interventions clés pour la prévention, le traitement et les soins en prison et autres institutions carcérales (voir Encadré 2 ci-dessus)²⁴⁷.

Une multitude de mesures peuvent être combinées pour faire face à l'usage de drogues, à la dépendance et aux risques de santé qui y sont associés, notamment :

L'éducation et l'information : Etant donné que les prisonniers proviennent typiquement des groupes les plus marginalisés de la société et que leur accès aux services de santé ait pu être limités avant leur incarcération, ils sont généralement moins susceptibles de connaître les divers risques sanitaires et

infectieux les concernant. La propagation de maladies infectieuses ne peut être prévenue que si les prisonniers ont reçu des informations adéquates sur les modes de protection et de prévention, en faisant usage d'un langage approprié à leurs compétences linguistiques et à leur niveau éducation. Il a aussi été démontré que l'éducation à la santé pouvait améliorer l'adhésion au traitement ainsi que les taux de guérison²⁴⁸. Certaines administrations pénitentiaires ont utilisé des vidéos et des cours éducatifs pour sensibiliser les détenus en matière de santé. Le matériel d'information devrait être élaboré en consultation avec les prisonniers et le personnel pénitentiaire, afin d'assurer que « les informations soient appropriées au contexte pénitentier, augmentant le sentiment d'appartenance parmi les détenus et contribuant à la continuité du programme »²⁴⁹.

Le traitement de la dépendance à la drogue :

Un grand nombre de personnes dépendantes à la drogue étant détenues en même temps, les prisons peuvent constituer un espace efficace pour offrir toute une variété de programmes de traitement de la dépendance fondés sur des preuves scientifiques (pour plus d'informations sur le traitement, voir le Chapitre 2.5). Les TSO, en particulier avec de la méthadone et de la buprénorphine, se sont avérés être faisables et bénéfiques en milieu carcéral pour les personnes dépendantes aux opiacés. Pourtant, seuls 43 pays offraient des TSO en prison en 2014²⁵⁰. Les TSO ont permis de réduire les taux de consommation d'héroïne, d'injection de drogues, de partage de matériel d'injection, d'overdoses mortelles (en particulier après la libération), d'augmenter l'adhésion à la TAR, et de réduire les taux de réincarcération²⁵¹. Par exemple, une revue de 21 études a conclu que les TSO en prison étaient un moyen efficace d'encourager les personnes à suivre un traitement de la dépendance à la drogue, réduisaient les comportements à risque, ainsi que les risques d'overdose à leur libération. Ces recherches ont par ailleurs indiqué que lorsque ces TSO étaient reliées à des interventions communautaires, ces programmes pouvaient avoir des avantages à long terme²⁵² (voir également les Recommandations de Madrid²⁵³). Les programmes de traitement de la dépendance à la drogue ont enfin eu d'autres effets positifs sur les comportements institutionnels et les niveaux de violence²⁵⁴. Toutefois, comme c'est le cas au sein de la communauté, davantage d'attention devrait être accordée aux options de traitement de substitution pour la dépendance aux stimulants (voir le Chapitre 2.5 pour plus de détails).

Plusieurs études ont aussi reconnu que d'autres formes de traitement, telles que la thérapie psycho-

Encadré 3 Le programme moldave de réduction des risques en prison

En Moldavie, la TSO pour les prisonniers dépendants aux drogues a été mise en place en 2005. Depuis, de la méthadone est fournie chaque jour aux bénéficiaires à la pharmacie de la prison après qu'ils aient signé un registre. Un PES est aussi disponible en prison²⁵⁵. Selon les recherches disponibles, les overdoses ont diminué²⁵⁶ et le traitement a eu un effet positif sur la santé et le bien-être général des détenus²⁵⁷. Les défis initiaux ont été surmontés en fournissant au personnel pénitentier des informations spécifiques en matière de santé et de sécurité, notamment sur les types et l'étendue des risques encourus²⁵⁸. Des préoccupations portant sur l'éventualité d'utilisation de la méthadone pour soudoyer le personnel médical ou les autres prisonniers ont été surmontées avec succès en administrant la méthadone sous stricte contrôle et par l'autorégulation par les participants au programme.

Depuis 2009, plus des deux tiers des prisonniers adultes condamnés ont eu accès à des services de réduction des risques dans les prisons moldaves et les résultats ont été tout à fait satisfaisants. L'incidence de VIH et d'hépatite C a diminué, aucune aiguille n'a été utilisée comme une arme contre le personnel pénitentiaire ou les autres prisonniers et l'usage de drogues n'a pas augmenté²⁵⁹.

sociale, étaient efficaces pour réduire la dépendance à la drogue en prison²⁶⁰. Des programmes thérapeutiques structurés ont permis d'endiguer les problèmes de dépendance parmi une partie des détenus, en réduisant ainsi les problèmes de délinquance et de santé. Les autorités pénitentiaires devraient par conséquent rendre disponible une gamme complète de traitements fondés sur des preuves scientifiques, en se basant sur les principes suivants :

- Des méthodes de dépistage devraient être mises en place pour identifier les personnes nécessitant un traitement, tout en respectant le principe du consentement éclairé²⁶¹
- Tant que les programmes de traitement offerts sont volontaires, humains et de bonne qualité, les prisonniers seront susceptibles d'y participer
- Les programmes devraient être organisés de manière à ce que les prisonniers soient à même

d'accéder à différents services tout au long de la durée de leur emprisonnement en fonction de leurs besoins et à chaque fois qu'ils le pensent nécessaire

- Les taux de conformité et de succès du traitement de la dépendance à la drogue en prison peuvent être améliorés en récompensant les progrès accomplis dans le traitement, comme par exemple la considération d'une libération anticipée
- Il est nécessaire d'accorder une attention particulière à la continuité du traitement à lors de l'admission et de la libération du détenu
- L'abstinence ne devrait pas être la seule mesure de succès du traitement et du rétablissement d'une personne dépendante. Les individus devraient être encouragés à identifier et à atteindre leurs propres critères de rétablissement, pouvant impliquer l'abstinence, mais aussi toute une série d'étapes progressives visant à améliorer leur santé et leur bien-être (voir Chapitre 2.5).

Les programmes d'échange de seringues : Bien que la mise en place des PES ait fait face à une forte résistance en milieu carcéral, les programmes de distribution de matériel d'injection stérile aux usagers de drogues ont permis de prévenir les infections de VIH et d'hépatites. Les craintes portaient notamment sur la possibilité que les prisonniers utilisent les aiguilles comme des armes contre le personnel pénitentier ou d'autres prisonniers, ou que des aiguilles et des seringues abandonnées ne contribuent à augmenter la prévalence de l'injection de drogues en prison. Cependant, ces craintes ne se sont pas matérialisées en pratique et ces programmes ont eu des effets très positifs sur la réduction du partage de matériel d'injection²⁶². Pourtant, en 2014, seuls huit pays offraient des PES en prison (trois de moins qu'en 2012), comparé aux 90 pays où de tels programmes sont disponibles dans la communauté²⁶³. L'ONUDDC, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent tous trois l'accès des PES et des TSO en milieu carcéral²⁶⁴.

L'accès à des mesures préventives en matière de sexualité : Un certain nombre de pays offrent un libre accès aux préservatifs en milieu carcéral, notamment en Europe de l'Ouest, dans certaines parties d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, ainsi qu'en Australie, au Canada, en Indonésie, en République Islamique d'Iran²⁶⁵ en Afrique du Sud et aux Etats-Unis²⁶⁶. Selon des recherches menées dans une prison du comté de Los Angeles, la distribution de préservatifs aurait permis de prévenir un quart des transmissions de VIH parmi les détenus actifs sexuellement et les coûts évités dépasseraient de loin

Encadré 4 Le programme espagnol de réduction des risques en prison réduit les infections de VIH et d'hépatite C

A la fin des années 1990, le taux d'infections de VIH parmi les prisonniers injecteurs de drogues était d'environ 30% en Espagne, c'est-à-dire l'une des prévalences les plus élevées d'Europe. Le pays a, par conséquent, décidé de mettre en place un programme de prévention et de contrôle des maladies transmissibles en prison, en le modelant sur ceux déjà disponibles dans la communauté. Une approche complète de réduction des risques a été développée, fondée sur le dépistage volontaire, la confidentialité, la distribution gratuite de préservatifs, les TSO, les PES, l'éducation relative à la santé, la formation de prisonniers médiateurs de santé et la libération conditionnelle des détenus en phase terminale²⁶⁷.

L'impact de ce programme a été considérable. Selon les données fournies par l'Espagne, la prévalence de VIH parmi les prisonniers aurait chuté de 22.4% en 1995 à 6.3% en 2011²⁶⁸ et, dans une prison de la région d'Orense, une revue sur dix ans des PES a indiqué qu'entre 1999 et 2009 la prévalence de l'infection de VIH avait diminué, passant de 21% à 8.5%, alors que la prévalence d'hépatite C était passée de 40% à 21.6% pendant la même période²⁶⁹.

les coûts alloués au programme²⁷⁰. Aucun problème de sécurité ou autres conséquences négatives n'ont été signalés. En effet, la mise à disposition de préservatifs n'a pas été associée à une augmentation des problèmes de sécurité, des rapports sexuels ou de l'usage de drogues²⁷¹. Des mesures supplémentaires ont également comporté des programmes de diffusion d'informations, d'éducation et de communication sur les MST pour les prisonniers et le personnel pénitentiaire, ainsi que des interventions de soutien et de dépistage volontaire pour les prisonniers ou encore des mesures de prévention des viols, des violences sexuelles et de coercition.

Programmes de vaccination : des vaccins efficaces sont disponibles pour protéger les détenus de l'hépatite B et l'incarcération est une opportunité pour encourager à la vaccination. Toutefois, les programmes de vaccination devraient rester volontaires²⁷². Le Royaume-Uni a par exemple mis

en place un programme de dépistage de l'hépatite B en prison avec une clause de non-participation, c'est-à-dire que tout détenu peut bénéficier d'un dépistage de l'hépatite B et il est recommandé à tous les prisonniers de se faire vacciner²⁷³. La plupart des administrations pénitenciaires qui ont ciblé des prisonniers consommateurs de drogues pour des programmes de vaccination contre les hépatites A et B ont rapporté des niveaux élevés de participation et d'adhésion.

Etablir les responsabilités / gestion des prisons

Il est désormais bien reconnu que les services de santé en prison devraient être intégrés aux politiques et aux systèmes publics nationaux en matière de santé²⁷⁴. La meilleure façon d'y parvenir est sans aucun doute de placer la thématique « santé en prison » sous la responsabilité du ministère de la santé afin de mieux assurer la continuité des soins²⁷⁵. Il arrive que le personnel de santé employé par les services pénitenciaires ne soit pas suffisamment au courant des derniers développements cliniques et professionnels disponibles hors de prison, manquent d'indépendance, ou que les détenus ne leur fassent pas confiance²⁷⁶. Des pays tels que l'Italie, la Norvège, la France, l'Angleterre et le Pays de Galles, et une grande partie de la Nouvelle-Galles du Sud en Australie, ont déjà franchi le pas, avec des résultats largement positifs²⁷⁷.

Garantir une approche différenciée homme/femme

Systématiquement, la dépendance à la drogue s'est avérée être surreprésentée au sein de la population carcérale féminine, comparé à la population en général²⁷⁸. Cette situation peut être expliquée par les antécédents auxquels les femmes ont été confrontées avant leur arrestation et leur emprisonnement, en particulier les taux élevés de violence domestique et sexuelle²⁷⁹.

Comparé aux autres prisonniers, les femmes détenues sont aussi confrontées à des taux plus élevés de VIH et autres maladies transmises sexuellement et par voie sanguine²⁸⁰. Ceci peut être expliqué par une diversité de facteurs tels que les inégalités homme/femme, la stigmatisation et la vulnérabilité plus élevée des femmes vis-à-vis des MST, l'accès limité à l'information et enfin à un accès limité à services de santé souvent inadéquats²⁸¹. Ces facteurs, ainsi que des différences physiologiques évidentes, ont pour conséquence que les femmes sont confrontées à des besoins plus importants et différents des hommes en matière de santé. Cela signifie aussi que le traitement de la dépendance à la drogue et autres mesures sanitaires nécessitent de prendre

Encadré 5 La prison pour femmes de Lichtenberg à Berlin (Allemagne)

Lorsqu'elles sont admises à la prison de Lichtenberg, toutes les femmes détenues reçoivent un kit de réduction des risques comportant une boîte en plastique contenant de l'acide ascorbique (destiné à être utilisé pour la préparation de drogues en vue d'une injection), des tampons imbibés d'alcool, de la pommade pour les veines, et une « fausse » aiguille à utiliser dans le distributeur d'aiguilles stériles (qui nécessite d'y déposer une seringue usagée pour en recevoir une stérile)²⁸². Ces distributeurs permettent aux prisonnières d'obtenir des seringues stériles de manière anonyme²⁸³. Les seringues conservées dans les boîtes en plastique mises à disposition par la prison sont autorisées. Cependant, toute prisonnière stoppée en possession d'aiguilles conservées de manière inadéquate ou dissimulées ou en possession de plusieurs aiguilles est passible de sanctions²⁸⁴. Une étude de 2013 a conclu que ce programme n'avait pas conduit à une augmentation de la consommation ou de l'injection de drogues et que le partage d'aiguilles avait fortement diminué²⁸⁵.

La prison de Lichtenberg a par ailleurs adopté une approche intégrale vis-à-vis de la dépendance à la drogue. Une « unité spécialisée dans la dépendance à la drogue » a été mise en place et divisée en une unité de base et des unités de « motivation » et « de substitution ». En général, les femmes dépendantes à la drogue passent tout d'abord par l'unité de base lors de leur admission. Lors de la « phase d'orientation », elles sont encouragées à résoudre leur consommation de drogues. Les femmes peuvent se porter candidates pour intégrer l'unité « motivée » – qui est divisée en deux appartements : l'un pour les femmes qui participent au programme de TSO, et l'autre pour les femmes cherchant l'abstinence (où toutes les femmes doivent se soumettre à des tests d'urine pour prouver leur abstinence).

en compte ces spécificités pour être réellement efficaces. Les programmes de traitement doivent en effet prendre en considération les antécédents de victimisation, différents contextes culturels, tous les antécédents d'abus ou de violence domestique, les problèmes de santé mentale (communs parmi les prisonnières) et les besoins spécifiques des femmes

enceintes et des mères. Malgré tout, de nombreux systèmes carcéraux font preuve de discriminations envers les femmes quand il est question de programmes de traitement de la dépendance et de réduction des risques, en n'offrant de tels services que dans les prisons pour hommes²⁸⁶. D'autre part, lorsque ces programmes existent, ils ne sont souvent pas adaptés aux besoins des femmes²⁸⁷.

La Règle 6 de Bangkok²⁸⁸ recommande que le dépistage des problèmes de santé pour les prisonnières comprenne la détection de « la présence d'une dépendance à la drogue » et de « la présence de maladies sexuellement transmissibles ou de maladies transmissibles par le sang ». En fonction des facteurs de risque, les prisonnières devraient aussi se voir offrir un dépistage du VIH et d'autres maladies transmises par voie sanguine, assorti de conseils avant et après analyse.

Les différences liées au sexe en matière de consommation de drogues et de dépendance, ainsi que les complications qui en découlent, sont reconnues dans la Règle 15 de Bangkok qui souligne la nécessité de disposer de « programmes de traitement spécialisés pour les femmes toxicomanes ». Le Comité onusien pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a aussi recommandé que les Etats offrent des services de traitement de la dépendance à la drogue fondés sur des preuves scientifiques ainsi que des programmes de réduction des risques sensibles aux besoins des femmes en détention²⁸⁹.

En ce qui concerne le VIH, la Règle 14 de Bangkok recommande des programmes répondant « aux besoins spécifiques des femmes » et qui portent « notamment sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant », en encourageant et en appuyant « la mise au point d'initiatives concernant la prévention, le traitement et les soins, telles que l'éducation par les pairs ». Des mesures supplémentaires devraient comprendre des groupes de soutien, des programmes d'éducation sur la drogue et des programmes psychosociaux répondant aux besoins des femmes.

Prévenir les overdoses

L'overdose est une expérience commune pour de nombreux consommateurs de drogues (en particulier les consommateurs d'opiacés) et constitue l'une des causes majeures de décès parmi les usagers injecteurs de drogues. La période suivant immédiatement la libération de prison présente un risque élevé d'overdose (mortelle)²⁹⁰. Ceci peut être expliqué par le fait que les ex-prisonniers reprennent généralement des doses semblables à celles qu'ils prenaient avant leur détention, alors que leur corps ne peut plus sup-

porter une dose si élevée de par la tolérance réduite au produit après une période d'abstinence, d'usage réduit ou de consommation d'autres drogues lors de leur séjour en prison²⁹¹. Par exemple, une étude anglaise a indiqué que les prisonniers avaient 29 fois plus de risques de mourir d'une overdose dans la semaine suivant leur libération, comparé à la population en général. Pour les prisonnières, le risque est 69 fois plus élevé²⁹². Une autre étude réalisée dans les prisons de l'état de Washington a conclu que les prisonniers avaient 129 fois plus de risques de mourir d'une overdose de drogue au cours des deux semaines suivant leur libération que leurs homologues dans la population en général²⁹³.

En raison de ce risque élevé, les services pénitentiaires devraient offrir des formations et des informations sur la prévention des overdoses et les interventions d'urgence – tant pour les usagers de drogues que pour le personnel pénitentiaire. A leur libération et/ou lors de leur détention, les usagers d'opiacés devraient recevoir de la naloxone, l'un des médicaments essentiels de l'OMS qui inverse rapidement la dépression respiratoire due à une overdose aux opiacés (voir le Chapitre 2.4 pour plus de détails).

Répondre aux problèmes survenant après la libération

Si un détenu sous traitement est transféré ou libéré, il est essentiel d'assurer la continuité du programme de traitement, en particulier si la personne est sous TSO, pour veiller à ce que les personnes qui ont cessé de consommer ne rechutent pas ou ne soient victimes d'overdose, qu'elles ne subissent pas de symptômes de manque, et que les personnes sous TAR ou autres formes de traitement ne développent pas une résistance à de tels traitements si ces derniers sont subitement interrompus.

Selon l'ONUDD, l'ONUSIDA et l'OMS, « Afin de garantir que les bénéfices d'un traitement () entamé avant ou pendant l'emprisonnement ne soient pas perdus, ainsi que pour prévenir le développement d'une résistance aux médicaments, des mesures doivent être prises pour que ce traitement puisse être poursuivi sans interruption »²⁹⁴. Cette continuité de soins est plus aisée lorsque des services communautaires peuvent offrir leur soutien à un prisonnier lors de son incarcération et après sa libération et s'ils peuvent accompagner son retour dans la communauté²⁹⁵. Plusieurs études ont suggéré qu'une postcure était nécessaire pour optimiser les effets du traitement en prison sur les taux de récurrence²⁹⁶. La continuité des soins requiert également que les dossiers médicaux des prisonniers soient transférés vers les services médicaux compétents lors de leur libération (voir la Règle de Mandela numéro 26).

Ressources clés

- Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe et Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2013), *Good governance for prison health in the 21st century: A policy brief on the organization of prison health*, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2004), *Traitement et suivi des femmes pour abus de substances: Etudes de cas et enseignements*, http://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1_fr.pdf
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2014), *A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings* (Advance Copy), https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2014), *Handbook on women and imprisonment, 2nd edition with reference to the United Nations Rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders (The Bangkok Rules)*, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Internationale du Travail et Programme des Nations Unies pour le Développement, *Le VIH/sida : Prévention, soins traitement et soutien en milieu pénitentiaire: Cadre pour une intervention nationale efficace*, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Prison_Framework_French.pdf
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (2008), *HIV and AIDS in places of detention – A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*, <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (2009), *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings*, http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/clinical_guidelines_close_setting_wpro.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (2014), *Health interventions for prisoners – Update of the literature since 2007*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128116/1/WHO_HIV_2014.12_eng.pdf?ua=1
- Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (2007), *Evidence for action technical papers – Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments*, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prisons*, https://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf
- Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>

Chapitre 3 – Notes de bas de page

1. Dans de nombreux pays, l'usage de drogues continue à être criminalisé – même si les conventions sur les drogues de l'ONU offrent une flexibilité considérable en autorisant l'utilisation de mesures sociales et sanitaires en plus ou au lieu de sanctions pénales pour les usagers de drogues et les contrevenants dépendants à la drogue
2. Commission pour la prévention du crime et la justice pénale (2014), *Tendances de la criminalité dans le monde et nouvelles questions et mesures prises dans le domaine de la prévention du crime et de la justice pénale*, E/CN.15/2014/5, https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ECN.1520145_FR.pdf
3. Dans son Rapport Mondial sur les Drogues de 2015, l'ONUDC a déclaré que : « l'usage illicite de drogues est en fait resté stable ». A consulter : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2015), *ONUDC, Rapport Mondial sur les Drogues 2015*, https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_F.pdf
4. Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (juin 2012), *La guerre aux drogues face au VIH/sida : Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP_HIV-AIDS_2012_FR.pdf; Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (mai 2013), *L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_HepatitsC_2013_FR-1.pdf; Count The Costs (avril 2013), *The war on drugs: Threatening public health, spreading disease and death*, <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Health-briefing.pdf>
5. Godwin, J. (2016), *A public health approach to drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation* (London: International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>
6. Pour davantage d'informations, voir: Eastwood, N., Shiner, M. et Bear, M. (2014), *The numbers in black and white: Ethnic disparities in the policing and prosecution of drug offences in England and Wales* (Londres: Release), <http://www.release.org.uk/node/286/>; American Civil Liberties Union (juin 2013), *The war on marijuana in black and white: Billions of dollars wasted on racially biased arrests*, <https://www.aclu.org/report/war-marijuana-black-and-white?redirect=criminal-law-reform/war-marijuana-black-and-white-report>, Drug Policy Alliance (février 2014), *The drug war, mass incarceration and race*, <http://www.drugpolicy.org/resource/drug-war-mass-incarceration-and-race>
7. Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (2015), *The gap report*, http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report
8. Godwin, J. (2016), *Une approche basée sur la santé publique pour l'usage de drogues en Asie : Principes et pratiques pour la décriminalisation* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/publications/2016/03/public-health-approach-to-drug-use-in-asia-decriminalisation>
9. Organisation Mondiale de la Santé (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
10. Programme des Nations Unies pour le Développement (2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Discussion-Paper--Addressing-the-Development-Dimensions-of-Drug-Policy.pdf>
11. Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme (septembre 2015), *Etude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, A/HRC/30/65, para. 38, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx>
12. ONU Femmes (2015), *A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes*, https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf
13. Organisation des Etats Américains (2013), *The drug problem in the Americas*, http://www.oas.org/documents/eng/press/Introduction_and_Analytical_Report.pdf
14. Transform Drug Policy Foundation (17 août 2015), *All these experts and agencies say: Don't treat drug users as criminals. It's time politicians listened*, <http://www.tdpf.org.uk/blog/all-these-experts-and-agencies-say-dont-treat-drug-users-criminals-its-time-politicians>
15. Voir: Consortium International sur les Politiques des Drogues (2015), *Comparing models of decriminalization, an e-tool by IDPC*, <http://decrim.idpc.net/>; Fox, E., Eastwood, N. & Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2*, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
16. Voir : Consortium International sur les Politiques des Drogues (2015), *Comparing models of decriminalization, an e-tool by IDPC*, <http://decrim.idpc.net/>; Fox, E., Eastwood, N. et Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2*, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
17. Open Society Foundations (mars 2015), *Innovation born out of necessity: Pioneering drug policy in Catalonia*, <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/innovation-born-necessity-pioneering-drug-policy-catalonia>
18. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2011), *Drug policy profiles – Portugal*, p. 17, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_137215_EN_PolicyProfile_Portugal_WEB_Final.pdf
19. Ibid
20. Tiré de : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2011), *Drug policy profiles – Portugal*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_137215_EN_PolicyProfile_Portugal_WEB_Final.pdf
21. Aebi, M.F. et Delgrande, M. (2009), *Conseil de l'Europe, Statistiques pénales annuelles, Space I, Enquête 2007* (Strasbourg : Conseil de l'Europe), http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP_2009_%2001Rapport%20SPACE%20I_2007_090505_final_rev.pdf
22. Ibid
23. Institut des Drogues et des Toxicomanies (mai 2014), *Rapport national à l'OEDT de 2013: « Portugal » – New developments, trends and in-depth information on selected issues*, p. 84, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228487EN.html>; Domszlawski, A. (juin 2011), *Drug policy in Portugal: The benefits of decriminalising drug use*, <http://idpc.net/publications/2011/08/drug-policy-in-portugal-the-benefits-of-decriminalising-drug-use>
24. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, *Portugal country overview*, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/portugal>; Transform Drug Policy Foundation (juin 2014), *Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight*, <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
25. Ingraham, C. (5 juin 2015), « Why hardly anyone dies from a drug overdose in Portugal », *The Washington Post*, <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/06/05/why-hardly-anyone-dies-from-a-drug-overdose-in-portugal/>
26. Drug Policy Alliance (février 2014), *Drug decriminalization in Portugal: A health-centered approach*, <http://www.drugpolicy.org/resource/drug-decriminalization-portugal-health-centered-approach>
27. Blickman, T. (30 décembre 2015), « Harsh sentences against the Pannagh cannabis club », *Transnational Institute*, <http://undrug-control.info/en/newsroom/latest-news/item/6688-harsh-sentences-against-the-pannagh-cannabis-club>
28. Transform Drug Policy Foundation (janvier 2015), *Cannabis social clubs in Spain: Legalisation without commercialisation*, <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/cannabis-social-clubs-spain-legalisation-without-commercialisation>
29. Les conditions fixées par les traités ne font pas la différence entre la possession et la culture destinée à un usage personnel. C'est sur cette base que d'abord en Espagne, et ensuite dans d'autres pays, les cannabis social clubs ont commencé à se lancer la culture collective destinée à un usage personnel. Pour plus de détails, voir : Bewley-Taylor D., Jelsma M. et Blickman T. (mars 2014), *The rise and*

- decline of cannabis prohibition* (Transnational Institute et Global Drug Policy Observatory), https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf
30. Voir : Consortium International sur les Politiques des Drogues (2015), *Comparing models of decriminalization, an e-tool by IDPC*, <http://decrim.idpc.net/>; Fox, E., Eastwood, N. et Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2*, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
 31. Voir l'article 478 dans: Diario Oficial de la Federación (20 août 2009), *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales*, http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5106093&fecha=20/08/2009
 32. Pour un examen plus détaillé, voir: Harris, G. (2011), *Report of TNI-EMCDDA expert seminar on threshold quantities* (Transnational Institute et Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies), <http://idpc.net/sites/default/files/library/thresholds-expert-seminar.pdf>; Harris, G. (2011), *Conviction by numbers: Threshold quantities for drug policy* (Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Threshold-quantities-for-drug-policy.pdf>
 33. Dans de nombreux pays, les personnes peuvent attendre leur procès pour un délit lié à la drogue pendant des mois, parfois des années. Au Mexique, 40% des personnes incarcérées attendent actuellement leur procès. En Bolivie, ce pourcentage a atteint le niveau alarmant de 74%. Pour plus d'informations, voir: Washington Office on Latin America (décembre 2010), *Systems overload: Drug laws and prisons in Latin America*, http://www.wola.org/publications/systems_overload_drug_laws_and_prisons_in_latin_america_0
 34. Fox, E., Eastwood, N. et Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2* (Londres : Release), <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
 35. Transnational Institute et Diogenis (février 2013), *Rapport sur le Dialogue informel de TNI/Dionegisur les politiques des drogues de 2013*, <http://idpc.net/fr/publications/2013/08/rapport-sur-le-dialogue-informel-de-tni-diogenis-sur-les-politiques-des-drogues-de-2013>; Csete, J. (février 2012), *A balancing act: Policymaking on illicit drugs in the Czech Republic* (New York : Open Society Foundations), <http://www.soros.org/reports/balancing-act-policymaking-illicit-drugs-czech-republic>
 36. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2002), *Objectif Drogues : Les consommateurs de drogues et la législation au sein de l'UE – un équilibre entre sanction et traitement*, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/166/Dif02fr_63211.pdf
 37. Záborský, T., Mravčík, V., Gajdosikova, H. et Miovsý, M. (2001), *PAD : Impact analysis project of new drugs legislation (summary final report)* (Prague: Bureau du Gouvernement de la République Tchèque, Secrétariat de la Commission Nationale sur les Drogues)
 38. Sevchenko, M. (28 novembre 2010), « Prague: The new Amsterdam? », *Global Post*, <http://www.globalpost.com/dispatch/czech-republic/101127/marijuana-laws>
 39. Csete, J. (février 2012), *A balancing act: Policymaking on illicit drugs in the Czech Republic* (New York: Open Society Foundations), <http://www.soros.org/reports/balancing-act-policymaking-illicit-drugs-czech-republic>
 40. Filipkova, T. (28 septembre 2015), *Cannabis policy in the Czech Republic* (Transnational Institute), <https://www.tni.org/en/article/cannabis-policy-in-the-czech-republic>
 41. Godwin, J. (2016), *Une approche basée sur la santé publique pour l'usage de drogues en Asie : Principes et pratiques pour la décriminalisation* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/fr/publications/2016/03/une-approche-basee-sur-la-sante-publique-pour-l-usage-de-drogues-en-asie-principes-et-pratiques-pour-la-decriminalisation>
 42. Fondé sur : Open Society Foundations (juillet 2013), *Coffee shops and compromise: Separated illicit drug markets in the Netherlands*, <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/coffee-shops-and-compromise-separated-illicit-drug-markets-netherlands>
 43. Voir : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, *Prevalence maps – Prevalence of drug use in Europe*, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevalence-maps>
 44. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2011), *Rapport annuel 2011 : Etat du phénomène de la drogue en Europe*, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/969/EMCDDA_AR2011_FR
 45. Poel, A. Van der Doekhie, J., Verdurmen, J., Wouters, M., Korf, D. et Van Laar, M. (2010), *Feestmeter 2008–2009. Uitgaan en midde-engebruik onder bezoekers van party's en clubs* (Utrecht : Trimbos Institute)
 46. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2012), *Country overview: Netherlands*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/nl>; Observatoire National sur les Drogues (2012), *Jaarbericht 2011* (Utrecht: Trimbos-instituut)
 47. Schatz, E., Schiffer, K., et Kools, J.P. (janvier 2011), *IDPC Briefing Paper – The Dutch treatment and social support system for drug users: Recent developments and the example of Amsterdam* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/publications/2011/01/idpc-paper-dutch-drug-treatment-programme>
 48. Le sondage politique le plus récent, de juin 2015, a montré un soutien pour une production régulée atteignant 70% de la population hollandaise, avec un fort soutien de la majorité des votant de chaque parti politique. Pour un aperçu des sondages d'opinion politique sur le cannabis aux Pays-Bas, voir : http://druglawreform.info/images/stories/documents/Cannabis_opinion_polls_in_the_Netherlands_June_2015.pdf
 49. Résumé et conclusions, In: Meesters, M. (2015), *Het failliet van het gedogen: Op weg naar de cannabiswet*, Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), https://vng.nl/files/vng/rapport_werkgroep_cannabisbeleid_engels.pdf
 50. Drug Policy Alliance (février 2014), *Drug decriminalization in Portugal: A health-centered approach*, <http://www.drugpolicy.org/resource/drug-decriminalization-portugal-health-centered-approach>
 51. Godwin, J. (2016), *Une approche basée sur la santé publique pour l'usage de drogues en Asie : Principes et pratiques pour la décriminalisation* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/fr/publications/2016/03/une-approche-basee-sur-la-sante-publique-pour-l-usage-de-drogues-en-asie-principes-et-pratiques-pour-la-decriminalisation>
 52. Ibid
 53. Etat de Washington, Initiative populaire No. 502, http://sos.wa.gov/_assets/elections/initiatives/1502.pdf
 54. Etat du Colorado, Amendement 64: Usage and régulation de la marijuana, <http://www.fcgov.com/mmj/pdf/amendment64.pdf>
 55. La Loi No 19.72: Marijuana et ses dérivés – contrôle et régulation des statuts de l'importation, de la production, de l'acquisition, de la conservation, de la publicité et de la distribution, http://druglawreform.info/images/stories/Uruguay_Marijuana_Law_-_ENG.docx
 56. Etat de l'Alaska, Initiative Populaire No. 2 -12PSUM: An act to tax and regulate the production, sale and use of marijuana, <https://www.elections.alaska.gov/doc/bml/BM2-13PSUM-ballot-language.pdf>
 57. Etat de l'Oregon, mesure 91, <http://www.oregon.gov/olcc/marijuana/documents/measure91.pdf>
 58. Initiative Populaire 71 du District de Columbia, <http://dcmj.org/ballot-initiative/>
 59. Ministère de la Justice de la Jamaïque (2015), *Fact sheet prepared by the Ministry of Justice on the Dangerous Drugs (Amendment) Act 2015*, http://moj.gov.jm/sites/default/files/Dangerous%20Drugs%20Amendment%20Act%202015%20Fact%20Sheet_0.pdf
 60. Voir, par exemple : The Guardian (4 décembre 2015), *Canada's new Liberal government repeats promise to legalize marijuana*, <http://www.theguardian.com/world/2015/dec/04/canada-new-liberal-government-legalize-marijuana>

61. Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2014), *Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_2014_taking-control_FR.pdf
62. King County Bar Association Drug Policy Project (2005), *Effective drug control: Toward a new legal Framework. State-level intervention as a workable alternative to the 'war on drugs'* (Seattle: King County Bar Association), www.kcba.org/druglaw/pdf/EffectiveDrugControl.pdf; Conseil des agents de la santé de la Colombie-Britannique (2005), *A public health approach to drug control* (Conseil des agents de la santé de la Colombie-Britannique), www.cfdp.ca/bchoc.pdf; Rolles, S. (2009), *After the war on drugs: Blueprint for regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation>
63. Tiré de : Transform Drug Policy Foundation, *Concerns about legal regulation*, <http://www.tdpf.org.uk/resources/concerns-about-legal-regulation>
64. Pour une discussion approfondie des modèles de régulation décrits ici et dans l'Encadré 1, voir: Rolles, S. (2009), *After the war on drugs: Blueprint for regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation>; voir aussi: Caulkins, J. et al (janvier 2015), *Considering marijuana legalisation: Insights for Vermont and other jurisdictions* (RAND Corporation), http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR800/RR864/RAND_RR864.pdf
65. Transform Drug Policy Foundation et Mexico Unido Contra la Delincuencia (2014), *Ending the war on drugs: How to win the global drug policy debate*, <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/ending-war-drugs-how-win-global-drug-policy-debate>
66. Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues (2014), *Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_2014_taking-control_FR.pdf
67. Ibid
68. Loi No 19.172: Marijuana et ses produits dérivés – Contrôle et regulation des statuts de l'importation, de la production, de l'acquisition, du conditionnement, du marketing et de la distribution, http://druglawreform.info/images/stories/Uruguay_Marijuana_Law_-_ENG.docx; voir également: Bewley-Taylor D., Jelsma M. et Blickman T. (mars 2014), *The rise and decline of cannabis prohibition* (Transnational Institute et Observatoire mondial des politiques des drogues), https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf
69. Transform Drug Policy Foundation (2015), *Cannabis regulation in Colorado: Early evidence defies the critics*, <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/cannabis-regulation-colorado-early-evidence-defies-critics>; Drug Policy Alliance (2015), *Marijuana legalization in Colorado after one year of retail sales and two years of decriminalization*, https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Colorado_Marijuana_Legalization_One_Year_Status_Report.pdf; pour des informations sur le potentiel de revenus issus de taxes dans d'autres juridictions, voir: Bryan, M.L., Del Bono, E. et Pudney, S. (14 septembre 2013), *Licensing and regulation of the cannabis market in England and Wales: Towards a cost-benefit analysis* (Institut national pour la recherche économique et sociale au Royaume-Uni), <https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/521860>
70. Voir : http://www.who.int/fctc/text_download/fr/
71. Voir : http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/
72. Observatoire Mondial des Politiques des Drogues, Centre International sur les Droits Humains et la Politique des Drogues, Transnational Institute et Washington Office on Latin America (2014), *International law and drug policy reform – Report of a GDPO/ICHRDP/TNI/WOLA expert seminar, Washington, D.C., 17-18 October 2014*, <https://www.tni.org/en/publication/international-law-and-drug-policy-reform>
73. L'IDPC, aux côtés de nombreuses ONG et d'Etats membres de l'ONU, ont promu la mise en place d'un groupe consultatif d'experts pour passer en revue les tensions existantes entre les conventions de l'ONU sur les drogues et les réformes pratiques. Pour davantage d'informations sur cette proposition, voir : Transnational Institute (8 December 2015), *UNGASS 2016: Background memo on the proposal to establish an expert advisory group*, <https://www.tni.org/en/publication/ungass-2016-background-memo-on-the-proposal-to-establish-an-expert-advisory-group>
74. Guzman, D., et al (2012), *Addicted to punishment: Disproportionality of drug laws in Latin America*, <http://www.dejusticia.org/#/actividad/1391>
75. Harris, G. (2011), *Conviction by numbers: Threshold quantities for drug policy* (Transnational Institute et Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Threshold-quantities-for-drug-policy.pdf>
76. U.S. Department of Justice (2014), *Crime in the United States 2013*; Drug Policy Alliance (2015), *The drug war, mass incarceration, and race: Fact sheet*, http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Fact_Sheet_Drug_War_Mass_Incarceration_and_Race_June2015.pdf U.S. Department of Justice (2014), *Crime in the United States 2013*; Drug Policy Alliance (2015), *The drug war, mass incarceration, and race: Fact sheet*, http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Fact_Sheet_Drug_War_Mass_Incarceration_and_Race_June2015.pdf
77. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2013), *UN-ODC Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, pp. 48-49, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf
78. Commission Américaine de Détermination des Peines (2011), *Mandatory minimum penalties: Quick facts*, http://www.usc.gov/sites/default/files/pdf/research-and-publications/quick-facts/Quick_Facts_Mandatory_Minimum_Penalties.pdf
79. Tableau tiré de: Drug Policy Alliance (2015), *The drug war, mass incarceration, and race: Fact sheet*, http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Fact_Sheet_Drug_War_Mass_Incarceration_and_Race_June2015.pdf
80. Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, p. 3, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>
81. Voir, par exemple, les Rapports Mondiaux de l'ONUDC pour 2012 et 2015
82. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2013), *Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf; Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2013), *Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf
83. Gallahue, P., et al (2012), *The death penalty for drug offences: Global overview 2012 - Tipping the scales for abolition*, (Londres : International Harm Reduction Association), pp. 21-22, http://www.ihra.net/files/2012/11/27/HRI_-_2012_Death_Penalty_Report_-_FINAL.pdf
84. Centre International d'Etudes Pénitentiaire (2010), *Current situation of prison overcrowding*
85. Jelsma, T. et Kramer, T. (March 2012), *Tackle Burma's drugs problem* (Transnational Institute), <https://www.tni.org/en/article/tackle-burmas-drugs-problem>
86. Organe International de Contrôle des Stupéfiants (2007), *Rapport de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants pour 2007*, p. 2, http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/French/AR_2007_F_Chapter_1.pdf; Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015*, p. 10, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>; Conseil Britannique de Détermination des Peines (2012), *Drug offences – Definitive guideline*, p. 4, http://www.sentencingcouncil.org.uk/wp-content/uploads/Drug_Offences_Definitive_Guideline_final_web1.pdf
87. Comité des Droits de l'Homme (2004), *Observation générale No 31 sur la nature des obligations générales globales imposées aux états membres du Pacte*, CCPR/C/21/Rev/1/Add.13, [http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/c\)General-CommentNo31TheNatureoftheGeneralLegalObligationImposedonStatesPartiestotheCovenant\(2004\).aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/c)General-CommentNo31TheNatureoftheGeneralLegalObligationImposedonStatesPartiestotheCovenant(2004).aspx)

88. Comité sur les Droits de l'Homme (1999), *Observation générale No27 sur la liberté de mouvement (Article 12)*, CCPR/C/21/Rev.1/Add.9, <http://www.refworld.org/docid/45139c394.html>
89. Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Convention des Nations Unies de 1971 sur les substances psychotropes, et la Convention de l'ONU de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes
90. Préambules à la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, à la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, et à la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes
91. Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, Article (3)(4)(b), (c) et (d); Bewley-Taylor, D. et Jelsma, M. (mars 2012), *The UN drug control conventions – The limits of latitude*, (Transnational Institute et Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>
92. Convention de l'ONU de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, article 3(4)(c)
93. Hallam, C. Bewley-Taylor, D. et Jelsma, M. (2014), *La classification des stupéfiants dans le système international de contrôle des drogues* (Consortium International sur les Politiques des Drogues & Transnational Institute), <http://idpc.net/fr/publications/2014/06/la-classification-des-stupefiants-dans-le-systeme-international-de-contrôle-des-drogues>
94. Metaal, P. (février 2009), *Pardon for mules in Ecuador, a sound proposal* (Transnational Institute & Washington Office on Latin America), http://www.wola.org/publications/pardon_for_mules_in_ecuador
95. Commission Interaméricaine de Contrôle de l'Abus de Drogues (2014), *Technical report on alternatives to incarceration for drug-related offenses*, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=3203>
96. http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed_sdn-mjdhc.pdf
97. http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
98. Commission Interaméricaine de Contrôle de l'Abus de Drogues (2014), *Technical report on alternatives to incarceration for drug-related offenses*, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?id=3203>
99. Tegel, S. (6 octobre 2014), « Ecuador is freeing thousands of convicted drug mules », *The Global Post*, <http://www.globalpost.com/dispatch/news/regions/americas/141003/ecuador-releases-drug-mules-victims>
100. Paladines, J. (octobre 2015), « Duros contra los débiles y débiles contra los duros » – La lección no aprendida, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Ecuador%20Art%C3%ADculo%20final_oct%202015%281%29.pdf
101. Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme (septembre 2015), *Etude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, A/HRC/30/65, para. 38, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx>
102. Organe International de Contrôle des Stupéfiants (2015), *Rapport de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants pour 2014*, pii, http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/French/AR_2014_F.pdf; voir aussi : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2014), *Contribution of the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime to the high-level review of the implementation of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem, to be conducted by the Commission on Narcotic Drugs in 2014*, para. 52(c), https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_UNODC-ED-2014-1/UNODC-ED-2014-1_V1388514_E.pdf
103. Gallahue, P. et Lines, R. (2015), *The death penalty for drug offences: Global overview 2015* (Londres : Harm Reduction International Report), p. 6, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/DeathPenaltyDrugs_Report_2015.pdf
104. Harris, G. (2011), *Conviction by numbers: Threshold quantities for drug policy* (Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Threshold-quantities-for-drug-policy.pdf>
105. Conseil Britannique de Détermination des Peines (2012), *Drug offences definitive guideline*, [http://sentencingcouncil.judiciary.gov.uk/docs/Drug_Offences_Definitive_Guideline_final_\(web\).pdf](http://sentencingcouncil.judiciary.gov.uk/docs/Drug_Offences_Definitive_Guideline_final_(web).pdf)
106. Voir, par exemple : Commission Interaméricaine des Femmes (avril 2014), *Les femmes et la drogue sur le continent américain*, <http://idpc.net/fr/publications/2014/04/les-femmes-et-la-drogue-sur-le-continent-americain>
107. Cortés, E. (2013), « Drug law reform in Costa Rica benefits vulnerable women and their families », *Blog de l'IDPC*, <http://idpc.net/blog/2013/08/drug-law-reform-in-costa-rica-benefits-vulnerable-women-and-their-families>
108. Commission européenne (2009), *Rapport de la Commission sur la mise en œuvre de la décision-cadre 2004/757/JAI concernant l'établissement des dispositions minimales relatives aux éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogue*, Bruxelles), COM(2009)69 final [SEC (2009)1661]
109. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2012), *A definition of 'drug mules' for use in a European context*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/drug-mules>
110. Voir, par exemple : Commission Interaméricaine des Femmes (avril 2014), *Les femmes et la drogue sur le continent américain*, <http://idpc.net/fr/publications/2014/04/les-femmes-et-la-drogue-sur-le-continent-americain>
111. Washington Office on Latin America, Consortium International sur les Politiques des Drogues, DeJusticia, Commission Interaméricaine des Femmes (2016), *Women, drug policy and incarceration: A policymaker's guide for adopting, reviewing and implementing reforms related to women incarcerated for drug offenses*, http://www.wola.org/commentary/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
112. Giacomello, G. (2013), *Rapport d'information de l'IDPC – Les femmes, les délits de drogues et les systèmes pénitentiaires en Amérique Latine* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/fr/publications/2013/12/rapport-d-information-de-l-idpc-les-femmes-les-infractions-liees-aux-drogues-et-les-systemes-penitentiaires-en-amerique-latine>
113. Assemblée générale des Nations Unies, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 21 décembre 2010 (A/65/457), *Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok)*, Règles 58 et 61, http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/BKRules/UNODC_Bangkok_Rules_FRE_web.pdf
114. Dans certains pays, tels que le Mexique, délits liés à la drogue sont considérés comme des « délits graves » et les personnes condamnées pour de tels délits ne peuvent donc pas bénéficier d'alternatives à l'emprisonnement
115. Bureau Fédéral des Prisons (septembre 2015), *Inmates statistics*, http://www.bop.gov/about/statistics/statistics_inmate_offenses.jsp
116. Colectivo de Estudios, Drogas y Derechos (2015), *Curbing addiction to punishment: Alternatives to incarceration for drug offenses*, p. 6, http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/pub-priv-sergio_i.pdf
117. Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>
118. « Les détenus condamnés pour des infractions liées à la drogue représentent 21 % de l'ensemble des détenus condamnés dans les Amériques, 35 % en Asie et 13 % en Europe », voir : Commission pour la prévention du Crime et la Justice Pénale (2014), *Tendances de la criminalité dans le monde et nouvelles questions et mesures prises dans le domaine de la prévention du crime et de la justice pénale*, E/

- CN.15/2014/5, https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ECN.1520145_FR.pdf
119. Ibid, p. 21
 120. Conseil des Droits de l'Homme (2015), *Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du Secrétariat général*, /HRC/30/65, p. 45, http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Documents/A_HRC_30_65_AEV.docx
 121. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2012), *Prisons and drugs in Europe: The problem and responses*, p. 7, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191812_EN_TD-S112002ENC.pdf
 122. National Association for the Advancement of Colored People (2015), *Criminal justice fact sheet*, <http://www.naacp.org/pages/criminal-justice-fact-sheet>
 123. Commission pour la Prévention du Crime et la Justice Pénale (2014), *Tendances de la criminalité dans le monde et nouvelles questions et mesures prises dans le domaine de la prévention du crime et de la justice pénale*, E/CN.15/2014/5, https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ECN.1520145_FR.pdf
 124. Programme des Nations Unies pour le Développement (2015), *Perspectives on the development dimensions of drug control policy*, p. 9, https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/UNDP/UNDP_paper_for_CND_March_2015.pdf
 125. Giacomello, C. (2013) *Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), https://www.unodc.org/documents/congress/background-information/NGO/IDPC/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_ENGLISH.pdf
 126. Washington Office on Latin America (2015), *Women, drug policies, and incarceration in the Americas*, http://www.wola.org/commentary/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
 127. Iakobishvili, E. (2012), *Cause for alarm: The incarceration of women for drug offences in Europe and Central Asia, and the need for legislative and sentencing reform* (Londres : Harm Reduction International), www.ihra.net/contents/1188
 128. Kittayarak, K. (juin 2015), *TIJ Quarterly: Thailand Institute of Justice's Newsletter*, Issue 1, pp. 10-11, <http://www.tijthailand.org/useruploads/files/aw-eng-web.pdf>; Macdonald, V. et Nacapew, S. (2013), *Rapport d'information de l'IDPC – Le contrôle des drogues et la réduction des risques en Thaïlande* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/fr/publications/2013/11/rapport-d-information-de-l-idpc-le-controle-des-drogues-et-la-reduction-des-risques-en-thaïlande>
 129. Programme des Nations Unies pour le Développement (2015), *Perspectives on the development dimensions of drug control policy*, p. 9, https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/UNDP/UNDP_paper_for_CND_March_2015.pdf
 130. Washington Office on Latin America (2015), *The invisible victims of Latin America's incarceration crisis*, http://www.wola.org/commentary/the_invisible_victims_of_latin_americas_incarceration_crisis
 131. En Equateur, par exemple, des chercheurs ont documenté un manque énorme d'ajustements institutionnels pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des enfants en prison ; voir: Fleetwood, J. et Torres, A. (2011), « Mothers and children of the drug war: A view from a women's prison in Quito, Ecuador ». In: Barrett, D. (ed.), *Children of the drug war* (New York, International Debate Education Association), [http://www.ihra.net/files/2011/08/08/Children_of_the_Drug_War\[1\].pdf](http://www.ihra.net/files/2011/08/08/Children_of_the_Drug_War[1].pdf)
 132. Transnational Institute et Washington Office on Latin America (décembre 2010), *Systems overload: Drug laws and prisons in Latin America*, http://www.wola.org/publications/systems_overload_drug_laws_and_prisons_in_latin_america_0
 133. McVay, D. (2004), *Treatment or incarceration: National and state findings on the efficacy and cost savings of drug treatment versus imprisonment* (Justice Policy Institute), <http://www.justicepolicy.org/research/2023>
 134. Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, Article (3)(4)(b),(c) et (d); Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (mars 2012), *The UN drug control conventions – The limits of latitude* (Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude> 1988 Convention against Illicit Traffic of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, Article (3)(4)(b),(c) and (d); Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (mars 2012), *The UN drug control conventions – The limits of latitude* (Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>
 135. Convention de l'ONU de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, article 3(4)(c) 1988
 136. Commission Interaméricaine de Contrôle de l'Abus de Drogues (2014), *Technical report on alternatives to incarceration for drug-related offenses*, p. 24, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3203> Inter-American Drug Abuse Control Commission (2014), *Technical report on alternatives to incarceration for drug-related offenses*, p. 24, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3203>
 137. Open Society Foundations (2014) *Why the overuse of pretrial detention is an overlooked human rights crisis*, <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/why-overuse-pretrial-detention-overlooked-human-rights-crisis>
 138. Commission Interaméricaine de Contrôle de l'Abus de Drogues, *Technical report on alternatives to incarceration for drug-related offenses*, p. 24, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3203>; Beckett, K (2014) *Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion Program: Lessons learned from the first two years* (Washington: Université de Washington), <http://www.seattle.gov/council/Harrell/attachments/process%20evaluation%20final%203-31-14.pdf>
 139. Ibid
 140. Evaluation du programme LEAD (2015), <http://leadkingcounty.org/lead-evaluation/>
 141. Commission Interaméricaine de Contrôle de l'Abus de Drogues (2014), *Technical report on alternatives to incarceration for drug-related offenses*, pp. 27-30, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3203>
 142. Guzmán, D. (2012), *Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration* (Consortium International sur les Politiques des Drogues & DeJusticia), <http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts>
 143. Guzmán, D. (2012), *Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration* (Consortium International sur les Politiques des Drogues & DeJusticia), <http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts>; Washington Office on Latin America, Consortium International sur les Politiques des Drogues, DeJusticia, Commission Interaméricaine des Femmes (2016), *Women, drug policy and incarceration: A policymaker's guide for adopting, reviewing and implementing reforms related to women incarcerated for drug offenses*, http://www.wola.org/commentary/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
 144. Commission Interaméricaine de Contrôle de l'Abus de Drogues (2014), *Technical report on alternatives to incarceration for drug-related offenses*, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3203>
 145. Malloch, M. et McIvor, G. (2013), « Criminal justice responses to drug related crime in Scotland », *International Journal of Drug Policy*, **24**: 69-77, http://findings.org.uk/PHP/dl.php?file=Malloch_M_3.txt
 146. Ibid
 147. Voir, par exemple : Eurososocial (13 janvier 2015), *Una segunda oportunidad para las cenicientas*, <http://eurososocial-ii.eu/es/entrevistaarticulo/una-segunda-oportunidad-para-las-cenicientas>
 148. Commission Interaméricaine de Contrôle de l'Abus de Drogues (2014), *Technical report on alternatives to incarceration for drug-related offenses*, <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3203>
 149. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2006), *Manuel des principes fondamentaux et pratiques prometteuses sur les alternatives à l'emprisonnement – série de manuels sur la justice pénale*, http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Alternatives_emprisonment.pdf

150. Voir les articles 36b et 38 de la Convention de 1961, et l'article 14(4) de la Convention de 1988
151. Voir, par exemple : les Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (les règles de Tokyo); Conseil des Droits de l'Homme (2015), *Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du Secrétaire Général*, A/HRC/30/65, p.45, https://www.google.ch/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiqt4Gz_orOAhXFQBQKHdvNAD0QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2FEN%2FHRCBodies%2FHRC%2FRegularSessions%2FSession30%2FDocuments%2FA_HRC_30_65-%2520FRE.docx&usg=AFQjCNGapCRiZaUVB6xSTiY2XC-55cn6K4w&bvm=bv.127984354,d.d24&cad=rja
152. Washington Office on Latin America, Consortium International sur les Politiques des Drogues, DeJusticia, Commission Interaméricaine des Femmes (2016), *Women, drug policy and incarceration: A policymaker's guide for adopting, reviewing and implementing reforms related to women incarcerated for drug offenses*, http://www.wola.org/commentary/women_drug_policies_and_incarceration_in_the_americas
153. Trace, M. (2011), *Drug policy – Lessons learnt, and options for the future* (Rio de Janeiro: Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues), http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Com_Mike_Trace.pdf; voir aussi l'article 14(4) de la Convention de l'ONU de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, qui mentionne que: « Les Parties devraient adopter des mesures appropriées visant à éliminer ou réduire la demande illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, en vue de réduire la souffrance humaine et d'éliminer les incitations financières au trafic illégal »
154. « Un monde sans drogue, nous pouvons le faire ! » était le slogan de l'Assemblée générale des Nations Unies de 1998 sur le problème mondial de la drogue : <http://www.un.org/ga/20special/>
155. Aux Etats-Unis, « les prix moyens ajustés prenant en compte l'inflation et la pureté de l'héroïne, de la cocaïne et de la marijuana ont diminué de 81%, 80% et 86% respectivement entre 1990 et 2007, alors que la pureté moyenne a augmenté de 60%, 11% et 161% respectivement ». En Europe, « pendant la même période, les prix moyens ajustés à l'inflation et à la pureté des opiacés et de la cocaïne ont diminué de 74% et 51% respectivement ». Voir : International Centre for Science in Drug Policy (2013), *New research shows war on drugs has failed to reduce supply and access to illegal drugs internationally*, http://www.icsdp.org/bmjo_2014
156. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2015), *Rapport mondial sur les drogues de 2015*, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
157. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2014), *Afghanistan opium survey: Cultivation and production*, <http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan-opium-survey-2014.pdf>; Voir, par exemple : « Figure 1: Opium cultivation in Afghanistan, 1994-2014 (Hectares) », p. 12
158. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2008), *Rapport mondial sur les drogues de 2008*, p. 216, http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR08_French_web.pdf
159. Rouse, S.M. et Arce M. (2006), 'The drug laden balloon: US military assistance and coca production in the central Andes', *Social Science Quarterly*, **87**(3): 540–57, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-6237.2006.00395.x/abstract>; Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2015), *UNODC crop monitoring*, <https://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/>
160. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2007), *Rapport sur la situation du trafic de cocaïne en Afrique de l'Ouest*, p.6, <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Cocaine-trafficking-Africa-fr.pdf>; Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2013), *EU drug markets report: A strategic analysis*, p. 45, <https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/publications/att-194336-en-td3112366enc-final2.pdf>; voir également : Commission Ouest Africaine sur les Drogues (2014), *Pas seulement une zone de transit : Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest*, <http://www.wacommissionondrugs.org/fr/rapport/>
161. Felbab-Brown souligne les différences de niveaux de violence liée aux drogues entre le Japon, l'Europe, ou les Etats-Unis d'un côté, et l'Amérique Latine de l'autre. Voir: Felbab-Brown, V. (2012), « Organized crime won't fade away », *The World Today*, <https://www.chathamhouse.org/publications/twt/archive/view/185139>
162. Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T. et Montaner, J. (2011), 'Effects of drug market violence: A systematic review', *International Journal of Drug Policy*, **22**(2): 87-94, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(11\)00022-3/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(11)00022-3/abstract)
163. Voir, par exemple : Gillin, J. (14 janvier 2015), « Understanding Colombia's armed conflict: The role of drugs », *Colombia Reports*, <http://colombiareports.com/understanding-colombian-conflict-drugs/>
164. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2013), *UNODC homicide statistics*, <http://www.unodc.org/gsh/en/data.html>
165. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2014), *Anuário brasileiro de segurança pública* (São Paulo), <http://www.forumseguranca.org.br/producao/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/80-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica>
166. México Evalúa (2011), *El gasto en seguridad: Observaciones de la ASF a la gestión y uso de recursos*, <http://mexicoevalua.org/2011/06/el-gasto-en-seguridad-observaciones-de-la-asf-a-la-gestion-y-uso-de-recursos/>
167. Felbab-Brown, V. (2013), *La dissuasion ciblée, le ciblage sélectif, le trafic de drogue et la criminalité organisée: concepts et aspects pratiques – Moderniser les interventions de maintien de l'ordre dans le domaine de la drogue, rapport 2* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), p. 7, https://dl.dropboxusercontent.com/u/566349360/library/MDLE_report_2-La_dissuasion_ciblee_le_ciblage_selectif_le_trafic.pdf
168. Dickenson, M. (2014), « The impact of leadership removal on Mexican drug trafficking organizations », *Journal of Quantitative Criminology*, **30**(4): 651-676, <http://link.springer.com/article/10.1007/s252F510940-014-9218-5>
169. Université de Stanford (2015), *The dynamics of violence in Mexico's drug war*, Freeman Spogli Institute for International Studies (Stanford: Université de Stanford), http://fsi.stanford.edu/research/the_dynamics_of_violence_in_mexicos_drug_war
170. Dickenson, M. (2014), 'The impact of leadership removal on Mexican drug trafficking organizations', *Journal of Quantitative Criminology*, **30**(4): 651-676, <http://link.springer.com/article/10.1007/s252F510940-014-9218-5>
171. Phillips, B.J. (2015), « How does leadership decapitation affect violence? The case of drug trafficking organizations in Mexico », *Journal of Politics*, **77**(2): 324-336, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2294822
172. Cawley, M. (2014), « Mexico victims' survey highlights under-reporting of crime », *Insight Crime*, <http://www.insightcrime.org/news-briefs/mexico-victimization-survey-highlights-reporting-gap>
173. NPR (2015), « Open cases: Why one-third of murders in America go unsolved », <http://www.npr.org/2015/03/30/395069137/open-cases-why-one-third-of-murders-in-america-go-unresolved>
174. Amnesty International (2015), *Colombia – Impunity*, <http://www.amnestyusa.org/our-work/countries/americas/colombia/impunity>
175. US State Department (2012), *Guatemala – Country reports on human rights practices for 2012*, (Washington DC : US State Department), <http://www.state.gov/documents/organization/204664.pdf>
176. US Ministry of Justice (2001), *Reducing gun violence: The Boston Gun Project's Operation Ceasefire*, Research report (Washington DC : US Ministry of Justice), <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/188741.pdf>
177. US Ministry of Justice (2001), *Reducing gun violence: The Boston Gun Project's Operation Ceasefire*, Research report (Washington DC : US Ministry of Justice), p. 58, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/188741.pdf>
178. Organisation des Etats Américains (2013), *Scenarios for the Drug Problem in the Americas*, p.31, http://www.oas.org/documents/eng/press/Scenarios_Report.PDF

179. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (2015), *Cognitive behavior therapy* (Bala Cynwyd, PA: Beck Institute), <http://www.beckinstituteblog.org/cognitive-behavioral-therapy/>
180. Heller, S.B., Shah, A.K., Guryan, J., Ludwig, J., Mullainathan, S. et Pollack, H.A. (2015), « Thinking, fast and slow? Some field experiments to reduce crime and dropout in Chicago », *NBER Working Paper*, <http://www.nber.org/papers/w21178>
181. Csete, J. (2010), *From the mountaintops: What the world can learn from drug policy change in Switzerland*, (New York : Open Society Foundations), <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/mountaintops>
182. Geddes, J. (2010), « RCMP and the truth about safe injection sites », *MacLean's*, <http://www.macleans.ca/news/canada/injecting-truth/>; Bailey, I. (2013), « Vancouver police urge drug addicts to use Insite following deaths », *Globe and Mail*, <http://www.theglobeandmail.com/news/british-columbia/vancouver-police-warn-drug-addicts-to-use-insite/article14366192/>
183. Ministère de la santé de la Colombie Britannique (2005), *Harm reduction: A British Columbia community guide*, (Victoria), p. 6, <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/hrcommunityguide.pdf>
184. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS (BCCE) (2013), *Drug situation in Vancouver* (Vancouver: Urban Health Research Initiative), http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/news/releases/war_on_drugs_failing_to_limit_drug_use.pdf
185. Forell, S. et Price, L. (1997), *Using harm reduction policing within drug law enforcement in the NSW police services, Australia*, <http://www.drugtext.org/Crime-police-trafficking/using-harm-reduction-policies-within-drug-law-enforcement-in-the-nsw-police-service-australia.html>
186. Hughes, R., Lart, R. et Higate, P. (ed) (2006), *Drugs: Policy and politics* (Maidenhead: Open University Press), p. 103
187. Safe in the city (2013), *Independent drugs commission for Brighton & Hove: Report & recommendations*, <http://www.safeinthecity.info/independent-drugs-commission>
188. Gomis, B. (2015), *Demystifying 'narcoterrorism'* (Swansea: Observatoire Mondial sur les Politiques des Drogues), <http://www.swansea.ac.uk/media/Demistifying%20narcoterrorism%20FINAL.pdf>
189. Voir, par exemple : Human Rights Watch (2013), *UN report highlights abuse as 'drug treatment'*, <https://www.hrw.org/news/2013/03/03/un-report-highlights-abuse-drug-treatment>
190. Banque Mondiale (2012), *Fighting corruption in public services: Chronicling Georgia's reforms*, Directions in Development: Public Sector Governance: 6649, <http://documents.worldbank.org/curated/en/2012/02/16187217/fighting-corruption-public-services-chronicling-georgias-reforms>
191. Kuris, G. (2013), *Cleaning house: Croatia mops up high-level corruption, 2005-2012*, Innovation for Successful Societies, Princeton University (Princeton: ISS), <http://successfulsocieties.princeton.edu/publications/cleaning-house-croatia-mops-high-level-corruption-2005-2012>
192. Walker, S. et Burchert, E. (2013), *Getting smart and scaling up: The impact of organized crime on governance in developing countries. A Desk study of Sierra Leone* (Centre sur la Coopération Internationale, Université de New York), p. 187, http://cic.nyu.edu/sites/default/files/kavanagh_crime_developing_countries_sierra_leone_study.pdf
193. Stevens, A. (mars 2013), *Applying harm reduction principles to the policing of retail drug markets – Modernising drug law enforcement report 3* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE-report_3_applying-harm-reduction-to-policing-of-retail-markets.pdf
194. Levi, M. (septembre 2013), *Drug law enforcement and financial investigation strategies – Modernising drug law enforcement report 5* (Londres : Consortium International sur les Politiques des Drogues), <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE-5-drug-law-enforcement-financial-investigation-strategies.pdf>
195. Cambridge Dictionaries (2015), *Sunk cost fallacy*, <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/sunk-cost-fallacy>
196. Voir, par exemple : Comolli, V. et Hofmann, C. (2013), *Drugs markets, security and foreign aid – Modernising Drug Law Enforcement Report 6* (Londres: Consortium International sur les Politiques des Drogues), <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/MDLE-6-Drug-markets-security-and-foreign-aid.pdf>
197. Garzón Vergara, J.C. (2014), *Fixing a broken system: Modernizing drug law enforcement in Latin America* (Transnational Institute & Consortium International sur les Politiques des Drogues), <https://www.tni.org/en/briefing/fixing-broken-system>
198. Organisation Mondiale de la Santé, Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2007), *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*, <https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf>
199. Walmsley, R. (2013), *World prison population list (tenth edition)* (Londres : Centre International d'Etudes Pénitenciaires), http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wpp1_10.pdf
200. Le total mondial est fondé sur les données concernant 53 pays ; voir: Rapport du Secrétaire Général (19 juin 2015), *State of crime and criminal justice worldwide*, A/CONF.222/4, p. 23
201. Commission pour la Prévention du Crime et la Justice Pénale (2013), *World crime trends and emerging issues and responses in the field of crime prevention and criminal justice*, E/CN.15/2013/9, https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/World_Crime_Trends_2013.pdf
202. Commission pour la Prévention du Crime et la Justice Pénale (2014), *Tendances de la criminalité dans le monde et nouvelles questions et mesures prises dans le domaine de la prévention du crime et de la justice pénale*, E/CN.15/2014/5, para. 29, https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ECN.1520145_FR.pdf; pour en savoir plus sur les questions liées à la dépendance des femmes aux drogues et une compilation de statistiques, voir: Penal Reform International (2015), *Women in criminal justice systems and the added value of the UN Bangkok Rules*, pp. 6-8, <http://www.penalreform.org/resource/women-in-the-criminal-justice-system-the-added/>
203. Tiré de : Enquête des Nations Unies sur les tendances de la criminalité et le fonctionnement des systèmes de justice pénale. Note : le total mondial est fondé sur les données concernant 53 pays ; voir: Rapport du Secrétaire Général (19 janvier 2015), *State of crime and criminal justice worldwide*, A/CONF.222/4, p. 5
204. Manjoo, R. (21 août 2013), *Report to the UN General Assembly by Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Rashida Manjoo, Pathways to, conditions and consequences of incarceration for women*, A/68/340, para. 26, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/68/340>
205. Ibid, p. 15 ; Une étude menée en Argentine a par exemple montré que la majorité des femmes étaient impliquées dans le trafic de drogues comme mules (c'est-à-dire pour transporter des drogues, souvent en les avalant ou en les introduisant dans des cavités de leur corps). Elles sont donc typiquement des cibles faciles pour les autorités de lutte anti-drogue, bien que les interventions policières à leur rencontre ne parvient généralement pas à perturber les réseaux de trafic de drogues. Voir : Cornell Law School, Avon Global Center for Women and Justice, Defensoria General de la Nacion en Argentina, University of Chicago. Law School. International Human Rights Clinic (2013), *Women in prison in Argentina: Causes, conditions, and consequences*, p. 15, comportant également une référence à un rapport du Bureau du Médiateur sur les Droits Humains de Buenos Aires
206. Walmsley, R. (23 septembre 2015), *The world prison brief (Institut pour la recherche sur la politique pénale)*, <http://blogs.bbk.ac.uk/research/2014/11/28/the-world-prison-brief-database-of-global-imprisonment-levels/>
207. Voir, par exemple : Sepúlveda Carmona, M. (4 août 2011), *Rapporteur spécial de l'ONU sur l'extrême pauvreté et les droits humains*, A/66/265, p. 12, <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/EPoverty/A.66.265.pdf>
208. Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, p. 4, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>

209. Dolan, K., Merghati Khoei, E., Brentari, C. et Stevens, A. (juin 2007), *Prisons and drugs: A global review of incarceration drug use and drug services* (The Beckley Foundation Drug Policy Programme), p. 1, http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Beckley_RPT12_Prisons_Drugs_EN.pdf
210. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, *Rapport mondial de l'ONUDC 2015*, Chapitre 1, p.4, qui fait référence à de nombreuses études, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
211. Jürgens, R., et al (2011), « HIV and incarceration: prisons and detention ». *Journal of the International AIDS Society*, **14**:26, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123257/>
212. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2015), *Rapport mondial sur les drogues de l'ONUDC 2015*, Chapitre 1, p. 4, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
213. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, *Publications related to HIV in prison settings*, https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/publications_prisons.html
214. Larney, S., et al (2013), « Incidence and prevalence of Hepatitis C in prisons and other closed settings: Results of a systematic review and meta-analysis », *Journal of Hepatology*, **58**(4). Cité dans: Sanders, G. (2015), « Preventing infectious diseases in prisons: A public health and human rights imperative », *Penal Reform International blog*, www.penalreform.org/blog
215. Organisation Mondiale de la Santé (2013), *Rapport de 2013 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*, Tableau 3.3, p. 33, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf
216. Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Comité International de la Croix Rouge, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe et Schweizerische Eidgenossenschaft (2014), *Prisons and health*, p. 56
217. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2015), *Rapport Mondial de l'ONUDC de 2015*, p. 4, <http://www.unodc.org/wdr2015/>; faisant référence à Dolan, K., et al (2015), « People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention », *International Journal of Drug Policy*, **26**: S12-S15, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(14\)00293-X/references](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(14)00293-X/references)
218. Voir, par exemple: Report on the human rights of persons deprived of liberty in the Americas (2011), para. 566; National Aids Trust (UK) (2003), *Factsheet – HIV-related stigma and discrimination: Prisoners*
219. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2009), *From coercion to cohesion – Treating drug dependence through health care, not punishment*, Discussion paper, https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
220. Voir en particulier le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
221. Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Comité International de la Croix Rouge, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe et Schweizerische Eidgenossenschaft (2004), *Prisons and health*, p. 116; voir aussi les preuves tirées de: Prisoner Crime Reduction Survey in background tables supporting Ministry of Justice (2010), *Compendium of reoffending statistics and analysis* (Londres: Ministère de la justice), <https://www.gov.uk/government/statistics/compendium-of-reoffending-statistics-and-analysis-2010>
222. Penal Reform International (2015), *Global Prison Trends 2015 – Special focus: Drugs and imprisonment*, <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>; Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2009), *From coercion to cohesion – Treating drug dependence through health care, not punishment*, Discussion paper, https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
223. Recueil des Traités des Nations Unies (1976), **993**, p.3; voir aussi : Comité des droits économiques sociaux et culturels des Nations Unies (11 août 2000), *Observation générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, E/C.12/2000/4, paragraphes 12(a)-(d), <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=E/C.12/2000/4>
224. Voir : Principe 1(4) des Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé, G.A. res. 46/119 1991 et la Règle 54 de Bangkok
225. Rapporteur spécial sur le droit à la santé (6 août 2010), *Rapport soumis par Anand Grover, Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, A/65/255, para. 8, http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=17520
226. Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé et Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2013), *Good governance for prison health in the 21st century: A policy brief on the organization of prison health*, p. 5, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf
227. Rapporteur spécial du Conseil des Droits de l'Homme sur la torture (9 août 2013), *Rapport intérimaire du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants*, A/68/295, para. 50, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/68/295>
228. Haut-Commissaire des Nations Unies aux Droits de l'Homme (septembre 2015), *Etude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, A/HRC/30/65, para. 21, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx>
229. Rapporteur spécial sur le droit à la santé (6 août 2010), *Rapport soumis par Anand Grover, Rapporteur spécial sur le droit qu'a chaque personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, A/65/255, para. 60, http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=17520
230. Ces principes ont été développés par Penal Reform International
231. Fondé sur une résolution de 2010 de l'Assemblée Générale, un processus de révision des Règles minima pour le traitement des détenus (initialement adoptées par l'Assemblée générale de l'ONU en 1955) a abouti à une révision de neuf domaines, comportant l'intégration de nombreuses garanties fondamentales sur la santé dans ces normes internationales. La version révisée de cet Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus (connu comme les Règles de Mandela) a été adopté par la Commission de l'ONU pour la prévention du crime en mai 2015, puis par le Troisième Comité de l'Assemblée générale des Nations Unies le 5 novembre 2015, A/C.3/70/L.3, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/C.3/70/L.3&referer=/english/&Lang=F
232. Voir également: Principe 24 de l'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, adopté par l'Assemblée Générale de l'ONU le 9 décembre 1988, A/RES/43/173; Organisation Mondiale de la Santé (24 octobre 2003), *Déclaration de Moscou sur la santé en prison et la santé publique*, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>
233. Directives sur la prison, la détention et autres établissements pénitentiaires du groupe de travail sur la double loyauté, para. 12: « Les professionnels de la santé devraient avoir le droit incontestable de faire des jugements cliniques et éthiques indépendants sans ingérence extérieure malencontreuse »
234. Déclaration de Tokyo de l'AMM – Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement, adoptée en 1975 et révisée en 2005, para. 5 : « Le médecin doit avoir une indépendance clinique totale pour décider des soins à donner à une personne placée sous sa responsabilité médicale », <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c18/index.html>
235. Résolution adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU (16 mars 2011), *Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes* (Règles de Bangkok), A/RES/65/229 http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/BKKrules/UNODC_Bangkok_Rules_FRE_web.pdf

236. Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU (11 août 2000), *Observation générale No. 14 : Le droit de jouir du meilleur état de santé possible*, E/C.12/2000/4, para. 8, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=E/C.12/2000/4>
237. Anand Grover (10 août 2009), *Droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale possible*, A/64/272, para. 9, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/64/272>; cité également dans: Mendez, J.E. (1er février 2013), *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, A/HRC/22/53, http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_FR.pdf
238. http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/BKKrules/UNODC_Bangkok_Rules_FRE_web.pdf
239. Règles pénitenciaires européennes, adoptées par le Conseil de l'Europe et révisées en 2006, Partie III – Santé, Règles 40 et sq, <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>
240. La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965 (Article 5(e) (iv)) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 (Articles 11.1 (f) et 12) ainsi que la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 reconnaissent également le droit à la santé
241. Ibid
242. Organisation Mondiale de la Santé (2011), *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle*, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/
243. Organe International de Contrôle des Stupéfiants, *Rapport annuel de l'OICS pour 2007*, <http://www.incb.org/incb/annual-report-2007.html>
244. Par exemple, le dépistage obligatoire de drogues dans les prisons est effectué dans la plupart des Etats membres de l'UE. Voir : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2012), *Prisons and drugs in Europe – The problem and responses*, p. 15, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>
245. Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prisons*, p. 23, https://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf
246. Voir : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Mondiale de la Santé et Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2008), *HIV and AIDS in places of detention – A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*, <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>; Singleton, N. (septembre 2008), « Policy forum: The role of drug testing in the criminal justice system », *Drugs and Alcohol Today*, 8(3): 4-8, <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Article%20-%20The%20role%20of%20drug%20testing%20in%20the%20criminal%20justice%20system.pdf>
247. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Internationale du Travail et Programme des Nations Unies pour le Développement (2012), *Policy brief: HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: A comprehensive package of interventions*, www.unodc.org/documents/hiv-aids/V0855768.pdf
248. Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Comité international de la Croix Rouge, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe et Schweizerische Eidgenossenschaft (2014), *Prisons and health*, p. 1, 45 et 49
249. Ibid, p. 70
250. Harm Reduction International (2014), *The global state of harm reduction 2014*, <http://www.ihra.net/contents/1524>
251. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2014), *A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings* (Advance Copy), p. 13, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf; voir également: Stover, H. et Kastelic, A. (2014), *Drug treatment and harm reduction in prisons*; Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Comité de la Croix Rouge, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe et Schweizerische Eidgenossenschaft (2014), *Prisons and health*, p. 119
252. Hedrich, D., et al (2012), *The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: A systematic review*
253. Organisation Mondiale de la Santé (2010), *Recommandations de Madrid : La protection de la santé pénitentiaire comme composante essentielle de la santé publique*, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/The_madrid_recommendation.pdf
254. Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2007), *Evidence for action technical papers – Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments*, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf
255. Kazatchkine, M. (2 mai 2014), « Is Moldova leading the world on harm reduction in prisons? », *Huff Post Blog*, http://www.huffingtonpost.com/michel-d-kazatchkine/is-moldova-leading-the-wo_b_4731043.html
256. Ibid
257. Hoover, J. (juillet 2009), Harm reduction in prison: The Moldova model (New York : Open Society Institute Public Health Program), p. 52, <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/harm-reduction-prison-moldova-model>
258. Ibid, p. 46
259. Ibid, pp. 11 et 52-54
260. Moreno Jimenez, M.P. (2000), « Psychosocial interventions with drug addicts in prison. Description and results of a program », *Psychology in Spain*, 4(1): 64–74, <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2000/6.htm>; Conseil de l'Europe et Groupe Pompidou (2013), *Mental health and addictions in prisons*, <https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Activities/Prisons/2014/MentalHealth-2013-dlv.pdf>; Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2003), *Rapport annuel de 2003: Etat du phénomène de la drogue dans l'Union Européenne et en Norvège*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2003>
261. Un dépistage à l'admission et ultérieurement si nécessaire est prescrit par la Règle 30 de Mandela (version révisée), par un médecin ou un autre membre qualifié du personnel de santé, en prenant « un soin particulier » à répondre à certains problèmes énumérés dans la règle, comme par exemple l'identification de symptômes de manque résultant de la consommation de drogues, de médicaments ou d'alcool, et en prenant toutes les mesures ou traitements individualisés appropriés
262. Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2007), *Evidence for action technical papers – Interventions to address HIV in prisons: Needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Genève : Organisation Mondiale de la Santé), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>; Harm Reduction Coalition (janvier 2007), *Syringe exchange in prisons: The international experience*, <http://harmreduction.org/wp-content/uploads/2012/01/harmreductionprisonbrief.pdf>
263. Harm Reduction International (2014), *The global state of harm reduction 2014*, pp. 11 & 18, <http://www.ihra.net/contents/1524>
264. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2014), *A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings* (Advance Copy), p. 13, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf; Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2007), *Evidence for action technical papers – Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments*, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf

265. Seulement dans les chambres de visite conjugale
266. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2008), *HIV and AIDS in places of detention – A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*, <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
267. Information tirée de : CND Blog (18 mars 2014), *Side event: Harm reduction in prisons*, conférencier : Jose Manuel Arroyo, Directeur adjoint des services de santé en prison, en Espagne, Ministère de l'intérieur, <http://cndblog.org/2014/03/side-event-harm-reduction-in-prisons/>
268. Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies (2012), *Thematic report: Prisoners – Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 Progress Report*, p. 4, citant la source de GARP reporting 2012: Epidemiological surveillance in prisons, <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-monitoring-report-prisoners-october-2013.pdf>
269. Ferrer-Castro, V., et al (mars-juin 2012), « Evaluation of needle exchange program at Peireiro de Aguilar prison (Ourense, Spain): Ten years of experience », *Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria*, **14**(1), http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n1/en_02_original1.pdf
270. Leibowitz, A.A., et al (4 mai 2012), « Condom distribution in jail to prevent HIV infection, *Aids and behaviour* », **17**(8): 2695–2702, Cité dans: HIV Law Project, *Condoms in prisons: Safe, effective and essential, factsheet*, <http://hivlawproject.org/wp-content/uploads/2014/11/condoms-in-prison-fact-sheet-FINAL.pdf>
271. Organisation Mondiale de la Santé, Offices des Nations Unies contre la Drogue et le Crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2007), *Evidence for action technical papers: Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Provision of condoms and other measures to decrease sexual transmission*, p. 7, http://www.who.int/hiv/idu/Prisons_condoms.pdf
272. Todts, S. (2014), *Infectious diseases in prison* ; Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Comité International de la Croix Rouge, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe et Schweizerische Eidgenossenschaft (2004), *Prisons and health*, p. 53
273. Public Health England, *Frequently asked questions (FAQs) to support opt-out BBV testing policy*, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/365192/BBVs_Frequently_Asked_Questions.pdf; Voir aussi : Chapitre 18, *Hepatitis B vaccination in the Green book: Immunisation against infectious disease*, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/263311/Green_Book_Chapter_18_v2_0.pdf
274. Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé et Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2013), *Good governance for prison health in the 21st century: A policy brief on the organization of prison health*, p. 17, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf
275. Ibid, pp. vi et 17
276. Weissner P. et Stuijke R. (2010), *Discussion paper: Does it matter which government ministry is responsible for health in prison?* (Bruxelles: European AIDS Treatment Group), <http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/World-Policy/Discussion-paper-Does-it-matter-which-ministry-is-responsible-for-health-in-prison>
277. Hayton P, Gatherer A. et Fraser A. (2010), *Prisoner or patient: Does it matter which government ministry is responsible for the health of prisoners?* (Copenhague: Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé), <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/pages/news/news/2010/11/from-prison-health-to-public-health/patient-or-prisoner-does-it-matter-which-government-ministry-is-responsible-for-the-health-of-prisoners>
278. Moloney, K.P., van den Bergh, B.J. et Moller, L.F. (2009), « Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history », *Public Health*, **123**(6): 426-430
279. Penal Reform International (2015), *Women in criminal justice systems and the added value of the UN Bangkok Rules*, pp. 5-6, <http://www.penalreform.org/resource/women-in-the-criminal-justice-system-the-added/>; Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes (21 août 2013), *Pathways to, conditions and consequences of incarceration for women*, A/68/340, <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/A-68-340.pdf>; Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (2014), *Handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment*, 2^e édition, pp. 8-10, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf
280. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2008), *Women and HIV in prison settings*, p. 2, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women_in_prisons.pdf United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2008), *Women and HIV in prison settings*, p. 2, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women_in_prisons.pdf
281. Un rapport de 2010 sur l'Indonésie, par exemple, indiquait que la prévalence de VIH était cinq fois plus élevée chez les femmes (6%) que chez les hommes (1%) ayant participé à la recherche. Voir : Département de l'administration pénitentiaire du Ministère de la justice et des droits humains (2010), *HIV and syphilis prevalence and risk behavior study among prisoners in prisons and detention centres in Indonesia*. Jakarta, https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HSPBS_2010_final-English.pdf; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2015), « Chapitre 3: Prisonniers », *The gap report*, p. 3, http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report; Blogg, S., Utomo, B., Silitonga, N., Hidayati, D. et Sattler G. (2014), *Indonesian national inmate bio-behavioural survey for HIV and syphilis prevalence and risk behaviours in prison and detention centres* (New York : Sage Publications), <http://sgo.sagepub.com/content/4/1/2158244013518924>
282. Connections Project, *Good practice in preventing drug misuse and related infections in criminal justice systems in Europe*, <http://www.ohrn.nhs.uk/resource/policy/GuidelinesdrugsHIVEUCJS.pdf>
283. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2012), *Prisons and drugs in Europe: The problem and responses*, p. 25, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191812_EN_TDS112002ENC.pdf
284. Connections Project, *Good practice in preventing drug misuse and related infections in criminal justice systems in Europe*, <http://www.ohrn.nhs.uk/resource/policy/GuidelinesdrugsHIVEUCJS.pdf>
285. Gesundheits Österreich et Sogeti (avril 2013), *Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries*, p. 29, http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/drug-dependence-systematic-review_en.pdf
286. Harm Reduction International (2014), *The global state of harm reduction 2014*, pp. 11 and 18, <http://www.ihra.net/contents/1524>. Par exemple, L'île Maurice fait partie des pays qui n'offrent des traitements de la dépendance que dans les prisons pour hommes
287. Penal Reform International (2015), *Women in criminal justice systems and the added value of the UN Bangkok Rules*, p. 10, <http://www.penalreform.org/resource/women-in-the-criminal-justice-system-the-added/>; Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, ONU Femmes, Organisation Mondiale de la Santé et Réseau International des Usagers de Drogues (2014), *Women who inject drugs and HIV: Addressing specific needs*, pp. 2, 6, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf.
288. Assemblée générale des Nations Unies, Résolution adoptée par l'Assemblée générale, 65/229 (16 mars 2011), *Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok)*, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_French.pdf
289. Comité de l'ONU pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (24 juillet 2014), *Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia*, CEDAW/GEO/CO/4-5, para. 31(e), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GEO/CO/4-5&Lang=En

290. Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (2014), *Preventing overdose deaths in criminal justice systems*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf
291. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime & Organisation Mondiale de la Santé (2013), *Discussion paper 2013: Opioid overdose: Preventing and reducing opioid overdose mortality*, p. 6
292. Montanari, L., et al. (2014), *Drug use and related consequences among prison populations in European countries*; Bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Comité International de la Croix Rouge, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe et Schweizerische Eidgenossenschaft (2014), *Prisons and health*, p. 110
293. Fazel, S. et Baillargeon, J. (12 mars 2011), 'Review: the health of prisoners', *The Lancet*, **377**(9769): 956-965, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61053-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61053-7/abstract)
294. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Organisation Internationale du Travail, Programme des Nations Unies pour le Développement, Organisation Mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (2012), *Note d'orientation : Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : ensemble complet de mesures d'intervention*, p. 5, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Prison_Comp_Pack.pdf
295. Hariga, F. (2014), « HIV and other bloodborne viruses in prisons », In : Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe, *Prisons and health*, p. 53; Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime et Organisation Mondiale de la Santé (2013), *Discussion paper 2013: Opioid overdose: Preventing and reducing opioid overdose mortality*
296. Bullock, T. (2003), « Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison », In: Ramsay, M. (ed.), *Prisoners' drug use and treatment: Seven research studies. Home Office Research Study 267* (Londres : Home Office)

Rapport financé par Open Society Foundations et le Robert Carr Fund



Le Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues rassemble des preuves, exemples de bonne pratique et expériences internationales afin d'offrir une analyse experte sur les politiques relatives à la drogue (santé publique, justice pénale et développement). Dans chacun des chapitres, l'IDPC offre des recommandations et des lectures additionnelles afin de promouvoir des politiques des drogues efficaces, équilibrées et humaines au niveau national, régional et international.

Le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC) est un réseau mondial d'ONG

Rapport formaté : Mathew Birch
email: mathew@mathewbirch.com

Image de couverture : Rudy Tun-Sánchez
email: rudo.tun@gmail.com

© International Drug Policy Consortium Publication 2016

spécialisées dans les questions relatives à la production, au trafic et à la consommation de drogues. L'IDPC promeut un débat ouvert et objectif sur l'efficacité, la direction et le contenu des politiques nationales et internationales relatives à la drogue, et soutient des politiques basées sur des preuves scientifiques solides et cherchant à réduire les dommages liés à la drogue. L'IDPC produit des documents d'information, diffuse les rapports de ses organisations membres et offre des conseils experts aux responsables politiques à travers le monde.

Tel: +44 (0) 20 7324 2974

Fax: +44 (0) 20 7324 2977

Email: contact@idpc.net