

Réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives

Mme Marie Nougier\*

\* Senior research, Communications officer, International drug policy consortium, Londres, Royaume-Uni. Courriel : mnougier@idpc.net

# Quel périmètre et quelles limites doit avoir la RdRD (vision internationale) ?

## Doit-elle porter sur la demande (les usages) ou intervenir aussi sur l’offre (l’accès aux produits et leur qualité) ?

### Résumé

Les premières interventions de réduction des risques sont apparues dans les années 1970 en Europe et se sont depuis répandues dans la majorité des pays du monde. Malgré tout, des obstacles importants perdurent, parmi lesquels la couverture géographique de ces programmes, un manque de financements et de volonté politique au niveau tant national qu’international, peu de services adaptés aux besoins de certains groupes vulnérables, etc. Aujourd’hui, la réduction des risques doit être redéfinie non pas comme une liste d’interventions, mais comme une approche fondée sur des principes directeurs-clés : le respect des droits humains, de la dignité humaine et des preuves disponibles, la participation des usagers de drogues, et une remise en question des politiques et pratiques maximisant les dommages. Ces principes impliquent que la réduction des risques va bien au-delà de la prestation de services et nécessite une réforme des politiques et législations relatives à la drogue. Aujourd’hui, certaines expérimentations locales et nationales de réduction des risques ont déjà prouvé leur efficacité dans le domaine de l’usage (comme par exemple la décriminalisation de l’usage) et de l’offre (par exemple les clubs sociaux de cannabis ou la réglementation de certaines substances aux États-Unis, en Uruguay ou encore en Nouvelle-Zélande).

### Mots-clés

Décriminalisation – Réglementation – Réforme politique – Droit humain – Santé.

À l’initiative de la Fédération Française d’Addictologie, 7-8 avril 2016, Paris.

### Summary

**What limits and what perimeter should be determined for risk and harm reduction from an international perspective? Should this only concern demand (users) or also include supply (access to substances and their quality)?**

Interventions to reduce risks first appeared in Europe in the 1970’s. Since then, they have spread to most countries throughout the world. However, major obstacles remain: 1/ geographic program distribution, 2/ lack of funding and of national as well as international political support, 3/ paucity of services specifically adapted to certain vulnerable populations, etc. Today, we must redefine risk reduction not as a list of interventions, but as an approach based on key guiding principles: the respect for human rights, for human dignity and of available data, the inclusion and participation of drug users and challenging policies and practices that increase harms. These principles imply that risk reduction should extend far beyond offering services, which would require a complete overhaul of drug-related policies and legislation. Currently, a few local and national risk reduction experiments have proven successful with respect to drug use (decriminalizing drug use, for example) as well as supply (for example, cannabis social clubs, or regulations concerning certain substances in the United States, Uruguay and New-Zealand).

### Key words

Decriminalization – Regulations – Political Reforms – Human rights – Health.

Ces 50 dernières années, les pays du monde entier ont adopté une approche hautement répressive et punitive à l'encontre de tous les acteurs impliqués dans le marché des drogues, y compris les consommateurs de drogues, afin de répondre à leurs obligations internationales dictées par les trois traités onusiens sur les drogues : la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Convention des Nations unies sur les substances psychotropes de 1971 et la Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 (1). En 1998, c'est-à-dire lors de la dernière Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU (UNGASS) sur les drogues, les États membres avaient adopté comme slogan officiel : "Un monde sans drogue, nous pouvons le faire". L'objectif était alors d'éradiquer toutes les drogues d'ici 2008 (2). En 2009, ce délai était repoussé à 2019 (3).

Selon les estimations actuelles, environ cent milliards de dollars sont dépensés chaque année pour contrer les marchés illégaux des drogues à travers le monde (4). Malgré ces efforts, la stratégie prohibitionniste mise en place depuis 1961 n'a pas permis de réduire substantiellement l'ampleur des marchés ou la prévalence de consommation de drogues (5). Au contraire, elle a eu des effets dévastateurs, conduisant à une forte expansion du marché noir, de la corruption et de la violence associée aux marchés des drogues, à une explosion des épidémies du sida et des hépatites parmi les usagers de drogues, ainsi que des décès par overdose, et à de nombreuses violations des droits humains (6).

Il est certain que l'usage de drogues peut conduire à des effets nocifs sur la santé des consommateurs. Cependant, la mise en œuvre de politiques excessivement répressives envers les usagers de drogues a largement exacerbé ces risques, sans pour autant réduire les niveaux de consommation.

Aujourd'hui, alors que les gouvernements, les agences onusiennes, les ONG, les chercheurs et les activistes s'apprentent à participer à une nouvelle UNGASS en avril 2016 (7), il est grand temps d'admettre qu'il est tout simplement impossible d'éradiquer le marché mondial des drogues. Il est cependant possible d'élaborer des politiques et des programmes qui minimisent les dommages associés à la consommation de drogues et aux marchés illicites.

Le concept de "réduction des risques" (RdR) permet d'intervenir avec pragmatisme sur la consommation de

drogues, afin d'en minimiser les dommages. En effet, la RdR se réfère aux "*politiques, programmes et pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques de la consommation de drogues psychoactives légales et illégales, sans forcément réduire le niveau de consommation. La réduction des risques est bénéfique pour les usagers, leurs familles et la communauté*" (8).

La RdR est apparue dans les années 1970-1980 en Europe occidentale afin de minimiser les risques d'infections au VIH par injection de drogues. Des mesures pragmatiques ont alors été introduites dans certains pays européens, en particulier des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES) et de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Depuis, la RdR s'est répandue à travers le monde, s'adaptant aux nouvelles tendances et formes de consommation. Aujourd'hui, 88 pays reconnaissent officiellement la RdR dans leurs lois, politiques et stratégies nationales, et proposent des services de RdR aux consommateurs qui en ont besoin (9).

Les preuves scientifiques portant sur l'efficacité de ces services abondent (10). En effet, les pays ayant adopté des services et programmes de RdR ont pu diminuer substantiellement le nombre de décès liés à la consommation de drogues et réduire les taux d'infections au VIH et aux hépatites parmi les usagers de drogues. Dans certains contextes, le niveau de stigmatisation et de discriminations contre les usagers de drogues a lui aussi chuté (11).

Malgré ces données encourageantes, un certain nombre de pays restent fermement opposés à la mise en place de tels services, ou au principe même de RdR, préférant continuer à adhérer à une approche idéologique et morale vis-à-vis de la consommation de drogues.

Ce document vise à donner une vue d'ensemble de l'adoption et de la mise en œuvre des programmes de RdR à l'échelle mondiale, en soulignant les avancées et les obstacles auxquels cette approche continue d'être confrontée au niveau national et à celui des Nations unies. Le document offre par ailleurs une analyse des politiques ayant été élaborées, afin de mettre pleinement en œuvre le principe de RdR. Pour ce faire, nous nous tournerons d'abord vers les réformes permises dans le contexte du droit international relatif au contrôle des drogues, puis nous considérerons les possibilités de réforme allant au-delà des limites imposées par les traités, en particulier la régulation des marchés des drogues.

## La RdR région par région

### **L'Europe : leader mondial en matière de RdR**

C'est en Europe occidentale que les premiers services de RdR ont été établis, principalement afin de répondre aux épidémies de sida parmi les usagers de drogues injectables, à la fin des années 1970 et début des années 1980. Les services alors disponibles étaient généralement établis de manière ad hoc, au niveau local, parfois par les usagers de drogues eux-mêmes, afin de répondre aux risques de santé auxquels ils étaient confrontés.

Depuis, la RdR s'est ancrée dans les lois et stratégies de la plupart des pays européens (12). De solides stratégies politiques ont été élaborées – tant au niveau national que régional (13) – et des programmes de RdR ont été établis afin de réduire les dommages liés à la consommation d'opiacés. Des PES et des programmes de TSO sont, à ce jour, disponibles dans la plupart des États européens (14).

Dans certains pays, comme l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, la Suisse et bientôt la France, des salles de consommation à moindre risque ont été créées afin de parer aux problèmes liés à la consommation de drogues en extérieur (*open drug scenes*) et réduire les risques liés à l'injection de drogues au sein des populations de consommateurs les plus marginalisées (15). Bien que cette approche fasse encore polémique dans certains pays, ces salles de consommation bénéficient aujourd'hui d'une solide base scientifique démontrant leur efficacité à réduire les dommages de santé pour les consommateurs, ainsi qu'à minimiser les nuisances publiques et les délits mineurs liés à l'usage de drogues (16).

D'autres programmes innovants ont par ailleurs été mis en place pour diminuer les taux de mortalité par overdose pour les consommateurs d'opiacés (comme par exemple les programmes de distribution de naloxone ou de formation sur les différentes manières de l'administrer) (17). Enfin, le Royaume-Uni, la Suisse, l'Allemagne ou encore les Pays-Bas font usage de l'héroïne comme thérapie de substitution pour les personnes n'adhérant pas aux TSO classiques (18).

Les prestataires de services sont aujourd'hui confrontés à une nouvelle réalité : l'émergence de nouvelles substances psychoactives. Ces substances sont associées à de nouveaux risques et nécessitent généralement que les

services de RdR soient adaptés pour pouvoir minimiser les dommages sur la santé des consommateurs. La Suisse et l'Espagne ont été innovantes dans ce domaine en offrant des services d'analyse des drogues (*drug checking*) en milieu festif, afin de permettre aux usagers de savoir ce qu'ils consomment (19). Enfin, les nouveaux marchés en ligne – comme par exemple Silk road – ont forcé certains prestataires de services à adapter leurs interventions de RdR en offrant leurs conseils dans des forums sur internet, plutôt que dans un centre traditionnel de RdR. Les consommateurs de drogues eux-mêmes font usage de ces forums pour échanger des informations sur certaines drogues, leur permettant ainsi de mieux se prémunir contre les risques liés à certaines substances (20). Cependant, ces services restent limités et inaccessibles dans de nombreuses régions du monde.

D'autre part, la récente crise économique a causé des dégâts importants et conduit de nombreux pays à réduire les financements de programmes de RdR. En Grèce (21) et en Roumanie (22), le manque de financements pour les PES, couplé avec l'émergence de nouvelles substances psychoactives injectables, a conduit à une explosion des taux de VIH parmi les usagers de drogues. En Europe de l'Est, le retrait du Fonds mondial des pays maintenant identifiés comme étant "à revenus moyens" a conduit à la fermeture de plusieurs services de RdR (23). En Espagne et même au Portugal, les coupes budgétaires gouvernementales ont aussi eu un impact sévère sur la disponibilité de services de RdR (24).

### **L'Amérique du Nord : un nouveau souffle ?**

Comme en Europe, les services de RdR sont très répandus en Amérique du Nord. Aux États-Unis, les nombreux décès par overdose ont conduit de nombreux États fédérés à adopter des PES, ainsi que des programmes de TSO et de prévention des overdoses (25). Au niveau fédéral, cependant, le gouvernement s'est montré réticent à soutenir ces mesures. En effet, ce n'est qu'en janvier 2016 que le gouvernement a levé son embargo sur le financement fédéral des PES, qui était en place depuis 1998 (26). Cet embargo a eu un effet négatif important sur l'expansion des programmes de RdR aux niveaux fédéral et local dans les années 1990 et 2000. Cette décision de la part du gouvernement du Président Obama est par conséquent importante.

Quant au Canada, il a été tant précurseur que conservateur sur la question de la RdR. Avant l'arrivée au

pouvoir du gouvernement de Stephen Harper en 2006, le Canada avait adopté une position relativement pragmatique vis-à-vis de la RdR, mis en œuvre toute une série de programmes – PES, TSO, distribution de pipes à crack – et ouvert la seule salle de consommation à moindre risque du continent américain à Vancouver : Insite (27). Sous Harper, cependant, le gouvernement canadien s'est régulièrement prononcé contre la RdR et a tenté à plusieurs reprises de fermer Insite, qui a pu résister grâce à la protection de la Cour suprême canadienne (28). L'élection de Justin Trudeau fin octobre 2015 a marqué un nouveau tournant progressiste dans la politique du pays en matière de drogues.

### **L'Amérique latine : des approches locales innovantes**

La drogue la plus consommée en Amérique latine reste le cannabis. Les consommations les plus problématiques dans la région sont cependant associées à la cocaïne et ses dérivés – en particulier le crack et la *pasta base* (un terme générique qui définit des produits à base de cocaïne de très basse qualité qui sont fumés et dont la consommation est associée à de nombreux problèmes de santé). Les niveaux d'injection aux opiacés étant généralement assez bas, les services traditionnels de RdR sont peu répandus dans la région, sauf en Colombie et dans certaines villes d'Argentine et du Brésil (29). En Colombie, des centres de soins et d'accompagnement appelés CAMAD (A1) ont notamment été mis en place par les mairies des villes principales du pays afin d'offrir des seringues stériles et des traitements de substitution (30).

Les services de RdR restent cependant limités pour les consommateurs de crack. Dans certains pays latino-américains, ce manque a conduit les usagers de drogues à élaborer leurs propres services de RdR. Au Brésil (31) et en Colombie (32), par exemple, certains usagers de drogues ont commencé à consommer du cannabis afin de réduire leur consommation problématique de crack et de *pasta base*. Cette pratique ne constitue pas forcément un traitement de substitution, mais s'est avérée un moyen efficace pour réduire les effets de manque des usagers dépendants et leur permettre de reprendre le contrôle de leur consommation.

L'État de São Paulo a par ailleurs lancé un programme innovant appelé *Braços abertos* (bras ouverts) (A2). Ce programme offre un logement et des services sociaux et de soins aux usagers dépendants du crack les plus vul-

nérables, sans les forcer à arrêter de consommer (33). Le programme a eu un succès immédiat sur la réduction des risques sanitaires et de la marginalisation des usagers de crack. L'État de São Paulo prévoit d'établir des programmes similaires dans plusieurs autres localités brésiliennes (34).

### **L'Asie : traitement ou sanctions ?**

Le plus grand nombre de consommateurs de drogues injectables se trouve en Asie, où plus de 3,15 millions de personnes s'injectent des drogues, principalement des opiacés, mais de plus en plus des stimulants de type amphétamine (35). Les gouvernements de la région ont cependant longtemps résisté à la mise en place d'interventions de RdR, considérant la consommation de drogues comme un "mal social" à éradiquer à tout prix (36). Ce n'est qu'à partir des années 2000, lorsque l'épidémie du sida était principalement causée par l'injection de drogues, que la plupart des pays de la région ont commencé à adopter des PES et des programmes de traitement de substitution. Aujourd'hui, plus de 500 centres de traitement de substitution à la méthadone sont disponibles en Chine et des millions de seringues stériles sont distribuées chaque année dans le pays (37). Néanmoins, la hausse de la consommation d'amphétamines à travers la région nécessite une adaptation urgente des services de RdR et de traitement dans la région, situation à laquelle les autorités n'ont pas encore pu faire face (38). Par ailleurs, bien que certaines interventions de RdR aient été mises en place, l'approche des pays asiatiques vis-à-vis de la consommation reste principalement répressive. Les consommateurs continuent d'être stigmatisés, discriminés, inscrits sur des registres officiels, brutalisés par la police et incarcérés dans des centres de détention comme forme de "traitement" pendant des mois, voire des années (39).

### **L'Eurasie : une crise sanitaire persistante**

La plus haute prévalence d'injection de drogues dans le monde est en Eurasie, où plus de 1 % de la population adulte est consommatrice de drogues injectables. En Russie, une personne sur 50 est usagère de drogues injectables (40). Les données disponibles ont démontré qu'un tiers du total mondial d'usagers de drogues injectables séropositifs réside actuellement en Russie (41), où 65 % de nouveaux cas de sida sont liés à l'injection de drogues (42). Malgré tout, la Russie reste fermement

opposée à la RdR, en particulier au traitement de substitution par méthadone, une substance qui continue à être prohibée dans le pays (43). Les quelques PES du pays sont gérés par des ONG locales qui sont souvent la cible des politiques répressives du pays. L'annexion de la Crimée par la Russie en 2014 a conduit à un désastre sanitaire dans cette province où des centaines de patients sous méthadone ont été forcés d'interrompre leur traitement ou de fuir le pays (44).

La Russie ayant une influence politique très importante dans la région, sa position vis-à-vis des drogues a poussé d'autres pays à promouvoir une politique anti-drogue tout aussi sévère. Le Turkménistan et l'Ouzbékistan, par exemple, ont eux-aussi prohibé la méthadone dans leurs législations nationales. Au niveau international, la Russie a bien entendu une place privilégiée dans les débats politiques onusiens de par sa position de membre permanent du Conseil de Sécurité (45). Cette position de pouvoir est reflétée dans les débats des Nations unies sur les drogues (46). Les positionnements russes ont par conséquent un impact tant au niveau national, que régional et international.

Certaines exceptions, cependant, valent la peine d'être mentionnées, en particulier le cas de l'Ukraine, un pays qui a amplement développé ses services de RdR à travers son territoire, principalement grâce à un important soutien financier et technique international (47).

### ***L'Afrique : des services limités, mais des opportunités d'action***

L'Afrique est sans doute la région du monde dans laquelle la RdR reste la plus limitée. Ces dernières années, la consommation d'héroïne a rapidement augmenté en Afrique de l'Est, de par sa position géographique propice aux trafics d'opium provenant d'Afghanistan et d'Asie orientale pour alimenter l'Europe. La même tendance a été observée avec la cocaïne en Afrique de l'Ouest suite à une augmentation du trafic de cocaïne d'Amérique Latine vers l'Europe, en passant par l'Afrique occidentale. L'augmentation de la consommation de ces substances en Afrique subsaharienne a conduit à une crise sanitaire dans certains pays de la région, en particulier à l'Île Maurice, au Kenya et en Tanzanie, poussant les ONG à offrir des services de RdR aux usagers de drogues (48). À l'Île Maurice, 92 % des nouvelles infections au VIH étaient causées par l'injection de drogues en 2004. Depuis, grâce aux

efforts des ONG locales pour promouvoir et offrir des interventions de RdR, ce taux est tombé à 44 % (49). Aujourd'hui, parmi les États africains, seuls la Tanzanie, le Kenya, l'Île Maurice, le Sénégal, la Tunisie, le Maroc et l'Afrique du Sud offrent des services de TSO et/ou de PES aux usagers de drogues, et l'accès à ces services reste limité. En effet, les données disponibles pour 2010 ont conclu que moins de 1 % des usagers de drogues en Afrique avaient accès aux PES ou à un TSO (50). En Côte d'Ivoire, des services de distribution de pipes à crack ont aussi vu le jour.

Au Moyen-Orient, la prévalence du VIH parmi les usagers injecteurs est estimée à la hausse. En Iran ou en Libye, par exemple, 10 % des usagers injecteurs sont séropositifs (51). L'Iran a adopté un programme étendu de RdR, incluant des programmes en prison et dans la communauté, afin de répondre à l'épidémie de sida parmi les consommateurs (52). Le Liban a lui aussi mis en place de tels services dans la communauté, alors que les Émirats Arabes ont adopté un programme de substitution à la méthadone à Abu Dhabi (53).

Cependant, en Afrique comme au Moyen-Orient, l'approche politique reste purement répressive vis-à-vis des usagers de drogues, les lois nationales imposant de sévères peines de prison pour consommation, possession de petites quantités de drogues ou encore possession de matériel d'injection, rendant la prestation de services de RdR difficile (54).

## **Les obstacles politiques et législatifs à la RdR dans le monde**

### ***Élargir la définition de la RdR***

Ce bref tour du monde reflète un certain nombre de problèmes majeurs relatifs à la RdR. En premier lieu, certaines régions restent réticentes à la mise en place de services de RdR, le Moyen-Orient, l'Afrique et l'Eurasie étant les régions les plus problématiques. Cette réticence a, dans certaines régions, créé une crise sanitaire, comme en Asie dans les années 2000, ou aujourd'hui en Eurasie.

Cependant, même dans les pays ayant mis en place des services de RdR, ou ancré cette approche dans leurs plans et stratégies politiques, un certain nombre de

problèmes persistent. En premier lieu, l'accès géographique à ces services reste passablement restreint : dans de nombreux pays, l'accès aux services de RdR est limité à une ou deux villes du pays (par exemple en Europe de l'Est) (55). En deuxième lieu, la RdR est souvent réduite à deux types d'interventions, même parmi les activistes et les ONG : les PES et les TSO. Bien que ces deux services soient efficaces pour réduire les risques d'infections au VIH et aux hépatites et les risques d'overdose parmi les usagers d'opiacés (56), ils ne sont pas nécessairement adaptés à d'autres formes et tendances de consommation, comme par exemple la consommation de crack, d'amphétamines ou de nouvelles substances psychoactives. Il est par conséquent essentiel que la RdR puisse évoluer et s'adapter aux nouvelles drogues et aux nouveaux modes de consommation. Certains pays européens et latino-américains ont été avant-gardistes dans ce domaine, mais ceux-ci restent une exception. En troisième lieu, les services de RdR actuels sont souvent inadaptés aux besoins spécifiques des femmes, des jeunes ou des populations ethniques minoritaires. Ces groupes, pourtant très vulnérables, voient leur accès à ces services entravé (57).

Sur la base de ces constats, il est nécessaire de redéfinir la RdR non plus comme une liste d'interventions, mais plutôt comme une série de principes directeurs :

- La RdR vise à réduire les risques et les dommages.
- Elle est basée sur des preuves scientifiques et elle est rentable.
- Elle est progressive, reconnaissant que toute étape de changement positif dans la vie de la personne usagère est importante.
- Elle est fondée sur la dignité et la compassion, rejetant par là même toute discrimination ou stigmatisation.
- Elle est fondée sur les droits humains.
- Elle remet en question les politiques et pratiques qui maximisent les dommages (comme par exemple la pénalisation de l'usage).
- Elle valorise la participation des usagers de drogues à l'élaboration et à la mise en œuvre des services et programmes qui leur sont destinés (58).

### **Donner un nouveau souffle aux financements destinés à la RdR**

La question du financement de la RdR reste elle aussi un problème aigu. Ces services sont généralement financés par des donateurs internationaux, et les gouvernements sont réticents à allouer un budget à ces interventions,

pourtant d'importance majeure pour la santé publique. Selon les dernières estimations de l'ONUSIDA, 2,3 milliards de dollars seraient nécessaires pour mettre en œuvre les interventions-clés de RdR dans le monde. Cependant, les dernières estimations ont montré que seuls 160 millions de dollars étaient actuellement investis dans de telles interventions, et principalement par des donateurs internationaux (59). Il est sans doute important de rappeler que cent milliards de dollars sont actuellement dépensés chaque année pour réprimer la consommation et le trafic de drogues, même dans un contexte de crise économique et de coupes budgétaires. Si une fraction de cette dépense était allouée à des programmes sociaux et sanitaires pour les consommateurs de drogues, les coûts associés à la RdR seraient aisément couverts (60).

### **Le positionnement des Nations unies vis-à-vis de la RdR**

Bien que les conventions internationales relatives au contrôle des drogues aient comme objectif premier de protéger "la santé et le bien-être de l'humanité" (61), le concept de RdR reste tabou au sein des débats onusiens sur les drogues, permettant à certains pays de continuer leur approche répressive envers les consommateurs.

En 2009, l'ONUDC, l'ONUSIDA et l'OMS ont développé un guide technique de neuf interventions visant à prévenir les infections au VIH au sein des populations d'usagers de drogues injectables (62). Le guide mentionne les PES et les TSO comme interventions-clés et prioritaires. Ce guide a été revu et actualisé en 2012 (63) et constitue aujourd'hui une référence importante pour les activistes et prestataires de services.

Malgré tout, les discussions sur la RdR au sein de la Commission des stupéfiants (CND), l'agence décisionnaire sur les drogues au sein des Nations unies, restent très limitées (64) Et les mots "réduction des risques" ne paraissent dans aucune des résolutions adoptées chaque année à Vienne par l'ONU (65). Cependant, six résolutions (parmi une centaine !) ont tout de même été adoptées par la CND sur certains points spécifiques de RdR (ou du moins mentionnant des interventions de RdR), suite à des débats longs et difficiles :

- Résolution 58/5 : "Soutenir la collaboration entre les autorités de santé publique et de justice dans la poursuite de mesures alternatives à la condamnation ou à la sanction pour des délits appropriés et mineurs relatifs aux drogues" (66).

- Résolution 56/6 : “Intensifier les efforts pour atteindre les objectifs de la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida parmi les personnes qui consomment des drogues, en particulier l’objectif de réduire de 50 % la transmission du HIV parmi les consommateurs de drogues injectables d’ici 2015” (67).
- Résolution 55/7 : “Promouvoir des mesures pour prévenir l’overdose, en particulier l’overdose par opiacés” (68).
- Résolution 54/5 : “Promouvoir des stratégies de réhabilitation et de réintégration pour répondre à l’abus de drogues et ses conséquences, visant à promouvoir la santé et le bien-être social des individus, familles et communautés” (69).
- Résolution 53/9 : “Atteindre l’objectif d’accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour les usagers de drogues et les personnes touchés par le HIV” (70).
- Résolution 51/14 : “Promouvoir la coordination et l’alignement des décisions entre la CND et l’ONUSIDA” (71).

Au lieu de se référer directement au concept de RdR, cependant, les résolutions mentionnent le Guide technique de l’ONU sur la prévention du VIH parmi les usagers de drogues injectables, ou utilisent des formulations souvent assez floues comme par exemple “services médicaux et sociaux adéquats”. Il est aisé d’expliquer cette décision : toute résolution de la CND est adoptée par consensus. C’est-à-dire que des pays progressistes (la plupart des pays européens et certains pays américains) sont tenus de trouver un compromis avec des pays drastiquement opposés à la RdR, comme par exemple Singapour, l’Arabie Saoudite, la Russie et bien d’autres (72). Néanmoins, l’adoption des six résolutions ci-dessus marque certaines avancées en direction de l’acceptation de certaines interventions de RdR à l’ONU.

### **Mettre fin à la pénalisation et à l’incarcération des usagers de drogues**

Dans une grande majorité des pays, la consommation de drogues constitue un délit pénal, passible d’une peine d’emprisonnement pouvant aller d’un an, comme cela est le cas en France, à plusieurs années. Selon l’ONU, une personne sur cinq actuellement en prison a été condamnée pour un délit de possession ou de trafic de drogues. Parmi elles, 80 % sont incarcérées pour simple possession de drogues (73). Dans certains pays, la possession de seringues stériles ou d’autre matériel de consommation de drogues est elle aussi prohibée. Au Kenya, par exemple, la possession illégale d’une se-

ringue est passible de sept ans d’emprisonnement (74). Dans d’autres pays, la police a pour habitude d’arrêter les usagers de drogues près des centres de RdR, les dissuadant d’accéder à des services pourtant vitaux (75).

La criminalisation des usagers de drogues constitue un obstacle critique à la RdR. Plusieurs agences onusiennes telles que l’OMS (76), l’ONUSIDA (77), le PNUD (78) ou encore l’ONUDC (79) ont mis en avant l’importance de mettre en place un environnement favorable aux services de RdR, et ont donc appelé les gouvernements à décriminaliser les usagers de drogues afin de favoriser leur accès aux services dont ils ont besoin. La décriminalisation de la consommation des drogues fait donc partie intégrante de la RdR.

### **Considérer la mise en place de marchés réglementés pour certaines substances**

Une politique de RdR devrait intervenir non seulement sur l’usage, mais aussi sur l’offre de drogues en mettant en place des dispositifs permettant de contrôler leur production (donc leur qualité) et leur accès. Cela pourrait inclure la mise en place de modèles de légalisation et de réglementation des marchés pour certaines substances, telles que le cannabis, la coca et autres. Dans ce cadre, un certain nombre de modèles de légalisation pourraient être considérés, par exemple :

- Un modèle de prescription médicale avec des salles de consommation supervisée, pour les substances associées avec le plus de risques (par exemple les substances injectées comme l’héroïne et la cocaïne, ou la méthamphétamine).
- Un modèle de vente autorisée par pharmacie, faisant usage de vendeurs formés dans le domaine médical, pour les substances à risque modéré comme l’amphétamine, la cocaïne en poudre et l’ecstasy.
- Un modèle de vente autorisée sous réglementations appropriées pour répondre aux risques associés à chaque produit et pour répondre aux besoins locaux, pouvant être utilisé pour les substances à faible risque telles que le cannabis, le khat ou le kratom.
- Un modèle de vente et de consommation autorisées, tel que les lieux permettant la vente et consommation d’alcool et de cannabis (par exemple les *coffee shops* hollandais), qui pourraient aussi être utilisés pour fumer de l’opium ou boire du thé de coca. Ce modèle pourrait aussi être utilisé, faisant usage de réglementations spécifiques, pour la vente et la consommation de certains stimulants dans les milieux festifs.

- Un modèle de vente avec réglementation minimale pour les produits les moins risqués tels que les boissons à base de caféine ou le thé de coca (80).

Quelques-uns de ces modèles existent déjà, comme par exemple les *coffee shops*, les centres de consommation supervisée, la vente par pharmacie, ou encore la vente réglementée de cannabis en Uruguay et dans certains États américains. Une analyse poussée de ces expériences pourra permettre d'obtenir davantage d'informations concernant leurs avantages, leurs inconvénients et ce qui pourrait être amélioré dans leur mise en application. Ces expériences confirment en tout cas que la logique de RdR ne s'arrête pas au simple usage, mais nécessite aussi des politiques de l'offre poursuivant le même objectif. Nous reviendrons vers ces éléments dans la section ci-dessous.

## Vers une réforme des politiques des drogues ?

---

### ***Les réformes compatibles avec les conventions internationales***

Les expériences internationales reflètent le besoin urgent de revoir nos politiques en matière de drogues pour adopter pleinement une approche de RdR. Certaines approches ont été adoptées au niveau national, d'autres au niveau local, mais toutes ont un objectif commun : minimiser les risques et les dommages relatifs aux drogues, mais aussi relatifs aux politiques prohibitionnistes en matière de drogues.

### **La décriminalisation**

Aujourd'hui, la décriminalisation de l'usage de drogues a été adoptée par plus de 40 pays et juridictions dans le monde (81). Cette politique implique que la consommation de drogues, la culture, l'achat et la possession pour usage personnel, ainsi que la possession de matériel de consommation ne sont plus passibles de sanctions pénales. Dans certains contextes, ces activités ne sont passibles d'aucune sanction et les personnes interpellées sont simplement orientées de manière volontaire vers des services de RdR (par exemple aux Pays-Bas et en Belgique). Dans d'autres pays, une sanction administrative est prononcée, c'est-à-dire une amende, un travail d'intérêt public, la suspension du permis de conduire, etc. L'objectif principal de cette approche est

de mettre fin aux sanctions pénales, à l'incarcération et à la stigmatisation des consommateurs de drogues (82). La décriminalisation peut être de jure, c'est-à-dire cristallisée dans les lois et réglementations du pays, ou de facto, lorsque l'usage de drogues continue d'être pénalisé dans des législations nationales que la police ne met pas en application (comme c'est le cas aux Pays-Bas) (83).

Lorsque les modèles de décriminalisation ont été suffisamment bien pensés et mis en œuvre, cette approche a eu un impact très important sur l'amélioration de l'accès des usagers de drogues aux services de RdR et de traitement. Dans certains contextes (comme par exemple au Portugal), la décriminalisation de la consommation a aussi permis de réduire la stigmatisation et les discriminations auxquelles étaient confrontés les usagers dans l'accès aux services de santé, à l'emploi, etc.

En 2015, l'ONUDC a effectué une analyse juridique de la décriminalisation et a conclu que cette approche était possible dans le cadre des conventions internationales de contrôle des drogues (84).

### **Au-delà de la décriminalisation de la consommation**

Bien qu'ayant un effet très positif sur la santé et l'intégration sociale des consommateurs, la décriminalisation de l'usage laisse cependant le consommateur dans les mains du marché noir et de la criminalité organisée, pour ce qui est de la production et de l'achat de leur drogue. Certaines mesures ont été mises en place afin de répondre à cette préoccupation.

Par exemple, au niveau local, certains usagers de cannabis se sont tournés vers la création de clubs sociaux leur permettant de créer des coopératives afin de cultiver du cannabis pour les membres de leur club. Cette stratégie permet aux usagers de cannabis de ne plus chercher à se procurer leurs produits auprès du marché noir, tout en évitant un modèle à but lucratif (85). Cette approche permet aussi aux consommateurs de s'assurer de la qualité des plantes consommées, et de ne plus dépendre d'un marché illégal, où il est tout simplement impossible d'obtenir une garantie de qualité sur les produits achetés. Ces clubs sont aujourd'hui bien établis en Belgique et en Espagne, et l'Uruguay a lui aussi établi un modèle similaire. Tout comme pour la décriminalisation, certains experts internationaux soutiennent que cette approche était compatible avec les conventions internationales sur les drogues, les traités ne différenciant pas la possession de la culture de substances pour usage personnel (86).

D'autres pays, tels que le Canada, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, la Suisse ou le Royaume-Uni, ont aussi développé des programmes de substitution faisant usage d'héroïne, comme nous l'avons signalé ci-dessus. Ces programmes ont permis aux usagers d'héroïne de longue date, qui ne répondaient pas aux programmes de substitution traditionnels à la méthadone ou à la buprénorphine, d'obtenir une héroïne de qualité et administrée dans un cadre médical, afin de réduire les risques associés à la consommation d'héroïne illégale. Une étude des programmes existants a montré l'efficacité de cette approche (87). Ici encore, ces programmes peuvent se légitimer dans le cadre des conventions internationales car la substance est consommée dans un but purement médical.

### **Les réformes non admissibles dans le cadre des conventions internationales**

Certains pays sont allés au-delà des limites fixées par les conventions internationales sur les drogues afin de protéger la santé des consommateurs de drogues, dans le cadre d'une approche de RdR (88).

La réglementation du cannabis en Uruguay et dans certains États fédérés américains a fait la une des journaux depuis 2012. En Uruguay, cette réforme politique était clairement ancrée et justifiée par le gouvernement dans le cadre d'une préoccupation de santé publique (89). Aux États-Unis, la réglementation du cannabis a permis de contrôler la qualité des plantes produites et vendues et d'utiliser les profits découlant de la taxation du cannabis pour les investir dans des programmes de prévention, de RdR et de traitement (90).

Au-delà des réformes politiques sur le cannabis, la Nouvelle-Zélande a adopté une loi intéressante en matière de nouvelles substances psychoactives. Alors que certains pays ont répondu à l'émergence de ces substances en tentant de toutes les prohiber, la Nouvelle-Zélande a adopté une loi sur les substances psychoactives en juillet 2013 (91). Cette loi a établi un cadre juridique pour la production, les tests et la vente des nouvelles substances psychoactives, en attribuant aux producteurs la responsabilité de prouver qu'une substance est à bas risque. La législation vise donc à protéger la santé des consommateurs en permettant la mise à leur disposition sur le marché de substances à bas risque et en prohibant celles présentant des risques élevés pour la santé, tout en répondant à la demande

pour ces produits psychoactifs. L'intention était de mettre sur le marché des produits qui ne seraient disponibles que dans certains magasins, leur vente étant accompagnée d'avertissements concernant leurs risques pour la santé (92). Cette approche innovante et pragmatique avait donc pour objectif de réduire les dommages associés à la consommation de nouvelles substances psychoactives, sans pour autant chercher à tout prix à réduire la consommation : une approche modèle de la RdR. Même si, en pratique, les pressions politiques ont poussé le pays à amender la loi originale, cette approche reste intéressante (93).

## **Conclusion : vers l'UNGASS de 2016**

Il semble clair aujourd'hui que la RdR va bien au-delà de la prestation de services. Elle nécessite une nouvelle approche vis-à-vis des drogues, et donc une réforme de nos politiques et législations dans ce domaine. Certaines expérimentations locales et nationales ont prouvé leur efficacité dans les domaines de l'usage et de l'offre, comme par exemple la décriminalisation de la consommation, la création des *cannabis social clubs* ou la réglementation de certains produits. Il est essentiel que cette approche soit reflétée dans le cadre de l'UNGASS sur les drogues, tant dans les débats que dans le document final de la Session (A3). Si nous souhaitons réellement répondre au "problème mondial de la drogue", il est grand temps de mettre de côté les idéologies et d'adopter une vision pragmatique, humaine et efficace. ■

M. Nougier

Quel périmètre et quelles limites doit avoir la RdRD (vision internationale) ? Doit-elle porter sur la demande (les usages) ou intervenir aussi sur l'offre (l'accès aux produits et leur qualité) ?  
In : Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives", 7-8 avril 2016, Paris.  
*Alcoologie et Addictologie*. 2016 ; 38 (4) : 323-334

## Notes et bibliographie

- 1 - UNODC. Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues. New York : Nations Unies ; 2014. [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int\\_Drug\\_Control\\_Conventions/Ebook/The\\_International\\_Drug\\_Control\\_Conventions\\_F.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_F.pdf).
- 2 - Nations Unies. General assembly twentieth special session. World drug problem ; 8-10 June 1998. <http://www.un.org/ga/20special/>.
- 3 - ONUDD. Déclaration politique et plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue. New York : Nations Unies ; 2019. [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_52/Political-Declaration2009\\_V0984964\\_F.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_52/Political-Declaration2009_V0984964_F.pdf).
- 4 - Count the Costs The war on drugs: wasting billions and undermining economies. 2013. <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Economics-briefing.pdf>.
- 5 - L'ONUDD a conclu en 2012, 2013 et 2015 que la prévalence de la consommation de drogues restait stable. Voir : UNODC. Rapport mondial sur la drogue. New York : Nations Unies ; 2015. [http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_F.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_F.pdf).
- 6 - Voir par exemple : Costa AM. Making drug control "fit for purpose": building on the UNGASS decade. Report of the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime as a contribution to the review of the twentieth special session of the General Assembly ; E/CN.7/2008/CRP.17\* ; 7 mai 2008. [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_51/CRPs/E-CN7-2008-CRP17\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/CRPs/E-CN7-2008-CRP17_E.pdf).
- 7 - Voir : UNODC. UNGASS 2016. <http://www.ungass2016.org>.
- 8 - International Harm Reduction. Qu'est-ce que la réduction des risques et des méfaits ? London : IHRA ; 2010. [http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_French.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf).
- 9 - Harm Reduction International. The global state of harm reduction 2014. London : IHRA ; 2015. <http://www.ihra.net/contents/1524>.
- 10 - Voir par exemple : Wodak A, Maher L. The effectiveness of harm reduction in preventing HIV among injecting drug users. *NSW Public Health Bull.* 2010 ; 21 (3-4) : 69-73. doi: 10.1071/NB10007.
- 11 - Commission Mondiale sur les Politiques des Drogues. La guerre aux drogues. Genève : Commission ; 2011. [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp\\_v1/pdf/Global\\_Commission\\_Report\\_French.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf).
- 12 - En Europe de l'Ouest, tous les pays font référence à la réduction des risques dans leurs documents politiques, sauf l'Islande. Voir : Harm Reduction International. The global state of harm reduction 2014. London : IHRA ; 2015. p. 12. <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.
- 13 - EU drug strategy.
- 14 - Harm Reduction International. The global state of harm reduction 2014. London : IHRA ; 2015. <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.
- 15 - Observatoire Européen sur les Drogues et les Toxicomanies. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Lisbonne : EMCDDA ; 2015. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms>.
- 16 - Ibid. Schatz E, Nougier M. Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique. London : IDPC ; 2012. [https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Briefing-Paper\\_Drug-consumption-rooms\\_FR.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms_FR.pdf).
- 17 - Voir par exemple : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. Prévenir les surdoses en opiacés à l'aide de naloxone à emporter à domicile. Lisbonne : EMCDDA ; 2015. [https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Newsrelease\\_1\\_FR\\_2016\\_Naloxone\\_Final.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Newsrelease_1_FR_2016_Naloxone_Final.pdf).
- 18 - Strang J, et al. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *The British Journal of Psychiatry*. 2015 ; 207 (1) : 5-14. <http://bjp.rcpsych.org/content/207/1/5>.
- 19 - NEWIP. Drug checking service: good practice standards. 2012. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_231074\\_EN\\_INT15\\_NEWIP\\_Drug%20checking\\_standards-final\\_20.12-A4.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231074_EN_INT15_NEWIP_Drug%20checking_standards-final_20.12-A4.pdf).
- 20 - Soussan C, Kjellgren A. Harm reduction and knowledge exchange. A qualitative analysis of drug-related internet discussion forums. *Harm Reduction Journal*. 2014 ; 11 (25). doi: 10.1186/1477-7517-11-25.
- 21 - Kloka M. The HIV epidemic among injecting drug users in Greece during the economic crisis. *Drug Policy Dialogue in South Eastern Europe (Diogenis)*. 2014 ; (4). <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Diogenis-briefing-paper-HIV-final.pdf>.
- 22 - Botescu A, et al. HIV/AIDS among injecting drug users in Romania. 2012. <http://drugscope.us1.list-manage.com/track/click?u=4e3613c82d79446dce1623c51&id=19410a7f6f&e=26436659e8>.
- 23 - Eurasian Harm Reduction Network. Quitting while not ahead: the Global Fund's retrenchment and the looming crisis for harm reduction in Eastern Europe & Central Asia. 2012. <http://www.aidsalliance.org/includes/Document/Quitting-While-Not-Ahead.pdf>.
- 24 - Voir par exemple : Federación Andaluza ENLACE. Preocupación de las ONG andaluzas de adicciones por la reducción de las ayudas para la atención a colectivos desfavorecidos. Sevilla : Federación Andaluza ENLACE ; 2015. <http://idpc.net/es/alerts/2015/09/preocupacion-de-las-ong-andaluzas-de-adicciones-por-la-reduccion-de-las-ayudas-para-la-atencion-a-colectivos-desfavorecidos>.
- 25 - Harm Reduction International. The global state of harm reduction 2014. London : IHRA ; 2015. <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.
- 26 - Stanton J. After decades, congress effectively lifts ban on federally funded needle exchanges. *BuzzFeedNews*. 2016 ; (6 janvier). <http://www.buzzfeed.com/johnstanton/after-decades-congress-effectively-lifts-ban-on-federally-fu#cug4nXwXe>.
- 27 - Voir par exemple : Vancouver health body begins free crack pipe program for addicts. *National Post*. 2011 ; (30 december). <http://news.nationalpost.com/news/canada/vancouver-health-body-begins-free-crack-pipe-program-for-addicts>. Strike C, Gohil H, Watson TM. Safer crack cocaine smoking equipment distribution: comprehensive best practice guidelines. Toronto : Canada's source for HIV and hepatitis C information ; 2014. <http://www.catie.ca/en/pif/fall-2014/safer-crack-cocaine-smoking-equipment-distribution-comprehensive-best-practice-guideli>.
- 28 - Supreme Court Judgments. Canada (Attorney General) v. PHS Community Services Society ; 2011-09-30. <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/csc/en/item/7960/index.do>.
- 29 - Harm Reduction International. The global state of harm reduction 2014. London : IHRA ; 2015. <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.
- 30 - Quintero J. Los CAMAD de Bogotá: los centros de atención médica a drogadictos entre el discurso político y la acción técnica. Amsterdam : Transnational Institute ; 2012. <https://www.tni.org/files/download/dlr22s.pdf>.
- 31 - Labigalini E, Rodrigues LR, Da Silveira DX. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1999 ; 31 (4) : 451-5. [http://druglawreform.info/images/stories/documents/Therapeutic\\_Cannabis\\_Crack\\_Brazil.pdf](http://druglawreform.info/images/stories/documents/Therapeutic_Cannabis_Crack_Brazil.pdf).
- 32 - Bogotá quiere de aliada a la marihuana. *BBC Mundo*. 2013 ; (25 march). [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/03/130322\\_columbia\\_marihuana\\_combate\\_adicciones\\_bogota\\_aw.shtml#reports](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/03/130322_columbia_marihuana_combate_adicciones_bogota_aw.shtml#reports).
- 33 - Voir : Croisier J. Braços Abertos in Sao Paulo, what can we learn from the Housing First model?. IDPC Blog ; 2 december 2014. <http://idpc.net/blog/2014/12/bracos-abertos-in-sao-paulo-what-can-we-learn-from-the-housing-first-model>.
- 34 - Prefeitura da Cidade de Sao Paulo? Alcohol and drug policy within the city of Sao Paulo, presentation delivered at the International Harm Reduction Conference in Kuala Lumpur, Malaysia ; October 2015.
- 35 - UNODC. UNODC world drug report 2015. New York : Nations Unies ; 2015. [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf).
- 36 - L'Association des Nations d'Asie de Sud Est (ASEAN) continue de promouvoir aujourd'hui une Asie libre de la drogue. Voir : IDPC.

The post-2015 drug strategy for ASEAN: towards a new paradigm in drug policy? London : IDPC ; 2015. <http://idpc.net/publications/2015/08/the-post-2015-drug-strategy-for-asean-towards-a-new-paradigm-in-drug-policy>.

37 - Baldwin S. Drug policy advocacy in Asia: challenges, opportunities and prospects. London : IDPC ; 2013. <http://idpc.net/publications/2013/11/challenges-opportunities-and-prospects>.

38 - Harm Reduction International. The global state of harm reduction 2014. London : IHRA ; 2015. <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.

39 - Godwin J. A public health approach to drug use in Asia: principles and practices for decriminalisation. London : IDPC ; 2016. <http://idpc.net/publications/2016/02/decriminalisation-of-drugs-in-asia>.

40 - UNODC. UNODC world drug report 2015. New York : Nations Unies ; 2015. [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf).

41 - UNODC. UNODC world drug report 2015. New York : Nations Unies ; 2015. <http://www.unodc.org/wdr2015/>.

42 - Holt E. World report: Russian injected drug use soars in the face of political inertia. *The Lancet*. 2010 ; 376 (9734) : 13-4. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61041-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61041-0/fulltext).

43 - Sarang A. Shadow report to the UN human rights committee in relation to the review of the 7<sup>th</sup> Periodic report of the Russian federation (CCPR/CR/US/7). <http://en.rylkov-fond.org/blog/arf-advocacy/arf-international-advocacy/arf-submitted-ashadow-report/>.

44 - Hurley R. At least 80 people have died in Crimea since Russian law banned opioid substitutes, says UN special envoy. *British Medical Journal*. 2015 ; 350. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h390>.

45 - Marshall A. From drug war to culture war: Russia's growing role in the global drug debate. Global Drug Policy Observatory & Swansea University ; 2014. <http://www.swansea.ac.uk/gdpo/files/GDPO%20Russia%20Article-1.pdf>.

46 - Voir : CND Blog. Live reporting from the UN Commission on Narcotic Drugs. <http://cnblog.org>.

47 - International HIV/AIDS Alliance in Ukraine. Harm reduction wins the battle against HIV/AIDS in Ukraine. Kyiv : Alliance ; 7 mars 2013. [http://www.aidsalliance.org.ua/ru/tenders/pdf/01q2013/03/Harm\\_reduction\\_wins\\_the\\_battle\\_in\\_Ukraine.pdf](http://www.aidsalliance.org.ua/ru/tenders/pdf/01q2013/03/Harm_reduction_wins_the_battle_in_Ukraine.pdf).

48 - Harm Reduction International. The global state of harm reduction 2014. London : IHRA ; 2015. <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.

49 - Collectif Urgence Toxida. La réduction des risques à l'île Maurice. Port-Louis : CUT ; 2015. <http://www.cut.mu/fr/content/la-r%C3%A9duction-des-risques-%C3%A0-l-%C3%AElle-maurice>.

Harm Reduction International. The global state of harm reduction 2014. London : IHRA ; 2015. <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.

50 - Mathers BM, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *The Lancet*. 2010 ; 375 (9717) : 1014-28. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189638>.

51 - Population Reference Bureau. HIV and AIDS in the Middle East and North Africa. Washington : PRB ; 2014. <http://www.prb.org/pdf14/mena-hiv-aids-report.pdf>.

52 - Harm Reduction International. The global state of harm reduction 2014. London : IHRA ; 2015. <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.

53 - IDPC. Middle East / North Africa. London : IDPC. <http://idpc.net/policy-advocacy/regional-work/middle-east-north-africa>.

54 - Voir par exemple en Tunisie : Human Rights Watch. "All this for a joint": Tunisia's repressive drug law and a roadmap for its reform. New York : HRW ; 2016. <https://www.hrw.org/node/285927/>.

55 - Mathers BM, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage? *The Lancet*. 2010 ; 375 (9717) : 1014-28. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189638>.

56 - OMS, ONUDC, ONUSIDA. WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 Revision. Genève : OMS ; 2012. [\[gets\\\_universal\\\_access/en/\]\(http://www.who.int/hiv/pub/idu/tar-gets\_universal\_access/en/\).](http://www.who.int/hiv/pub/idu/tar-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

57 - International Community of Women Living with HIV. Women who use drugs and HIV: position statement 2015. ICW ; 2015. <http://www.iamcw.org/resources/document-library/women-who-use-drugs-and-hiv-position-statement-2015>.

58 - Harm Reduction International. Qu'est-ce que la réduction des risques et méfaits ? London : IHRA ; 2010. [http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_French.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf).

59 - International HIV/AIDS Alliance, Harm Reduction International, International Drug Policy Consortium. The funding crisis for harm reduction. London : IDPC ; 2014. <http://idpc.net/publications/2014/07/the-funding-crisis-for-harm-reduction>.

60 - Harm Reduction International. 10by20 campaign. London : IHRA. <http://www.ihra.net/10by20>.

61 - Voir les préambules des Conventions relatives à la drogue de 1961 et de 1971.

62 - OMS, ONUDC, ONUSIDA. Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA. Genève : OMS ; 2009. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44068/4/9789242597769\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44068/4/9789242597769_fre.pdf?ua=1).

63 - OMS, ONUDC, ONUSIDA. WHO, UNODC, UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 Revision. Genève : OMS ; 2012. [http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/).

64 - Voir : CND Blog. Live reporting from the UN Commission on Narcotic Drugs. <http://cnblog.org>.

65 - Voir : UNODC. CND. Documentation. New York : Nations Unies. <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/cnd-documents-index.html>.

66 - Nations Unies. Resolution 58/5. New York : UN ; 2015. <http://bookofauthorities.info/documents/2015/resolution-585-supporting-the-collaboration-of-public-health-and-justice-authorities-in-pursuing-alternative-measures-to-conviction-or-punishment-for-appropriate-drug-related-offences-of-a-minor-na/>.

67 - Nations Unies. Resolution 56/6. New York : UN ; 2013. <http://bookofauthorities.info/documents/2013/intensifying-the-efforts-to-achieve-the-targets-of-the-2011-political-declaration-on-hiv-and-aids-among-people-who-use-drugs-in-particular-the-target-to-reduce-hiv-transmission-among-people-who-inject/>.

68 - Nations Unies. Resolution 55/7. New York : UN ; 2012. <http://bookofauthorities.info/documents/2012/promoting-measures-to-prevent-overdose-in-particular-opioid-overdose-cnd-resolution-557/>.

69 - Nations Unies. Resolution 54/5. New York : UN ; 2011. <http://bookofauthorities.info/documents/2011/resolution-545-promoting-rehabilitation-and-reintegration-oriented-strategies-in-response-to-drug-use-disorders-and-their-consequences-that-are-directed-at-promoting-health-and-social-well-being-am/>.

70 - Nations Unies. Resolution 53/9. New York : UN ; 2010. <http://bookofauthorities.info/documents/2010/resolution-539-achieving-universal-access-to-prevention-treatment-care-and-support-for-drug-users-and-people-living-with-or-affected-by-hiv-2/>.

71 - Nations Unies. Resolution 51/14. New York : UN ; 2008. <http://bookofauthorities.info/documents/2008/promoting-coordination-and-alignment-of-decisions-between-the-commission-on-narcotic-drugs-and-the-programme-coordinating-board-of-the-joint-united-nations-programme-on-hiv-aids-cnd-resolution-5114/>.

72 - Pour une analyse des positions des pays sur la réduction des risques lors des négociations de la CND, voir le Blog de la CND, un outil en ligne répertoriant les positions des États membres de l'ONU depuis 2009 : [www.cnblog.org](http://www.cnblog.org).

73 - Commission on Crime Prevention and Criminal Justice. World crime trends and emerging issues and responses in the field of crime prevention and criminal justice. New York : Nations Unies ; 2014. E/CN.15/2014/5, [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ECN.1520145\\_EN.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ECN.1520145_EN.pdf).

74 - Mbete B, Nougier M, Bridge J. HIV, harm reduction and drug policy in Kenya. London : IDPC ; 2013. <http://idpc.net/publications/2013/11/idpc-briefing-paper-hiv-harm-reduction-and-drug-policy-in-kenya>.

75 - Monaghan G, Bewley-Taylor D. Police support for harm reduction policies and practices towards people who inject drugs. London : IDPC ; 2013. [Alcoologie et Addictologie. 2016 ; 38 \(4\) : 323-334](http://idpc.net/publications/2013/02/police-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

support-for-harm-reduction-policies-and-practices-towards-people-who-inject-drugs.

76 - World Health Organisation. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : WHO ; 2014. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/key-populations/en/>.

77 - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The gap report. 2015. [http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716\\_UNAIDS\\_gap\\_report](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report).

78 - United Nations Development Program. Addressing the development dimensions of drug policy. 2015. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Discussion-Paper--Addressing-the-Development-Dimensions-of-Drug-Policy.pdf>.

79 - ONUDC. Briefing paper: Decriminalisation of drug use and possession for personal consumption. New York : Nations Unies ; 2015. [http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_10\\_11\\_unodcbriefing.pdf](http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19_10_11_unodcbriefing.pdf).

80 - Voir chapitre 3.2 de : IDPC. Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues, 3<sup>e</sup> édition. London : IDPC ; 2016. <http://idpc.net/fr/publications/2016/03/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues>.

81 - Fox E, Eastwood N, Rosmarin A. A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2. London : Release ; 2016. <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>.

82 - Voir chapitre 3.1 de : IDPC. Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues, 3<sup>e</sup> édition. London : IDPC ; 2016. <http://idpc.net/fr/publications/2016/03/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues>.

83 - Voir : IDPC. Comparing models of drug decriminalisation. London : IDPC. <http://decrim.idpc.net>.

84 - ONUDC. Briefing paper: Decriminalisation of drug use and possession for personal consumption. New York : Nations Unies ; 2015. [http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_10\\_11\\_unodcbriefing.pdf](http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19_10_11_unodcbriefing.pdf).

85 - Open Society Foundations. Innovation born out of necessity: Pioneering drug policy in Catalonia. New York : OSF ; 2015. <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/innovation-born-necessity-pioneering-drug-policy-catalonia>.

86 - Bewley-Taylor D, Jelsma M, Blickman T. The rise and decline of cannabis prohibition. Amsterdam : Transnational Institute ; 2014. [https://www.tni.org/files/download/rise\\_and\\_decline\\_web.pdf](https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf).

87 - Strang J, et al. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *The British Journal of Psychiatry*. 2015 ; 207 (1) : 5-14. <http://bjp.rcpsych.org/content/207/1/5>.

88 - Pour une discussion approfondie sur les modèles de réglementation des marchés, veuillez consulter le chapitre 3.2 de : IDPC. Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues, 3<sup>e</sup> édition. London : IDPC ; 2016. <http://idpc.net/fr/publications/2016/03/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues>.

89 - Bewley-Taylor D, Jelsma M, Blickman T. The rise and decline of cannabis prohibition. Amsterdam : Transnational Institute ; 2014. [https://www.tni.org/files/download/rise\\_and\\_decline\\_web.pdf](https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf). Global Commission on Drug Policy. Taking control: pathways to drug policies that work. Genève : GCDP ; 2014. [http://www.gcdpsummary2014.com/s/AF\\_global\\_commission\\_Ingles.pdf](http://www.gcdpsummary2014.com/s/AF_global_commission_Ingles.pdf).

90 - Voir par exemple : Transform Drug Policy Foundation. Cannabis regulation in Colorado: early evidence defies the critics. Bristol : TDPF ; 2015. <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/cannabis-regulation-colorado-early-evidence-defies-critics>. Drug Policy Alliance. Marijuana legalization in Colorado after one year of retail sales and two years of decriminalization. Washington : DPA ; 2015. [https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Colorado\\_Marijuana\\_Legalization\\_One\\_Year\\_Status\\_Report.pdf](https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Colorado_Marijuana_Legalization_One_Year_Status_Report.pdf).

91 - New Zealand Legislation. Psychoactive substances act 2013. <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2013/0053/latest/DLM5042921.html?src=qs>.

92 - Voir : McCullough C, Wood J, Zorn R. New Zealand's psychoactive substances legislation. London : IDPC ; 2013. <http://idpc.net/publications/2013/09/idpc-briefing-paper-new-zealand-s-psychoactive-substances-legislation>. New Zealand Drug Foundation. Briefing and submission guide on the Psychoactive substances bill. Wellington : NZ Drug Foundation ; 2013. [https://www.drugfoundation.org.nz/sites/default/files/NZ%20Drug%20Foundation%20-%20Psychoactive%20Substances%20Bill%20submission%20guide\\_0.pdf](https://www.drugfoundation.org.nz/sites/default/files/NZ%20Drug%20Foundation%20-%20Psychoactive%20Substances%20Bill%20submission%20guide_0.pdf).

93 - Voir chapitre 2.1 de : IDPC. Guide de l'IDPC sur les politiques des drogues, 3<sup>e</sup> édition. London : IDPC ; 2016. <http://idpc.net/fr/publications/2016/03/guide-de-l-idpc-sur-les-politiques-des-drogues>.

#### Actualisations

A1 - Depuis l'audition publique, les CAMAD ont malheureusement fermé.

A2 - Ces services sont aujourd'hui menacés par l'arrivée au pouvoir des conservateurs suite aux élections d'octobre 2016.

A3 - L'UNGASS ayant eu lieu, voici certains éléments-clés à souligner : le terme de "réduction des risques" n'apparaît pas dans le document final de l'UNGASS, malgré des négociations difficiles tout au long de la rédaction du texte. Cependant, le document fait référence au Guide technique de l'ONU, ainsi qu'à la prévention des overdoses (bien que ces mentions aient été acceptées sous réserve que le préambule fasse référence à l'objectif d'atteindre une société libre de tout abus de drogues). Lors de l'UNGASS elle-même, 45 États membres de l'ONU ont explicitement reconnu et promu la réduction des risques. Ces développements soulignent donc certaines avancées importantes vers l'acceptation de la RDR aux Nations unies.