

Contrôle de la drogue, droits humains et réduction des méfaits à l'ère du sida

Dans plusieurs pays, la prévalence du VIH parmi les personnes qui utilisent des drogues illégales est élevée. Néanmoins, de nombreux gouvernements résistent à mettre en œuvre des mesures efficaces pour la prévention du VIH; et l'accès aux soins, aux traitements et au soutien, pour les utilisateurs de drogue, est souvent insuffisant. Un corpus croissant de données montre que l'approche prédominante en matière de drogues illicites, la prohibition, est inefficace – voire contre-productive, puisqu'elle bloque ou sape des mesures qui se sont avérées efficaces à réduire les méfaits chez les utilisateurs de drogue et dans des communautés affectées par des lieux de consommation de drogue à ciel ouvert. Le débat croissant à propos des politiques sur le contrôle mondial des drogues pourrait nous détourner, collectivement, des prescriptions qui ont échoué, vers un cadre plus rationnel, pragmatique et propice à la promotion de la santé : la réduction des méfaits. Le présent article, préparé par Richard Elliott, est un sommaire d'un document rédigé pour la rencontre satellite « Droits humains dans l'exclusion : le VIH/sida, les détenus, les utilisateurs de drogue et le droit » (Bangkok, 9 juillet 2004) organisée par le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit (Inde).¹ Il décrit brièvement les retombées de ces deux différentes approches des politiques; examine le droit international sur le contrôle de la drogue; explique comment la réduction des méfaits reflète une approche aux drogues qui est fondée sur les droits humains; et évalue certaines stratégies visant la réforme des politiques mondiales en matière de drogues illicites.

L'injection de drogue et le VIH/sida : des enjeux sanitaires mondiaux

L'injection de drogue est répandue, dans le monde, et elle est associée à de graves conséquences sanitaires et sociales. Les utilisateurs de drogue par injection (UDI) sont aux prises avec des taux très élevés, et disproportionnés, de VIH/sida et d'autres maladies infectieuses ainsi que de surdoses et de violence policière. En général, les données semblent indiquer que, bien que les UDI n'aient pas un accès adéquat aux traitements antirétroviraux et qu'ils rencontrent des difficultés supplémentaires dans le respect du traitement, ces défis peuvent être surmontés par un soutien approprié.

La prohibition vs la réduction des méfaits

L'application de la prohibition demeure prépondérante dans les réactions nationales et internationales à l'usage de drogue. Or les données existantes mettent en relief le fait que cette approche est déficiente à plusieurs égards. Dans certains cas, l'effet de la prohibition est d'augmenter le degré de risque dans les pratiques d'injection et d'inciter à l'entreposage de drogues. La surveillance policière peut empêcher des utilisateurs de drogue d'avoir accès à des services et programmes de santé, comme l'échange de seringues. Des politiques d'application de la loi poussent des utilisateurs de drogue, qui jusque-là ne s'injectaient pas, à se

tourner vers l'injection – une méthode plus efficace et moins propice à ce que l'on détecte la drogue dans le sang. L'application de la prohibition échoue à atteindre les buts auxquels elle prétend, soit la réduction de l'usage de drogue et l'amélioration de l'ordre public. L'allocation de ressources considérables à des approches aussi improductives, voire nocives, n'est pas efficace et comporte un coût d'opportunité, notamment la perte d'investissements dans des services policiers plus utiles.

De plus, la « guerre aux drogues » entraîne des coûts désastreux sur le plan des droits de la personne. Les cas documentés de violations de droits humains par des agents gouvernementaux incluent : le harcèlement, les fouilles illégales, l'extorsion, la vio-

lence et la torture (y compris l'exploitation de la dépendance d'utilisateurs de drogue afin de tirer des confessions frauduleuses).² La Thaïlande offre un exemple des plus extrême – une déclaration nationale de guerre aux drogues a été associée à l'exécution extrajudiciaire de plus de 2 000 présumés vendeurs de drogue, dont plusieurs n'étaient probablement que des personnes dépendantes de la drogue.³ D'autres cas documentés d'abus incluent la désintoxication forcée, l'imposition de tests du VIH et le travail forcé en détention.⁴ La guerre aux drogues est également marquée de discrimination raciale.⁵ À l'opposé de la prohibition,

la réduction des méfaits est une approche pragmatique et humaniste, pour réduire les préjudices individuels et sociaux associés à l'usage de drogue, notamment le risque d'infection par le VIH. Cette approche cherche à atténuer les problèmes liés à l'usage de drogue, au moyen de méthodologies qui respectent la dignité, l'humanité et les droits humains des personnes qui font usage de drogue.⁶

La réduction des méfaits n'exclut pas le but de l'abstinence, mais elle accepte que l'utilisation de drogues illicites est présente et le restera, au sein de nombreuses cultures, aux quatre coins du monde, et que des efforts devraient être faits pour réduire les méfaits qui guettent les personnes qui continuent d'en consommer. Dans la pratique, les mesures incluent les programmes d'intervention sur le terrain, les interventions misant sur le travail de pairs et de regroupements d'utilisateurs, les programmes d'échange de seringues, le traitement de substitution (entretien à la méthadone, par exemple) et les lieux sécuritaires pour l'injection.

Des données montrent que les mesures de réduction des méfaits peuvent avoir un impact positif sur la prévention de l'infection par le VIH parmi les personnes qui utilisent des drogues illicites et parmi leurs partenaires sexuels et de consommation; que ces mesures peuvent améliorer l'accès de ces personnes à des services de santé et d'autres types; et qu'elles sont plus respectueuses de la dignité et des droits.⁷ Mais ces approches sont bloquées ou entravées, dans plusieurs pays ou autres ressorts, par un manque d'appui politique et financier.

Les approches de réduction des méfaits sont bloquées ou entravées, dans plusieurs ressorts, par un manque d'appui politique et financier.

Le contrôle des drogues et la réduction des méfaits, en droit international

Le système mondial de contrôle des drogues repose sur trois conventions des Nations Unies qui requièrent que les États signataires adoptent diverses mesures pour criminaliser les activités liées aux drogues : la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes et la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

Trois organes internationaux administrent ces traités.

- La Commission des stupéfiants des Nations Unies (CSNU), com-

posée de 53 États membres de l'ONU, est l'organe central en matière d'élaboration des politiques du système onusien en lien avec le contrôle des drogues; elle a le pouvoir de proposer des amendements aux traités existants ou de proposer de nouveaux traités. La CSNU fonctionne actuellement par consensus, c'est-à-dire qu'il suffit d'un seul pays pour bloquer une résolution ou une autre initiative.

- L'Office contre la drogue et le crime des Nations Unies (ODCNU) « assiste les États membres de l'ONU dans leur lutte contre les drogues illicites, le crime et le terrorisme » [trad.]; il est récemment devenu co-parrain du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et a exprimé un certain appui à des mesures de réduction des méfaits – du moins en ce qui a trait à prévenir la transmission du VIH.⁸ Cependant, les dirigeants de l'ODCNU critiquent les tenants de la réduction des méfaits, dont ils prétendent qu'ils nuisent au « multilatéralisme ».⁹ Les contradictions intrinsèques à l'ODCNU ainsi qu'entre lui et d'autres « valeurs centrales » à l'ONU restent à résoudre.¹⁰
- L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) se compose de 13 individus; il se décrit comme « un organe de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues ». Les membres opposés à la réduction des méfaits dominent cet organe qui persiste à critiquer les « salles d'injection » en refusant

de reconnaître leurs fins médicales et scientifiques, et en affirmant que tout gouvernement qui autorise des lieux sécuritaires pour l'injection « facilite le trafic de drogue » et contrevient aux traités.¹¹ Les interprétations de l'OICS n'ont pas force d'application légale mais influencent le climat politique dans lequel les décideurs au sein des pays élaborent des politiques nationales.

La criminalisation et les pénalités, en lien avec les activités liées à la drogue, sont le point de mire des conventions. Mais ces dernières renferment aussi d'importantes nuances qui peuvent, du moins si elles sont interprétées et mises en œuvre de manière courageuse par les responsables des politiques, faire une place à des initiatives de réduction des méfaits, bien que la « marge de manœuvre » soit limitée.¹²

En particulier, les conventions de 1961 et de 1971 permettent la production, la distribution et la possession de substances contrôlées, à des « fins médicales et scientifiques ». Elles permettent aussi aux États de voir à des mesures pour le traitement, la réhabilitation et la réintégration sociale en tant qu'alternatives ou suppléments aux sanctions pénales. Bien que la convention de 1988 requière que chaque État criminalise la possession de toute substance contrôlée, même à des fins de consommation personnelle, on y reconnaît aussi que cette obligation est imposée « sous réserve [des] principes constitutionnels » des États et des « concepts fondamentaux de [leurs] systèmes juridiques ». Diverses mesures de réduction des méfaits peuvent être mises en œuvre, pour peu que l'État soit disposé à adopter de

telles dispositions afin de défendre son choix d'interprétation plus flexible et plus propice à la santé.

La réduction des méfaits et les droits humains

Dans un des premiers articles établissant le bien-fondé de la réduction des méfaits à partir des normes des droits de la personne, Alex Wodak a examiné comment la prohibition entraîne des violations de droits et contribue aux méfaits pour les utilisateurs de drogue :

Le recours aux sanctions pénales, comme principale réponse à l'usage de drogues illicites, conduit inévitablement à nier les droits humains de la population des UDI, puisque la consommation de drogue continue d'être définie comme une question d'application de la loi, plutôt qu'un enjeu de santé. Il s'ensuit de piètres résultats sanitaires au sein de cette population, puisque la promotion de la santé et les services de soins de santé sont plus difficiles à fournir à une population qui est à présent stigmatisée et poussée dans la clandestinité. La protection des droits humains est un préalable essentiel à l'amélioration de la santé des utilisateurs de drogue et à l'amélioration de la santé publique au sein des communautés dans lesquelles ils vivent.¹³

En dépit de l'importance des droits humains pour les efforts de réduction des méfaits, Andrew Hathaway soutient que le mouvement de la réduction des méfaits a adopté un point de vue trop strictement empirique, et qu'il a prétendu se situer au « centre du spectre » en matière de drogue, en articulant ses principes comme étant issus d'un « modèle sanitaire scientifique » et « faisant fi indûment de la moralité sous-jacente, avec sa préoccupation fondamentale pour les

droits humains ». ¹⁴ Sam Friedman et coll. ont signalé que le mouvement de la réduction des méfaits a vu le jour pendant une période marquée par « une économie politique exploitant des boucs émissaires » qui a ciblé notamment les utilisateurs de drogue comme des responsables des maux de société. Ils ont affirmé que « ce climat a conditionné et limité les perspectives, les stratégies et les tactiques des tenants de la réduction des méfaits, presque partout ». ¹⁵ Dans un contexte hostile à la notion que les droits universels de la personne s'appliquent aussi aux utilisateurs de drogue, une réaction pragmatique aux méfaits immédiats associés aux excès prohibitionnistes consiste à camper le problème dans un langage et des données de santé publique – reconnaissant, bien sûr, qu'en de telles circonstances la nécessité de défendre les droits de la personne l'emporte.

La préoccupation de Hathaway est exprimée avec une emphase libérale traditionnelle sur les droits civils et politiques que les gouvernements ne devraient pas enfreindre. Nadine Ezzard invoque quant à elle la nécessité d'aborder aussi les « vulnérabilités » sous-jacentes, notamment divers facteurs qui « contraignent les choix et limitent le rayon d'action individuel », augmentant par le fait même les risques de méfaits associés à la drogue. ¹⁶ En soi, son incitation à relier la réduction des méfaits et les droits humains met en relief le devoir des gouvernements d'adopter des mesures positives afin d'aborder les droits humains d'ordre économique, social et culturel, dans la réponse à l'usage de drogue.

Comment devrions-nous concevoir la relation entre les droits humains et la réduction des méfaits? Ces concepts sont, ou peuvent être,

liés entre eux d'au moins quatre manières qui sont, ou peuvent être, connexes :

Dans les réactions à l'usage de drogue, les gouvernements doivent adopter des mesures positives afin d'aborder les droits humains d'ordre économique, social et culturel.

- le mouvement de la réduction des méfaits reflète de façon inhérente les principes des droits humains, en insistant sur la dignité de personnes qui sont souvent marginalisées et vulnérables à la violation de droits humains;
- d'un point de vue purement pragmatique, le respect des droits humains est nécessaire à ce que les interventions de réduction des méfaits soient réalisables et efficaces;
- les normes des droits humains incitent à axer sur la réduction des méfaits, plutôt que sur la prohibition, nos politiques en matière d'usage de drogue;
- les tenants de la réduction des méfaits peuvent et devraient faire appel aux normes des droits humains, dans l'argumentation pour une réforme des politiques sur la drogue.

Cette dernière proposition requiert des explications plus poussées : comment s'articule l'argument des droits humains, à l'appui de la réduction des méfaits?

La réduction des méfaits : une approche fondée sur les droits humains, pour les politiques sur la drogue

Une approche fondée sur les principes des droits humains, dans le cadre des politiques sur les drogues, permet – et, de fait, soutient activement – l'application des mesures de réduction des méfaits. À titre d'exemple, examinons brièvement deux sources internationales d'orientations.

Premièrement, les États signataires du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDÉSC) « reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». ¹⁷ De plus, les États sont légalement tenus de prendre des mesures pour progresser graduellement vers le plein exercice de ce droit, notamment « les mesures nécessaires pour assurer ... la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques ... ; [et] la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. » ¹⁸ Le comité onusien chargé de surveiller le respect du PIDÉSC a précisé que les États sont tenus de *respecter, de protéger et de mettre en œuvre ce droit*. ¹⁹ Les États contreviennent à leur obligation de respecter le droit à la santé, s'ils posent toute action ou adoptent des politiques ou des lois « susceptibles de provoquer ... une morbidité inutile et une mortalité qu'il serait possible de prévenir ». ²⁰ Compte tenu du corpus croissant de données, combien de temps attendrons-nous encore qu'une figure ou une instance de stature suffisante à

avoir un impact politique reconnaisse que la prohibition, du moins en tant qu'approche isolée, constitue une violation de l'obligation des États à l'égard du droit à la santé?

Deuxièmement, les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne, qui « ont pour objet d'aider les États à traduire les normes internationales des droits de l'homme en mesures d'application concrètes dans le contexte du VIH/sida », identifient des « mesures pragmatiques à prendre[,] par les gouvernements ... en vue d'assurer la protection des droits de l'homme et d'atteindre les objectifs de santé publique liés au VIH ». ²¹ Ces directives devraient éclairer les politiques sur le contrôle des drogues illicites. Par exemple, on y recommande que « [l]a législation pénale ne doit pas faire obstacle aux mesures prises par les États pour réduire le risque de transmission du VIH entre toxicomanes par voie intraveineuse et pour assurer à ces derniers les soins et le traitement requis par le virus ». ²²

Modifier le régime : stratégies pour réformer les politiques mondiales sur les drogues

Comment pourrait-on réformer le régime mondial du contrôle des drogues afin de prendre un virage résolu pour que la prohibition ne soit plus l'approche dominante?

Il est maintenant largement reconnu que les programmes de traitements substitutifs ainsi que d'échange de seringues sont permis en vertu des traités internationaux sur le contrôle des drogues. Mais d'autres mesures, comme la création de lieux sécuritaires pour l'injection, demeurent contestées et le climat général de prohibition qui découle de

ce régime légal crée un « froid » sur diverses mesures. Par ailleurs, l'exigence de la Convention de 1988 à l'effet que les États criminalisent même la possession pour usage personnel – faisant ainsi des criminels de tous les utilisateurs de drogue – laisse peu de place à l'interprétation.

Même si les États ont une certaine marge de manœuvre interprétative, et s'il faut encore rassembler la volonté politique au palier domestique pour aller de l'avant avec des initiatives de réduction des méfaits, la largeur de l'« espace politique » qu'ils peuvent ouvrir est limitée par l'environnement politique plus général. L'inertie structurelle de la CSNU, les contradictions internes de l'ODCNU ainsi que l'opposition idéologique de l'OICS ne forment pas un cadre global que l'on peut qualifier d'habilitant. Ajoutons à cette base la puissante influence de pays voués à l'agenda prohibitionniste, notamment les États-Unis, et il est évident qu'il s'agit d'un dossier politique autant que juridique. Comme l'a observé Robin Room, « l'impact du système réside plutôt dans l'application des traités et dans la politique internationale qui l'entoure ». Room décrit « un contexte international où les États sont réticents à se distancier d'une orthodoxie dominante qui décrit le contrôle de la drogue en termes de guerre ».²³

Des « failles dans le consensus » semblent toutefois commencer à se manifester.²⁴ Un nombre croissant de pays s'écartent de la criminalisation en tant qu'approche dominante à l'égard de l'usage de drogue, ou du moins ils en réduisent la prépondérance. Le prochain débat de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les politiques mondiales en matière de drogue est prévu en 2008;

les prochaines années offrent donc une occasion propice à la poursuite de stratégies pour une réforme du régime actuel. Quelles sont les options?

En général, les chances de parvenir à l'adoption d'*amendements* aux conventions actuelles sont pour le moins minces, vu l'exigence d'un consensus. Le projet à long terme d'adopter une *nouvelle convention* sur la réduction des méfaits se heurte

Un nombre croissant de pays s'écartent de la criminalisation en tant qu'approche dominante à l'égard de l'usage de drogue.

à la même embûche. Le processus pourrait faire évoluer graduellement la conscientisation politique, mais ces avenues ne conviennent pas à l'urgence des crises sanitaires actuelles.

En théorie, on pourrait convaincre certains États de *dénoncer* une ou plusieurs conventions (i.e. de s'en retirer), mais cela est peu probable. Hormis des considérations politiques domestiques, tout État qui agirait ainsi serait décrié comme un paria, un « narco-État », et il « devrait s'attendre à de vives critiques de la part des États-Unis et des Nations Unies ainsi qu'à la menace ou à l'application de certaines sanctions états-unies ».²⁵

Une approche plus réaliste consisterait à promouvoir une stratégie de *retrait collectif* : une masse critique d'États concertés qui décrèteraient conjointement, dans un document

déposé devant les instances onusiennes pertinentes, leur interprétation à l'effet que des mesures de réduction des méfaits sont permises en vertu des conventions – en identifiant, au besoin, les aspects des conventions dont ils se retirent et en proposant des éléments de réforme. Cela procurerait une certaine sécurité, en raison du nombre de signataires, et offrirait encore plus de chances de réussite si cette éventuelle « coalition des décidés » incluait des pays industrialisés et des pays en développement.

Une telle initiative est peu probable sans un plaidoyer coordonné et transnational, de la part des organismes de la société civile. Un travail de fond, pour fournir un appui documenté, serait également souhaitable de la part des instances onusiennes pertinentes.²⁶ Par exemple :

- Les conseils de direction de l'ONUSIDA et de l'OMS pourraient adopter des politiques incitant les États à mettre en œuvre les mesures de réduction des méfaits.
- Les six comités onusiens sur les droits de la personne, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme et les rapporteurs spéciaux pourraient intégrer dans leur travail les enjeux relatifs aux conséquences de la « guerre aux drogues » sur les droits humains ainsi qu'aux conséquences positives des mesures de réduction des méfaits.
- Des résolutions pourraient être proposées à la Commission des droits de l'homme de l'ONU et à l'Assemblée mondiale de la santé, affirmant les droits humains des utilisateurs de drogue et reconnaissant le droit

des États souverains de mettre en œuvre les mesures de réduction des méfaits.

- Des agences de l'ONU pourraient déposer un rapport conjoint à la Commission des stupéfiants des Nations Unies, pour son « débat thématique » lors de sa session de 2005, signalant leur ferme appui aux mesures de réduction des méfaits, pour des motifs de santé publique et de droits humains.
- Les militants de la société civile pourraient intervenir directement ou indirectement, dans ces diverses démarches, au moyen de données, de témoignages, d'arguments et de documentation, afin de démontrer la nécessité et le bien-fondé d'adopter un cadre pour les politiques en matière de drogues qui soit plus rationnel et mieux harmonisé aux droits de la personne.

Conclusion

Toutes les personnes qui constatent les ravages humains et économiques résultant de la « guerre aux drogues » doivent se préoccuper du régime mondial de contrôle de la drogue. Les activistes doivent revendiquer une approche plus propice à la santé, dans l'interprétation et l'application des traités sur le contrôle de la drogue, et élaborer des stratégies pour la réforme de ces traités. Le mouvement de la réduction des méfaits et celui des droits de la personne ont d'importantes affinités; la mission de chacun pourrait bénéficier d'une exploration plus approfondie de cette relation. La collaboration ne pourra qu'accroître nos chances de

saisir avec succès les occasions qui se présenteront, pour parvenir à un « changement de régime ».

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche juridique au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à relliott@aidslaw.ca. Cet article est basé sur un document qu'il a coécrit avec Thomas Kerr, Joanne Csete et Evan Wood, avec l'aide à la recherche de Debbie Mankowitz, et qui est accessible en anglais sur le site Internet du Réseau juridique (voir note 1, ci-dessous).

¹ Le document intitulé « Regime Change?: Drug Control, Human Rights and Harm Reduction in the Age of AIDS » est accessible sur le site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) dans la section consacrée aux lois et politiques en matière de drogue. Dans le présent abrégé, la majeure partie des références est omise; le document intégral est assorti de notes détaillées et d'une bibliographie.

² *To serve and protect: A report on policing in Vancouver's Downtown Eastside*, Vancouver, Pivot Legal Society, 2003; *Abusing the user: police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver*, New York, Human Rights Watch, mai 2003.

³ *Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights in Thailand*, New York, Human Rights Watch, 2004.

⁴ *Fanning the Flames: How Human Rights Abuses are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan*, New York, Human Rights Watch, 2003; B. Adams, J. Csete, *Locked doors: The human rights of people living with AIDS in China*, New York, Human Rights Watch, 2003.

⁵ E. Drucker, « Drug prohibition and public health: 25 years of evidence », *Public Health Reports*, 1999, 114(1) : 14-29.

⁶ *What is harm reduction?*, New York, International Harm Reduction Development Program, 2004.

⁷ Pour des détails sur les bienfaits de chacune de ces interventions, consulter le document intégral, *supra*, note 1.

⁸ Voir, p. ex., *WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, Genève, 2004.

⁹ ODCNU, *Rapport mondial sur les drogues 2004*, Vienne, 25 juin 2004.

¹⁰ D. Bewley-Taylor, *Emerging policy contradictions between the UNODC "universe" and the core values*

and mission of the UN, document préparé pour l'International Symposium on Global Drug Policy de 2003, à Lisbonne (23-26 octobre 2003), (www.senlisocouncil.net/documents/Taylor_paper).

¹¹ OICS, « Les salles d'injection sont contraires aux conventions internationales », 23 février 2000; *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999*, E/INCB/1999/1, paragr. 176-7.

¹² N. Dorn, A. Jamieson, *Room for Manoeuvre: Overview of Comparative Legal Research Into National Drug Laws of France, Germany, Italy, Spain, the Netherlands and Sweden and Their Relation to Three International Drugs Conventions*, étude réalisée par DrugScope pour l'enquête indépendante britannique sur *The Misuse of Drugs Act 1971*, mars 2000.

¹³ A. Wodak, « Health, HIV Infection, Human Rights, and Injecting Drug Use », *Health & Human Rights: An International Journal*, 2(4) : 24-41, aux p. 38-39.

¹⁴ A.D. Hathaway, « Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested drug reform strategy », *International Journal of Drug Policy*, 2001, 12 : 125-37, à la p. 125.

¹⁵ S.R. Friedman et coll., « Harm reduction – a historical view from the left », *International Journal of Drug Policy*, 2001, 12 : 3-14.

¹⁶ N. Ezzard, « Public health, human rights and the harm reduction paradigm: from risk reduction to vulnerability reduction », *International Journal of Drug Policy*, 2001, 12 : 207-219, à la p. 213.

¹⁷ PIDÉSC, article 12.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Comité [onusien] des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale 14, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, UN Doc E/C.12/2000/4 (2000).

²⁰ *Ibid.*, paragr. 50.

²¹ *Le VIH/sida et les droits de l'homme : directives internationales*, Genève, ONUSIDA et HCNUDH, 1998, paragr. 10.

²² *Ibid.*, Directive 4 (« Législation pénale et régime pénitentiaire »), paragr. 29(d).

²³ R. Room, *Impact and implications of the international drug control treaties on IDU and HIV/AIDS prevention and policy*, document préparé pour le 2nd International Policy Dialogue on HIV/AIDS, Varsovie, Pologne, 12-14 novembre 2003.

²⁴ M. Jelsma et P. Metaal, « Cracks in the Vienna Consensus: The UN Drug Control Debate », *Drug War : A WOLA Briefing Series*, janvier 2004, Washington (D.C.), Washington Office on Latin America, 2004.

²⁵ R. Bewley-Taylor, « Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities », *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14 : 171, aux p. 176-177.

²⁶ Pour une discussion plus étoffée sur cette proposition, voir D. Spivack, *Conclusions from Workshop III: International cooperation on drug policy, forming part of the 2002 Lisbon International Symposium on Drug Policy*, 23-26 octobre 2003 (http://www.senlisocouncil.net/documents/Spivack_paper).