

Réseau juridique canadien VIH/sida

# REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 15, NUMÉRO 2, AVRIL 2011

## **Analyse des lois et politiques sur la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, pour les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées en Asie centrale et en Azerbaïdjan**

En janvier 2011, le Bureau régional d'Asie centrale de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont publié un rapport exhaustif qui évalue le cadre législatif et réglementaire de la réponse au VIH dans six pays du Commonwealth des États indépendants. Fondé en partie sur le travail de groupes d'experts nationaux dans chaque pays examiné, le rapport formule des dizaines de recommandations de réforme des lois et politiques, notamment des réformes spécifiques à la situation dans chaque pays examiné, avec un point de mire particulier sur la réponse à l'épidémie du VIH à croissance rapide en lien avec l'injection de drogue et dans les prisons.

Le texte complet du rapport — intitulé *Accessibility of HIV Prevention, Treatment and Care Services for People who Use Drugs and Incarcerated People in Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan,*

*voir page 5*

### **Dans ce numéro**

Vers la mise en place de sites d'injection supervisée au Québec	17
La production de médicaments anti-VIH génériques est menacée par un accord de libre échange UE-Inde	25
Afrique — Vulnérabilité pour les minorités sexuelles	28
Portugal — Une étude démontre que la décriminalisation de la drogue a un effet positif	31
Ontario — Des dispositions du Code criminel relatives à la prostitution sont invalidées	34
Chine — Un candidat séropositif perd sa poursuite contre un conseil scolaire pour discrimination	53
Un homme roumain qui a contracté la TB en prison l'emporte devant la Cour européenne	57



Canadian  
HIV/AIDS  
Legal  
Network

Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida



Cette publication a été  
financée en partie par  
l'Agence de la santé  
publique du Canada.

# Analyse des lois et politiques sur la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, pour les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées en Asie centrale et en Azerbaïdjan

de la page 1

**Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan: Legislative and Policy Analysis and Recommendations for Reform** — est accessible en anglais et en russe via [www.unodc.org/centralasia](http://www.unodc.org/centralasia) ou [www.aidslaw.ca/centralasia](http://www.aidslaw.ca/centralasia). Le présent article, qui résume les observations et recommandations clés du rapport, a été préparé par David Cozac et Richard Elliott.<sup>1</sup>

## Introduction

Depuis quelques années, l'épidémie du VIH dans la région de l'Eurasie croît plus rapidement que partout ailleurs au monde, les pratiques d'injection de drogue non sécuritaires étant un important catalyseur. Depuis dix ans, la région composée de pays de l'ex-URSS a connu la plus forte augmentation au monde, dans la prévalence de l'usage de drogue.<sup>1</sup>

Les six pays qui font l'objet du présent examen des politiques — l'Azerbaïdjan, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Tadjikistan, le Turkménistan et l'Ouzbékistan — diffèrent sur le plan de la prévalence du VIH et de l'ampleur de leur ripos-

te au VIH/sida, mais ont beaucoup en commun. Tous sont aux prises avec des épidémies concentrées de VIH, alimentées principalement par des pratiques d'injection de drogue non sécuritaires et présentant un potentiel considérable de propagation rapide du VIH.<sup>2</sup> Le VIH en prison est une autre importante préoccupation; vu la criminalisation à grande échelle des personnes qui font usage de drogue, cet enjeu est étroitement lié à l'injection de drogue dans les prisons et à l'extérieur.

En plus, la région est aux prises avec la tuberculose (TB), un problème de santé publique sérieux qui contribue grandement aux décès de personnes dont le système immunitaire est compromis par le VIH. La prévalence de la TB est particulièrement élevée parmi les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes incarcérées.<sup>3</sup>

Alors que les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes incarcérées sont durement frappées par le VIH, elles ont peu d'accès à des services de prévention du VIH et de traitement. Selon des agences de l'ONU, « [d]ans la plupart des pays

d'Europe orientale et d'Asie centrale, où la consommation de drogues injectables représente plus de 80 % des infections par le VIH, les programmes d'échange de seringues et d'aiguilles n'atteignent régulièrement que 10 % à peine du nombre estimé de personnes qui s'injectent des drogues. »<sup>4</sup> Des interventions comme l'échange de seringues et le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) (i.e., des médicaments comme la méthadone et la buprénorphine) sont largement reconnues à l'échelle internationale comme des éléments essentiels d'une réponse efficace au VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes incarcérées. Pourtant, l'accès général à ces services demeure extrêmement limité pour ces populations dans les six pays examinés, en partie en raison d'obstacles juridiques et sociaux.

## La nécessité de lois et de politiques fondées sur les droits humains

L'examen mené par l'ONUSIDA, le Réseau juridique et des experts nationaux a révélé plusieurs enjeux communs, dans les lois et politiques

<sup>1</sup> L'ONUSIDA et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont fait tout en leur possible pour vérifier l'exactitude des informations fournies dans le rapport (et résumées ici), en date de décembre 2009. Toutefois, les progrès continus de la réforme des lois et politiques, résultant en partie de ce projet, font en sorte que des changements sont survenus depuis; nous en signalons certains ici.

examinées – et plusieurs manières par lesquelles des réformes fondées sur des données et sur les normes des droits humains pourraient contribuer significativement à une réponse plus efficace au VIH.

**Des lois nationales désuètes font obstacle à des approches de prévention du VIH fondées sur des données, parmi les groupes vulnérables comme les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées.**

Presque partout dans le monde, et dans les pays examinés, les personnes qui font usage de drogues illégales et les personnes incarcérées sont souvent parmi les groupes les plus marginalisés et les plus stigmatisés de la société. Vu les pénalités administratives et criminelles liées à l'usage de drogue et à la possession même de très petites quantités de drogue pour un usage personnel, les personnes qui font usage de drogue ont un risque élevé d'être incarcérées. Elles sont vulnérables à des pratiques abusives d'application de la loi, à des taux élevés d'incarcération et au refus de services de santé (en prison et à l'extérieur).<sup>5</sup> En prison, les détenus ont un risque accru d'infection par le VIH, en raison du partage de matériel d'injection de drogue et de tatouage ainsi que de rapports sexuels non protégés, consensuels et non consen-

suels. Les conditions dans les prisons et dans les centres de détention provisoire (notamment le surpeuplement) sont piètres et exacerbent les préjudices à la santé individuelle et à la santé publique (comme la prévalence élevée de la TB).

La prévention du VIH n'est pas intégrée dans les systèmes nationaux de soins de santé (y compris en prison), ce qui signifie que les professionnels de la santé sont souvent peu familiers avec les méthodes efficaces et scientifiques de prévention et de traitement du VIH et d'autres maladies concomitantes, pour les groupes vulnérables. Les services aux populations vulnérables sont fragmentés, non coordonnés et régis par des règles et schémas de référence imprécis. Il existe peu ou pas de normes officielles pour la provision de services de réduction des méfaits. De plus, certaines lois nationales désuètes font obstacle à des approches de prévention du VIH fondées sur des données (en particulier des mesures de réduction des méfaits) parmi les groupes vulnérables et compliquent les relations entre les services à accès facilité et les instances d'application de la loi. Ces obstacles structurels, juridiques et sociaux ont pour conséquence que des centaines de milliers de personnes qui font usage de drogue et/ou incarcérées ont un accès limité ou nul à des services de prévention et de soins de santé en raison d'obstacles structurels, juridiques et sociaux.

Toutefois, des lois et règlements clairs et adéquats, pour élargir l'accès à des services de bonne qualité, pourraient contribuer à mettre à l'échelle des mesures de prévention et de traitement du VIH fondées sur des données.

Il est largement reconnu que les ripostes au VIH/sida sont beaucoup

plus efficaces lorsque les droits humains sont protégés, en particulier ceux des plus vulnérables à l'infection.

Des pactes internationaux sur les droits humains obligent les États signataires à respecter, à protéger et à réaliser divers droits humains, notamment dans et par leurs lois et politiques nationales. Cela inclut l'obligation d'adopter des mesures positives pour réaliser, au fil du temps, le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint par tous<sup>6</sup> — y compris les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées. Ces pays se sont aussi engagés à respecter et à protéger plusieurs droits civils et politiques étroitement liés à une réponse efficace au VIH, notamment les droits à la vie, à la sécurité de la personne et à la vie privée, à la liberté d'expression et d'association, et à recevoir et fournir de l'information.<sup>7</sup> De plus, à la base même du corpus du droit international des droits de la personne, le principe fondamental de la non-discrimination est particulièrement pertinent aux personnes vivant avec le VIH et à des groupes comme les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées, dont la marginalisation et l'exclusion (outre la discrimination autorisée par la loi) contribuent à leur vulnérabilité au VIH et à leur piètre accès à des services de santé et autres.

## **Aperçu des pays examinés**

### **Usage de drogue et comportements à risque connexes**

Selon l'ONU, la région de l'Asie centrale a connu une hausse marquée de l'usage de drogue, y compris de l'injection d'opioïdes.<sup>8</sup> Les antécédents

d'usage de drogue sont fréquents, parmi les personnes incarcérées, de même que l'injection de drogue en prison. Le partage de seringues est pratique courante : plusieurs détenus ont déclaré prêter, louer ou vendre leurs seringues usagées.<sup>9</sup> Le tatouage en prison est aussi répandu : selon les entrevues réalisées dans trois pays (Kirghizistan, Tadjikistan et Ouzbékistan), environ 17 % des détenus dans chaque pays s'étaient fait tatouer en prison, la plupart avec des aiguilles usagées.<sup>10</sup>

### Épidémie de VIH

Jusqu'en 1994, peu de cas de VIH avaient été recensés dans les pays de la région.<sup>11</sup> Aujourd'hui, le VIH s'y propage plus rapidement que partout ailleurs. Alors qu'il n'y avait que 50 cas de VIH en 1996, on en comptait 8 078 en 2004;<sup>12</sup> la prévalence du VIH a bondi de 1 600 % entre 2002 et 2004.<sup>13</sup> Les six pays examinés sont aux prises avec des épidémies de VIH concentrées parmi les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels, les travailleuses et travailleurs sexuels et, dans une moindre mesure (quoique probablement sous-déclarée), les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.<sup>14</sup>

Le plus important catalyseur de l'épidémie régionale est l'injection de drogue non sécuritaire, répandue parmi les utilisateurs de drogue.<sup>15</sup> Selon des données du PNUD, la sensibilisation au risque d'infection par le partage de seringues et d'autres instruments d'injection est limitée, à la fois parmi les personnes qui font usage de drogue et le grand public. Plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH en Ouzbékistan sont utilisatrices de drogue par injection. Dans plusieurs régions de

l'Azerbaïdjan, du Kazakhstan, du Kirghizistan et de l'Ouzbékistan, environ 30-40 % des personnes qui font usage de drogue par injection ont le VIH.<sup>16</sup>

### Systèmes et services de soins de santé

Dans chaque pays, la Constitution garantit des services de santé gratuits dans une certaine mesure, mais il y a un écart considérable entre les garanties juridiques et la réalité.<sup>17</sup> Des groupes d'experts nationaux ont signalé que les personnes qui reçoivent des soins médicaux doivent souvent payer pour des éléments comme des fournitures médicales, des repas, de la literie ou une admission rapide à l'hôpital.

Les six pays examinés sont aux prises avec des épidémies de VIH concentrées parmi les personnes qui s'injectent des drogues.

Des soins de santé gratuits sont offerts dans des établissements médicaux de district, sur présentation d'une preuve de résidence (i.e., inscription à une adresse donnée). Ce système peut être problématique pour les personnes qui n'ont pas de certificat de résidence, en particulier les sans-abri et les migrants. Sans ce document, les services de santé sont fournis uniquement sur la base d'un

paiement à l'acte (à l'exception des soins d'urgence).

### Prévention et traitement du VIH

Tous les pays examinés sont dotés de centres spécialisés en prévention et traitement du VIH, créés au début des années 1990. L'approche semblait progressiste à l'époque, mais on doute aujourd'hui de son efficacité. Une préoccupation concerne le fait que l'isolement du VIH du reste du système public de soins de santé empêche l'intégration des services liés au VIH dans les initiatives de prévention et de traitement de la TB, de la dépendance à la drogue et de l'hépatite virale.

Dans chaque pays examiné, des lois sur la santé publique régissent les interactions dans le domaine des soins de la santé, y compris le droit à des services de santé gratuits. Ces lois définissent des concepts comme les « maladies menaçant la santé d'autrui » et les « maladies socialement significatives » (sauf au Kirghizistan, où l'on adopte annuellement un « Programme de garanties de l'État » qui détermine l'admissibilité à certains services de santé primaire gratuits). L'infection à VIH et la dépendance à la drogue sont inclus dans cette couverture, dans les six pays examinés, quoique dans certaines circonstances, des traitements ne sont que partiellement couverts.

Tous les pays examinés ont adopté vers le milieu des années 1990 des lois spécifiques au VIH/sida, généralement inspirées de la loi de 1990 de l'URSS. Ces lois régissent les droits et les responsabilités des individus relativement à l'infection à VIH et au sida, de même que le mandat, les obligations et les privilèges des travailleurs de la santé et des instances du domaine du VIH. Toutes les lois

comportent des dispositions anti-discrimination et sur la confidentialité des renseignements médicaux. On recense toutefois quelques cas de poursuites en justice pour violation de ces dispositions — par exemple, par des travailleurs de la santé ayant divulgué le diagnostic confidentiel d'un patient séropositif.<sup>18</sup>

Bien que tous les pays aient mis en œuvre des services de counselling et de test volontaires du VIH, ceux-ci — de même qu'une exigence claire de consentement éclairé au test — ne sont souvent pas mentionnés officiellement dans la loi ni requis par celle-ci. De plus, à l'exception du Kirghizistan, les lois nationales sur le VIH des pays participants et/ou leur règlement d'accompagnement renferment des dispositions très larges sur le test non volontaire du VIH pour certaines catégories d'individus.

### **Traitement de la dépendance à la drogue**

Dans les six pays examinés, le traitement de la dépendance à la drogue est fourni dans des hôpitaux spécialisés en toxicomanie ou dans des centres de toxicomanie d'hôpitaux généraux.

Toutefois, dans le sillage du système de l'ère soviétique, le traitement de la toxicomanie est généralement basé sur la désintoxication avec un recours limité à des méthodes de réadaptation et de psychologie. D'autres approches tardent à être intégrées, encore aujourd'hui; cela inclut le traitement de substitution aux opioïdes par des médicaments comme la méthadone et la buprénorphine.<sup>19</sup>

Au moment de la publication du rapport de l'ONUSIDA et du Réseau juridique, en dépit de données convaincantes recueillies sur plusieurs décennies dans d'autres ressorts, et d'un appui des agences

techniques spécialisées de l'ONU, le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) n'était offert que dans trois des six pays examinés (Azerbaïdjan, Kirghizistan, Kazakhstan) et sa couverture y était très limitée. Le Kirghizistan a été le premier pays à mettre en œuvre le TSO, en 2002. Au Tadjikistan, des dirigeants gouvernementaux ont affirmé que des projets pilotes de TSO étaient prévus sous peu. En Ouzbékistan, le TSO était disponible depuis 2004, jusqu'à ce que le gouvernement interrompe les projets en 2009. Le TSO n'est toujours pas disponible au Turkménistan.

### **Programmes de réduction des méfaits**

Le Kirghizistan a été le premier pays de la région à amorcer des programmes de réduction des méfaits : l'échange de seringues, à Bishkek et Osh, en 1999.<sup>20</sup> Au moment d'aller sous presse, il existait des programmes d'échange de seringues dans cinq des six pays examinés, le Turkménistan étant l'exception.

Toutefois, aucune de ces interventions n'est enchâssée dans la loi. Dans les stratégies nationales antidrogue des pays examinés, l'ampleur et la portée des dispositions sur la prévention du VIH en lien avec l'usage de drogue varient, mais on n'y définit pas le statut juridique des programmes de prévention du VIH pour utilisateurs de drogue. Cela place souvent les programmes existants en situation précaire, vu l'emphase marquée sur les approches punitives et coercitives à l'égard de la drogue et des personnes qui en font usage (y compris à cause d'une dépendance à la drogue).

### **Systèmes carcéraux**

En prison, les services de santé sont fournis par le département des soins

de santé du ministère responsable du système carcéral, plutôt que par le ministère de la Santé. En vertu de la loi dans chaque pays, les détenus vivant avec le VIH ont droit au traitement antirétroviral (TAR). Toutefois, des entrevues réalisées par les groupes d'experts nationaux ont révélé que les services de santé carcéraux ne sont pas équivalents à ceux de la communauté.

En 2008, il y avait environ 135 000 personnes incarcérées dans les pays examinés; de celles-ci, une proportion importante purgeait une peine pour des infractions liées à la drogue.<sup>21</sup> Dans la plupart des pays examinés, les autorités carcérales ont reconnu la réalité de l'activité sexuelle et de l'usage de drogue dans les prisons et les centres de détention provisoire, et mis en œuvre des interventions de prévention du VIH, quoique incomplètes. (Des rapports officiels du Turkménistan affirment qu'il n'y a aucun cas d'infection à VIH ni d'usage de drogue dans ses prisons.)

Selon les groupes d'experts nationaux, des informations éducatives sur la prévention du VIH sont distribuées dans les prisons de tous les pays examinés. Des condoms sont fournis aux personnes incarcérées dans seulement trois pays (Kazakhstan, Kirghizistan et Tadjikistan). Dans les trois autres pays, des condoms sont fournis seulement dans les salles de visites conjugales.

En 2000, le Kirghizistan a été un des premiers pays du Commonwealth des États indépendants à introduire des programmes d'échange de seringues en prison — dont l'importance et l'efficacité sont de plus en plus documentées et reconnues internationalement, par un nombre croissant de pays, en tant qu'éléments

d'une réponse complète au VIH en prison.<sup>22</sup> Dans trois des pays examinés (Kazakhstan, Kirghizistan et Tadjikistan), les détenus ont accès à du désinfectant; cette mesure, quoique importante, n'est pas considérée comme un remplacement satisfaisant au matériel stérile pour l'injection de drogue et le tatouage.<sup>23</sup> (En février 2010, le Tadjikistan a annoncé qu'il allait mettre à l'essai des programmes d'échange de seringues en prison et amorcer des séances éducatives pour les employés carcéraux et les détenus.<sup>24</sup>)

Dans tous les pays examinés, la loi autorise aussi le traitement obligatoire de la dépendance à la drogue en prison, mais la mise en œuvre varie. Entre-temps, le traitement volontaire de la dépendance à la drogue n'est pas toujours accessible aux patients qui en ont besoin. En août 2008, des projets pilotes de TSO (à la méthadone) étaient en cours dans des prisons du Kirghizistan, mais aucun autre pays examiné n'offrait l'accès au TSO en prison.

### **Situation des droits humains : VIH, usage de drogue et prison**

Dans tous les pays examinés, les lois et politiques sur la drogue punissent sévèrement les personnes qui font usage de drogue. Un corpus de preuves démontre que ces politiques contribuent à la marginalisation et à la stigmatisation des personnes qui font usage de drogue, nuisant aux services de prévention du VIH qui leur sont destinés et limitant leur accès aux soins, aux traitements et au soutien pour le VIH, la dépendance à la drogue et d'autres problèmes de santé. Par conséquent, ces politiques sont contraires aux obligations des États en matière de droits humains et de pratiques exemplaires de santé

publique.<sup>25</sup> Par exemple, les personnes qui font usage de drogue sont des cibles faciles d'arrestation, dans l'application de lois sévères sur l'usage et la possession de drogue : lors d'une étude menée au Kazakhstan, 80 % des utilisateurs de drogue par injection interviewés par Human Rights Watch ont déclaré qu'ils avaient déjà purgé une peine d'emprisonnement; et plusieurs en étaient à leur quatrième ou cinquième peine pour possession de drogue ou vol qualifié.<sup>26</sup> Selon le même rapport, une fois arrêtées, les personnes détenues sont sujettes à l'extorsion, à des menaces et à la maltraitance physique; plusieurs sont poussées par des agents de police à acquiescer à de faux chefs d'accusation, par des techniques d'interrogation coercitives ou en échange de drogue.

Dans tous les pays examinés, les lois et politiques sur la drogue punissent sévèrement les utilisateurs de drogue.

Des cas de harcèlement et d'abus systémiques à l'endroit d'utilisateurs de drogue, et de torture de détenus par des autorités policières, ont été rapportés. À la lumière d'entrevues auprès d'utilisateurs de drogue au Kazakhstan, Human Rights Watch a fait état de cas d'arrestation arbitraire, de maltraitance verbale et physique, d'abus physique allant parfois jusqu'à la torture, d'extorsion, de fabrication

de preuves contre des personnes qui font usage de drogue ou des travailleuses et travailleurs sexuels, de rapports sexuels coercitifs et de confessions forcées.<sup>27</sup> Une fois incarcérés, plusieurs détenus dépendants d'opioïdes sont forcés à un sevrage brusque, ce qui peut nuire à leur capacité de faire des choix éclairés et accroître leur risque de succomber à des pressions policières.<sup>28</sup> De plus, les pratiques policières et la peur d'arrestation et de poursuite contribuent à des pratiques d'injection de drogue très risquées et découragent des personnes qui font usage de drogue de recourir à des services de réduction des méfaits, d'information sur le VIH et de traitement.<sup>29</sup>

Des autorités gouvernementales de la santé et des intervenants en réduction des méfaits craignent que le manque de compréhension des agents d'application de la loi, le manque de formation et d'éducation sur le VIH/sida parmi les forces policières et l'attitude fortement ancrée de répression à l'égard des utilisateurs de drogue contribuent à ce que des fournisseurs de services de réduction des méfaits soient la cible de discrimination et de harcèlement policiers. Par exemple, selon un dirigeant gouvernemental du Kazakhstan, les forces policières ont fait des usagers de sites d'échange de seringues une cible de surveillance et d'arrestation.<sup>30</sup> La même étude a signalé des cas d'intervenants qui ont été détenus pour avoir transporté des boîtes contenant des seringues vides; et, dans deux villes, des témoins ont déclaré que la police surveillait régulièrement les pharmacies afin d'identifier les clients qui achètent du matériel de désinfection ou des seringues.<sup>31</sup> Tout au long du projet, des groupes d'experts nationaux

ont évoqué la préoccupation que les pratiques politiques dissuadent des personnes qui font usage de drogue de demander des services de santé. Par exemple, dans plusieurs villes du Kazakhstan, on a noté que des personnes qui font usage de drogue sont réticentes à fréquenter des « lieux fiables » (établissements gouvernementaux qui fournissent des services comme l'échange de seringues), par peur d'être identifiées comme utilisateurs de drogue et ciblées encore plus par la police.

Les groupes d'experts nationaux des six pays ont aussi signalé que l'efficacité actuelle du traitement de la dépendance à la drogue est faible. La majorité des patients recommandent à utiliser des drogues dès la fin du traitement, pour lequel ils doivent souvent payer, même si la loi stipule qu'il devrait être gratuit.<sup>32</sup>

Les conditions d'incarcération sont difficiles et mettent la vie en danger. Les prisons sont généralement surpeuplées et insalubres; et la maladie, en particulier la propagation de la TB, y est un grave problème. Par exemple, au Tadjikistan, des dirigeants gouvernementaux ont signalé que 36 détenus sont décédés de la tuberculose ou de maladies liées au sida en 2007.<sup>33</sup> Selon les observations du Comité de l'ONU contre la torture (CCT), il y aurait dans ce pays des pratiques répandues de torture et de maltraitance par les autorités policières et les enquêteurs, en particulier pour obtenir des confessions en vue de poursuites criminelles.<sup>34</sup> On signale aussi des cas de détenus qui se verraient refuser ou entraver l'accès à un avocat, à des membres de leur famille ou à une expertise médicale indépendante. En Azerbaïdjan, Human Rights Watch a documenté des cas de torture, notamment par chocs électriques,

ruées de coups et menaces de viol, et d'autres incidents de torture dans des postes de police et des prisons du pays.<sup>35</sup> La corruption est répandue et les détenus doivent payer les gardiens de prison pour obtenir des privilèges, voire des soins de santé.<sup>36</sup>

### Enjeux de droit administratif et pénal

Dans chacun des six pays, le droit et son application sont d'une approche principalement punitive à l'égard des personnes qui font usage de drogue, et la réponse nationale à la drogue accorde un rôle prépondérant aux agences d'application de la loi plutôt qu'au secteur de la santé. Cette approche, qui tend à ignorer les méthodes fondées sur des données, en matière de prévention du VIH et de traitement ainsi que les normes internationales de traitement de la dépendance à la drogue, va souvent à l'encontre des intérêts de la santé publique.

Chaque pays impose des interdictions administratives et pénales relativement à la drogue. On observe des différences entre pays, dans la définition des petites ou grandes (ou même « très grandes ») quantités de drogue et dans les peines administratives et criminelles associées à celles-ci. Par exemple, au moment d'écrire ces lignes, l'Ouzbékistan et le Kazakhstan imposaient des limites plus strictes et des peines plus sévères, alors que le Tadjikistan adoptait une approche légèrement plus libérale.<sup>37</sup> Dans tous les cas, toutefois, les quantités dont la possession est illégale sont relativement petites, si l'on considère objectivement les habitudes de consommation des personnes ayant une dépendance à la drogue — et, dans certains cas, même des quantités minimales ont de lourdes conséquences juridiques.

La législation nationale des pays examinés établit généralement une distinction entre les personnes qui font usage de drogue et les personnes qui font le trafic de drogue, par les notions de possession « à des fins de vente » et « non pour vente ». L'Azerbaïdjan est le seul pays dont la loi mentionne explicitement la notion de possession « à des fins d'usage personnel ».<sup>38</sup> L'usage de drogue proprement dit est formellement interdit dans plusieurs pays, mais n'est pas toujours pénalisé (i.e., matière à peine spécifique en vertu du code administratif ou pénal).<sup>39</sup>

La réponse nationale à la drogue accorde un rôle prépondérant aux agences d'application de la loi plutôt qu'au secteur de la santé.

Des dispositions de test non volontaire de dépistage des drogues illicites par les autorités de l'application de la loi sont communes aux six pays. Dans plusieurs cas, la loi stipule qu'un simple soupçon d'usage de drogue suffit à ce que les autorités de l'application de la loi aient le pouvoir légal d'arrêter une personne et d'exiger un dépistage de drogue.<sup>40</sup> Dans certains cas, le fait d'éviter un examen médical, y compris un test de drogue et un traitement si des « données suffisantes » démontrent l'usage de drogue, constitue une infraction administrative.<sup>41</sup>

De plus, d'autres éléments du droit pénal ou administratif peuvent entraver la réponse efficace au VIH parmi des groupes vulnérables autres que les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées. Par exemple, l'Ouzbékistan et le Turkménistan criminalisent encore les rapports sexuels consensuels entre hommes.<sup>42</sup> Tous les pays examinés sauf le Kirghizistan maintiennent des dispositions qui imposent une responsabilité administrative et criminelle aux travailleuses et travailleurs sexuels. Les codes criminels des six pays contiennent des dispositions spécifiques à l'exposition au VIH ou à sa transmission. Ces approches sont contraires aux normes internationales des droits de la personne et/ou aux recommandations de politiques internationales.

### Lois relatives aux systèmes et services de soins de santé

Dans chaque pays examiné, les soins de santé sont garantis par l'État. En vertu de la loi, ils sont fournis gratuitement sur preuve du lieu de résidence permanente. Toutefois, dans les six pays, les personnes qui font usage de drogue ont un accès limité aux soins de santé et à la prévention du VIH. Les services de réduction des méfaits sont rares, marginalisés et non intégrés dans les lois et politiques gouvernementales.

De façon générale, dans les six pays, le traitement de la dépendance à la drogue est axé sur l'abstinence complète et consiste principalement en une désintoxication et en certaines interventions psychosociales non uniformisées; l'accès à d'autres méthodes et options de traitement recommandées par des organismes internationaux est limité, voire nul.

Selon des clients interviewés par des groupes d'experts nationaux, le système est peu efficace; et l'information colligée révèle qu'il n'est pas bien évalué de manière officielle. Bien que le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) soit de plus en plus accessible dans le monde, il ne l'est pas encore dans deux des pays examinés (Tadjikistan et Turkménistan); un projet pilote a été annulé en Ouzbékistan en 2009; et la couverture du service est faible dans les trois autres pays (Azerbaïdjan, Kazakhstan et Kirghizistan).

Il existe une forme de traitement obligatoire de la dépendance à la drogue dans les six pays, à la fois dans la communauté et en prison. La loi prescrit généralement le traitement obligatoire des personnes ayant une dépendance à l'alcool ou à la drogue qui refusent de suivre un traitement « volontaire » et dont le comportement dérange l'ordre public ou menace le bien-être d'autrui. Dans tous les pays examinés, des centres de toxicomanie relevant du ministère de la Santé fournissent un traitement obligatoire aux personnes non contrevenantes ayant une dépendance à la drogue. Le Turkménistan a aussi un « camp de travail et de traitement » (*лечебно-трудовой профилакторий*) dirigé par le ministère de l'Intérieur.

Le traitement obligatoire de la dépendance à la drogue pour les non-contrevenants varie selon les pays. Au Tadjikistan, en Azerbaïdjan et au Kirghizistan, l'obligation de traitement est peu appliquée, ou pas du tout, dans la pratique; alors qu'au Kazakhstan, au Turkménistan et en Ouzbékistan, il est estimé que de 6 à 13 % des personnes qui suivent un traitement de la dépendance à la drogue le font par obligation, selon

l'ONUSC (ONUSC, 2009, données non publiées). Le traitement obligatoire de la dépendance à la drogue parmi les détenus est pratiqué dans tous les pays.<sup>43</sup>

Plusieurs politiques nationales sur le VIH, dans les pays examinés, sont désuètes et comportent des dispositions élargies et injustifiées sur le test obligatoire du VIH.

Dans tous les pays examinés, il est courant, dans les centres de toxicomanie, d'enregistrer les noms et d'autres informations concernant les personnes qui font usage de substances contrôlées et les personnes ayant une dépendance à la drogue. Les dispositions actuelles relatives à l'enregistrement dans les établissements médicaux ont de nombreuses conséquences néfastes, notamment celle d'exposer les personnes qui font usage de drogue à une discrimination légalisée, en ce qui a trait à l'emploi et/ou à l'éducation.

Plusieurs politiques nationales sur le VIH, dans les pays examinés, sont désuètes et comportent de des dispositions élargies sur le test obligatoire du VIH. Bien que des lois nationales sur le VIH ne réfèrent explicitement au test obligatoire du VIH que dans des circonstances limitées (p. ex., donneurs de sang, visiteurs de l'étranger), elles échouent généralement à interdire explicitement l'application

élargie du test involontaire. Ce sont souvent des directives, des ordres ou des instructions de ministères ou de départements qui élargissent les catégories de personnes sujettes à un test du VIH qui n'est pas entièrement volontaire. On note aussi de fréquentes violations de la confidentialité des personnes testées.

Les pays examinés devraient mettre à jour leur législation ou adopter de nouvelles lois et stratégies nationales sur le VIH et la drogue, afin que :

- leurs réponses aux problèmes de santé interreliés du VIH et de l'usage de drogue abordent la vulnérabilité particulière des personnes qui font usage de drogue et des personnes incarcérées, notamment en garantissant un accès facile à des services efficaces de prévention et de traitement de la dépendance à la drogue et de réduction des méfaits associés à l'usage de drogue;
- la société civile et les groupes vulnérables soient impliqués dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de ces politiques et programmes nationaux sur le VIH et la drogue; et que
- les travailleurs de la santé et le personnel d'application de la loi aient une compréhension éclairée du VIH, de la dépendance à la drogue, de la réduction des méfaits et des droits humains, pour que le travail contribue à une réponse efficace.

En ce qui a trait aux fondements juridiques (1) du traitement de la dépendance à la drogue et (2) de la prévention et du traitement du VIH, avec un point de mire particulier sur les personnes qui font usage de dro-

gue, il est recommandé d'amender les lois, politiques, règlements, directives et protocoles nationaux afin d'assurer :

- la disponibilité et l'accessibilité universelles d'une variété d'options de traitement volontaire de la dépendance à la drogue, notamment l'accès facile au traitement de substitution aux opioïdes (TSO);
- l'application du traitement obligatoire de la dépendance à la drogue uniquement comme mesure de dernier recours et, le cas échéant, en conformité avec les principes de droits humains et avec les protocoles cliniques recommandés par l'Organisation mondiale de la santé;
- la confidentialité complète de l'identité et des renseignements médicaux des patients, et l'interdiction d'utiliser des renseignements tirés des dossiers médicaux de personnes qui font usage de drogue et/ou ont une dépendance à la drogue (i.e., des registres de toxicomanie) à des fins de divulgation, sans le consentement éclairé explicite et documenté des patients concernés.

Quant à la prévention et au traitement du VIH, les États devraient élaborer des lois, règlements et politiques qui :

- assurent l'accès universel au test du VIH, accompagné de counseling pré- et post-test de qualité, et entièrement volontaire, éclairé et strictement confidentiel (et commandant l'accès au test du VIH réellement anonyme au moins dans certaines circonstances);
- interdisent explicitement le test obligatoire du VIH (à l'exception du cas des donneurs de sang,

d'organes, de tissus ou d'autres substances corporelles);

- garantissent la confidentialité complète des renseignements médicaux, y compris des résultats de test du VIH, et assurent des moyens efficaces et accessibles de redressement juridique pour les personnes dont la confidentialité des renseignements médicaux a été violée;
- garantissent un accès facile à des soins liés au VIH, y compris le traitement antirétroviral (TAR), en particulier pour les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées vivant avec le VIH; et
- garantissent un accès facile à des services liés à la tuberculose (TB), pour les personnes ayant une dépendance à la drogue et les personnes vivant avec le VIH, notamment en intégrant les soins de santé liés à la TB et au VIH.

### Accès aux soins de santé en prison

Le nombre de personnes incarcérées était estimé à 135 000, dans les pays examinés, en 2008; une proportion significative d'entre elles purgeaient des peines pour des infractions liées à la drogue.<sup>44</sup> Dans certains pays examinés, l'usage de drogue en prison est reconnu par les autorités (p. ex., au Kirghizistan, au Kazakhstan et au Tadjikistan), mais il existe très peu de programmes en prison pour protéger les personnes qui s'injectent des drogues contre des maladies infectieuses et d'autres méfaits. De l'eau de Javel est fournie dans la plupart des pays, mais il semble que les détenus ne reçoivent pas d'information sur la méthode la plus efficace pour nettoyer le matériel d'injection (ou de tatouage) et n'ont pas la possibilité de

demander et d'utiliser cette mesure en toute confidentialité. Les agences pertinentes de l'ONU et d'autres experts conviennent d'ailleurs que la provision d'eau de Javel est une mesure sous-optimale et ne remplace pas l'accès à du matériel d'injection ou de tatouage stérile. En ce qui a trait aux services de réduction des méfaits autres que la provision d'eau de Javel, les politiques du Kirghizistan sont les plus avancées des six pays : le TSO et des programmes d'échange de seringues sont fournis dans ses prisons.

Selon certains rapports nationaux, les détenus doivent souvent payer pour se procurer des médicaments et des produits d'hygiène personnelle, et l'accès aux soins de santé spécialisés (traitement d'ITS, soins dentaires, etc.) est limité ou nul.

Dans tous les pays examinés, les personnes incarcérées sont sujettes à un traitement obligatoire de la dépendance à la drogue. Des cours ordonnent souvent le traitement obligatoire dans le cadre d'une peine, avec d'autres sanctions pénales — même si les traités internationaux sur le contrôle de la drogue permettent explicitement des *solutions de rechange* à la condamnation et à l'incarcération pour des infractions liées à la drogue, y compris la provision de services de traitement et de réadaptation, au lieu d'*ajouter* ces mesures à des sanctions pénales.<sup>45</sup> En vertu des lois nationales, le traitement volontaire de la dépendance à la drogue en prison est fourni dans pratiquement tous les pays examinés (à l'exception du Turkménistan). Toutefois, des experts nationaux ont constaté qu'en réalité, très peu de personnes incarcérées ayant besoin d'un traitement de la dépendance à la drogue s'y soumettent volontairement.

Dans tous les pays examinés, la loi permet la mise en liberté, pour des raisons humanitaires, de personnes atteintes de maladie terminale; généralement, cela est considéré comme une possibilité pour au moins certains patients vivant avec le sida, bien que le sida ne soit habituellement pas mentionné spécifiquement. On impose des restrictions spécifiques et discriminatoires aux détenus vivant avec le VIH et/ou n'ayant pas complété leur traitement obligatoire de la dépendance à la drogue, comme le refus de transfert vers un établissement à sécurité moindre.

**Il existe très peu de programmes en prison pour protéger les personnes qui s'injectent des drogues contre des maladies infectieuses.**

Afin de renforcer la riposte au VIH dans les prisons, les pays devraient adopter des normes et règlements qui :

- incluent la prévention et le traitement du VIH en prison, dans les stratégies et programmes nationaux, et assignent des sources de financement claires à ces mesures;
- assurent la disponibilité et l'accessibilité de services de soins de santé adéquats en prison;
- délèguent la santé carcérale aux autorités nationales de la santé

(plutôt qu'au ministère de la Justice ou de l'Intérieur), pour que les détenus aient accès aux mêmes mesures de protection et de promotion de la santé, et aux mêmes services de santé, que les membres de la communauté;

- régissent la provision d'information sur le VIH/sida et la formation des employés carcéraux et des détenus;
- assurent un accès facile et confidentiel à des désinfectants comme de l'eau de Javel et à du matériel d'injection et de tatouage stérile;
- introduisent un accès facile au traitement volontaire de la dépendance à la drogue (y compris le TSO) et limitent le recours au traitement obligatoire de la dépendance à la drogue, en prison;
- assurent l'accès au traitement antirétroviral (TAR) en prison;
- assurent l'accès au test du VIH volontaire et confidentiel, avec counselling et consentement éclairé, en prison; et
- assurent la contribution d'ONG à la prévention et aux soins pour le VIH en prison, et permettent à des détenus d'intervenir auprès de leurs pairs et de les éduquer au sujet du VIH.

### **Discrimination législative et autres restrictions des droits des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH**

Les six pays examinés ont des dispositions anti-discrimination générales dans leur constitution et dans d'autres lois. Il n'existe pas de lois spécifiques interdisant la discrimination, mais certains actes discriminatoires à l'endroit de certains groupes sont

interdits, dans des lois concernant ces groupes. Des lois sur l'emploi comportent des dispositions anti-discrimination; et des lois sur la santé peuvent comporter de telles dispositions et/ou l'obligation des professionnels de la santé de fournir des soins médicaux à tous. Dans certains pays, la violation de telles dispositions anti-discrimination (ou d'égalité) est passible de peines prévues dans le *Code criminel*. De façon similaire, dans certains pays, la loi établit la possibilité de responsabilité criminelle pour le refus discriminatoire de services médicaux.

Malgré ces dispositions, la discrimination est souvent autorisée légalement dans des domaines comme l'emploi et l'éducation, la vie familiale et ailleurs. Plusieurs pays interdisent aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes qui font usage de drogue d'occuper certains emplois ou postes. En cas d'infection à VIH, ces interdictions sont souvent accompagnées — et appliquées par le biais — d'un test obligatoire du VIH pour les personnes qui occupent certains emplois ou y postulent. Dans certains pays, les personnes qui s'inscrivent à une formation professionnelle ou à un établissement d'éducation supérieure sont tenues de présenter un certificat médical, qui inclut divers éléments (comme le fait de ne pas être inscrit au registre des personnes qui font usage de drogue ou ont une dépendance à la drogue ou à l'alcool, et dans certains cas l'état sérologique au VIH). Dans les pays où le test du VIH est requis pour s'inscrire à certains types d'établissements éducatifs comme un collège militaire, cette disposition porte atteinte au droit à l'éducation.

Plusieurs des pays examinés expulsent les non-citoyens vivant

avec le VIH. Cette pratique est parfois associée au test obligatoire du VIH pour les étrangers et les apatrides — et appliquée par celui-ci. Il existe aussi des restrictions au droit de fonder une famille, notamment dans le cadre de résolutions gouvernementales énumérant des maladies excluant automatiquement l'admissibilité à l'adoption d'enfants (comme le VIH et la dépendance à la drogue).

**Plusieurs pays interdisent aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes qui font usage de drogue d'occuper certains emplois ou postes.**

Afin de contrer cette discrimination enchâssée dans la loi, il est essentiel de voir à l'élaboration de dispositions qui renforceront les protections juridiques existantes contre la discrimination liée au VIH, là où il y a des lacunes; d'introduire une protection juridique contre la discrimination fondée sur la dépendance à la drogue; de reconnaître l'infection à VIH et la dépendance à la drogue comme des handicaps, du moins à certaines fins juridiques (p. ex., protection contre la discrimination fondée sur le handicap); et d'abolir la restriction ou le déni injustifié des droits des personnes qui font usage de drogue et des personnes vivant avec le VIH, comme la discrimination dans l'emploi, l'éducation, les

politiques d'immigration et les relations familiales.

## Conclusion

Les six pays examinés ont des points en commun, en ce qui a trait à la réalisation de l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH. Tous ont des lois nationales qui entravent la mise en œuvre d'approches fondées sur des données pour prévenir et traiter le VIH parmi des groupes vulnérables comme les détenus et les personnes qui font usage de drogue. Les attitudes et politiques actuelles contribuent parfois à compliquer les interactions entre les services de prévention du VIH et les instances d'application de la loi. En général, les principaux enjeux identifiés par les experts nationaux et internationaux appartiennent aux grandes catégories suivantes :

- politiques répressives à l'endroit des personnes qui font usage de drogue, y compris leur incarcération (parfois pour la possession de très petites quantités de drogue) et peu ou aucune solution de rechange à l'incarcération, dans le cas d'infractions non violentes;
- limites aux droits des personnes vivant avec le VIH, des personnes qui font usage de drogue et des détenus vivant avec le VIH et/ou ayant une dépendance à la drogue, et aucune disposition anti-discrimination applicable;
- dispositions élargies prévoyant des interventions médicales non volontaires comme le dépistage de drogue forcé, le traitement obligatoire de la dépendance à la drogue et le test obligatoire du VIH;
- absence de cadres réglementaires qui permettent et appuient

clairement des interventions de prévention du VIH fondées sur des données, comme des services de réduction des méfaits, ce qui résulte en un piètre accès à des interventions efficaces de prévention et de traitement du VIH pour les personnes qui font usage de drogue et les personnes incarcérées;

- disponibilité insuffisante de services efficaces de traitement de la dépendance à la drogue, en particulier de traitement de substitution aux opioïdes (i.e., absence de TSO dans certains pays; programmes pilotes à faible capacité par ailleurs), et programmes limités ou inexistant, pour la réadaptation et la prévention des surdoses dans les communautés et les prisons; et
- participation limitée ou peu significative de la société civile, notamment de personnes vivant avec le VIH, de personnes qui font usage de drogue et de détenus, au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation de l'efficacité des stratégies et lois nationales sur le VIH et la drogue.

Les responsables des politiques et les législateurs nationaux devraient réviser les lois et politiques régissant l'accessibilité des soins de santé en général, et des services liés au VIH en particulier — y compris celles régissant le traitement de la dépendance à la drogue et l'accès aux soins de santé en milieu carcéral —, et les rendre conformes aux pratiques exemplaires fondées sur des données et aux principes des droits humains. Des modifications devraient être apportées aux lois sur les soins de santé (confidentialité, consentement éclairé aux procédures et traitements

médicaux, limites aux mesures médicales coercitives); aux lois sur le VIH (test du VIH, abrogation des pratiques discriminatoires), la protection sociale et la famille (handicap, garde et adoption d'enfants, déni des droits parentaux); et aux lois administratives et pénales (dispositions sur l'usage de drogue/possession pour usage personnel, solutions de rechange à l'incarcération, traitement obligatoire de la dépendance à la drogue).

Ces réformes devraient aussi s'appliquer aux programmes nationaux sur le VIH, la tuberculose, le contrôle de la drogue et la justice/réforme pénales. Leur bon fonctionnement nécessitera d'aligner les règlements et les pratiques d'application sur les lois amendées. Cela permettra l'introduction et le peaufinement de protocoles et de normes de services ainsi que l'amélioration de la reddition de comptes, de l'éducation et de la formation professionnelle. Ces réformes contribueront à protéger les personnes vivant avec le VIH, les personnes qui font usage de drogue et les détenus contre des violations de leurs droits, y compris la discrimination et le châtement au motif d'un état de santé, tout en permettant l'accès universel à des interventions de santé fondées sur des données. Elles rendront les lois et les normes nationales conformes aux obligations des États de respecter, de protéger et de réaliser les droits humains de ces populations, y compris leur droit à la santé — et seront ainsi bénéfiques à la santé publique et au bien-être de toute la société.

<sup>1</sup> Central Asia: Kyrgyz Republic, Tajikistan and Uzbekistan — Regional Study on Drug Use and HIV/AIDS, Regional Summary (ONUUDC et Banque mondiale, 2007), p. 16.

<sup>2</sup> ONUUDC (Regional Office for Central Asia), *Compendium of Drug-related Statistics 1997-2008* (juin 2008), p. 32.

<sup>3</sup> *Vers un accès universel* (2008), p. 36-38.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 63.

<sup>5</sup> Voir détails supplémentaires dans D. Barrett et coll., *Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy* (Londres, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2008).

<sup>6</sup> *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Assemblée générale de l'ONU, 993 UNTS 3 (1966) (entré en vigueur le 3 janvier 1976), art. 12; Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), *Observation générale No 14 (2000) — Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Document de l'ONU E/C.12/2000/4 (2000).

<sup>7</sup> *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, Assemblée générale de l'ONU, 999 UNTS 171 (1966) (entré en vigueur le 3 janvier 1976), art. 6, 17, 19 et 22.

<sup>8</sup> PNUD, Central Asia Human Development Report — « Bringing down barriers: Regional cooperation for human development and human security », *Central Asia Human Development Report* (2005), p. 122 [ci-après « Central Asia Human Development Report 2005 »].

<sup>9</sup> *Central Asia: Kyrgyz Republic, Tajikistan and Uzbekistan — Regional Study on Drug Use and HIV/AIDS, Regional Summary* (ONUUDC et Banque mondiale, 2007), p. 52.

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> PNUD, *Reversing the Epidemic: HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States* (UNDP Regional Office for Eastern Europe et CIS, 2004), p. 11 [ci-après, « Reversing the Epidemic »].

<sup>12</sup> *Central Asia Human Development Report 2005*, p. 146.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> ONUSIDA, *Europe orientale et Asie centrale : Le point sur l'épidémie de sida — Résumés par région* (2007).

<sup>15</sup> *Central Asia Human Development Report 2005*, p. 123.

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> Voir, p. ex., PNUD, *Reversing the Epidemic* (2004), supra; Human Rights Watch, *Fanning the Flames: How Human Rights Abuses are Fuelling the AIDS Epidemic in Kazakhstan* (2003).

<sup>18</sup> Voir L. Utyasheva, « Un premier précédent juridique au Kirghizstan : bris de confidentialité médicale », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 2007; 12(2/3) : 78; accessible via [www.aidslaw.ca/revue](http://www.aidslaw.ca/revue).

<sup>19</sup> Voir par exemple A. Latypov et coll., *Opioid Substitution Therapy in Central Asia: Towards Diverse and Effective Treatment Options for Drug Dependence* (Eurasian Harm Reduction Network, 2010).

<sup>20</sup> D. Wolfe, *Pointing the Way: Harm Reduction in Kyrgyz Republic* (Harm Reduction Association of Kyrgyzstan, 2005).

<sup>21</sup> On estime qu'un tiers des personnes incarcérées au Tadjikistan se sont déjà injecté des drogues; et, selon le groupe d'experts national, un tiers purgeaient une peine pour des infractions liées à la drogue, au moment de l'examen en 2007. En Ouzbékistan, 21,4 % des personnes incarcérées l'étaient pour des infractions liées à la drogue.

<sup>22</sup> Wolfe, *Pointing the Way*, supra, p. 9; R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales* (2<sup>e</sup> éd.),

(Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006), p. 41 ff, accessible via [www.aidslaw.ca/lesprisons](http://www.aidslaw.ca/lesprisons); R. Jürgens, *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies*, Evidence for Action Technical Papers (Genève, OMS, ONUDC et ONUSIDA, 2007).

<sup>23</sup> Jürgens, *Interventions to address HIV in prisons*, supra, p. 19-20.

<sup>24</sup> UNDP Tadjikistan, « Needle and syringe exchange programmes for penitentiary facilities have started in Tadjikistan », *UNDP Bulletin: Saving Lives*, numéro 11 (février 2010).

<sup>25</sup> Pour d'autres discussions, voir J. Csete et J. Cohen, « Lethal Violation: Human Rights Abuses Faced by Injection Drug Users in the Era of HIV/AIDS », dans Malinowska-Sempruch et Gallagher, *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights*, supra, p. 212-227; R. Elliott et coll., « Harm Reduction, HIV/AIDS, and the Human Rights Challenge to Global Drug Control », *Health and Human Rights* 2005; 8(2) : 104-138; et *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"* (New York, Open Society Institute, 2009).

<sup>26</sup> Human Rights Watch, *Fanning the Flames*, supra, p. 21.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> R.D. Bruce et R. Schleifer, « Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prisons and pre-trial detention », *International Journal of Drug Policy* 2008; 19(2) : 17-23.

<sup>29</sup> Human Rights Watch, *Fanning the Flames*, supra, p. 18; voir aussi J. Csete, *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues* (Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007); accessible via [www.aidslaw.ca/drogues](http://www.aidslaw.ca/drogues).

<sup>30</sup> Human Rights Watch, *Fanning the Flames*, p. 32-33.

<sup>31</sup> Ibid, p. 33.

<sup>32</sup> M. Khidirov et M. An, dans K. Malinowska-Sempruch, Sarah Gallagher (éds.), *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights* (édition russe) (IDEA, 2004), p. 190.

<sup>33</sup> U.S. Department of State (Bureau of Democracy, Human Rights, and Labour), *Country Reports on Human Rights Practices 2007: Tadjikistan* (11 mars 2008); accessible à [www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2007/100621.htm](http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2007/100621.htm).

<sup>34</sup> Comité de l'ONU contre la torture, *Tadjikistan: Conclusions and recommendations of the Committee against Torture*, 37<sup>e</sup> session, 6-24 novembre 2006.

<sup>35</sup> Human Rights Watch, *Briefing Paper: Azerbaijan and the European Neighbourhood Policy* (15 juin 2005); accessible via <http://hrw.org/backgrounder/eca/azerbaijan0605>.

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Par exemple, en Ouzbékistan, toute quantité d'héroïne est considérée comme « importante »; et l'approche du Kazakhstan est pratiquement la même, définissant toute quantité d'héroïne supérieure à 0,01 gramme comme étant « importante ».

<sup>38</sup> Dans d'autres pays, la loi sur la drogue n'inclut pas la notion de possession « pour un usage personnel » ou la possession permise d'une quantité représentant une « dose unique moyenne ».

<sup>39</sup> En Azerbaïdjan, la loi prévoit une responsabilité administrative pour l'usage de drogue. Au Tadjikistan et au Turkménistan, l'usage de drogue sans l'ordonnance d'un médecin est interdite en vertu des lois sur la drogue, mais aucune peine n'est définie dans les codes administratif et criminel. Au Kazakhstan et au Kirghizistan, l'usage de drogue dans des lieux publics est passible de sanctions administratives; et au Kazakhstan, la possession d'une quantité négligeable de stupéfiant est passible d'accusations criminelles. L'Ouzbékistan ne prévoit pas

de responsabilité administrative ni criminelle pour l'usage de drogue; et sa loi sur la drogue ne fait pas état d'une interdiction à ce chapitre.

<sup>40</sup> Par exemple, l'article 16 de la « *Law On narcotic drugs, psychotropic substances and precursors* » et l'article 18 de la « *Law On Narcological assistance* » du Tadjikistan; l'article 25 de la « *Law On circulation of narcotic substances, psychotropic drugs and precursors* » de l'Azerbaïdjan; les articles 50-51 de la « *Law On narcotic, psychotropic substances, precursors and measures to counter their illegal circulation* » du Turkménistan.

<sup>41</sup> Par exemple, l'article 326 du *Code of Administrative Offences* du Kazakhstan; Resolution of the Cabinet of Ministers of Azerbaijan, No. 135 (7 août 2000).

<sup>42</sup> L'article 120 du *Code criminel* de l'Ouzbékistan; l'article 135 du *Code criminel* du Turkménistan.

<sup>43</sup> Des dispositions sur le traitement obligatoire de la toxicomanie sont incluses dans des lois spécifiques sur le traitement obligatoire (p. ex., dans le cas du Tadjikistan, du Turkménistan et de l'Ouzbékistan), dans des sections spéciales du *Code criminel* régissant le traitement de la dépendance à la drogue en prison; et dans des lois nationales sur la drogue.

<sup>44</sup> On estime que le tiers des personnes incarcérées au Tadjikistan ont déjà utilisé des drogues par injection et, selon le groupe d'experts nationaux, le tiers d'elles purgeaient des peines pour des infractions liées à la drogue, au moment de l'examen en 2007. En Ouzbékistan, 21,4 % des personnes incarcérées l'étaient pour des infractions liées à la drogue.

<sup>45</sup> *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961, UN, 520 UNTS 331, telle que modifiée par le Protocole de 1972, art. 36(2); *Convention sur les substances psychotropes*, 1971, UN, 1019 UNTS 175, art. 22; *Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, 1988, art 3(4).