



COMMISSION GLOBALE
DE POLITIQUE EN
MATIÈRE DE DROGUES

PRISE DE POSITION

POLITIQUE DES DROGUES ET PRIVATION DE LIBERTÉ

Juin 2019





**COMMISSION GLOBALE
DE POLITIQUE EN
MATIERE DE DROGUES**



LOUISE ARBOUR
Ancienne Haut-Commissaire
aux droits de l'Homme, Canada



PAVEL BÉM
Ancien Maire de Prague,
République tchèque



RICHARD BRANSON
Entrepreneur, philanthrope,
fondateur du groupe Virgin,
cofondateur de The Elders,
Royaume-Uni



**FERNANDO HENRIQUE
CARDOSO**
Ancien Président du Brésil
(Président fondateur)



MARIA CATTALAI
Ancienne Secrétaire générale
de la Chambre de commerce
internationale, Suisse



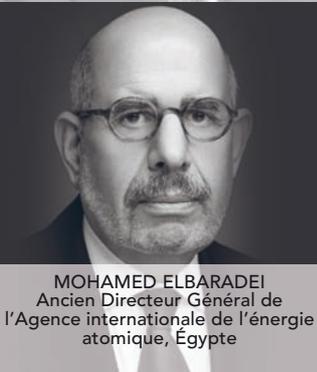
HELEN CLARK
Ancienne Première ministre de
Nouvelle-Zélande et ancienne
Administratrice du PNUD



NICK CLEGG
Ancien Vice-Premier ministre du
Royaume-Uni



RUTH DREIFUSS
Ancienne Présidente de la
Confédération suisse et ancienne
Conseillère fédérale, Suisse
(Présidente)



MOHAMED ELBARADEI
Ancien Directeur Général de
l'Agence internationale de l'énergie
atomique, Égypte



CESAR GAVIRIA
Ancien Président
de la Colombie



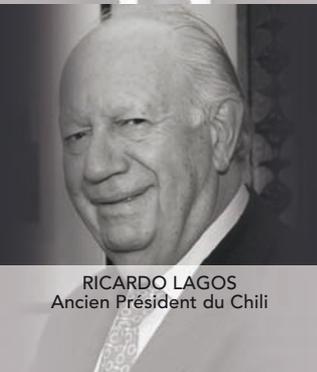
ANAND GROVER
Ancien Rapporteur spécial des
Nations unies sur le droit à la santé,
Inde



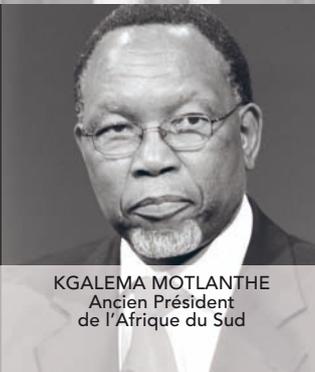
MICHEL KAZATCHKINE
Ancien Directeur exécutif du
Fonds mondial de lutte contre le
sida, la tuberculose et le paludisme,
France



ALEKSANDER KWASNIEWSKI
Ancien Président
de la Pologne



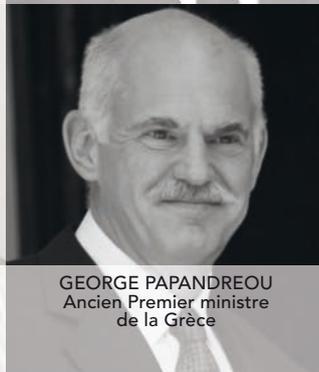
RICARDO LAGOS
Ancien Président du Chili



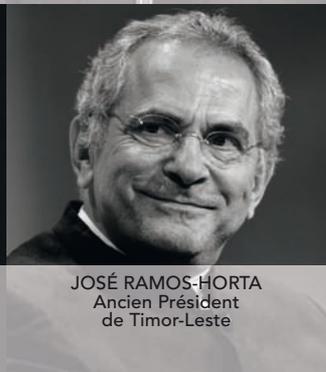
KGALEMA MOTLANTHE
Ancien Président
de l'Afrique du Sud



OLUSEGUN OBASANJO
Ancien Président du Nigéria



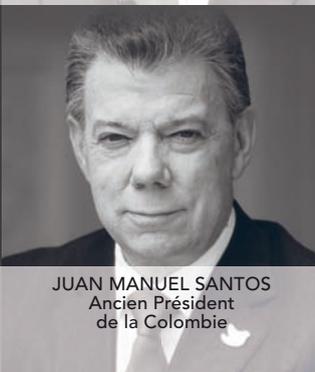
GEORGE PAPANDEROU
Ancien Premier ministre
de la Grèce



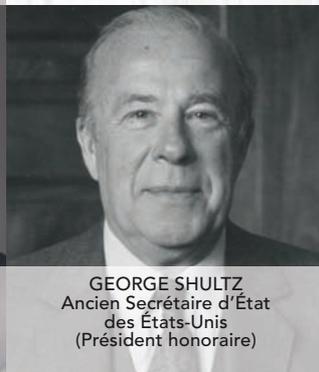
JOSÉ RAMOS-HORTA
Ancien Président
de Timor-Leste



JORGE SAMPAIO
Ancien Président du Portugal



JUAN MANUEL SANTOS
Ancien Président
de la Colombie



GEORGE SHULTZ
Ancien Secrétaire d'État
des États-Unis
(Président honoraire)



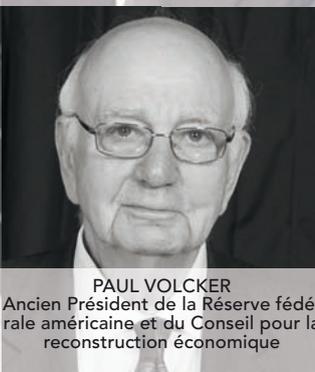
JAVIER SOLANA
Ancien Haut représentant
de l'Union européenne pour la
politique étrangère et la politique
de sécurité commune, Espagne



CASSAM UTEEM
Ancien Président de l'Île
Maurice



MARIO VARGAS LLOSA
Écrivain et intellectuel, Pérou



PAUL VOLCKER
Ancien Président de la Réserve fédé-
rale américaine et du Conseil pour la
reconstruction économique



ERNESTO ZEDILLO
Ancien Président du Mexique

POLITIQUE DES DROGUES ET PRIVATION DE LIBERTÉ

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	4
RÉSUMÉ	6
INCARCÉRATION ET DROGUES : TOUR D’HORIZON	8
LE MONDE DES PRISONS	8
La surincarcération	8
La surpopulation carcérale	9
GARDE À VUE ET DÉTENTION PRÉVENTIVE	9
Garde à vue : une phase de grande vulnérabilité	10
La détention préventive : à l’origine de la surpopulation	10
LES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES ET LA PRISON	12
La « guerre aux drogues » et les conventions internationales	12
La consommation de drogues parmi les détenus	14
SANTÉ ET PRIVATION DE LIBERTÉ	14
LES MALADIES INFECTIEUSES PROLIFÈRENT EN PRISON	14
L’incarcération aggrave la transmission de VIH et d’hépatite C	14
Tuberculose	15
Consommation de drogues et mauvaises conditions de détention : une combinaison fatale	16
LE DROIT À LA SANTÉ EN PRISON : LES OBLIGATIONS LÉGALES INTERNATIONALES	19
REMISE EN LIBERTÉ MAL PRÉPARÉE ET RISQUES POUR LA SANTÉ	20
LES CENTRES DE « TRAITEMENT » SOUS CONTRAINTE ET LES INTERNEMENTS ADMINISTRATIFS	23
CENTRES PUBLICS DE DÉTENTION FORCÉE	23
DÉTENTION FORCÉE EN CENTRE DE TRAITEMENT PRIVÉ	25
L’INTERNEMENT ADMINISTRATIF	27
Les femmes enceintes	27
Les migrants sans-papiers	28
RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION	30
RÉFÉRENCES	32



Détenus de la prison Mafanta à Magburaka, Sierra Leone. En 2016, La Commission des droits humains de la Sierra Leone a dénoncé l'insalubrité des prisons, qualifiées d'« inhumaines », et l'absence de programme éducatif ou de réinsertion. © SAIDU BAH/AFP/Getty Images 2018

AVANT-PROPOS

La prison est la plus criante expression des échecs des politiques en matière de drogues: échec quant à la réduction de la demande de stupéfiants, malgré l'exigence d'en punir la consommation adoptée il y a trente ans déjà par les États; échec quant à la réduction de l'offre de stupéfiants et la répression des organisations criminelles, malgré la mise en place depuis plus d'un siècle d'un régime international de contrôle des drogues. La prison est surtout le concentré du coût humain de ces politiques.

La population carcérale a explosé au cours des dernières trente années notamment à cause de la répression instaurée par le régime de contrôle international des stupéfiants et des législations nationales qui en découlent. Il nous semble que la privation de liberté est une mauvaise réponse, tant à l'usage de stupéfiants qu'à la petite criminalité non violente engendrée par le marché noir. C'est la raison pour laquelle la Commission globale de politiques en matière de drogues plaide, depuis sa création, en faveur de la dépénalisation de la consommation de substances psychoactives illégales, ainsi que pour des alternatives à l'incarcération des délinquants poussés dans des activités illégales, que ce soit par l'absence d'autres perspectives existentielles ou sous la contrainte d'organisations criminelles.

La prison est une réponse vouée à inefficacité parce qu'elle est indifférente aux causes psychologiques et sociales d'une consommation problématique ainsi qu'à la marginalisation économique et sociale des paysans qui cultivent la coca, le cannabis ou le pavot, des femmes engagées dans la contrebande de petits volumes, des vendeurs de rue et de guetteurs. Mauvaise elle l'est encore, car celles et ceux qui y sont rassemblés forment une population particulièrement vulnérable, exposée à des risques spécifiques et mal armée pour y faire face, en situation de dépendance par rapport à celles et ceux qui les surveillent et gèrent leur vie quotidienne. C'est là le grand paradoxe de l'incarcération : la privation de liberté entraîne, par définition, la perte de la capacité de prise en charge de sa propre vie, de sa compétence de décider pour soi-même et de s'occuper de ses proches. Et cela dans un milieu où le risque de violence est élevé, où l'on vit dans la promiscuité et isolé de ses parents et amis.

La présence en prison de diverses drogues illégales et d'autres substances psycho-actives qui y sont en principe interdites est une

réalité. Or, si les moyens de les consommer à moindre risque sont également interdits et plus difficiles à se procurer que les substances elles-mêmes, les détenus qui en consomment sont exposés à des risques sanitaires bien plus importants que s'ils se trouvaient à l'extérieur. Il est donc impératif de mettre en place toute la batterie des thérapies de la dépendance, y compris les traitements de substitution aux opiacées, et de rendre accessibles les dispositifs d'une consommation à moindre risque. Toutes les mesures qui se sont révélées si utiles et si efficaces pour protéger la population contre la transmission du SIDA, de l'hépatite C et de la tuberculose doivent être déployées dans les lieux de détention, eux-mêmes devenus « pathogènes », une situation aggravée par la surpopulation. Une attention particulière doit aussi être accordée aux risques encourus après le retour dans la vie hors les murs, marqué par un taux d'overdoses supérieur à celui qui prévaut dans la population vivant en liberté.

Les lieux de détention sont multiples : prison préventive ou d'exécution des peines, centre de réfugiés en attente de décision ou de renvoi et milieux fermés de « traitement » de l'addiction sous contrainte. Les droits humains doivent y être respectés tout autant qu'hors des murs : la protection contre tout traitement cruel, inhumain ou dégradant et, dans le domaine médical, l'accès aux soins, le bénéfice des traitements les plus efficaces, avec le consentement du patient et le respect du secret professionnel. Garantir ces droits des détenus relève de la responsabilité à la fois des professionnels de la santé, du personnel et de la direction des prisons et des acteurs de l'État, qu'ils légifèrent, jugent, allouent des budgets ou des subventions. Aucune décision de privation de liberté ne saurait les radier.

La Commission globale, tout en appelant à l'adoption de réformes plus durables et plus profondes, ne peut ignorer plus longtemps l'état actuel de l'incarcération et les violations des droits de la personne dont elle est le théâtre. C'est pour placer les autorités politiques, médicales et pénitentiaires face à leurs responsabilités que la Commission Globale de politiques en matière de drogues appelle à l'action. Il y a urgence !



Ruth Dreifuss, Ancienne présidente de la Confédération suisse

RÉSUMÉ

Depuis sa création, la Commission globale de politique en matière de drogues appelle à la dépénalisation de la consommation illégale de drogues ainsi qu'à l'adoption d'alternatives à l'incarcération pour les auteurs de petits délits sans violence. Plus de 10 millions de personnes sont aujourd'hui détenues dans le monde, une sur cinq l'est pour un délit lié aux drogues et 83 % de celles-ci purgent une peine pour simple possession ou consommation personnelle. La Commission considère que l'enfermement témoigne de la faillite des politiques fondées sur la prohibition à remplir leurs objectifs et de l'incapacité à mettre en œuvre des politiques axées sur la santé et les droits des individus et des collectivités.

La prison est la conséquence des échecs de la politique en matière de drogues : échec à réduire la demande aussi bien que l'offre et à priver de leur pouvoir les organisations criminelles transnationales. La compétence de l'État de priver un individu de liberté lui confère une obligation de soins et une responsabilité particulière envers le détenu. Beaucoup d'États sont pourtant très loin de les assumer, et ceci à bien des égards.

La surincarcération survient lorsque la politique d'un État en matière de justice pénale prévoit l'incarcération pour des délits mineurs sans violence qui pourraient susciter à la place une amende, une probation, une sanction administrative ou un régime de semi-liberté. La disproportion des peines caractérise aussi maintes lois pénales et leur application par les tribunaux. En fait, la majorité des personnes détenues pour un délit lié aux drogues sont des personnes consommatrices ou de petits trafiquants. En outre, certains États imposent la détention préventive pour tout délit lié aux drogues, qu'il soit mineur ou grave. Les minorités ethniques sont beaucoup plus exposées à l'arrestation, à la condamnation et à la détention pour délit lié aux drogues.

En conséquence, la surpopulation carcérale règne dans plus de la moitié des pays du monde et constitue un obstacle important au respect de normes minimales de traitement des détenus et à la protection de leurs droits humains. Ces droits sont obligatoires en vertu des traités internationaux que les

États se sont engagés à mettre en œuvre envers leurs ressortissants, dans la société aussi bien qu'en prison : ils comprennent le droit à la santé, à un traitement humain et respectueux de la dignité de la personne, le droit à la vie, le droit à la sécurité personnelle, l'interdiction de la torture et de tout traitement ou châtiment cruel, inhumain et dégradant, la protection de la sphère privée et à un logement adéquat, et le droit à la nourriture, à l'eau et aux équipements sanitaires. La surpopulation carcérale contribue à l'augmentation de la violence, des problèmes de santé mentale, d'automutilation, et de suicide.

Ces pratiques perdurent alors même que le caractère contre-productif de l'internement pour la réhabilitation et la réinsertion des personnes accusées d'un délit mineur a été démontré. Concernant les drogues, la détention n'est pas scientifiquement reconnue comme un moyen efficace d'amener les personnes à cesser de consommer ; en fait, la consommation de drogues en prison est statistiquement plus élevée qu'en dehors : environ 20 % des personnes détenues dans le monde consomment des drogues, contre 5,3 % de la population générale. Il n'est pas rare que ce soit en prison que l'on s'initie aux drogues ou à la consommation de substances différentes et plus nocives. On a par ailleurs estimé que 56 à 90 % des personnes qui consomment des drogues par injection ont à un moment de leur vie été incarcérées.

Les États ont la responsabilité de protéger le droit à la santé des personnes privées de liberté et les détenus doivent bénéficier des mêmes normes de soins de santé que le reste de la collectivité. Cela vaut pour tous, sans discrimination, y compris les personnes qui consomment des drogues et les personnes dépendantes aux drogues. Les États ont amplement échoué à cet égard. En 2016, par exemple, seuls 52 pays offraient dans leurs prisons un traitement de substitution aux opioïdes. C'est encore pire pour les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, qui n'existent dans les prisons que de 10 pays, leur mise en œuvre suscitant encore de fortes réticences parmi les autorités et le personnel pénitentiaire. Les traitements contre le VIH, l'hépatite C et la tuberculose sont moins disponibles en milieu carcéral eux aussi.

La prison est un environnement à haut risque pour les maladies transmissibles comme le VIH, l'hépatite C et la tuberculose, avec des implications plus générales pour la santé publique une fois les personnes remises en liberté. Cette dernière est l'une des épidémies qui se propage le plus vite parmi les détenus, au point de compter parmi leurs premières causes de mortalité, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Une corrélation directe a été établie entre les taux d'incarcération et l'incidence de la tuberculose dans la population générale. La prison, la consommation de drogues et le VIH sont autant de facteurs indépendants du risque d'infection par la tuberculose, ils s'amplifient mutuellement pour constituer des phénomènes synergiques de comorbidité.

Se pose en outre le problème de la continuité des traitements et des soins, aussi bien pour les personnes qui les recevaient au moment de leur entrée en prison – que ce soit pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, mais aussi la dépendance aux drogues – que

pour celles qui en ont besoin à leur sortie. Ces problèmes sont encore plus aigus dans les pays où l'on arrête les gens pour des délits liés aux drogues sans les enregistrer, les inculper, ni rapidement les présenter devant un juge. Certains ont même recours à des centres de détention forcée, où l'on enferme contre leur gré les personnes qui consomment des drogues (ou qui sont simplement soupçonnées de le faire) dans le but de les contraindre à mettre un terme à leur consommation. Selon certaines sources, plus de 600 000 personnes seraient ainsi détenues dans ces centres dans au moins 15 pays. Pas plus la contrainte que le travail forcé n'ont été reconnus par la science comme efficaces pour traiter la consommation problématique de drogues. Le taux de rechute des personnes sortant des centres de désintoxication forcée est très élevé, supérieur à celui des personnes qui se soumettent à un traitement de façon volontaire. Le traitement des problèmes médicaux liés à la consommation problématique de drogues ne doit pas impliquer la justice pénale.

RECOMMANDATIONS

Pour répondre à cette combinaison fatale que constituent la surpopulation carcérale et les mauvais soins de santé pour le groupe très vulnérable des personnes qui consomment des drogues et sont privées de liberté, la Commission globale de politique en matière de drogues émet les recommandations suivantes:

- Les États doivent mettre fin à toutes les sanctions – pénales comme civiles – pour possession et culture de drogues à des fins de consommation personnelle.
- Les États doivent mettre fin aux condamnations et aux peines disproportionnées pour les délits liés aux drogues, et reconnaître que la surincarcération a des effets négatifs sur la santé publique et la cohésion sociale.
- Les États doivent garantir l'accès aux soins de santé primaires et l'application du droit à la santé pour tous, sans discrimination, y compris les personnes détenues contre leur gré.
- Les pratiques constituant une atteinte aux droits humains des personnes privées de liberté doivent être interdites, leurs auteurs traduits en justice et un dédommagement accordé aux victimes comme le prévoit le droit relatif aux droits humains.

INCARCÉRATION ET DROGUES : TOUR D'HORIZON

Depuis sa création, la Commission globale de politique en matière de drogues appelle à la dépénalisation de la consommation de drogues illégales ainsi qu'à l'adoption d'alternatives à l'incarcération pour les petits délinquants non-violents.

Plus de 10 millions de personnes sont aujourd'hui détenues dans le monde, une sur cinq l'est pour un délit lié aux drogues et 83 % de celles-ci purgent une peine pour simple possession ou consommation personnelle. La Commission considère que l'enfermement témoigne du manquement des politiques fondées sur la prohibition à remplir leurs objectifs et de l'incapacité à mettre en œuvre des politiques axées sur la santé et les droits des individus et des collectivités plutôt que sur une approche judiciaire pénale.

Le fait pour un État de prononcer la privation de liberté lui confère une obligation de soins et une responsabilité particulière envers le détenu. Ne pas les respecter peut engager sa responsabilité en vertu du droit national et international.^{1,2}

LE MONDE DES PRISONS

On estimait en septembre 2018 qu'environ 10,74 millions de personnes étaient détenues dans le monde, ce qui comprend les personnes en détention préventive – les prisons sont le type d'établissement où le plus grand nombre de personnes sont privées de liberté partout dans le monde.^{3,4}

Depuis l'an 2000, la population carcérale mondiale a augmenté de 24 %, ce qui correspond à peu près à la croissance démographique. Cette augmentation est toutefois très variable selon la région, avec 86 % en Océanie, 41 % en Amérique du Nord et du Sud, 38 % en Asie et 29 % en Afrique. En Europe, la population carcérale a diminué de 22 %, essentiellement du fait des baisses observées dans la Fédération de Russie et dans les pays d'Europe centrale et de l'Est, attribuables notamment à la chute du taux des crimes graves.⁵ C'est en Amérique du Sud (175 %) et en Asie du Sud-Est (122 %) que l'augmentation de la population carcérale est la plus nette.⁶ Les dix pays comptant le plus grand nombre de personnes détenues, internement administratif non-compris, sont les États-Unis (2,1 millions), la Chine

(1,65 millions, préventive non comprise), le Brésil (690 000), la Fédération de Russie (583 000), l'Inde (420 000), la Thaïlande (364 000), l'Indonésie (233 000), l'Iran (230 000), le Mexique (204 000), et les Philippines (188 000).⁷

La surincarcération

Il ne faut recourir à l'incarcération que lorsque la sécurité des personnes est en jeu ou si aucune mesure sans détention n'est adaptée, et toujours le faire de façon strictement proportionnée au délit commis.⁸ La surincarcération survient lorsque, par exemple, un État fait un usage excessif de la détention en garde à vue ou préventive et ne respecte pas les normes de procédure pénale établies par les droits de l'homme.⁹ Elle survient aussi lorsque la politique d'un État en matière de justice pénale prévoit l'incarcération pour des délits mineurs sans violence qui pourraient susciter à la place une amende, une mise à l'épreuve, des sanctions administratives ou un régime de semi-liberté.

Extraire du système l'ensemble des affaires mineures sans violence s'avère souvent opportun, notamment lorsqu'il s'agit de délits mineurs liés aux drogues comme la consommation de drogues ou la possession à des fins de consommation personnelle et dans le cas des personnes ayant des troubles de santé mentale, des enfants et des mères ayant des enfants à charge. Selon l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le caractère contreproductif de l'emprisonnement a été établi pour la réhabilitation et la réinsertion des personnes accusées de délits mineurs, ainsi que pour certaines populations vulnérables.¹⁰ Améliorer l'accès à la représentation légale et à l'assistance juridique permettent aussi de réduire la surincarcération.¹¹

La surpopulation carcérale

La surpopulation carcérale, c'est-à-dire le fait que la population carcérale d'un pays dépasse 100 % de la capacité officielle, est une réalité dans plus de la moitié des pays du monde. En

outre, dans plus d'un pays sur cinq, cette surpopulation est grave, atteignant plus de 150 % de la capacité officielle.¹² La surpopulation est un facteur clé de l'inadéquation des conditions de détention ainsi qu'un obstacle important pour les autorités pénitentiaires soucieuses de remplir leurs obligations en assurant l'accès des détenus aux services de santé et la protection de leurs droits humains. Les droits du détenu susceptibles d'être menacés sont notamment le droit à la santé, le droit à un traitement humain et au respect de la dignité individuelle, le droit à la vie, le droit à la sécurité personnelle, la prohibition de la torture et de tout traitement ou châtement cruel, inhumain et dégradant, le droit à l'intimité et à un logement adéquat et le droit à l'alimentation, à l'eau et aux équipements d'assainissement.¹³

La surpopulation carcérale grève les ressources de la prison et entraîne parfois des insuffisances en personnel pouvant entraîner l'incapacité d'assurer le droit à la sécurité des personnes détenues et de les protéger de la violence entre elles. Elle peut en outre entraîner de graves tensions entre le personnel et les détenus, aboutissant à des infractions aux règles disciplinaires et des perturbations, des grèves de la faim ou des émeutes en protestation contre les conditions de détention.¹⁴ La surpopulation peut créer des situations dans lesquelles les personnes détenues dorment à tour de rôle ou les unes sur les autres, partagent le même lit ou s'attachent aux barreaux des fenêtres pour dormir debout. La surpopulation carcérale contribue aussi à faire monter les taux de violence, de problèmes de santé mentale, d'automutilation et de suicide. Elle remet en cause les programmes éducatifs et de formation professionnelle, les activités récréatives et l'objectif de réhabilitation des prisonniers ainsi que leur préparation à une réinsertion sociale réussie à leur sortie.¹⁵ La surpopulation carcérale crée un environnement à haut-risque de trans-

mission du VIH, de l'hépatite C et de la tuberculose, avec des implications pour la santé publique et l'ensemble de la société une fois les détenus libérés.¹⁶

GARDE À VUE ET DÉTENTION PRÉVENTIVE

« Les études montrent que les États-Unis présentent l'un des taux de consommation de drogues les plus élevés du monde. Toutefois, alors que la restriction de l'offre n'a pas permis de faire reculer l'abus, la répression agressive a rempli les prisons de milliers de jeunes consommateurs de drogues, qui y apprennent à devenir de vrais malfaiteurs. »

George P. Shultz,
Président honoraire de la Commission
globale de politique en matière
de drogues⁽¹⁾

La détention en garde à vue et la détention préventive sont des situations légèrement différentes. Dans la première, une personne est arrêtée puis mise en détention sans charges contre elle. La durée de ce type de privation de liberté s'étend dans la plupart des pays de 24 à 72 heures, période conforme au droit international des droits de l'homme. Dans de nombreux pays, beaucoup de personnes sont arrêtées, mises en détention puis libérées relativement rapidement sans charges.¹⁷

La détention préventive est la situation dans laquelle un juge détermine qu'un individu arrêté et accusé d'un crime doit rester en détention dans l'attente de son procès. La règle générale n'est pas qu'une personne arrêtée et poursuivie doive rester en détention préventive, et l'ONU a affirmé que « en droit international, la détention avant la condamnation doit être l'exception plutôt que la règle. »¹⁸

Garde à vue : une phase de grande vulnérabilité

Lorsqu'une personne est arrêtée et n'est pas rapidement libérée en l'absence de charges, le droit des droits de l'homme fait obligation aux États d'accuser cette personne d'un délit pénal et de la traduire rapidement devant un juge pour déterminer s'il s'agit d'une arrestation arbitraire. Pour qu'une arrestation soit légale, il faut qu'elle repose sur un motif figurant dans le droit pénal et que les procédures légales en vigueur pour l'arrestation soient respectées.¹⁹ Le Haut-Commissaire aux droits de l'homme de l'ONU a fait part de son inquiétude devant le

⁽¹⁾ NYT, 31 décembre 2017

fait que dans certains pays, les personnes arrêtées pour des délits liés aux drogues n'étaient pas enregistrées, accusées, ni rapidement présentées au juge.^{20,21}

La détention préventive dans le cas des personnes arrêtées pour un délit lié aux drogues qui ne sont pas encore formellement accusées suscite une réelle inquiétude de les voir soumises à la torture ou à des traitements ou des châtiments cruels, inhumains ou dégradants. Dans de nombreux pays, les forces de l'ordre se fondent en grande mesure sur les aveux pour prouver qu'un individu a commis un délit. Elles peuvent donc appréhender un individu sur le simple soupçon qu'il a commis un délit lié aux drogues et utiliser les symptômes du sevrage brutal et d'autres formes de punition jusqu'à ce qu'il finisse par avouer. La torture et d'autres maltra-

La détention préventive: à l'origine de la surpopulation

Le recours excessif à la détention préventive pour les délits liés aux drogues est pour beaucoup dans la surpopulation carcérale. Il a été signalé que dans certains pays les forces de l'ordre ciblent des zones proches des centres de traitement spécialisés pour effectuer des arrestations. Les personnes qui consomment des drogues sont une cible facile pour des représentants de la loi tenus de remplir certains objectifs ou quotas d'arrestations. Il a aussi été signalé que les personnes qui consomment des drogues subissent parfois le harcèlement de représentants des forces de l'ordre qui réclament de l'argent ou des faveurs sexuelles pour ne pas les arrêter.

Les facteurs pris en compte pour décider de la libération d'une personne ou son maintien en détention sont notamment le risque qu'elle prenne la fuite ou qu'elle détruise des preuves et la crainte raisonnable qu'elle commette un

nouveau délit. Si la personne est libérée dans l'attente de son procès, des garanties peuvent être demandées qu'elle se présentera à toutes les étapes de la procédure. Le Comité des droits de l'homme a déterminé que la détention préventive ne doit être systématique pour aucun délit pénal particulier, ni prononcée pour une durée dépendant de la peine possible pour le crime jugé.²³ La Commission interaméricaine des droits de l'homme a par ailleurs déclaré que la détention préventive automatique pour un crime spécifique constitue une violation des droits de l'homme.²⁴

Toutes ces pratiques doivent être considérées comme des arrestations et des détentions arbitraires entraînant une augmentation du nombre de personnes privées de liberté. Il a par ailleurs été signalé que les habitants de quartiers pauvres ou marginalisés, où il y a davantage d'activité de rue, sont souvent soumis à des contrôles policiers excessifs. On signale que l'action des forces de l'ordre contre les consommateurs ou les petits trafiquants cible de façon disproportionnée les minorités, les femmes et les pauvres.²⁵ Le Comité pour l'élimination

«La pénalisation et la punition généralisée des personnes qui consomment des drogues, les prisons surpeuplées, tout cela indique que la guerre aux drogues est, dans une large mesure, une guerre contre les consommateurs de drogues – une guerre contre des personnes.»

Kofi Annan, membre de la Commission globale de politique en matière de drogues, 2016^[2]

de la discrimination à l'égard des femmes a exprimé son inquiétude devant le nombre de femmes incarcérées au Royaume-Uni pour des délits liés aux drogues et observé que cela reflétait peut-être la pauvreté des femmes.²⁶ Dans certains États, la détention préventive pour des délits liés aux drogues peut se prolonger plusieurs mois, voire des années. Dans certains pays, comme la Bolivie, le Brésil, l'Équateur et le Mexique, la détention préventive est systématique pour tout délit lié aux drogues, qu'il soit mineur ou majeur.²⁷

LES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES ET LA PRISON

Il a été estimé qu'environ un détenu sur cinq dans le monde, soit plus de 2 millions d'individus, se trouve en prison pour un délit lié aux drogues.²⁸ Parmi ces derniers, 83 % environ purgent

Témoignage

Nayeli - Bolivie

La première fois que j'ai habité dans une prison, j'avais cinq ans. Mon père s'est fait attraper avec deux tonnes et demie de pâte base de cocaïne. Toute ma famille, les sept enfants, ont suivi mon père. On allait tous les jours dans une garderie, de 7 h à 15 h. On y a passé sept ans, la durée de sa peine.

À sa sortie, il n'était pas en mesure de tous nous nourrir. En classe de quatrième, j'ai eu la possibilité de travailler à mi-temps dans un groupe musical de cumbia. Puis j'ai abandonné l'école pour faire de la musique à plein temps et contribuer à subvenir aux besoins de ma famille. Malheureusement, un membre du groupe ma violée, c'était ma première expérience sexuelle et je suis tombée enceinte. Le père n'a pas voulu reconnaître le bébé, s'est installé en Espagne, s'est marié et a fondé une famille. À son retour quelques années plus tard, il m'a pris mon fils.

Mon partenaire suivant me frappait et me trompait, mais j'ai cru que ce serait différent si on allait en Argentine. J'avais tort. J'ai eu un autre enfant là-bas, alors je l'ai ramené en Bolivie et je me suis mise à travailler comme secrétaire d'une compagnie de taxis. Ça ne payait pas grand-chose. Au bout d'un moment, on m'a offert 1 500 dollars pour avaler « des petites capsules » et les emporter au Chili dans mon ventre. La première fois, j'ai pris 900 grammes de cocaïne. Je l'ai fait deux fois.

En 2014, on est venu m'arrêter chez moi alors que je me préparais à un troisième voyage. Comme j'étais admissible à une grâce du gouvernement, je n'ai passé que quatre mois en prison.

A ma sortie, j'ai pris un emprunt pour démarrer une petite entreprise, mais ça n'a pas marché. Comme je ne pouvais pas rembourser, j'ai accepté de faire un nouveau voyage au Chili avec trois gros paquets de pâte base de cocaïne scotchés à mes jambes pour 2 000 dollars. Je n'ai pas eu le temps de quitter Cochabamba, mon petit ami a raconté ce que nous faisons à la police. Je suis retournée en prison en 2015, avec une peine de huit ans. En tant que récidiviste, je n'ai plus droit à une grâce. J'y vis aujourd'hui avec mon deuxième fils.

La vie en prison est vraiment triste, et celles d'entre nous qui n'ont personne souffrent constamment de solitude. Ma mère venait me voir, mais elle est morte, et je n'ai pas pu aller à son enterrement. Je me demande ce que j'ai fait pour mériter ça. Je sais que les drogues font souffrir beaucoup de gens, mais je ne suis pas une meurtrière.

La vie est dure en prison. Parfois, il n'y a pas d'eau pour prendre une douche, se laver les mains ou laver son linge. Je n'ai pas toujours assez d'argent pour acheter à manger à mon fils et moi. Il arrive que des gens donnent des fruits et des légumes, mais les détenus se battent pour se les disputer. Si on doit aller à l'hôpital, il faut faire beaucoup de démarches pour obtenir une autorisation spéciale. Tant qu'on ne l'a pas, on n'y va pas, il faut prouver qu'on est malade.

À ma sortie, je voudrais m'en aller loin, très loin d'ici. Je ne veux pas rester à Cochabamba. J'aimerais m'installer ailleurs avec mon fils et commencer une nouvelle vie. Je n'ai pas vu mon aîné depuis 2015. Il ne sait pas que je suis en prison, et je ne veux pas qu'il l'apprenne. J'ai honte. À ma libération, je voudrais en obtenir la garde. J'ai tant de choses à lui dire. J'espère qu'il pourra me pardonner.

une peine pour possession ou consommation personnelle.²⁹ La plupart des autres personnes détenues pour un délit lié aux drogues sont de petits vendeurs ou des micro-trafi-quants. Aux États-Unis, la plupart des auteurs d'un délit mineur lié aux drogues n'ont pas d'antécédents de violence.³⁰ En Colombie, on estime que seules 2% des personnes condamnées pour un délit lié aux drogues occupaient une position intermédiaire ou élevée dans le trafic.³¹ La surd-ention pour les délits liés aux drogues est le fruit de la dis-proportion des peines prononcées pour les délits mineurs sans violence. Dans beaucoup de pays, les peines minimales systématiques et la disproportion des peines ont abouti à ce que les délits liés aux drogues soient plus sévèrement punis que le meurtre, le viol, l'enlèvement ou le cambriolage de banque.³²

La « guerre aux drogues » et les conventions internationales

Aux États-Unis, le taux élevé des incarcérations pour délits liés aux drogues remonte à la « guerre aux drogues » déclaraée en 1971. En 1980, 40 900 personnes étaient enfermées dans les prisons fédérales ou d'État pour un délit lié aux drogues; en 2015, ce nombre avait atteint 469 545 individus.³³ Cette forte recrudescence des incarcérations a reçu un coup de pouce avec l'adoption en 1988 de la Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, qui exigeait la pénalisation de la consommation personnelle de drogues ainsi que de la possession ou de l'acquisition de drogues, sauf en cas d'incompatibilité avec les principes constitutionnels ou les concepts fondamentaux du système juridique (Article 3.1(c)). Elle exigeait aussi que soient pénalisées (mais sans prévoir de non-application en cas de non-conformité avec les principes constitutionnels d'un État et les concepts fondamentaux de son système juridique) la « production, la fabrication, l'ex-traction, la préparation, l'offre, la mise en vente, la distribu-tion, la vente, la livraison » de toute drogue illicite (Article 3.1(a)(1)). Selon les études réalisées sur la question, bien que les taux de consommation des minorités ethniques et

des populations majoritaires en Australie, au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni soient équivalents, les mi-norités ethniques sont beaucoup plus susceptibles d'être arrêtées, accusées et condamnées à une peine de prison pour les délits liés aux drogues.³⁴ Il a été suggéré qu'outre la discrimination fondée sur les origines, cela répondait aussi à une présence policière excessive dans les quartiers pauvres et les zones où sont concentrées les minorités ethniques.³⁵ Les conventions internationales sur les drogues prévoient la déjudiciarisation pour les délits mineurs liés aux dro-gues, dans la mesure où c'est compatible avec les principes constitutionnels et les concepts fondamentaux du système judiciaire du pays concerné.³⁶ Toutefois, et malgré le fait que l'ONUUDC et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont appelé à la déjudiciarisation des personnes dont la consom-mation est problématique,³⁷ beaucoup de pays continuent de sévèrement punir les délits mineurs liés aux drogues, y compris la consommation et la possession à des fins de consommation personnelle. Beaucoup établissent des seuils très bas pour qualifier la possession de drogues comme un délit de recel, qui suppose invariablement des sanctions pé-nales plus lourdes.³⁸

La consommation de drogues parmi les détenus

La consommation de drogues est très répandue en milieu carcéral. On estime qu'environ 20 % des personnes détenues dans le monde consomment des drogues, ce qui est très au-dessus des 5,3 % observés dans la population générale.³⁹ La consommation de drogues dans la population carcérale ne se limite pas aux condamnés pour délit lié aux drogues, elle est souvent courante parmi les autres détenus aussi.⁴⁰ La prison est parfois le cadre dans lequel un individu s'initie à la consommation de drogues ou à celle d'une drogue diffé-rente, parfois plus nocive. Le type de drogue consommé peut être déterminé par l'absence en prison du produit préféré ou le fait qu'une substance donnée est plus facile à dissimuler. Selon une étude, le tiers des détenus ont commencé en pri-son à consommer une drogue qu'ils ne consommaient pas auparavant, la plus courante étant l'héroïne.⁴¹

Témoignage

Yatie Jonet – Malaisie

J'ai abandonné l'école à 15 ans, sans doute parce que mes parents n'étaient pas assez informés sur les problèmes des adolescents et la façon de les gérer. J'ai alors suivi ma voie et, sans me douter de ce que ça entraînerait, je me suis mise à consommer des drogues tous les jours, sous différentes formes et par différentes méthodes, nocives pour la plupart. Je n'en savais rien, aucune information n'était disponible à l'époque. Je me suis injectée des drogues pendant deux ans et attrapé l'hépatite C en 2013, quatre ans après ma dernière libération d'un centre de détention.

Pour financer ma consommation, je me suis mise à commettre de petits méfaits, puis après l'arrestation et l'incarcération de mon partenaire pour délit relatif aux drogues à vendre des drogues. Je n'ai souvent pas eu d'autre choix que de soudoyer des policiers locaux avec de l'argent ou des faveurs sexuelles pour ne pas finir en prison. Je n'en ai jamais rien dit jusqu'à présent par peur de me faire tuer ou de disparaître.

Mais bien entendu, on m'a souvent arrêtée. On me gardait au poste pendant un mois, un mois et demi, sans accès à aucun traitement, avant d'être envoyée en prison. Comme les autres consommateurs, j'ai fait beaucoup d'aller-retours en prison, avec un casier long comme le bras à cause des délits liés aux drogues. On était une proie facile, on nous attrapait encore et encore. En tant que personne qui consomme des drogues, on est considéré en Malaisie comme l'ennemi public numéro un.

Outre le fait de ne pas avoir accès à des soins dignes de ce nom, j'étais incapable d'être une mère pour mon fils. J'ai perdu l'essence de la maternité, incapable d'éprouver et de cultiver des sentiments maternels parce que j'étais constamment séparée de lui, soit par peur de perdre mon approvisionnement en drogues en restant avec ma famille plutôt qu'avec mon petit ami/dealeur, soit parce que j'étais en prison.

J'ai fini par réussir à arrêter de prendre des drogues en injection, à travailler en tant que travailleuse communautaire qui partage avec passion les informations essentielles sur les programmes de réduction des méfaits et insiste sur le traitement et les soins de santé, mais aussi en racontant ma propre histoire. Après des années au service de ma communauté avec une association, je suis devenue celle que je suis aujourd'hui, malgré le fait qu'on me méprise, qu'on me rejette pour être moi-même et pour chercher à atteindre mes objectifs en plaidant pour la nécessité urgente d'une réforme de la politique globale en matière de drogues et de protéger les droits humains fondamentaux en bâtissant une nation qui offre un environnement favorable et sûr aux générations futures.

Dans l'ensemble, tout le monde ou presque s'est opposé à ma franchise au sujet de ma consommation active de drogues, on m'a constamment cataloguée comme « progressiste », même au sein de ma communauté, des gens très proches de mon cœur, issus de milieux divers, qui ont consommé des drogues et cohabitent avec une éternelle délinquante et avec les maladies infectieuses. Mais bien qu'ils aient complètement cessé de consommer, ils ne sont toujours pas conscients des conséquences négatives des politiques qui imposent la tolérance zéro et n'admettent que les méthodes visant l'abstinence.

Je rêve encore d'obtenir un certificat ou quelque chose qui me permette de vivre dignement. Pour quelqu'un qui consomme des drogues, être reconnue en tant qu'être humain, et pas seulement en tant qu'objet d'étude sur les drogues et leur consommation, serait déjà une victoire.

On a aussi estimé que 56 à 90 % des personnes qui consomment des drogues par injection ont été détenues à un moment ou un autre de leur vie.⁴² En Europe de l'Est et en Asie centrale, par exemple, les personnes qui consomment des drogues par injection représentent entre 30 et 80 % de la population carcérale.⁴³ On estime que la part des consommateurs par injection en milieu carcéral varie de 2 à 38 % en Europe et qu'elle est de 34 % au Canada et de 55 % en Australie.⁴⁴ On l'a vu, la plupart des personnes en prison sont issues de communautés

pauvres ou de groupes ethniques marginalisés. En outre, les individus qui font l'expérience de l'incarcération tendent à présenter des niveaux élevés de troubles physiques et psychiatriques, et notamment des troubles de la personnalité antisociale et de la personnalité, de dépression ou de stress post-traumatique. Ces facteurs, ou certains d'entre eux pesant sur les épaules des personnes détenues, la consommation et la dépendance aux drogues sont plus élevées en prison que dans l'ensemble de la population.⁴⁵

SANTÉ ET PRIVATION DE LIBERTÉ

LES MALADIES INFECTIEUSES PROLIFÈRENT EN PRISON

L'incarcération aggrave la transmission de VIH et d'hépatite C

La consommation de drogues par injection est un facteur indépendant reconnu de transmission d'infections par le sang, comme le VIH et l'hépatite C. La consommation de drogues par injection est, par exemple, la force motrice de l'épidémie de VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale, seules régions du monde (avec le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord) où le nombre de cas de VIH continue d'augmenter. Environ 60 % de ces nouveaux cas sont aussi infectés par l'hépatite C.⁴⁶ La prison constitue un environnement à haut risque pour la diffusion de maladies transmissibles telles que le VIH, l'hépatite C et la tuberculose.

Les options de traitement telles que la thérapie par substitution aux opioïdes (TSO),⁴⁷ ou les mesures de réduction de risques telles que l'échange des aiguilles et des seringues sont très limitées (voire inexistantes) dans les systèmes carcéraux de par le monde. La résistance à leur mise en œuvre demeure élevée parmi les autorités et le personnel pénitencier.⁴⁸ Par conséquent, les personnes détenues se voient contraintes de partager leurs seringues et leurs aiguilles, créant des conditions de propagation du VIH et de l'hépatite C. Au Canada, on

estime que la prévalence du VIH est 10 fois plus élevée en prison que dans l'ensemble de la population, celle de l'hépatite C l'étant entre 30 et 39 fois.⁴⁹ En Ukraine, il a été signalé que près de 5 % des personnes incarcérées consomment des drogues par injection, chaque aiguille ou seringue étant partagée par 4,4 personnes en moyenne.⁵⁰ L'incarcération est impliquée en tant que moteur de la transmission du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues par injection. La prévalence du VIH parmi les détenus qui consomment des drogues par injection dépasse 20 % et au moins 28 à 55 % de toutes les nouvelles infections sont imputables à l'incarcération.⁵¹ L'association entre des antécédents carcéraux et l'infection par le VIH ou l'hépatite C a été établie.⁵²

Dans le contexte de l'infection par le VIH, la disponibilité d'un traitement antirétroviral (ARV) efficace est inégale dans les milieux où les ressources et la portée sont limitées. Mais elle est toutefois très inférieure dans les prisons, comme l'est l'accès aux soins de santé en général.⁵³ En l'absence d'ARV et en la présence de consommation de drogues dans des conditions de vie pauvres associant la surpopulation et la promiscuité, l'infection par le VIH peut rapidement gagner du terrain, exposant les personnes qui vivent avec le VIH à un risque élevé de contracter la tuberculose, une maladie infectieuse dévastatrice très installée dans le paysage carcéral.

« LA SITUATION DE LA RÉDUCTION
DES MÉFAITS DANS LE MONDE »
ET LES THÉRAPIES DE SUBSTITUTION
AUX OPIOÏDES :

Malgré les appels répétés des instruments internationaux relatifs aux droits humains pour que le droit à la santé soit garanti aux personnes qui consomment des drogues et que le même niveau de soins de santé soit offert aux personnes incarcérées qui consomment des drogues, les États ont largement échoué à respecter ces exigences. En 2016, par exemple, seuls 52 pays offraient dans leurs prisons des traitements d'entretien ou des thérapies de substitution aux opioïdes. Dans un grand nombre de pays, la TSO n'est disponible que dans quelques prisons et très souvent absente des prisons de femmes. Pour ce qui est de la réduction des méfaits, le tableau de l'échange des seringues et des aiguilles est encore plus sombre, seule une dizaine de pays disposant de ce type de programme. Concernant la formation à la prévention de l'overdose et la distribution d'antagonistes des opioïdes comme la naloxone aux personnes en détention avant ou au moment de leur libération, seuls cinq pays les pratiquent ; notons toutefois dans le cas du Canada et des États-Unis que ces mesures sont en outre limitées à un nombre réduit provinces ou d'États.⁵⁴

Tuberculose

La prison La tuberculose est une maladie causée par le bacille *Mycobacterium tuberculosis*. Elle se propage lorsqu'une personne atteinte de tuberculose pulmonaire expulse des bactéries dans l'air qui sont ensuite respirées par d'autres. Le risque de contracter la tuberculose active augmente radicalement lorsque le système immunitaire est compromis par le VIH, la consommation de drogues

ou d'alcool, la malnutrition ou les mauvaises conditions de vie. Dans tous ces cas, le risque de contracter la tuberculose active atteint 30 %, voire plus.

Le meilleur moyen de prévenir l'infection par la tuberculose active, et donc la propagation de la maladie, est de recenser et de traiter les personnes en situation d'infection dite latente, qui risquent d'en contracter une forme active. Ce n'est malheureusement que rarement le cas en milieu carcéral, et les données sur la prévalence de l'infection tuberculeuse latente dans les prisons sont rares. En Espagne, certains chiffres estiment cette prévalence à environ 55 % parmi les détenus à Madrid, contre 15 % de la population générale du pays.⁵⁵ On a signalé le même type de prévalence de l'infection tuberculeuse au Brésil.⁵⁶

La prison crée un environnement particulièrement propice à la transmission de la tuberculose du fait du contact rapproché entre un grand nombre d'individus à haut-risque sur des périodes prolongées, de la surpopulation ainsi que des mauvaises conditions de ventilation et d'hygiène. En outre, les facteurs de risque associés à la prison, comme la malnutrition, le stress, le VIH, l'hépatite C ou d'autres comorbidités, et encore la consommation problématique de drogues et d'alcool favorisent la transmission de *Mycobacterium tuberculosis* entre détenus. Le milieu carcéral agit comme un réservoir de la tuberculose et facilite les nouvelles infections, qui évoluent rapidement en tuberculose active ou provoque la réactivation d'infections tuberculeuses latentes. La prison, la consommation de drogues et le VIH sont autant de facteurs indépendants de risque de contracter la tuberculose, mais ils constituent ensemble une « combinaison fatale » en s'amplifiant mutuellement pour devenir un phénomène synergique de comorbidité.⁵⁷

Consommation de drogues et mauvaises conditions de détention: une combinaison fatale

Les mesures de prévention faciles à mettre en œuvre existent, mais la tuberculose est l'une des épidémies qui se propage le plus rapidement en milieu carcéral et l'une des principales causes de mortalité, notamment dans les pays

**«L'incarcération,
la consommation de
drogues, la tuberculose, le VIH et
l'hépatite se renforcent mutuellement
dans leurs impacts négatifs sur les
personnes. L'incarcération est elle-même
un environnement à haut risque pour
ces maladies et leur propagation ensuite
dans la population générale après
la sortie de prison.»**

à revenu faible et intermédiaire, où la prévalence de la tuberculose est élevée dans la population générale également. En fait, la prison est reconnue comme un vecteur social déterminant de la transmission de la tuberculose à la société et une corrélation directe a été établie entre les taux d'incarcération et l'incidence de la tuberculose dans la population générale.⁵⁸

Les données suggèrent que la prison contribue amplement aux épidémies de tuberculose qui frappent l'ensemble de la population, mais plus encore dans le cas des personnes qui consomment des drogues par injection et dans les pays où la tuberculose est endémique. En Ukraine, par exemple, à peine 0,5 % de la population adulte a été incarcérée mais on estime que 6 % de tous les nouveaux cas de tuberculose sont dus à l'incarcération. Parmi les personnes qui consomment des drogues

Michel Kazatchkine,
membre de la Commission globale
de politique en matière
de drogues

par injection, le taux passe à 75 % des personnes vivant avec le VIH et à 6 % parmi celles qui n'en sont pas atteintes.⁵⁹

La tuberculose est une maladie curable lorsqu'on la traite. Or le contrôle de la tuberculose en prison est rendu compliqué par le faible taux de guérison dû au diagnostic tardif, aux installations mal isolées, aux interruptions de traitement à cause du mauvais approvisionnement en médicaments ou d'une mauvaise observance et, de ce fait, au développement de la tuberculose multirésistante. Les individus sont souvent remis en liberté dans la collectivité avant d'avoir achevé le traitement et sans soins transitoires efficaces.⁶⁰ La transmission de la tuberculose à la collectivité ne survient pas seulement après la libération mais aussi par l'intermédiaire des visiteurs et du personnel pénitentiaire. Selon une étude de

**GHAVTADZE CONTRE LA GÉORGIE (NO 23204/07),
OU L'OBLIGATION POUR LES ÉTATS DE PROTÉGER L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE
DES PERSONNES DÉTENUES:**

En juin 2009, la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a jugé que la Géorgie contrevenait à l'Article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (interdiction des traitements inhumains ou dégradants). La plainte avait été déposée par Irakli Ghvartadze, une personne qui consomme des drogues par injection, arrêtée et condamnée à 11 ans de prison pour crime mettant en jeu des armes à feu. Après quelques semaines d'incarcération, le plaignant a commencé à montrer des symptômes d'hépatite virale. Retiré à deux reprises de l'hôpital par les services pénitentiaires, il a aussi été infecté par la gale et la tuberculose. La CEDH n'a pu établir si l'infection par l'hépatite s'était produite en prison mais elle a jugé à l'unanimité que les autorités géorgiennes avaient enfreint l'interdiction des traitements dégradants dans le cas de M. Ghvartadze. Elle a confirmé son droit à la santé et enjoint les autorités de le placer immédiatement dans un établissement de soins capable de traiter l'infection par l'hépatite B et C ainsi que par la tuberculose. En outre, le jugement exigeait des autorités qu'elles prennent les mesures individuelles et générales nécessaires pour prévenir la propagation des maladies contagieuses dans les prisons géorgiennes, qu'elles mettent en place un système de dépistage de la tuberculose pour les détenus dès l'admission et qu'elles garantissent le traitement rapide et efficace de ces maladies.

Témoignage

Anonyme – Russie

On m'a placé dans un établissement de détention préventive alors que j'étais en sevrage, après avoir été détenu dans un service où l'on a engagé des poursuites pénales contre moi en vertu de l'alinéa 2 de l'Article 228 (possession de drogues en grandes quantités). Le manque était si fort, si douloureux, qu'une ambulance a été appelée, mais à part une injection d'un antispasmodique léger « No-Spa », les médecins n'ont pas été d'un grand secours. On m'a placé en détention dans la soirée, et comme j'avais constamment la nausée, j'ai demandé qu'on appelle une ambulance. On m'a fait la réponse suivante : « Non mais tu rêves, putain de junkie ? Regarde combien vous êtes ici – tu crois vraiment qu'on va appeler une ambulance pour chacun de vous ? »

Plus tard, je les ai entendus parler : « Peut-être qu'il faut l'emmener à Semyon, non ? » J'ai appris par la suite que Semyon était l'agent en chef de l'établissement. Puis on m'a placé au dépôt des détenus récents. La cellule du dépôt, prévue pour 21 personnes, en contenait environ 70. On dormait à tour de rôle sur des lits superposés, trois par trois. L'air était saturé de fumée de cigarette. Je me suis présenté, et j'ai dit que je n'allais pas tarder à avoir une crise de manque. Mes codétenus ont été compréhensifs : en fait, les trois quarts d'entre eux étaient passés par-là. On m'a donné des conseils, indiqué ce qu'il fallait faire et offert un endroit où dormir. Ils comprenaient vraiment ce que je traversais.

Le premier jour, tout allait à peu près bien – je crois que ce jour-là mon état général de stress, l'adrénaline, m'a aidé à supporter les symptômes. Le lendemain, j'étais en enfer. Dans la cellule, les gens autour de moi ont fait leur possible pour m'aider. Lorsque j'ai demandé un médecin, il n'est venu que deux heures plus tard ! Je me suis plaint de ma santé et il m'a dit « Tu as perdu la tête, putain de junkie ? Si tu oses encore m'appeler je te mets à l'isolement. » Il m'a donné deux cachets de kétorolac (Toradol)*. Le troisième jour, j'étais vraiment mal – je vomissais sans arrêt et je croyais mourir. Les détenus ont à nouveau appelé le médecin, il est venu, m'a regardé et n'a rien fait.

Vers le cinquième ou le sixième jour, ça allait un peu mieux, mais je ne dormais plus. Le sommeil consistait en gros à m'évanouir pendant une demi-heure ou une heure. Ça a continué comme ça pendant à peu près un mois, au cours duquel j'ai appelé le médecin deux fois, à chaque fois pour demander des médicaments pour dormir. Il a refusé, me menaçant de me mettre à l'isolement ou de me jeter dans une « cellule des bargeots » (une cellule pour les patients souffrant de troubles mentaux).

Une dizaine de jours plus tard, ils ont commencé à m'emmener à ce qu'ils appelaient les « activités relatives à l'enquête » (interrogatoires, contre-interrogatoires etc.). On m'a une fois conduit devant l'agent en chef pour un entretien où il m'a dit : « J'ai un marché à te proposer. Si tu reconnais être entré dans l'appartement (on voulait que je plaide coupable d'être entré dans un appartement par effraction et d'un vol que je n'avais pas commis), je te donne 5 grammes. » J'ai dit que j'allais y réfléchir. Je ne voulais évidemment pas faire de la prison pour un délit dont j'étais innocent, mais j'étais très fortement en manque. Quand on m'a posé à nouveau la question, j'ai refusé catégoriquement.

Au total, ce que je peux vous dire de cet épisode, c'est que le fait de se retrouver dans un établissement pénitentiaire russe – sans l'ombre d'un traitement humain – est en soi une punition très dure. Mais s'y trouver en état de manque, c'est tout simplement de la torture ! Le personnel médical – s'il y en a – ne vous apporte aucune aide. La seule aide réelle, c'est le soutien mutuel des codétenus qui comprennent bien la situation.

* Anti-inflammatoire non-stéroïdien utilisé contre la douleur.

modélisation menée au Brésil, c'est le milieu carcéral, plus que la population carcérale proprement dite, qui est le moteur de l'incidence de la tuberculose, et certaines interventions ciblées au sein des établissements pourraient avoir un effet significatif sur l'épidémie de tuberculose au sens large.⁶¹

La tuberculose et le VIH dans les prisons sont des problèmes de santé publique et de droits humains qui demeurent négligés dans beaucoup de pays, où le droit des détenus à des soins de santé adaptés est bafoué et les traitements sont indisponibles. Et même lorsqu'elles en disposent, les personnes incarcérées ont souvent tendance à prendre leurs médicaments de façon irrégulière afin que leur état s'aggrave et qu'on les transfère dans un établissement où les conditions sont meilleures.⁶² L'irrégularité du traitement crée les conditions du développement de la tuberculose multirésistante (TBMR), qui requiert un traitement plus long (jusqu'à deux ans, contre six mois pour la tuberculose sensible aux médicaments), à base de médicaments plus toxiques, plus coûteux, et avec des taux de guérison nettement inférieurs.

L'épidémie de tuberculose dans les prisons constitue un défi pour la santé publique et un problème économique et social

en Afrique subsaharienne, en Europe de l'Est et en Asie centrale.⁶³ C'est en Europe de l'Est et en Asie centrale que l'on rencontre les plus forts taux de tuberculose multirésistante (TBMR) du monde, avec 9 à 35 % des nouveaux cas de tuberculose et 49 à 77 % des cas de retraitement antituberculeux en Biélorussie, en Russie et en Ukraine, contre 1 à 3 % des nouveaux cas et 4 à 14 % de cas de retraitement en Italie, en Suisse et au Royaume-Uni.⁶⁴

Compte tenu de la description qui précède de l'environnement carcéral et des groupes à risque, le risque potentiel existe de voir se poursuivre la propagation de la TBMR parmi les détenus, le personnel pénitentiaire et dans la collectivité si des mesures ne sont pas prises d'urgence. Les stratégies visant à réduire l'emprisonnement des personnes qui consomment des drogues par injection ou autrement seraient à cet égard les plus impactantes. La thérapie de maintenance et les traitements de substitution aux opioïdes (TSO), dont l'effet positif sur la santé et le comportement des personnes qui consomment des drogues par injection est bien documenté,⁶⁵ accompagnée de services de réduction des méfaits, devrait être largement mise en œuvre dans les prisons et accessible à toutes les personnes qui en ont

L'ÉLIMINATION DE LA TUBERCULOSE ET LE PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DURABLE – UN OBJECTIF EN DEMANDE DE VOLONTÉ POLITIQUE

Lorsqu'elle a adopté les objectifs de développement durable (ODD) en 2015, la communauté internationale s'est engagée à «mettre fin à l'épidémie de tuberculose (TB) d'ici 2030» en réduisant son incidence dans toutes les populations.⁶⁷ Avec 1,3 millions de décès annuels, la tuberculose est aujourd'hui la première cause de décès par maladie infectieuse dans le monde. Son incidence baisse au rythme annuel de 2 % depuis 15 ans, mais son élimination d'ici 2030 supposerait qu'elle soit de 4 à 5 % par an.⁶⁸ Les niveaux de tuberculose en prison représenteraient le double de ceux dans l'ensemble de la population, et la TBMR pourrait représenter jusqu'à 24 % de tous les cas de tuberculose en prison.⁶⁹ En outre, on estime que moins de 5 % de tous les pays seront en mesure d'éliminer la tuberculose d'ici 2030.⁷⁰ Ces dernières années, le manque de mesures efficaces pour contrôler la TB, la concentration de près de la moitié des cas de TB dans les BRICS et le fait qu'un tiers des décès dus à la résistance aux antimicrobiens soient associés à la TB ont inscrit la tuberculose au programme du G20 depuis 2017, et incité la communauté internationale à adopter la première déclaration politique sur la TB en septembre 2018.⁷¹

besoin. Le déploiement des TSO doublée d'une transition efficace vers la collectivité à la libération pourrait constituer une bonne stratégie pour réduire la transmission de la tuberculose, du VIH et de l'hépatite C. Il faut éduquer et former le personnel pénitentiaire à la réduction des risques et l'amener à considérer ces mesures comme hautement prioritaires.⁶⁶ Il est aussi nécessaire de mettre au point des interventions efficaces de diagnostic, de traitement et de prévention de la transmission de la tuberculose parmi la population carcérale.

LE DROIT À LA SANTÉ EN PRISON: LES OBLIGATIONS LÉGALES INTERNATIONALES

Le droit à la santé vaut pour tout le monde, sans distinction, ce qui signifie que les personnes qui consomment des drogues et sont en situation de dépendance ne peuvent faire l'objet de discrimination dans la fourniture de soins de santé. En fait, le droit à la santé s'étend au diagnostic et au traitement pour la dépendance aux drogues et les services de réduction des risques ont été reconnus comme relevant du droit à la santé des individus qui consomment des drogues.

Selon les Règles Mandela (règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus), la fourniture de soins de santé aux personnes incarcérées relève de la responsabilité de l'État, et les détenus doivent bénéficier de soins de santé de même qualité que l'ensemble de la société, sans frais et sans discrimination fondée sur leur statut juridique (Règle 24, par. 1). La fourniture de soins de santé identiques à ceux disponibles dans la société est aussi préconisée par l'OMS. La fourniture de services de santé en prison doit être organisée en relation étroite avec l'administration générale de santé publique et de manière à faciliter la continuité du traitement et des soins, notamment pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses,

ainsi que pour la dépendance aux drogues (Règle 24, par. 2). Les Règles Mandela prévoient en outre que le médecin ou le personnel soignant qualifié, qui examine chaque détenu aussitôt que possible après son admission et ensuite aussi souvent que nécessaire, mette un soin particulier à déceler les symptômes de manque liés à la consommation de drogues et prenne toutes les mesures individualisées, thérapeutiques ou autre, qui s'imposent (Règle 30).

Les Règles de Bangkok (Règles des Nations unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes), conçues en complément des règles de Mandela, stipulent que l'État doit offrir au sein de la collectivité des programmes de traitement réservés aux femmes et adaptés à leurs besoins et à leurs traumatismes (Règle 62).

Concernant les enfants qui consomment des drogues, le Comité des droits de l'enfant (dans son Observation générale No. 15, 2013) souligne que la réduction des risques constitue une approche importante pour atténuer les effets nocifs de la consommation de substances toxiques. Il a recommandé que les enfants reçoivent des informations exactes et objectives sur les drogues et qu'ils ne soient pas sujets aux poursuites pénales. Le Comité a appelé à la dépénalisation de la possession de drogues par des enfants.⁷²

«L'approche prohibitionniste [en matière de politique des drogues] est exigée par les conventions de l'ONU, qui qualifient la dépendance aux drogues de « fléau ». De là, il n'y a qu'un pas à considérer les personnes qui consomment des drogues comme malfaisantes et méritant d'être punies.»

Helen Clark, membre de la Commission globale de politique en matière de drogues, Auckland, Mars 2019.

REMISE EN LIBERTÉ MAL PRÉPARÉE ET RISQUES POUR LA SANTÉ

Le grand défi pour les États n'est pas seulement d'améliorer sensiblement les soins de santé et les services de réduction des risques pour les personnes dépendantes qui se trouvent en prison et dans d'autres centres de détention, mais aussi de coordonner avec les prestataires concernés la gestion des soins de santé pour ces personnes lors de leur remise en liberté. Un individu qui sort de prison ayant accès aux soins de santé au sein de la collectivité a plus

de chances d'obtenir des résultats positifs. Le risque de décès par overdose est très élevé après libération. Dans la province canadienne d'Ontario, un décès par overdose sur dix frappe d'anciens détenus dans l'année suivant leur remise en liberté. Le risque de décès par overdose est extrêmement élevé dans les deux premières semaines et estimé à 56 fois supérieur à celui de l'ensemble de la population. D'ailleurs, l'hypothèse a été avancée que l'interruption forcée de la consommation de drogues en prison réduit la tolérance des détenus. Même s'ils peuvent se procurer des drogues et les consommer en prison, celles qu'ils se procurent et qu'ils achètent sur le marché sont plus concentrées.⁷³ D'autres études ont abouti à des conclusions similaires. Selon une étude effectuée en Caroline du Nord, par exemple, les anciens détenus courent 40 fois plus de risque de mourir d'une overdose aux opiacés que l'ensemble de la population. En outre, si l'on s'en tient strictement aux décès par overdose d'héroïne, le risque devient 74 fois plus élevé par rapport à l'ensemble de la population dans les deux semaines suivant la remise en liberté.⁷⁴





Plus de 80 % des détenus en Haïti sont en détention préventive prolongée, qui peut durer entre quatre et six ans avant que leur affaire soit entendue.

© UN Photo/Victoria Hazou 2012



Détenu d'un centre de désintoxication forcée de la ville de Hai Phòng, dans le Nord du Vietnam

© HOANG DINH NAM/AFP/Getty Images 2017

LES CENTRES DE « TRAITEMENT » SOUS CONTRAINTE ET LES INTERNEMENTS ADMINISTRATIFS

CENTRES PUBLICS DE DÉTENTION FORCÉE

Les centres de détention forcée pour consommation de drogues ont été appelés centres de traitement obligatoire, centres de réhabilitation, centres de désintoxication forcée ou encore centres pour l'éducation sociale et le travail.⁷⁵ Il s'agit d'établissements où les individus qui consomment des drogues, ou qui sont parfois simplement soupçonnés de le faire, sont retenus contre leur volonté dans le but de les contraindre à abandonner leur pratique. Cela ne répond le plus souvent à aucune évaluation clinique du caractère problématique ou non problématique de leur consommation. Et l'enfermement ne fait généralement suite à aucune procédure légale, ou alors très sommaire, et sans aucune procédure d'appel.

C'est en Asie orientale et en Asie du Sud-Est que les centres de détention forcée à grande échelle ont d'abord pris de l'ampleur. Une estimation a fait état de 450 000 personnes ainsi détenues en 2014 dans sept pays (le Cambodge, la Chine, le Laos, la Malaisie, les Philippines, la Thaïlande et le Vietnam).⁷⁶ Une autre a évoqué le nombre de 600 000 détenus dans plusieurs centres de la région.⁷⁷ Ces chiffres sont sans doute une sous-estimation du nombre de personnes retenues dans des centres de détention forcée du monde entier, car ces derniers existent dans au moins 16 pays (en plus des sept cités ci-dessus : Brunei, Égypte, Indonésie, Iran, Myanmar, Russie, Arabie saoudite, Singapour et Sri Lanka).⁷⁸ Les procédures d'internement des personnes qui consomment des drogues, ou dont on prétend qu'elles le font, varient selon le pays. La détention s'appuie sur le droit administratif dans certains et sur le droit pénal dans d'autres. L'arrestation individuelle par les forces de l'ordre, l'arrestation massive lors d'un grand coup de filet, le résultat positif à un test d'urine ou la dénonciation par un parent ou un membre de la communauté sont autant de voies menant à la détention. Dans le cas des États où la détention se fonde sur le droit administratif, le détenu peut être qualifié de

victime, de patient (comme au Cambodge, au Laos ou en Thaïlande),⁷⁹ ou comme un individu se livrant à un comportement jugé néfaste pour la société (Vietnam). Dans certains pays, comme le Cambodge ou le Laos, il a été signalé que les détenus pour consommation de drogues sont placés dans des institutions avec d'autres individus jugés « indésirables » par la société, notamment les personnes dont la consommation d'alcool est problématique, les sans-abris, les travailleurs du sexe et les personnes souffrant d'handicap psychique.⁸⁰

Parmi les violations des droits humains signalées dans les centres de détention forcée, on recense la détention arbitraire, les coups, le fouet, d'autres types de violence physique et verbale, la torture et d'autres formes de mauvais traitement, la violence sexuelle, le travail forcé, l'isolement, le refus de traitement médical adapté, les conditions de vie déplorables caractérisées par le manque de ventilation ou d'équipements sanitaires, la surpopulation et la malnutrition. Les violences physiques pour infraction mineure au règlement peuvent être graves, les récits indiquant qu'elles aboutissent parfois à la rupture d'un membre ou à la perte de conscience de la personne. On a aussi signalé le cas de détenus laissés attachés pendant des heures sous le soleil sans eau ni nourriture.⁸¹

Ces établissements renferment aussi des milliers d'enfants. La détention des enfants qui consomment des drogues survient parfois à la demande de membres de la famille qui croient que les centres de détention peuvent s'avérer thérapeutiques (malgré les preuves scientifiques du contraire), ou lors d'opérations policières de « nettoyage des rues ». Dans certains cas, ils sont arrêtés parce que ce sont les enfants de sans-abris ou de mendiants capturés lors d'opérations antidrogue. La détention d'enfants constitue une violation des droits humains à plusieurs égards : elle est considérée arbitraire, car la détention d'enfants ne doit toujours être qu'une mesure de dernier recours et que les enfants ne doivent pas être détenus en compagnie d'adultes ; et selon

l'Ensemble de règles minima des Nations unies concernant l'administration de la justice pour mineurs, toute privation de liberté ne peut être infligée que si «le mineur est jugé coupable d'un délit avec voies de fait à l'encontre d'une autre personne, ou pour récidive, et s'il n'y a pas d'autre solution qui convienne».⁸²

En Chine, les récidivistes qui ont déjà suivi des programmes de traitement communautaires peuvent être placés dans un centre de détention forcée pendant deux ans, avec la possibilité d'une libération anticipée ou au contraire d'une année de prolongation de détention. Au Vietnam, la période de détention initiale peut durer deux ans mais elle peut aussi être reconduite pour deux années supplémentaires après évaluation du détenu. En Malaisie, une personne ayant passé un test d'urine positif et jugée dépendante aux drogues par un médecin du gouvernement peut être détenue pendant deux ans, mais une étude fait état d'une période moyenne de détention de sept mois et demi.⁸³

Les méthodes varient légèrement selon le pays, mais le personnel des centres de détention forcée considère généralement que la consommation de drogues est une affaire de volonté et s'efforce donc de modifier la personnalité du détenu pour qu'il y renonce. Les détenus de ces centres sont souvent soumis à de longues heures d'exercice physique intense et épuisant. Dans d'autres centres de détention, on dispense un accompagnement spirituel.^{84,85}

Dans certains pays, outre les programmes d'exercice physique intense et la discipline sévère à la mode militaire, les centres de détention forcée imposent le travail forcé (par exemple au Cambodge, en Chine et au Vietnam),⁸⁶ en le qualifiant parfois de thérapie par le travail. Les détenus sont contraints de travailler pendant de longues heures, sans paye, ou alors très en-dessous des tarifs du marché.⁸⁷ Dans certains cas, il s'agit d'un travail dangereux ou physiquement pénible, dans le bâtiment ou l'agriculture par exemple, et il est fréquent qu'aucun équipement de protection ne soit fourni. On a aussi signalé des travaux forcés dans la fabrication de vêtements, de chaussures et de produits artisanaux. Les enfants détenus et incarcérés en compagnie d'adultes sont parfois soumis eux aussi aux travaux forcés.⁸⁸

MALAISIE: L'INEFFICACITÉ DU TRAITEMENT SOUS CONTRAINTE

Si l'on compare le résultat en termes de santé des centres de détention forcée à ceux des centres volontaires en milieu communautaire utilisant des méthodes fondées sur l'évidence, on constate des différences extraordinaires. En Malaisie, où coexistent les deux systèmes, 89 personnes issues des centres obligatoires, et 95 provenant des centres volontaires, toutes montrant une consommation problématique d'opioïdes, ont pris part à une étude dans laquelle elles passaient un test de dépistage de drogues et des entretiens à leur arrivée dans le centre, puis à plusieurs reprises après leur sortie (après un, trois, six, neuf et douze mois).⁹⁰ Les personnes détenues dans des centres obligatoires ont présenté des taux de rechute très supérieurs à ceux des centres volontaires. Un mois après leur libération, 51 % de celles-ci ne consommaient plus d'opioïdes, contre 90 % du groupe des centres volontaires. Après six mois, seules 19 % des premières ne consommaient pas d'opioïdes, contre 69% des secondes.⁹¹ Dans ces centres volontaires, les gens étaient évalués à leur arrivée, mis sous méthadone puis autorisés à essayer divers traitements, notamment le soutien psychosocial et les activités récréatives.

La différence principale pour les personnes enfermées dans les centres de détention forcée et celles qui avaient fréquenté les centres volontaires, c'est que la méthadone était disponible en tant que thérapie de substitution aux opioïdes pour les dernières, mais pas pour les premières. Malgré l'écart considérable entre les résultats des deux méthodes en Malaisie, l'étude signale que les centres de détention forcée continuent d'exister à cause de la tolérance zéro pratiquée par le pays envers la consommation de drogues et du manque de reconnaissance de l'efficacité des centres volontaires par rapport à l'inefficacité des centres obligatoires.⁹²

«Dans un certain nombre de pays, près de la moitié ou plus de la population carcérale est constituée de personnes qui consomment des drogues, pour qui la prison n'a aucun effet sur leur consommation. De telles politiques sont du gaspillage et une grosse charge financière pour les contribuables.

Anand Grover,
membre de la Commission globale
de politique en matière de drogues,
Afrique du Sud,
Août 2017

Les taux de rechute des personnes sortant d'un centre de détention forcée sont très élevés. On a par exemple signalé pour le Cambodge et la Chine que plus de 90 % des individus consommant de l'héroïne ont rechuté une fois libérés.⁸⁹ L'ONUDC et l'OMS ont déclaré que «les droits humains des personnes ne doivent jamais être restreints au nom du traitement et de la réhabilitation » et que les «pratiques ou punitions inhumaines ou dégradantes ne doivent jamais faire partie du traitement de la dépendance aux drogues»⁹³ Elles ont aussi indiqué que «pas plus la détention que les travaux forcés n'ont été scientifiquement reconnus en tant que traitement des désordres liés à la consommation de drogues.»⁹⁴ En outre, en 2012, douze organismes des Nations unies ont émis par le biais du Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA une déclaration conjointe appelant à la fermeture des centres de détention forcée.⁹⁵ Il est amplement établi que l'action des centres de détention forcée en termes de santé entraîne des taux élevés de rechute dans l'année suivant la libération, tandis que celle des établissements communautaires aux méthodes fondées sur les faits entraîne des taux de rechute faibles. Pourtant, les données révèlent une réticence des États à modifier leur approche et à fermer les centres de détention forcée, en dépit des appels de l'ONU, du corps médical et de la société civile. La population des centres de détention forcée a diminué de 4 % entre 2012 et 2014 dans les pays d'Asie orientale et d'Asie du Sud-Est, mais les données suivantes, jusqu'en 2018, ne montrent aucune réduction significative dans certains pays, et même une augmentation dans d'autres.⁹⁶

DÉTENTION FORCÉE EN CENTRE DE TRAITEMENT PRIVÉ

Les centres de détention forcée exploités par l'État ont beaucoup fait parler d'eux, mais la question n'est pas moins

troublante concernant les centres de traitement privés qui ont recours à des méthodes contraires au droit international et bien souvent également aux lois nationales.

Au regard du droit international, l'État a l'obligation de prévenir les violations des droits humains, d'assurer le respect et la protection de ces droits et d'apporter un dédommagement lorsque ces violations surviennent. Ces obligations ne se limitent pas aux actions de l'État proprement dit, elles s'étendent à celle d'institutions telles que les centres de traitement privés, où il est tenu

de s'assurer que nul n'est enfermé contre son gré. Il doit en outre veiller à ce que tous les traitements reposent sur le consentement éclairé, qu'on y pratique des soins de santé fondés sur l'évidence, que le crime de la torture n'y est pas perpétré, pas plus que d'autres formes de traitement ou de châtement cruel, inhumain ou dégradant, que les personnes sont traitées humainement et leur dignité respectée et que le droit à la vie, à la sphère privée, à la nourriture, à l'eau et aux installations sanitaires y sont protégés.

Dans la pratique, cela signifie que les États ont l'obligation d'enregistrer et d'autoriser l'exploitation des centres de traitement privés, de définir des normes minimales de comportement et de soins dans ces établissements, d'y conduire des inspections régulières, parfois à l'improviste, de promptement mener une enquête impartiale et efficace en cas de plainte pour violation des droits humains et de prendre contre les établissements non conformes des sanctions pouvant aller jusqu'à la fermeture.

Plusieurs études ont constaté que les violations des droits humains dans ce type d'établissements étaient fréquentes dans un certain nombre de pays et de territoires en Amérique latine et dans les Caraïbes, notamment le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la République dominicaine, le Guatemala, le Mexique, Panama et Porto Rico.⁹⁷ Les personnes y sont souvent conduites contre leur gré par des membres

LES TRIBUNAUX SPÉCIALISÉS COMME MOYEN DE COERCITION

L'internement forcé dans un établissement privé peut avoir été décidé par un tribunal dit « spécialisé dans les affaires de drogues ». Un certain nombre de pays ont institué ces tribunaux – surtout, et de loin, les États-Unis, qui en compte plus de 3 000 – pour cesser d'incarcérer les mineurs ayant commis un délit dans ce domaine et les rediriger vers des programmes de traitement supervisés par le tribunal. La méthode peut paraître bienveillante mais elle est en vérité profondément déficiente.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, ces tribunaux spécialisés offrent aux accusés d'un délit lié aux drogues, consommation et possession comprises, le choix entre la prison et le traitement. Si dans certains pays les centres de détention forcée sont parfois publics, ceux de ces régions sont pour l'immense majorité privés. Le Mexique compte par exemple plus de 2 000 centres résidentiels de traitement, mais seuls 43 sont publics. À Porto Rico, 85 % des établissements résidentiels de traitement sont exploités par des entités privées.¹⁰¹

L'OMS et l'ONUDC ont reconnu l'une et l'autre que le processus décisionnaire comporte une part de coercition mais estiment néanmoins qu'un choix est malgré tout laissé à l'individu.¹⁰² Le Haut-commissariat aux droits de l'homme estime pour sa part que toute décision de traitement est le produit de la coercition lorsque l'alternative est la prison et que cette coercition constitue une atteinte au droit à la santé.¹⁰³ En outre, le traitement n'est pas toujours nécessaire, puisque certains participants ne sont pas en situation de dépendance.¹⁰⁴

La Commission globale réitère la position qu'elle a exprimé dans de précédents rapports : la notion même de tribunal spécialisé est une approche déficiente et insuffisante.¹⁰⁵ Le traitement en matière de drogues doit être laissé aux professionnels de la santé et ne doit en aucun cas concerner la justice pénale. Contraindre un individu au traitement par la menace d'une sanction pénale est à la fois contraire à l'éthique et contreproductif. Il est très préoccupant que les tribunaux spécialisés se multiplient dans les Caraïbes, en Amérique latine et aux États-Unis, et que l'Organisation des États américains promeuve cette approche controversée.

de la famille, des représentants des forces de l'ordre ou par le personnel des centres privés. Il a été signalé qu'on y pratique l'intimidation pour contraindre les gens à signer un formulaire de consentement en les menaçant, eux et leur famille, tant qu'ils s'y refusent.⁹⁸ Une fois interné, il peut être difficile de sortir. Dans certains établissements, toute tentative de sortie sans autorisation est sévèrement punie, parfois par des coups ou d'autres violences physiques.⁹⁹

Les centres de traitement privés examinés par les études conduites dans les pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes considèrent globalement la dépendance aux drogues comme une faute morale. Leur approche du traitement est dans l'immense majorité des cas fondée sur l'abstinence.

Cette approche est fréquemment associée à une discipline sévère, à des punitions cruelles, à des humiliations, à la thérapie par la confrontation et, dans le cas des établissements religieux, à un appel à éprouver un renouveau de la foi afin de renoncer à la consommation de drogues. L'approche strictement disciplinaire donne souvent lieu à des coups et d'autres formes de violence physique pour des infractions mineures au règlement, entraînant parfois la mort.¹⁰⁰

L'INTERNEMENT ADMINISTRATIF

Il existe plusieurs formes d'internement administratif. La plus connue est peut-être la décision par un État d'interner

une personne parce qu'il considère que sa consommation de drogues constitue un danger pour elle-même ou pour autrui. On rencontre cette forme d'internement administratif dans un certain nombre de pays, le plus souvent en vertu du droit psychiatrique plutôt que des lois applicables à la consommation de drogues. L'OMS et l'ONUDC ont affirmé dans un document conjoint que le traitement forcé n'est légalement admissible « que dans des situations exceptionnelles de crise supposant un risque élevé pour soi ou pour autrui, » ajoutant toutefois que « ni l'internement ni le travail forcé n'ont été reconnus en tant que traitement des troubles liés à la consommation de drogues. »¹⁰⁶ Ce critère, fût-il accompagné des réserves, demeure problématique, car il contredit la notion relative aux droits humains selon laquelle les soins de santé doivent toujours reposer sur le consentement volontaire et éclairé et que tout individu a le droit de refuser un traitement et de quitter un établissement de traitement.

L'INTERNEMENT ADMINISTRATIF EN SUÈDE

Selon la « Loi suédoise sur le soin des personnes souffrant de troubles associés à la consommation de drogues dans certains cas » (Care of Persons with Substance Use Disorders in Certain Cases Act), si la consommation problématique persistante de drogues d'une personne constitue un danger grave pour sa santé physique ou mentale, induit le risque manifeste de détruire sa vie ou si la crainte existe qu'elle nuise gravement à sa personne ou à ses proches, le tribunal peut décider d'un traitement forcé, à condition que les soins ne puissent être dispensés autrement. Le propos des soins forcés dans le cadre de cette loi est d'inciter l'individu à rechercher un traitement volontaire pour une période limitée (pas plus de six mois). Selon les pouvoirs publics suédois, 75 % des personnes soumises aux soins forcés choisissent de passer au traitement volontaire.¹⁰⁷

LES FEMMES ENCEINTES

Une autre population visée par la pratique de l'internement administratif est celle des femmes enceintes et en situation de dépendance aux drogues. En Norvège, par exemple, une loi de 1996 autorise les forces de l'ordre à hospitaliser une femme dépendante et la mettre sous traitement sans son consentement si l'on peut raisonnablement craindre que sa consommation de drogues nuise au fœtus et si les mesures de santé volontaires ne suffisent pas. Dans ce contexte, on privilégie la santé du fœtus sur le droit à la liberté de la femme à cause du risque potentiel de dommages. Le cas norvégien semble toutefois constituer une exception, du moins en Europe.¹⁰⁸

Dans l'État du Wisconsin, aux États-Unis, une loi de 1997 autorise les pouvoirs publics à placer en détention une femme enceinte « manifestant habituellement un manque de contrôle » de sa consommation de drogues s'ils estiment qu'elle constitue un « risque substantiel » pour la « santé physique de l'enfant "à naître" [sic] » En 2017, la Cour suprême des États-Unis a annulé la suspension prononcée par une instance inférieure qui s'opposait à l'application de la loi, jugeant que l'État pouvait maintenir sa pratique en attendant l'aboutissement de la procédure d'appel.¹⁰⁹ D'autres États dans le pays disposent de restrictions qui rendent les femmes enceintes consommant des drogues illégales passibles de sanctions pénales, exigent des médecins qu'ils signalent tout cas d'exposition prénatale aux drogues, ou considèrent l'exposition prénatale aux drogues comme un facteur de la détermination juridique du bien-être de l'enfant. Ceci peut aboutir à la suppression des droits parentaux pour cause de mauvais traitements ou de négligence.¹¹⁰

La consommation de drogues illégales peut sans doute avoir des effets nocifs sur le fœtus, mais les sanctions, les restrictions juridiques et les obligations de signalement concernant les femmes enceintes qui consomment des drogues ont généralement suscité la résistance des promoteurs de la santé. Ils estiment que les problèmes relatifs aux femmes enceintes consommatrices ou qui souffrent de dépendance sont l'affaire exclusive des professionnels de la santé et que

les sanctions, les restrictions juridiques et les obligations de signalement détournent les intéressées des services de santé vitaux et hypothèquent leur bien-être et leur droit à la santé.¹¹¹ L'OMS a publié des directives concernant le recensement et la gestion de la consommation de drogues pendant la grossesse.¹¹²

Les migrants sans-papiers

Il est un autre domaine où l'on applique l'internement administratif, c'est celui des personnes qui consomment des drogues et qui sont arrêtées en tant que migrants sans-papiers, ainsi que celles visées par un arrêté d'expulsion. La durée de l'internement dans un établissement pour les immigrants ou les individus en attente d'expulsion varie considérablement selon le pays; environ 30 jours ou moins dans certains, beaucoup plus dans d'autres.

Il a été signalé que la consommation et le trafic de drogues étaient très répandus dans un centre de rétention de migrants au Royaume-Uni, que le niveau de violence y était élevé et que les détenus s'automutilaient ou faisaient des tentatives de suicide.¹¹³ On compte parmi les facteurs contributifs le fait que des personnes aux lourds antécédents pénaux y côtoient des étrangers en situation irrégulière et des demandeurs d'asile.¹¹⁴

Dans le plus grand centre de rétention d'Australie, qui sert à la fois pour les expulsions et les migrants ayant sollicité le statut de réfugié, il a été rapporté que les drogues étaient amplement disponibles. Le stress induit par l'environnement du centre de rétention conduit les expulsés potentiels et les migrants à consommer des drogues pour faire face à leurs difficultés.¹¹⁵

Aux États-Unis, le nombre des migrants sans-papiers est en nette augmentation depuis quelques années, passant de 6 800 en 1994 à 40 500 en 2017. L'un des principaux reproches faits à la politique officielle tient à l'absence de soins de santé suffisants pour les personnes en rétention administrative.¹¹⁶

Dans certains centres d'hébergement de jeunes, on a régulièrement distribué toute une gamme de psychotropes aux enfants, avec parfois l'injonction de les ingérer, pour atténuer le traumatisme de leur détention et parfois de leur séparation des parents. En 2018 des enfants auraient reçu des substances alors que leur condition ne l'exigeait pas et sans le consentement de leurs parents.¹¹⁷ À la suite d'un procès visant à mettre fin à ces pratiques, un tribunal fédéral a contraint les pouvoirs publics à demander le consentement des parents immigrants avant de donner des psychotropes à leurs enfants.¹¹⁸



RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

Les niveaux d'incarcération des trente dernières années n'ont pas de précédent en temps de paix et ne correspondent à aucune augmentation similaire de la criminalité. Ils sont dus plutôt à une utilisation abusive de l'incarcération comme mode de punition sévère. Cela crée des défis pour les sociétés à court et à long terme, qui vont de la disproportion et l'application arbitraire des peines, à la discrimination envers les personnes issues de milieux pauvres et marginalisés. Cela favorise également l'incarcération pour des délits mineurs plutôt que pour des crimes (dont les délits et crimes financiers). Enfin, l'incarcération entraîne des taux plus élevés de morbidité et de mortalité parmi les personnes détenues, rendues plus vulnérables aux infections (notamment la tuberculose et

ses formes multirésistantes) et de traumatismes aussitôt après leur arrestation.

Les niveaux actuels d'incarcération empêchent les pays de remplir leurs obligations en vertu des accords internationaux en matière de droits humains à l'égard des populations incarcérées. Depuis 2011, la Commission globale de politique en matière de drogues appelle à la révision des systèmes de justice pénale et correctionnelle, à ce que la préférence soit accordée aux alternatives à l'incarcération, à mettre fin à la disproportion des peines et à dépénaliser la consommation de drogues. C'est la voie qui nous détournera des politiques punitives en matière de drogues et de leurs méfaits au profit de politiques fondées sur la justice, la dignité et les droits humains pour tous.



Secteur dédié à la justice et aux services correctionnels de la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali (MINUSMA). © UN Photo/Harandane Dicko 2018.

RECOMMANDATION 1: Les États doivent mettre fin à toutes les sanctions – aussi bien pénales que civiles – pour possession ou pour culture de drogues à des fins de consommation personnelle. Des millions de personnes dans le monde consomment des drogues et le font sans nuire à qui que ce soit. La pénalisation des personnes qui consomment des drogues est inefficace, nocive. Elle sape le principe de la dignité humaine comme l'État de droit.

RECOMMANDATION 2: Les États doivent mettre fin à la disproportion des peines et des sanctions pour les délits liés aux drogues et reconnaître que la surincarcération a des effets négatifs sur la santé publique et la cohésion sociale. Le niveau inédit des incarcérations constaté ces dernières décennies partout dans le monde a eu des répercus-

sions négatives sur la santé publique, la cohésion sociale et beaucoup d'autres objectifs mondiaux de développement. La privation de liberté n'est pas la réponse à la petite délinquance générée par l'illégalité du marché. Les États doivent ainsi mettre en œuvre des alternatives à la punition, notamment la déjudiciarisation, pour les acteurs de niveau inférieur et non violents, comme ceux qui pratiquent l'approvisionnement pour usage personnel, les passeurs, les consommateurs-trafiquants et les cultivateurs.

RECOMMANDATION 3: Les États doivent garantir l'accès aux soins de santé primaires, le droit à la santé s'appliquant à tous sans discrimination, y compris aux personnes détenues contre leur gré. Les personnes incarcérées, les personnes consommatrices de drogues et celles qui en sont dépendantes ne doivent subir aucune discrimination dans la fourniture de soins de santé. Le droit à la santé s'étend au diagnostic et au traitement contre la dépendance aux drogues et les méthodes de réduction des risques ont été reconnues comme faisant partie intégrante du droit à la santé des personnes qui consomment des drogues. Les soins de santé doivent reposer sur la confidentialité. Les personnes internées dans des établissements de détention forcée doivent être remises en liberté et, pour les détenus concernés, encouragées à rechercher un traitement contre la dépendance basé sur des faits avérés et adapté à leur cas dans des centres volontaires.

RECOMMANDATION 4: Les pratiques portant atteinte aux droits humains des personnes privées de liberté doivent être interdites, leurs perpétrateurs traduits en justice et les victimes dédommagées conformément aux droits humains. Ces pratiques comprennent, sans s'y limiter, la torture, les traitements ou châtiments cruels, inhumains et dégradants, la surpopulation carcérale, l'internement, le travail forcé, la détention arbitraire et illégale et les violations du droit à la sécurité de la personne, du droit à un traitement humain et respectueux de la dignité, ou encore du droit à une alimentation suffisante.



RÉFÉRENCES ET NOTES

- ¹ Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, *Incidences de l'incarcération excessive et de la population carcérale*. UN doc. A/HRC/30/19, par. 8 (2015) (www.ohchr.org).
- ² Il existe un vaste éventail d'instruments internationaux concernant les obligations, les règles et les directives pour les personnes privées de liberté, notamment: Déclaration universelle des droits de l'homme/Pacte international relatif aux droits civils et politiques/Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels/Convention contre la torture et autres traitements ou peines cruels, inhumains ou dégradants/Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale/Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes/Convention relative aux droits de l'enfant/convention sur les droits des personnes handicapées/Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille/Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées/Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)/Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok)/Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement/Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus/Principes fondamentaux concernant le recours à des programmes de justice réparatrice en matière pénale/Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté/Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing)/Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo)
- ³ Walmsley, R., «World Prison Population List» (12e édition) (2018) (www.prisonstudies.org).
- ⁴ *Ibid.* Ce chiffre, toutefois, est probablement une sous-estimation parce qu'il ne compte pas les personnes se trouvant en détention préventive dans les locaux de la police et ne figurant pas dans les statistiques nationales de la population carcérale. En outre, les données de l'Érythrée, de la Somalie, de la République démocratique de Corée étaient indisponibles et celles de la Chine et de la Guinée Bissau ont été signalées incomplètes. Il est donc probable que le monde compte beaucoup plus que 11 millions de détenus.
- ⁵ Dünkler, F., (2017), *European penology: The rise and fall of prison population rates in Europe in times of migrant crises and terrorism*, European Journal of Criminology, Vol. 14(6) 629-653. Consultable à l'adresse: http://www.antonio-casella.eu/nume/Dunkel_2017.pdf (consulté le 17 avril 2019).
- ⁶ Walmsley, R., *World Prison Population List* (12e édition) (2018) (www.prisonstudies.org).
- ⁷ *Ibid.*
- ⁸ Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, *Incidences de l'incarcération excessive et de la population carcérale*. UN doc. A/HRC/30/19, par. 10 (2015) (www.ohchr.org), par. 9.
- ⁹ *Ibid.*, par. 11 (2015) (www.ohchr.org),
- ¹⁰ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Manuel des principes fondamentaux et pratiques prometteuses sur les alternatives à l'emprisonnement*, New York (2007), p. 3.
- ¹¹ Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, *Incidences de l'incarcération excessive et de la population carcérale*. UN doc. A/HRC/30/19, par. 10 (2015) (www.ohchr.org).
- ¹² World Prison Brief, *Highest to Lowest Occupancy Level (based on official capacity)* (2018) (www.prisonstudies.org).
- ¹³ Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, *Incidences de l'incarcération excessive et de la population carcérale*, UN doc. A/HRC/30/19, par. 5-11 (2015) (www.ohchr.org); Penal Reform International, *Overcrowding* (www.pri.org).
- ¹⁴ *Ibid.*, par. 5-11 (2015) (www.ohchr.org); Penal Reform International, *Overcrowding* (www.pri.org), par. 14.
- ¹⁵ Penal Reform International, *Overcrowding* (www.pri.org).
- ¹⁶ Csete, J. et al. *International Drug Policy and Public Health*. The Lancet
- ¹⁷ Sawyer, W. et Wagner, P., *Mass Incarceration: The Whole Pie 2018*, Prison Policy Initiative (www.prisonpolicy.org).
- ¹⁸ Conseil économique et social des Nations unies, *Rapport du Groupe de travail sur la détention arbitraire*, UN Doc. E/CN.4/2006/7, par. 64 (www.ohchr.org).
- ¹⁹ Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, (PIDCP), art. 9, par. 1 (www.ohchr.org).
- ²⁰ Assemblée générale des Nations unies, Conseil des droits de l'homme, *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme: Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, UN doc. A/HRC/30/65, par. 41 (www.ohchr.org).
- ²¹ Le Comité des droits de l'homme, qui supervise la mise en œuvre par les États du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, a déclaré dans son observation générale No. 35 (2014) que rapidement signifie «sans dépasser quelques jours».
- Assemblée générale des Nations unies, Conseil des droits de l'homme, *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de*

l'homme: Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, UN doc. A/HRC/30/65, par. 41 (www.ohchr.org), par. 37.

²³ Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, *Observation générale No. 35, Article 9, Liberté et sécurité de la personne*, UN doc. CCPR/C/GC/35, disponible à l'adresse : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fGC%2f35&Lang=fr

²⁴ Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Report on the use of pre-trial detention in the Americas*, par. 137.

²⁵ Assemblée générale des Nations unies, Conseil des droits de l'homme (2013), *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme: Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, UN doc. A/HRC/30/65, par. 35, 51-52.

²⁶ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), Rapport d'État partie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, CEDAW/C/GBR/7 et Ann. 3 et 4

²⁷ International Drug Policy Consortium, *Taking stock: A decade of drug policy : A civil society shadow report*, p. 64, disponible en anglais à l'adresse : http://fileserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf. (consulté le 25 février 2019).

²⁸ Commission de l'ONU pour la prévention du crime et la justice pénale, *Tendances de la criminalité dans le monde et nouvelles questions et mesures prises dans le domaine de la prévention du crime et de la justice pénale*, Note du Secrétaire, UN Doc. E/CN.15/2014/5 (2014) (www.unodc.org).

²⁹ *Ibid*; voir aussi Penal Reform International, « Global Prison Trends » (2015) (www.pri.org).

³⁰ Penal Reform International (2018), *Submission: Implementation of the UNGASS Outcome Document in regard to human rights*, disponible à l'adresse : <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/05/PRI-submission-OHCHR-implementation-of-UNGASS-May-2018.pdf> (consulté le 22 janvier 2019).

³¹ Center for Legal and Social Studies, *The impact of drug policies on human rights: The experience in the Americas* (2015) (www.cels.org.ar).

³² Assemblée générale des Nations unies, Conseil des droits de l'homme (2013), *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme: Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, UN doc. A/HRC/30/65, par. 45; voir aussi International Drug Policy Consortium, *Taking stock : A decade of drug policy: A civil society shadow report* (2018), p. 64 [pdf] disponible en anglais à l'adresse : http://fileserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf (consulté le 25 février 2019).

³³ Petty, C Leaders of America (2018) *The War on Drugs & Mass Incarceration*. États-Unis: 20/20 Bipartisan Justice Center. Disponible à l'adresse : <http://www.2020club.org/Mass-Incarceration> (consulté le 26 février 2019).

³⁴ Assemblée générale des Nations unies, Conseil des droits de l'homme (2013), *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme: Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, UN doc. A/HRC/30/65, par. 51.

³⁵ *Ibid*.

³⁶ Nations unies (1988), *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, 1988, article 3, par. 4 (c). New York, Nations unies

³⁷ Office des Nations unies contre la drogue et le crime et Organisation mondiale de la santé, *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system : Alternatives to conviction or punishment* (2018) (document de travail avant publication pour circulation préliminaire).

³⁸ Penal Reform International, *Submission: Implementation of the UNGASS Outcome Document in regard to human rights* (2018), p. 1-2 [pdf]. Londres: Penal Reform International. Disponible en anglais à l'adresse : <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/05/PRI-submission-OHCHR-implementation-of-UNGASS-May-2018.pdf> (consulté le 22 janvier 2019)

³⁹ Office des Nations unies contre la drogue et le crime, *World Drug Report 2017, Executive Summary: Conclusions and Policy implications*, p. 13 [pdf] Vienne, Nations unies. Disponible en anglais à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/scientific/Booklet_1_Executive_Summary_conclusions_and_policy_implications.pdf (consulté le 22 janvier 2019).

⁴⁰ Organisation mondiale de la santé, *Prisons and Health*, p. 109-110 [pdf]. Copenhague: Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe. Disponible en anglais à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf (consulté le 23 janvier 2019).

⁴¹ *Ibid*. en supplément à la p. 108; voir aussi OEDT (2012) *Prisons and drugs in Europe: The problem and responses*, [pdf]. Lisbonne: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Disponible en anglais à l'adresse : http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191812_EN_TDSI12002ENC.pdf (consulté le 23 janvier 2019).

⁴² Jürgens, R., Nowak, M. et Day, M. (2011) *HIV and incarceration: prisons and detention*. Journal of the International AIDS Society, 14(1), p. 26. doi: 10.1186/1758-2652-14-26.

⁴³ Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia*, Lancet (Londres, Angleterre), 388(10050), p. 1228-1248. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.

⁴⁴ International Drug Policy Consortium (2018) *Taking stock: A decade of drug policy: A civil society shadow report*, p. 47 [pdf]. Disponible en anglais à l'adresse : http://fileserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf (consulté le 25 février 2019).

- ⁴⁵ Organisation mondiale de la santé (2014) *Prisons and Health*, p. 109-110 [pdf]. Copenhague: Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe. Disponible à l'adresse: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf (consulté le 23 janvier 2019)
- ⁴⁶ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2018) UNAIDS Data 2018 [pdf]. Genève : ONUSIDA. Disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018> (consulté le 23 janvier 2019)
- Peters, L. et al. (2014) *I. BMC Infectious Diseases*, 14(S6), p. S13. doi: 10.1186/1471-2334-14-S6-S13.
- ⁴⁷ Dans certains États, on préfère l'expression «traitement par agonistes opioïdes» ou « traitement médicamenteux assisté». Néanmoins, l'expression « traitement de substitution aux opioïdes » a été préférée dans le présent exposé parce qu'elle est utilisée par l'OMS et qu'elle est plus répandue.
- ⁴⁸ Meulen, E. van der (2017) «*It Goes on Everywhere*»: *Injection Drug Use in Canadian Federal Prisons*. *Substance Use & Misuse*, 52(7), p. 884-891. doi: 10.1080/10826084.2016.1264974.
- Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm : incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia*. *The Lancet*, 388(10050), p. 1228-1248. doi : 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.
- Michel, L. (2016) *Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program)*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), p. 2081-2088. doi: 10.1590/1413-81232015217.28442015.
- ⁴⁹ Meulen, E. van der (2017) «*It Goes on Everywhere*»: *Injection Drug Use in Canadian Federal Prisons*. *Substance Use & Misuse*, 52(7), p. 884-891. doi: 10.1080/10826084.2016.1264974.
- ⁵⁰ Izenberg, J. M. et al. (2014) *Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: Prevalence and correlates of an extremely high-risk behavior*. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), p. 845-852. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.02.010.
- ⁵¹ Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia*. *The Lancet*, 388(10050), p. 1228-1248. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.
- Bobrovskyy O. et al. (2012) *Ukraine harmonized AIDS response progress report*. Ukraine: International HIV/AIDS Alliance in Ukraine Kyiv, p. 1-241.
- ⁵² Stuckler, D. et al. (2008) *Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(36), p. 13280-13285. doi: 10.1073/pnas.0801200105.
- Larney, S. et al. (2013) *Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: Results of a systematic review and meta-analysis*. *Hepatology*, 58(4), p. 1215-1224. doi: 10.1002/hep.26387.
- Izenberg, J. M. et al. (2014) *Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: Prevalence and correlates of an extremely high-risk behavior*. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), p. 845-852. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.02.010.
- ⁵³ Rubenstein, L. S. et al. (2016) *HIV, prisoners, and human rights*. *Lancet* (Londres, Angleterre), 388(10050), p. 1202-1214. doi : 10.1016/S0140-6736(16)30663-8.
- ⁵⁴ Stone, K., Shirley-Beavan, S. (2018) *Global State of Harm Reduction 2018* [pdf]. Londres: Harm Reduction International. Disponible à l'adresse: <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf> (consulté le 15 février 2019).
- ⁵⁵ López de Goicoechea-Saiz, M. E., Sternberg, F. et Portilla-Sogorb, J. (2018) *Prevalence and associated risk factors of latent tuberculosis infection in a Spanish prison*. Espagne : *Revista Espanola De Sanidad Penitenciaria*, 20(1), p. 4-10.
- ⁵⁶ Estevan, A. O., Oliveira, S. M. do V. L. de et Croda, J. (2013) *Active and latent tuberculosis in prisoners in the Central-West Region of Brazil*. Brésil: *Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical*, 46(4), p. 515-518. doi: 10.1590/0037-8682-1441-2013.
- ⁵⁷ Izenberg, J. M. et al. (2014) *Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: Prevalence and correlates of an extremely high-risk behavior*. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), p. 845-852. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.02.010.
- ⁵⁸ Stuckler, D. et al. (2008) *Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(36), p. 13280-13285. doi: 10.1073/pnas.0801200105.
- ⁵⁹ Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia*. *The Lancet*, 388(10050), p. 1228-1248. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.
- ⁶⁰ Stuckler, D. et al. (2008) *Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(36), p. 13280-13285. doi: 10.1073/pnas.0801200105.
- ⁶¹ Mabud, T. S. et al. (2019) *Evaluating strategies for control of tuberculosis in prisons and prevention of spillover into communities : An observational and modeling study from Brazil*. *PLoS medicine*, 16(1), p. e1002737. doi: 10.1371/journal.pmed.1002737.
- ⁶² Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm: incarceration and the high-risk en-*

- vironnement perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *The Lancet*, 388(10050), p. 1228-1248. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.
- ⁶³ O'Grady, J. et al. (2011) *Tuberculosis in prisons: anatomy of global neglect*. *European Respiratory Journal*, 38(4), p. 752-754. doi: 10.1183/09031936.00041211.
- ⁶⁴ Organisation mondiale de la santé (2018) *Global tuberculosis report 2018* [en ligne]. Disponible à l'adresse: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (consulté le 20 février 2019)
- Efsen, A. M. W. et al. (2018) *Management of MDR-TB in HIV co-infected patients in Eastern Europe: Results from the TB: HIV study*. *Journal of Infection*, 76(1), p. 44-54. doi: 10.1016/j.jinf.2017.10.007.
- Skrahina, A. et al. (2013) *Tuberculose multirésistante en Bélarus: ampleur du problème et facteurs de risque associé*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 91(1), p. 36-45. doi: 10.2471/BLT.12.104588. (seul un résumé est disponible en français)
- Skrahina, A. et al. (2012) *Alarming levels of drug-resistant tuberculosis in Belarus: results of a survey in Minsk*. *European Respiratory Journal*, 39(6), p. 1425-1431. doi: 10.1183/09031936.00145411.
- Balabanova, Y. et al. (2016) *Survival of patients with multidrug-resistant TB in Eastern Europe: what makes a difference?* *Thorax*, 71(9), p. 854-861. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-207638.
- ⁶⁵ Dennis, B. B. et al. (2014) *The effectiveness of opioid substitution treatments for patients with opioid dependence: a systematic review and multiple treatment comparison protocol*. *Systematic Reviews*, 3(1), p. 105. doi: 10.1186/2046-4053-3-105.
- ⁶⁶ Michel, L. (2016) *Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program)*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), p. 2081-2088. doi: 10.1590/1413-81232015217.28442015.
- Zurhold, H., Stoeber, H., (2013). *Evidence of effectiveness of harm reduction measures in prisons – Systematic Review – Final Report to the European Union Drug Prevention and Information Programme*.
- Nelles, J. et al. (1998) *Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison?* *BMJ*, 317(7153), p. 270-273. doi: 10.1136/bmj.317.7153.270.
- ⁶⁷ Nations Unies (2016) *Objectifs de développement durable, objectif 3, cible 3.3*. Disponible à l'adresse: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
- ⁶⁸ The Global Fund et al. (2018) *Tuberculosis and Human Rights : Prepared for a side event on human rights and TB preceding the UN General Assembly high-level meeting on ending TB* [pdf]. New York: Open Society Foundations. Disponible à l'adresse : https://www.theglobalfund.org/media/7783/tb_2018-09-24-tuber-culosisandhumanrights_paper_en.pdf (consulté le 26 février 2019)
- ⁶⁹ Organisation mondiale de la santé (2019) *Tuberculosis in prisons* [pdf]. Genève: Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/prisons-facts/en/> (consulté le 26 février 2019).
- ⁷⁰ Fullman, N. et al. (2017) *Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries : an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet*, 390(10100), p. 1423-1459. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32336-X.
- ⁷¹ Herbert, N. et al. (2018) *Advancing political will to end the tuberculosis epidemic*. *The Lancet Infectious Diseases*, 18(7), p. 711-712. doi : 10.1016/S1473-3099(17)30679-5.
- ⁷² Assemblée générale des Nations Unies, Conseil des droits de l'homme (2015). *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme – Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, UN doc. A/HRC/30/65 par. 56-57.
- ⁷³ Gee, M. (2018) *Danger beyond the prison gates: One in 10 overdose deaths happen to ex-inmates within year of release*. Canada: The Globe and Mail. Disponible à l'adresse: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-within-a-year-of-release-one-in-10-ex-prisoners-die-of-overdose/> (consulté le 26 février 2019).
- ⁷⁴ Université de Caroline du Nord à Chapel Hill (2018) *Former inmates at high risk for opioid overdose following prison release* [en ligne]. Disponible à l'adresse: <https://medicalxpress.com/news/2018-07-inmates-high-opioid-overdose-prison.html> (consulté le 26 février 2019).
- ⁷⁵ Csete, J. et Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. New York: Open Society Foundations. Disponible à l'adresse: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consulté le 24 février 2019)
- Kamarulzaman, A. et McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia*. *International Journal of Drug Policy*. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV : State of the Art of Harm Reduction), 26, p. S33-S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.
- ⁷⁶ Lunze, K. et al. (2018) *Compulsory treatment of drug use in Southeast Asian countries*. *International Journal of Drug Policy*, 59, p. 10-15. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.06.009.
- ⁷⁷ The Lancet (2016) *Compulsory drug detention centers « have no role » in treatment of opioid addiction, according to study* [en ligne]. ScienceDaily. Disponible à l'adresse: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161208090157>.

htm (consulté le 26 février 2019).

⁷⁸ International Drug Policy Consortium (2018). *Taking stock: A decade of drug policy: A civil society shadow report*, p. 64 [pdf]. Disponible à l'adresse: http://fileserv.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf (consulté le 25 février 2019).

⁷⁹ Open Society Institute et University of Melbourne Nossal Institute for Global Health (2010) *Detention as treatment: Detention of methamphetamine users in Cambodia, Laos and Thailand* [pdf]. New York: Open Society Institute. Disponible à l'adresse: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Detention-as-Treatment-20100301.pdf> (consulté le 25 février 2019).

⁸⁰ Csete, J. et Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. New York : Open Society Foundations. Disponible à l'adresse: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consulté le 24 février 2019)

⁸¹ Kamarulzaman, A. et McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia*. International Journal of Drug Policy. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV : State of the Art of Harm Reduction), 26, p. S33-S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.

Csete, J. et Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. New York: Open Society Foundations. Disponible à l'adresse: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consulté le 24 février 2019)

Assemblée générale des Nations Unies, Conseil des droits de l'homme (2015). *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme – Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, UN doc. A/HRC/30/65, par. 47-48.

⁸² Assemblée générale des Nations Unies (1985) *Ensemble de règles minimales des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (« Règles de Beijing »)*, Résolution 40/33 (29 novembre 1985). Disponible à l'adresse : <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/beijingrules.aspx>.

Csete, J. et Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. New York: Open Society Foundations. Disponible à l'adresse: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consulté le 24 février 2019).

⁸³ Kamarulzaman, A. et McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia*. International Journal of Drug Policy. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs

and HIV: State of the Art of Harm Reduction), 26, p. S33-S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ The Lancet (2016) *Compulsory drug detention centers «have no role» in treatment of opioid addiction, according to study* [en ligne]. ScienceDaily. Disponible à l'adresse: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161208090157.htm> (consulté le 26 février 2019).

⁸⁶ Csete, J. et Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. New York : Open Society Foundations. Disponible à l'adresse: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consulté le 24 février 2019).

⁸⁷ Kamarulzaman, A. et McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia*. International Journal of Drug Policy. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV : State of the Art of Harm Reduction), 26, p. S33-S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.

⁸⁸ Csete, J. et Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. New York : Open Society Foundations. Disponible à l'adresse: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consulté le 24 février 2019).

⁸⁹ Kamarulzaman, A. et McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia*. International Journal of Drug Policy. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV : State of the Art of Harm Reduction), 26, p. S33-S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.

⁹⁰ The Lancet (2016) *Compulsory drug detention centers « have no role » in treatment of opioid addiction, according to study* [en ligne]. ScienceDaily. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161208090157.htm> (consulté le 26 février 2019).

Kashef, Z. (2016) *Opioid users treated in drug detention centers more likely to relapse* [en ligne]. YaleNews. Disponible à l'adresse: <https://news.yale.edu/2016/12/07/opioid-users-treated-drug-detention-centers-more-likely-relapse> (consulté le 26 février 2019).

Wegman, M. P. et al. (2017) *Relapse to opioid use in opioid-dependent individuals released from compulsory drug detention centres compared with those from voluntary methadone treatment centres in Malaysia: a two-arm, prospective observational study*. The Lancet Global Health, 5(2), p. e198-e207. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30303-5.

⁹¹ The Lancet (2016) *Compulsory drug detention centers « have no role » in treat-*

ment of opioid addiction, according to study [en ligne]. ScienceDaily. Disponible à l'adresse: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161208090157.htm> (consulté le 26 février 2019).

⁹² *Ibid.*

⁹³ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Organisation mondiale de la santé (2008) *Principles of Drug Dependence Treatment*, Discussion Paper [pdf]. Genève et Vienne: Nations Unies. Disponible à l'adresse : <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p. 10 (consulté le 25 février 2019).

⁹⁴ *Ibid.*, p. 15.

⁹⁵ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).

⁹⁶ International Drug Policy Consortium (2018). *Taking stock : A decade of drug policy: A civil society shadow report*, p. 64 [pdf]. Disponible à l'adresse: http://fileserv.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf (consulté le 25 février 2019), p. 31.

⁹⁷ Open Society Foundations (2016) *No health, no help: Abuse as Drug Rehabilitation in Latin America & the Caribbean* [pdf]. New York: Open Society Foundations. Disponible à l'adresse: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-health-no-help-en-21060403.pdf> (consulté le 25 février 2019)
Csete, J. et Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. New York: Open Society Foundations. Disponible à l'adresse: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consulté le 24 février 2019)

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2018). *Drug treatment in Latin America* [pdf]. New York: Open Society Foundations, Public Health Program. Disponible à l'adresse: <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/DrugProblem/HRC39/OpenSocietyFoundation.pdf> (consulté le 26 février 2019)

International Drug Policy Consortium (2018). *Taking stock: A decade of drug policy: A civil society shadow report*, p. 60 [pdf]. Disponible à l'adresse: http://fileserv.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf (consulté le 25 février 2019)

International Drug Policy Consortium (2014) *Compulsory rehabilitation in Latin America: An unethical, inhumane and ineffective practice* [pdf]. Disponible à l'adresse: https://idhdp.com/media/1236/idpc-advocacy-note_compulsory-rehabilitation-latin-america_english.pdf (consulté le 26 février 2019)

⁹⁸ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2018). *Drug treatment in Latin America* [pdf]. New York : Open Society Foundations, Public Health Program. Disponible à l'adresse : <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/DrugProblem/HRC39/OpenSocietyFoundation.pdf> (consulté

le 26 février 2019), p. 3-4.

⁹⁹ *Ibid.* p. 4-5.

¹⁰⁰ *Ibid.* p. 1-10

¹⁰¹ *Ibid.* p. 3-4

¹⁰² Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Organisation mondiale de la santé (2008) *Principles of Drug Dependence Treatment*, Discussion Paper [pdf]. Genève et Vienne: Nations Unies. Disponible à l'adresse: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p. 10 (consulté le 25 février 2019).

¹⁰³ Assemblée générale des Nations Unies, Conseil des droits de l'homme (2015). *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme – Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, UN doc. A/HRC/30/65, par. 43

Global Commission on Drug Policy (2014) *Prendre le contrôle : Sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues* [pdf]. Genève: Global Commission on Drug Policy. Disponible à l'adresse: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work> (consulté le 1er mars 2019), p. 22.

¹⁰⁴ International Drug Policy Consortium (2018). *Taking stock: A decade of drug policy: A civil society shadow report*, p. 64 [pdf]. Disponible à l'adresse: http://fileserv.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_ENGLISH.pdf (consulté le 25 février 2019), p. 52.

¹⁰⁵ Global Commission on Drug Policy (2014) *Prendre le contrôle: Sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues* [pdf]. Genève: Global Commission on Drug Policy. Disponible à l'adresse <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work> (consulté le 1er mars 2019), p. 22.

¹⁰⁶ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Organisation mondiale de la santé (2008) *Principles of Drug Dependence Treatment*, Discussion Paper [pdf]. Genève et Vienne: Nations Unies. Disponible à l'adresse: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p. 10 (consulté le 25 février 2019).

¹⁰⁷ Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2018) *Submission on behalf of the Government of Sweden to the Report of the OHCHR to the Human Rights Council on the implementation of the UNGASS Outcome Document*. Genève: HCDH.

¹⁰⁸ Myra, S. M. et al. (2016) *Pregnant substance-abusing women in involuntary treatment: Attachment experiences with the unborn child*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33(3), p. 299-316. doi: 10.1515/nsad-2016-0023.

¹⁰⁹ Tourjée, D. (2017) *Women Suspected of Using Drugs While Pregnant Can Be Jailed to Keep Fetus Safe*. Broadly. Disponible à l'adresse:

https://broadly.vice.com/en_us/article/wj8gd5/fetuses-can-sue-women-for-using-cocaine-while-pregnant-supreme-court-maintains (consulté le 1er mars 2019).

¹¹⁰ *Using Illegal Drugs During Pregnancy (2012)* American Pregnancy Association. Disponible à l'adresse: <https://americanpregnancy.org/pregnancy-health/illegal-drugs-during-pregnancy/> (consulté le 1er mars 2019).

¹¹¹ Tourjée, D. (2017) *Women Suspected of Using Drugs While Pregnant Can Be Jailed to Keep Fetus Safe*. Broadly. Disponible à l'adresse: https://broadly.vice.com/en_us/article/wj8gd5/fetuses-can-sue-women-for-using-cocaine-while-pregnant-supreme-court-maintains (consulté le 1er mars 2019).

Amnesty International (2017). *Criminalizing pregnancy: Policing pregnant women who use drugs in the USA* [pdf]. Londres: Amnesty International. Disponible à l'adresse: <https://www.amnesty.org/download/Documents/AM-R5162032017ENGLISH.pdf> (consulté le 1er mars 2019)

¹¹² Organisation mondiale de la santé (2014) *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* [pdf]. Genève: Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse: https://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/ (consulté le 1er mars 2019)

¹¹³ Holt, A. (2017) *What I saw when I went undercover*. BBC News. Disponible à l'adresse: https://www.bbc.co.uk/news/resources/idt-sh/g4s_brook_house_immigration_removal_centre_undercover (consulté le 1er mars 2019).

¹¹⁴ Bentham, M. (2018) *Migrants being held with violent drug gangs at detention centre*. Evening Standard. Disponible à l'adresse: <https://www.standard.co.uk/news/uk/migrants-being-held-with-violent-drug-gangs-at-detention-centre-a3810331.html> (consulté le 12 avril 2019).

¹¹⁵ Blakkarly, J. et McKenny, L. (2018) *Villawood's drug crisis revealed: «Whatever you wanted you could get»* SBS News. Disponible à l'adresse: <https://www.sbs.com.au/news/villawood-s-drug-crisis-revealed-whatever-you-wanted-you-could-get> (consulté le 12 avril 2019).

¹¹⁶ Human Rights Watch (2018) *Code Red: The Fatal Consequences of Dangerously Sub-standard Medical Care in Immigration Detention* [pdf]. New York: Human Rights Watch. Disponible à l'adresse: https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/us0618_immigration_web2.pdf (consulté le 12 avril 2019)

¹¹⁷ Hay, A. et Tait, P. (2018) *U.S. centers force migrant children to take drugs: lawsuit*. Reuters, 21 juin. Disponible à l'adresse: <https://www.reuters.com/article/us-usa-immigration-medication-idUSKBN1JH076> (consulté le 12 avril 2019).

¹¹⁸ Serrano, A. (2018) *Judge Orders Government to Obtain Consent Before Medicating Immigrant Children*, *Colorlines*. Disponible à l'adresse: <https://www.colorlines.com/articles/judge-orders-government-obtain-consent-medicating-immigrant-children> (consulté le 12 avril 2019).

AUTRES RESSOURCES

www.anyoneschild.org

www.beckleyfoundation.org

www.countthecosts.org

www.druglawreform.info

www.drugpolicy.org

www.genevaplatform.ch

www.hri.global

www.hrw.org

www.intercambios.org.ar

www.icsdp.org

www.idhdp.com

www.idpc.net

www.inpud.net

www.incb.org

www.menahra.org

www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx

www.politicadedrogas.org/PPD

www.sdglab.ch

www.talkingdrugs.org

www.tdpc.org.uk

www.unaids.org/en/topic/key-populations

www.unodc.org

www.wola.org/program/drug_policy

www.wacommissionondrugs.org

www.who.int/topics/substance_abuse/en/

RAPPORTS

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

- La Guerre aux Drogues (2011)
- La guerre aux drogues face au VIH/sida : Comment la criminalisation de l'usage de drogue aggrave la pandémie mondiale (2012)
- L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C (2013)
- Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues (2014)
- Les effets négatifs du contrôle des drogues sur la santé publique : la crise mondiale des souffrances inutiles (2015)
- Pour une véritable dépénalisation des drogues: étape nécessaire de la réforme des politiques publiques (2016)
- La perception du problème mondial des drogues: vaincre les préjugés vis-à-vis des personnes qui consomment des drogues (2017)
- Régulation : pour un contrôle responsable des drogues (2018)

PRISES DE POSITION

<http://www.globalcommissionondrugs.org/position-papers/>

- La crise des opioïdes en Amérique du Nord (octobre 2017)
- La politique en matière de drogues et le développement durable (septembre 2018)

REMERCIEMENTS

Coordination technique

Robert Husbands
Khalid Tinasti
Daria Podlekareva

Révision éditoriale

Yatie Jonet
Maria-Goretti Ane Loglo
Ross MacDonald
Isabel Pereira
Heino Stöver
Anna Versfeld
Hans Wolff

SOUTIEN

Open Society Foundations
Virgin Unite
Oak Foundation
The Swiss Federal Department of Foreign Affairs

SECÉTARIAT

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko
Conrad Chahary

CONTACT

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org



COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

La Commission globale de politique en matière de drogues vise à ouvrir, au niveau international, un débat éclairé et scientifique sur des moyens humains et efficaces de réduire les préjudices causés aux personnes et aux sociétés par les drogues et les politiques de contrôle des drogues.

OBJECTIFS

- Examiner les fondements idéologiques, l'efficacité et les conséquences de l'approche de la « guerre aux drogues »
- Évaluer les risques et les avantages des différentes approches face aux drogues mises en œuvre au niveau national
- Formuler des recommandations factuelles et pratiques pour réformer de façon constructive les lois et pratiques en matière de drogues