



## **Droit international & Salles de consommation à moindre risque**

- Mars 2009 -

Préparé par Bernard BERTRAND, Expert sur la question des SCMR.

**Adaptation de :** *Richard Elliott, Ian Malkin, et Jennifer Gold, Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques, Réseau juridique canadien VIH/Sida, 2002, p.27-40 : Adaptation de l'article : Ian Malkin, Establishing supervised injecting facilities: A responsible way to help minimise, Melbourne University Law Review, 2001, Volume 25, n°3, p. 680.*

**Partant des recherches et données scientifiques, il est manifeste que 1- un grave problème de consommation de drogue existe et que 2- on peut le prévenir dans certaines circonstances. On peut faire quelque chose. De plus, des obligations légales et éthiques requièrent l'expérimentation [en France] de Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR).**

**Le chapitre qui s'amorce ici examine les aspects pertinents du droit international. Son contenu indique que le droit international requiert que des expérimentation de tels lieux soient entrepris, en vertu de l'obligation légale internationale de permettre aux [Français(e)s] d'atteindre le meilleur état de santé possible. De plus, nous expliquons que les conventions internationales sur la drogue n'empêchent pas l'expérimentation de SCMR. De fait, ces traités sur la drogue permettent expressément les expériences scientifiques et médicales. Nous examinons par ailleurs les critiques formulées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants, à propos des SCMR, et concluons que sa perspective est indûment rigide et ne devrait pas empêcher les États d'adopter ces mesures.**

---

### **SOMMAIRE :**

1.	Obligations en matière de droits de la personne	2
2.	Obligations en matière de contrôle de la drogue	7
2.1	<i>La Convention unique de 1961</i>	9
2.2.	<i>La Convention de 1971</i>	11
2.3.	<i>La Convention de 1988</i>	12
3.	L'Organe international de contrôle des stupéfiants : Opposé à la création de SCMR	14



# 1. Obligations en matière de droits de la personne

La [France] est signataire de plusieurs traités des droits de la personne comportant des obligations qui peuvent nécessiter l'implantation de salles de consommation à moindre risque (SCMR). Le refus de créer de tels dispositifs pourrait donc s'avérer une violation de nos obligations en vertu de ces traités.

La Charte des Nations Unies<sup>1</sup> qui a force d'application légale pour tous les pays membres de l'ONU, tient compte des droits sociaux, des droits à caractère humanitaire et des droits de la personne. L'article 55 de cette Charte stipule que :

*« les Nations Unies favoriseront [...] la solution des problèmes internationaux dans les domaines économique, social, de la santé publique et autres problèmes connexes, et [...] le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous [...] ». »<sup>2</sup>*

De plus, en vertu de l'article 56 de cette Charte, tous les pays membres des Nations Unies se sont engagés « à agir, tant conjointement que séparément, en coopération avec » les Nations Unies pour atteindre ces buts.<sup>3</sup> En outre, l'article 103 stipule qu'en cas de conflit entre les obligations d'un pays en vertu de la Charte des Nations Unies et ses obligations en vertu de tout autre accord international, « les premières prévaudront ». <sup>4</sup> De toute évidence, cette notion inclut les accords internationaux sur le contrôle des drogues (*dont il sera question plus loin*).

Le corpus du droit international sur les droits de la personne définit les obligations des pays de respecter, de promouvoir et d'atteindre le plein exercice des droits de la personne. Dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui a maintenant acquis le statut de droit international coutumier, et qui a par conséquent force d'application légale pour tous les pays, il est affirmé que :

*« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour [...] les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». »<sup>5</sup>*

Comme l'a affirmé A. Chapman (1998), un expert reconnu dans ce domaine :

*« Les enjeux de la santé sont cruciaux au bien-être et à la dignité et, par conséquent, sont au cœur des droits de la personne ». »<sup>6</sup>*

---

<sup>1</sup> Charte des Nations Unies (1945), [en ligne] <<http://treaties.un.org/doc/Publication/CTC/uncharter-all-lang.pdf>> [consulté le 09/03/2010].

<sup>2</sup> Ibid., article 55.

<sup>3</sup> Ibid., art. 56.

<sup>4</sup> Ibid., art. 103.

<sup>5</sup> Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), art. 25, [en ligne] <<http://www.un.org/fr/documents/udhr/index.shtml>> [consulté le 09/03/2010].

<sup>6</sup> A. Chapman, Conceptualizing the Right to Health: A Violations Approach, Tennessee Law Review, 1998, 65 : 389-392. En ce qui concerne la teneur du droit à la santé, voir S. Jamar, The International Human Right to Health, Southern University Law Review, 1994, 22 : 1 ; P. Alston et G. Quinn, The Nature and Scope of States Parties' Obligations Under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Human Rights Quarterly, 1987, 9 : 156.

S. Jamar (1994) appuie cette position :

« *Étant donné [que le droit à la santé] est un droit humain et non une simple prétention morale, un État est légalement tenu de faire plus que rien, pour que progresse ce droit ; cette obligation est inhérente au terme « droit » et réside dans l'approche générale en vertu de laquelle on requiert que les États parties à divers traités « adoptent des mesures » pour concrétiser les droits.* »<sup>7</sup>

Deux traités internationaux définissent plus précisément les paramètres élémentaires du droit international des droits de la personne : le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIRDPC)<sup>8</sup> et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIRDÉSC).<sup>9</sup> Le préambule du PIRDÉSC fait référence à « *la dignité inhérente à la personne humaine* » et à l'obligation de favoriser les droits économiques, sociaux et culturels de toute personne. L'article 12 du PIRDÉSC impose des obligations positives aux États parties au Pacte :

- « 1. *Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.*
2. *Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : [...]*
- (c) *La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;*
- (d) *La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.* »<sup>10</sup>

Toute personne a droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint selon, évidemment, les circonstances économiques propres à l'État.<sup>11</sup> La notion de ce qu'il est possible d'atteindre, ajoutée à l'obligation des États « *d'assurer progressivement le plein exercice* » [art. 2] du droit à la santé, sous-entend que le but énoncé dans le PIRDÉSC n'est ni un idéal inatteignable, ni un strict minimum, mais plutôt une norme réaliste et adaptée à la situation du développement économique et de la capacité de chaque nation – et une tentative sincère d'améliorer cette norme.<sup>12</sup> De toute évidence, on doit tenir compte des ressources dont dispose l'État, lorsque l'on détermine s'il satisfait ou non à cette obligation légale qu'il a assumée en vertu du traité.

---

7 S. Jamar, supra, note 6, p. 34.

8 Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1976), [en ligne] <<http://www2.ohchr.org/french/law/ccpr.htm>> [consulté le 09/03/2010].

9 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1976), [en ligne] <<http://www2.ohchr.org/french/law/cescr.htm>> [consulté le 09/03/2010].

10 Ibid., article 12.

11 Voir, p. ex., les commentaires de Judge Weeramantry *in* Legality of the Use by a State of Nuclear Weapons in Armed Conflict, Advisory Opinion, 1996 : cela est passé « *au delà du domaine des bonnes intentions, vers le registre du droit international ayant force d'application* », [en ligne] <<http://www.icj-cij.org/docket/files/95/7520.pdf>> [consulté le 09/03/2010].

12 S. Jamar, supra, note 6, p. 25.



Fait peu étonnant compte tenu de son caractère général, le PIRDÉSC n'aborde pas les préoccupations particulières de santé publique qui s'associent à l'usage de drogue, telles la dépendance, les surdoses et les infections transmissibles par le sang (comme le VIH). Bien que l'article 12(1) définisse le droit à la santé, l'alinéa 12(2)

*« cite à titre d'illustration et de manière non exhaustive des exemples d'obligations incombant aux États parties ».*<sup>13</sup>

L'Observation générale n°14 du Comité des Droits économiques, sociaux et culturels, aux Nations Unies, explique que

*« le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint ».*<sup>14</sup>

Cela résout au moins en partie certaines des préoccupations à l'effet que la santé – en tant que droit – soit une notion ambiguë, reflétant

*« des situations culturelles, sociales et économiques, ainsi que des perceptions individuelles et médicales quant à ce qui est normal, habituel et atteignable ».*<sup>15</sup>

L'Observation générale no 14 du CDÉSC souligne que les États ne peuvent assurer une protection contre la panoplie complète des causes de maladie chez les humains, notamment contre les « modes de vie malsains ou à risque ». <sup>16</sup> Toutefois, on y ajoute que l'alinéa 12(2)c du PIRDÉSC requiert

*« la mise en place de programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les problèmes de santé liés au comportement, notamment les maladies sexuellement transmissibles, en particulier le VIH/Sida [...] et [pour] la promotion de déterminants sociaux de la bonne santé, tels que [...] l'éducation. »*<sup>17</sup>

Les violations de l'obligation de protection incluent

*« le fait de ne pas décourager la production, la commercialisation et la consommation de tabac, de stupéfiants et d'autres substances nocives ».*<sup>18</sup>

---

13 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels : Observation générale N°14 (2000) – Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), [en ligne] <[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.Fr?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.Fr?OpenDocument)> [consulté le 09/03/2010].

14 Ibid., article 9.

15 A. Chapman, supra, note 6, p. 391.

16 Observation générale no 14 du CDÉSC, supra, note 13, article 9.

17 Ibid., article 16.

18 Ibid., article 51.



Bien que d'aucuns puissent être d'avis que la mise en œuvre de SCMR irait à l'encontre de cette obligation, il convient de souligner que cette mesure n'a pas pour objet d'encourager la consommation de stupéfiants – et que, de fait, ces dispositifs ne sont accessibles qu'à des personnes qui en consomment déjà – en plus de constituer un moyen de mettre des utilisateurs en contact avec des programmes de traitement de substitution et d'autres services qui peuvent réduire ou éliminer leur dépendance. Ces services ont pour but de réduire les risques pour la santé, dans des situations où l'usage de drogue aurait eu lieu de toute façon, et dans des conditions dangereuses par surcroît. Par ailleurs, ils visent la réalisation d'autres responsabilités fondamentales à l'égard du droit à la santé, soit

*« adopter des mesures pour [...] contrôler, traiter et prévenir la transmission d'épidémies majeures et de maladies endémiques, y compris [...] le [VIH]/Sida ».*<sup>19</sup>

Certes, l'on ne peut prétendre que l'État viole ses obligations envers les droits de la personne parce qu'il ne contrôle pas tous les comportements d'usage de drogue. Le droit à la santé, en droit international, est plutôt centré sur l'obligation de l'État d'adopter des mesures proactives – en gardant à l'esprit l'ampleur de ses ressources – afin de réduire ou de prévenir des conséquences sanitaires graves qui s'associent à l'usage de drogue, comme la propagation de maladies. De plus, compte tenu de la nature changeante des problèmes de santé auxquels est confrontée la communauté internationale, et vu en particulier la propagation du VIH, il est de plus en plus nécessaire de considérer le droit à la santé comme

*« un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé [...] et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé ».*<sup>20</sup>

Comme l'ont fait valoir plusieurs analystes, et comme l'indique l'expérience d'autres pays, l'un des moyens cruciaux pour joindre certaines personnes de la rue qui consomment des drogues, non seulement pour que nous puissions voir à leurs besoins de santé immédiats, mais aussi pour leur donner de l'éducation et de l'information sur les programmes de traitement, réside dans la mise en œuvre de SCMR. Par conséquent, l'ouverture de tels dispositifs cadre carrément dans les termes de l'article.

Cela dit, il est important de noter qu'un État jouit d'une marge d'appréciation – ou de discrétion – en lien avec sa propre détermination des mesures qui satisfont le mieux à ses besoins. On peut soutenir que la situation de la [France], où il existe de graves problèmes d'hépatite C en autres, parmi les consommateurs de drogue, devrait être mise en comparaison celle de pays de situation semblable et relativement aisés sur le plan financier (comme la Suisse, les Pays-Bas, l'Allemagne, l'Espagne, l'Australie...), qui se sont attaqués au problème par la mise en place de mesures novatrices pour réduire les risques, entre autres par l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque. La fourniture de matériel d'injection stérile dans un environnement hygiénique, en présence de personnel formé en soins de santé, afin de prévenir les conséquences néfastes de surdose et de pratiques non sécuritaires d'injection, constitue un exemple évident du type de mesures requises, pour

---

19 A. Chapman, supra, note 6, p. 411.

20 Observation générale no 14 du CDÉSC, supra, note 13, article 11.



réduire la propagation de maladies évitables et l'incidence élevée des surdoses. Cette mesure a le potentiel d'orienter les consommateurs vers des traitements et d'autres programmes. Au bout du compte, si un pays riche et développé comme la [France] ne met pas en œuvre toutes les mesures plausibles qui peuvent servir à réduire des méfaits, alors il contrevient aux obligations qui lui incombent en vertu du PIRDÉSC.

On peut invoquer le même argument en relation avec l'article 6 du PIRDCP, où il est affirmé :

*« Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine. Ce droit doit être protégé par la loi. Nul ne peut être arbitrairement privé de la vie. »*

Les traités internationaux sur les droits de la personne protègent le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. Cette norme du droit international devrait être interprétée de manière libérale plutôt que restrictive, vu la nature fondamentale de l'enjeu en cause. D'après le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, le droit « *ne devrait pas être interprété de manière étroite* » et les États doivent adopter des mesures positives et proactives pour protéger la vie humaine, notamment des mesures qui peuvent aider à prévenir la propagation d'épidémies.<sup>21</sup> Les moyens par lesquels ce droit peut être protégé et favorisé, dans le contexte qui nous occupe, où des maladies et des surdoses potentiellement mortelles peuvent être prévenues, sont clairs : la mise en œuvre de toute mesure possible de réduction des risques. En écrivant sur la situation du VIH/Sida et les responsabilités des États en vertu des traités sur les droits de la personne, de promouvoir la santé et de prévenir les maladies lorsque possible, S. Gruskin fait remarquer que :

*« Le droit au meilleur niveau possible de santé physique et mentale apparaît sous une forme ou une autre dans la plupart [de ces traités ... et] presque chacun des articles de chaque document comporte des implications claires pour la santé. »*<sup>22</sup>

Elle observe que, bien que le VIH et les droits des personnes vivant avec le VIH/Sida ne sont pas expressément cités par les instruments,

*« tous les mécanismes internationaux chargés de surveiller l'action gouvernementale du point de vue des droits de la personne ont exprimé leur engagement à examiner les implications du VIH/sida en termes d'obligations gouvernementales ».*<sup>23</sup>

S. Gruskin ajoute, par ailleurs : « *Il y a un fossé énorme entre la rhétorique et la pratique* ». <sup>24</sup> En ce qui concerne les soins aux personnes vivant avec le VIH/Sida, d'autres ont soutenu que ces traités

*« peuvent être interprétés comme obligeant les signataires à garantir l'accès aux soins*

---

21 The Right to Life (Art 6): 30/04/82 – CCPR General Comment 6, [en ligne] <<http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/84ab9690ccd81fc7c12563ed0046fae3>> [consulté le 09/03/2010].

22 S. Gruskin, Droit, éthique et droits de la personne à Genève98, Bulletin canadien VIH/Sida et droit, 1999, Vol.4, n°2-3, p. 89-93, [en ligne] <<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=837>> [consulté le 09/03/2010].

23 Ibid.

24 Ibid.



*médicaux appropriés à moins qu'ils puissent justifier le contraire.* »<sup>25</sup>

Par analogie, il est plausible que la même chose puisse s'affirmer de la mise en œuvre de SCMR, pour faire face aux problèmes liés à la consommation de drogue dans la rue. Les conventions peuvent se lire comme incluant les questions de soins de santé liées à l'usage de drogue. L'obligation de fournir à toutes les personnes de la communauté le meilleur état de santé susceptible d'être atteint est de toute évidence violée si des politiques délibérées empêchent ou font échouer la mise sur pied de ces mesures qui peuvent prévenir des maladies et sauver des vies. En prenant comme point de mire la gravité des dangers associés à la consommation non supervisée de drogue – c'est-à-dire le caractère immédiat et urgent du problème –, on peut soutenir que l'obligation de créer des salles de consommation à moindre risque correspond en effet à la description la plus centrale et fondamentale du droit à la santé :

*« Le droit à la santé impose à l'État l'obligation d'intervenir ou d'agir, dans la limite des ressources dont il dispose, pour réduire ou régler les menaces graves à la santé de ses individus ou de la population. »*<sup>26</sup>

## 2. Obligations en matière de contrôle de la drogue

Les traités internationaux relatifs à la drogue empêchent-ils que la [France] ouvre des SCMR ? La [France] est signataire de trois traités susceptibles d'être pertinents :

- la Convention unique sur les stupéfiants (1961), modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 ;
- la Convention sur les substances psychotropes (1971) ; et
- la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988) [« Convention de Vienne »].<sup>27</sup>

Il est souvent pris pour acquis, à tort, que ces traités nécessitent que les pays signataires s'en tiennent à une approche criminelle strictement prohibitionniste, à l'égard de l'usage de drogue. En réalité, ces traités comportent des dispositions qui permettent diverses approches axées sur la santé, y compris les mesures de réduction des risques. De fait, en 1972, une conférence des Nations Unies a conduit à l'adoption d'un Protocole portant amendement de la Convention unique [de 1961 sur les stupéfiants], qui *« met en relief le besoin de traitement et de réadaptation pour les personnes dépendantes de drogues »*.<sup>28</sup>

---

25 E. Oscapella et R Elliott, L'injection de drogue et le VIH/Sida : analyse juridique de questions prioritaires in L'injection de drogue et le VIH/Sida : questions juridiques et éthiques – Documents de fond, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/Sida, 1999, p. A36.

26 S. Jamar, supra, note 6, p. 61.

27 Le texte original anglais des Conventions est accessible sur le site Web de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, [en ligne] <[www.incb.org](http://www.incb.org)> [consulté le 11/03/2010]. En français, on trouve les textes de la Convention de 1961, du Protocole de 1972 et de la Convention de 1971 sur un site juridique du gouvernement de la Suisse, [en ligne] <<http://www.admin.ch/ch/f/rs/0.81.html>> [consulté le 11/03/2010] ; et celui de la Convention de 1988, [en ligne] <[http://www.incb.org/pdf/f/conv/convention\\_1988\\_fr.pdf](http://www.incb.org/pdf/f/conv/convention_1988_fr.pdf)> [consulté le 11/03/2010].

28 Organe international de contrôle des stupéfiants, The International Drug Control Treaties, Background Note No 1, 23 février 2000, [en ligne] <[http://www.incb.org/pdf/f/press/2000/background\\_note\\_1\\_fr.pdf](http://www.incb.org/pdf/f/press/2000/background_note_1_fr.pdf)> [consulté le 11/03/2010].



D'aucuns prétendent que les SCMR vont à l'encontre de l'objectif de la réhabilitation, de par leur nature, s'ils contribuent à maintenir la dépendance des consommateurs. Cependant, aucune donnée n'appuie cette allégation. De fait, nous l'avons mentionné, l'expérience d'autres pays semble indiquer que des drogues qui seraient autrement utilisées de manière risquée dans la rue sont plutôt utilisées de manière hygiénique dans les SCMR, avec une atténuation des risques de surdose et de maladie. Fait important, ces dispositifs permettent que des travailleurs de la santé et du social entrent en contact avec une population habituellement inaccessible, et en dirigent au moins une partie vers des traitements. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si la présence de SCMR favorise la réhabilitation n'est pas en soi une question juridique : c'est une question de fait qui serait mieux abordée par les experts du domaine – travailleurs sociaux, médecins, scientifiques et chercheurs.<sup>29</sup>

Plusieurs articles des traités internationaux sur le contrôle de la drogue peuvent s'interpréter comme acceptant, voire appuyant, les efforts de réduction des risques, en nécessitant que les États mettent en œuvre certaines politiques qui ne relèvent pas de la pénalité criminelle. D'importance, à l'article 38(1) de la Convention unique de 1961, « *Mesures contre l'abus des stupéfiants* », il est affirmé :

*« Les Parties [...] prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la post-cure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées; elles coordonneront leurs efforts à ces fins. »*

Il est intéressant de noter que les traités ne décrivent pas comment ce traitement et cette réadaptation devraient être accomplis, ni quelles mesures devraient être prises afin de réellement atteindre ces objectifs. Les États ont une marge de discrétion, quant à la manière de se conformer à ces obligations qui sont décrites en termes souples et flous.<sup>30</sup> Par exemple, les dispositions ne définissent pas précisément quelles « mesures » les États peuvent prendre, comme voie de rechange ou de complément à la poursuite et au châtement des utilisateurs de drogue.<sup>31</sup>

De plus, il convient de noter qu'aucune des Conventions ne fait mention de salles de consommation à moindre risque, ni d'autres types particuliers de mesures de réduction des risques (comme les programmes de substitution à la méthadone ou les échanges de seringues). Par conséquent, il est souhaitable de garder à l'esprit les caractéristiques élémentaires des SCMR, leurs objectifs et leur mode de fonctionnement, afin de déterminer s'ils sont touchés par des instruments internationaux – soit en étant interdits, soit en étant permis, par les leurs dispositions.<sup>32</sup> Relativement aux SCMR, les seules violations pertinentes et plausibles de ces conventions concernent la consommation ou l'usage de drogue, ou la possession pour usage personnel. Les articles visant la culture, la fabrication et le trafic n'ont pas de pertinence pour

---

29 Ibid.

30 B. Cottier et M. Sychold, *Use of Narcotic Drugs in Public Injection Rooms under Public International Law*, Swiss Institute of comparative Law, Avis 99-121c, 7 janvier 2000, [en ligne] <<http://www.salledeconsommation.fr/docinternationale/berthel-cottier-et-martin-sychold-use-of-narcotic-drugs-in-public-injection-rooms-under-public-international-law-swiss-institute-of-comparative-law-avis99-121c-january-7-2000..pdf>> [consulté le 11/03/2010].

31 Ibid.

32 Ibid.





la question, puisque ces activités ne sont pas tolérées dans les SCMR.<sup>33</sup>

De plus, le flou dans les Conventions laisse aux États le loisir de tenir compte des pratiques nationales afin de déterminer comment interpréter les dispositions.<sup>34</sup> À l'échelle mondiale, les pratiques des États sont indéniablement disparates. D'un côté, la Suisse, l'Allemagne, les Pays-Bas, le Luxembourg, l'Espagne, la Norvège, le Canada et l'Australie ont établi des salles de consommation à moindre risque, tandis que des pays comme les États-Unis, ne l'ont pas encore fait (L'État de Californie et la ville de New-York étudient la question). Ceci appuie la perspective d'après laquelle les réponses aux risques liés à la consommation de drogue devraient être laissées à la discrétion des États, qui peuvent, de leur propre chef, déterminer les meilleures méthodes pour servir leurs communautés. Les Conventions laissent une latitude en fonction des « conditions qui prévalent », des « limites constitutionnelles », du « système légal et [d]u droit national ».<sup>35</sup> De fait, ces importantes dispositions semblent permettre la continuation des essais qui s'avèrent fructueux, pour en faire des stratégies permanentes – dont le but ultime concerne les éventuelles opportunités de traitement et de réadaptation.

## 2.1 La Convention unique de 1961

Outre les obligations positives d'aider les consommateurs de drogue sur le plan du traitement, les Conventions requièrent que les États criminalisent plusieurs aspects de la consommation de drogue. Il existe néanmoins des concessions, dont on peut soutenir qu'elles incluent l'expérimentation de SCMR.

L'article 4(c) de la Convention unique de 1961 stipule que

*« Les Parties prendront les mesures législatives et administratives qui pourront être nécessaires [...] Sous réserve des dispositions de la présente Convention, pour limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques [...] l'emploi et la détention des stupéfiants ».*<sup>36</sup>

Aucune autre disposition ne vient y définir la notion de « fins médicales et scientifiques ».<sup>37</sup> De fait, cette définition n'a pas été interprétée de manière concluante. Il est raisonnable d'avancer que des expérimentations de SCMR appartiennent au registre de cette expression – il s'agit d'essais cliniques, qui sont destinés à servir de portail à la réadaptation, qui comportent des mesures de tenue de dossiers d'activité, et qui sont évalués après un certain temps.<sup>38</sup> Ces éléments appuient la position que les SCMR ne violent pas les obligations de la

---

33 Ibid.

34 Convention de Vienne sur le droit des traités, 23 mai 1969, entré en vigueur le 27 janvier 1980, [en ligne] <[http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/francais/traites/1\\_1\\_1969\\_francais.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/francais/traites/1_1_1969_francais.pdf)> [consulté le 11/03/2010].

35 G. Gilmour, The International Covenants 'Prohibiting' Drug Activities, document soumis au Comité sénatorial canadien sur les Affaires juridiques et constitutionnelles, 14 décembre 1995. Voir aussi C. Gatto (Ed. Allen St Pierre), European Drug Policy: Analysis and Case Studies, NORML Foundation, 1999, [en ligne] <[http://www.norml.org/index.cfm?Group\\_ID=4415](http://www.norml.org/index.cfm?Group_ID=4415)> [consulté le 11/03/2010].

36 Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, 30 mars 1961, entrée en vigueur le 13 décembre 1964, art. 36(1)(a), [en ligne] <<http://www.admin.ch/ch/f/rs/i8/0.812.121.0.fr.pdf>> [consulté le 11/03/2010].

37 Ibid.

38 J. Norberry, Legal Issues in Feasibility Study into the Controlled Availability of Opioids, vol. 2, Background Papers (1991), p. 87-90. Voir aussi G. Gilmour, supra, note 35.



France en vertu des traités internationaux sur la drogue.

D'autres éléments viennent appuyer la position que les SCMR sont permis par la Convention unique de 1961. Bien qu'il y soit affirmé que les États limiteront l'usage et la possession de drogue « *exclusivement aux fins médicales et scientifiques* », elle stipule également, dans la même phrase, que cette obligation de telles mesures limitatives est assujettie aux « *dispositions de la présente Convention* ». <sup>39</sup> Or, d'autres dispositions de la même Convention, notamment l'exigence même de criminaliser la drogue, prévoient que les obligations des États y sont faites « *sous réserve de [leurs] dispositions constitutionnelles* ». <sup>40</sup> Ces dispositions [*« limites » dans le texte original anglais*] constitutionnelles pourraient inclure celles qui visent à protéger la vie et la sécurité de la personne contre les abus de l'État, et qui assurent à toute personne un bénéfice égal de la loi [...].

De plus, la Convention stipule que les États

*« envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer [...] leur réadaptation »* <sup>41</sup>

et que, nonobstant l'exigence de criminaliser la possession qui viole les dispositions de la Convention, les États peuvent adopter des mesures

*« au lieu de [...] condamner ou de prononcer une sanction pénale à leur rencontre, ou comme complément de la condamnation ou de la sanction pénale »*. <sup>42</sup>

En outre, en référence une fois de plus à l'article 103 de la Charte des Nations Unies, les obligations des États en vertu de la Charte (qui incluent la résolution des problèmes de santé et la réalisation universelle du respect des droits de la personne) doivent avoir préséance sur toute obligation conflictuelle qui pourrait découler de toute autre entente internationale.

La Convention de 1961 stipule que « *[L]es Parties ne permettront pas la détention de stupéfiants sans autorisation légale* ». <sup>43</sup> On peut soutenir que, tant et aussi longtemps que des lois sur la possession sont en vigueur, il y a une flexibilité vis-à-vis des mesures admissibles aux termes de ces lois. « *Autorisation légale* » sous-entend, de fait, que la possession peut être permise dans certaines circonstances – pour peu que cela respecte les autres obligations découlant de la Convention (y compris celles qui, susmentionnées, existent en vertu de la Constitution du pays concerné, ou en vertu des dispositions mêmes de la Convention qui prévoient des soins, traitements et mesures de réadaptation sociale pour les utilisateurs de drogue). Comme l'a fait remarquer l'Institut suisse de droit comparé,

*« Ceci nous place devant la question de savoir si la légalisation de la simple possession de drogue aux fins d'un usage personnel, dans un environnement socio-médical, contreviendrait à l'objet et au but de la Convention »*. <sup>44</sup>

---

39 Convention unique de 1961, art. 4(c).

40 Convention unique de 1961, art. 36(1).

41 Convention unique de 1961, art. 38.

42 Convention unique de 1961, art. 36(2).

43 Convention unique de 1961, art. 33.

44 B. Cottier et M. Sychold, supra, note 30.



En Suisse, l'initiative de fourniture d'héroïne est décrite comme un volet d'un « *essai contrôlé de mise en disponibilité* » visant à réduire les risques dans une optique médicale et scientifique. L'argument juridique selon lequel des projets expérimentaux ne contreviendraient pas à la Convention de 1961 (ni à la Convention de 1971 dont nous discuterons ci-dessous) est sans contredit digne de foi.<sup>45</sup> Une perspective semblable peut certainement être adoptée en ce qui a trait aux SCMR – compte tenu de leur rôle potentiel de portail vers l'éducation et la réadaptation –, ce qui conduit à réfuter toute allégation de violation de traité.

## 2.2. *La Convention de 1971*

En vertu de la *Convention* de 1971 sur les substances psychotropes, les drogues figurant au Tableau I de l'appendice (LSD, MDMA/exstasy, mescaline et certains cannabinoïdes) sont abordées différemment de celles figurant aux Tableaux II, III et IV (p. ex. amphétamines et barbituriques), dans le contexte d'un usage personnel.<sup>46</sup>

Les États ont l'obligation

d'« [i]nterdire toute utilisation de ces substances [du Tableau I], sauf à des fins scientifiques ou à des fins médicales très limitées, par des personnes dûment autorisées qui travaillent dans des établissements médicaux ou scientifiques relevant directement de leurs gouvernements ou expressément autorisés par eux ».<sup>47</sup>

Une fois de plus, il est nécessaire de déterminer si, dans les faits, les SCMR cadrent dans cette description. Le cas échéant, les États ont la liberté de décriminaliser la possession de drogue dans ces lieux. Or, il est raisonnable d'affirmer que les SCMR servent à « *des fins médicales très limitées* ».

En comparaison avec les normes applicables aux drogues du Tableau I, celles qui visent les drogues figurant aux Tableaux II, III et IV sont moins rigoureuses : les États ont la discrétion d'adopter les mesures qu'ils considèrent appropriées pour restreindre la possession et l'usage de ces dernières à des fins médicales et scientifiques.<sup>48</sup>

La Convention de 1971 (article 20), renferme la même disposition que la Convention de 1961 (article 38), à l'effet que les États « *envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles* » pour assurer les soins, le traitement et la réintégration sociale des personnes intéressées. Cette autre disposition d'un traité

---

45 G. Gilmour, supra, note 35, p. 7.

46 À noter : la Convention de 1971 ne mentionne pas l'héroïne (ni d'autres opiacés), ni la cocaïne, puisque son but est de contrôler les drogues (principalement les produits pharmaceutiques) qui n'étaient pas régies par les conventions précédentes, comme celle de 1961, sur les stupéfiants : OICS, Background Note No 1, supra, note 28, p. 1. Par conséquent, le fait d'autoriser la possession et l'utilisation légales de drogues comme l'héroïne et la cocaïne, dans des SCMR, ne contreviendrait en rien à la Convention de 1971, bien qu'il pourrait en être autrement de l'autorisation légale de possession de drogues qui y sont listées.

47 Convention sur les substances psychotropes, 21 février 1971, entrée en vigueur le 16 août 1976, art. 7(a), <<http://www.admin.ch/ch/fr/rs/i8/0.812.121.02.fr.pdf>> [consulté le 11/03/2010].

48 B. Cottier et M. Sychold, supra, note 30.

international sert de fondement supplémentaire à la mise en œuvre de mesures comme les lieux sécuritaires pour l'injection, par les gouvernements.

### 2.3. *La Convention de 1988*

La *Convention* de 1988 des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes<sup>49</sup> crée un régime exhaustif pour la criminalisation, la poursuite judiciaire et le châtement des comportements associés au trafic de drogues,<sup>50</sup> qui exige que les peines soient sévères et que le pouvoir discrétionnaire des autorités, en matière de poursuites judiciaires contre les infractions liées à la drogue,

*« soit exercé de façon à optimiser l'efficacité des mesures de détection et de répression [...] compte dûment tenu de la nécessité d'exercer un effet dissuasif en ce qui concerne leur commission ».*<sup>51</sup>

La possession pour usage personnel est abordée différemment des infractions plus graves, comme la fabrication, le commerce et le trafic de drogue. Les obligations des États en ce qui a trait aux divers types d'infractions plus graves sont beaucoup plus strictes que celles qui sont liées aux activités moins sérieuses de possession pour la consommation : les obligations liées à ces dernières laissent aux États parties une marge beaucoup plus importante de discrétion, dans la détermination de leur réponse aux délits.

En exigeant que les États criminalisent la possession de substances contrôlées même aux fins d'un usage personnel, cet article pourrait constituer un obstacle (quoique surmontable), pour ceux qui souhaitent la mise en œuvre de SCMR. Toutefois, à l'instar de la Convention de 1961, la Convention de 1988 stipule que les États peuvent décider eux-mêmes comment poursuivre cet objectif. Fait possiblement encore plus important, tandis qu'elle stipule que les États adopteront de telles mesures qui sont « nécessaires » pour conférer le caractère d'infraction pénale, en conformité avec leur droit interne, au fait de posséder un stupéfiant ou une substance psychotrope, cette exigence est qualifiée de deux manières.

Premièrement, l'obligation d'imposer des sanctions pénales ne va pas plus loin que les obligations équivalentes énoncées dans les conventions précédentes; et elle stipule que les

---

49 Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, 20 décembre 1988, entrée en vigueur le 11 novembre 1990, supra, note 27.

50 Ibid. l'art. 3(1) stipule : 1. *Chaque Partie adopte les mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infractions pénales [...] lorsque l'acte a été commis intentionnellement : a) I) A la production, à la fabrication, à l'extraction, à la préparation, à l'offre, à la mise en vente, à la distribution, à la vente, à la livraison à quelque condition que ce soit, au courtage [...] de tout stupéfiant ou de toute substance psychotrope en violation des dispositions de la Convention de 1961, de la Convention de 1961 telle que modifiée ou de la Convention de 1971 ; [...] (iii) iii) À la détention ou à l'achat de tout stupéfiant ou de toute substance psychotrope aux fins de l'une des activités énumérées au sous-alinéa I) ci-dessus[.],*

51 Ibid, art. 3(6). La lecture attentive de cette clause permet de voir que l'on n'a pas à l'interpréter comme nécessitant un biais automatique vers la poursuite judiciaire et des sentences sévères pour toutes les infractions liées à la drogue et pour tous les prévenus ; en effet, les objectifs sont d'optimiser « l'efficacité » des mesures d'application de la loi (sans mention de la norme à appliquer), « compte dûment tenu » d'une recherche d'effet dissuasif. Cela laisse une grande marge, en droit interne, pour des mesures autres que des approches strictes de poursuites judiciaires et de châtement. On devrait également tenir compte de l'article 14, qui requiert que « [l]es Parties adoptent les mesures appropriées pour supprimer ou rédui[r]e la demande illicite ».



États peuvent décider eux-mêmes de la manière d'aborder ce comportement. L'exigence est que la possession pour consommation personnelle qui entre « *en violation des dispositions* » des conventions précédentes soit criminalisée. Comme on l'a fait remarquer, ces conventions comprennent un certain nombre de dispositions qui pourraient accommoder l'opération légale de lieux sécuritaires pour l'injection, en quel cas l'État ne serait pas tenu, en vertu de la Convention de 1988, de criminaliser la possession en toutes circonstances et sans exception. Deuxièmement, cette obligation d'un État de criminaliser la possession est établie « *[s]ous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique* ». <sup>52</sup> Par conséquent, l'adoption de mesures et de réponses uniformes n'est pas requise, en ce qui a trait au châtement, à la poursuite judiciaire et à la criminalisation de la possession de stupéfiants (ou de substances psychotropes) à des fins d'usage personnel : les États ont la discrétion de déterminer quelles politiques ils souhaitent adopter (pourvu qu'ils y voient d'une manière ou d'une autre). <sup>53</sup>

Cette disposition offre un fondement additionnel en faveur de la conclusion que la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection puisse être acceptable en vertu de la Convention de 1988. Le système juridique du Canada intègre le principe dit *de minimis non curat lex*, une notion de la tradition du droit commun qui signifie, en gros : « *Le droit ne se soucie pas de bagatelles* ». Dans ce contexte, la simple possession de drogue dans un lieu à des fins d'usage personnel est d'importance minimale lorsque comparée aux genres de conduites qui constituent la préoccupation fondamentale – comme le trafic. La teneur prépondérante du délit abordé dans le traité doit être prise en considération lorsque l'on interprète et applique ses dispositions. Cela est particulièrement pertinent si un pays comme la [France], aux prises avec une crise de santé publique, s'efforce de réorienter les utilisateurs de drogue vers la réadaptation – par des mesures comme des SCMR, qui offrent une occasion d'exposition à des messages, programmes et services tournés vers cette réorientation. De plus, en termes techniques, la possession concrète de drogues sur les lieux ne serait que de brève durée – jusqu'à ce qu'elles soient consommées. Une fois à l'extérieur du dispositif, la possession demeure une infraction criminelle qui peut être appliquée par les instances locales.

En outre, il semble utile d'insister une fois de plus sur ceci : les conventions de 1961 et de 1988 sont essentiellement dirigées contre le trafic; aucune de ces deux conventions ne requiert la criminalisation de la possession personnelle *en soi*, ni la poursuite judiciaire et le châtement pour possession.

*« Les conventions n'adoptent pas une approche exclusivement prohibitionniste, à l'égard des drogues illégales; elles contiennent aussi des dispositions qui permettent aux pays signataires d'adopter des mesures de réduction des méfaits ».* <sup>54</sup>

Il existe, dans le droit international, une marge de manœuvre qui permet une mise en œuvre légitime de SCMR. La possession aux fins d'une consommation dans une SCMR peut être tolérée – tandis que, par exemple, le trafic, la vente et la distribution demeureraient interdits.

---

<sup>52</sup> Convention de 1988, art. 3(2).

<sup>53</sup> B. Cottier et M. Sychold, *supra*, note 30.

<sup>54</sup> C. Ward, VIH/sida et questions juridiques en Australie, Bulletin canadien VIH/Sida et droit, 2000, 5(2/3). L'OICS note aussi que la Convention 1988 est « *conçue pour prévenir le blanchiment d'argent obtenu par trafic illicite et pour procurer des instruments concrets pour la coopération internationale dans l'application de la loi* ». Voir OICS, Background Note No1, *supra*, note 28, p. 1.



Les initiatives en cours dans des pays comme l'Australie, la Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne... cadrent dans la marge d'appréciation conférée par les instruments internationaux pertinents – à titre d'expériences scientifiques ou médicales, ou en tant que moyens susceptibles de conduire (éventuellement) à la réintégration sociale, à la réadaptation ou au traitement.<sup>55</sup> L'Institut suisse de droit comparé conclut :

*« Les [...] conventions n'apportent aucune lumière sur la question essentielle de savoir si les salles publiques d'injection sont ou ne sont pas des éléments propices à court terme à la réadaptation et à la réintégration sociale des personnes dépendantes de drogues, puis à long terme à la réduction de la souffrance humaine et à l'élimination de conditions financières qui stimulent le trafic illicite. La pratique actuelle des États [...] peut offrir des indications, si on y trouve une uniformité substantielle. En cas contraire, il doit être conclu que les États parties [...] conservent la liberté de choisir leurs politiques. [...] Les [...] États ne sont pas obligés [...] de poursuivre et de châtier la possession et la consommation de drogues (autres que les substances psychotropes figurant au Tableau 1 de la Convention de 1971) par des personnes qui en sont dépendantes, dans [les lieux établis]. Cette conclusion n'est assujettie qu'à une mise en garde – les activités qui vont à l'encontre de l'objet et du but des conventions ne doivent pas être tolérées – ce qui nous ramène simplement à réaffirmer la question de l'utilité intrinsèque des salles d'injection. »<sup>56</sup>*

### **3. L'Organe international de contrôle des stupéfiants : Opposé à la création de SCMR**

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) surveille le respect des conventions. L'OICS est

*« un organe de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues [...] et il] est indépendant tant des gouvernements que de l'ONU ».<sup>57</sup>*

Créé par la Convention de 1961, il a notamment pour responsabilités d'assister les États à s'acquitter de leurs obligations en vertu des traités.<sup>58</sup> L'OICS n'a pas de pouvoir d'interpréter les traités ni de se prononcer de manière exécutoire sur leurs dispositions, puisque cela relève des pratiques des États. Il ne peut que formuler des recommandations ;

---

55 B. Cottier et M. Sychold, supra, note 30.

56 Ibid.

57 OICS, Mandat de l'Organe (document non daté), [en ligne] <<http://www.incb.org>> [consulté le 11/03/2010]. Les treize membres de l'OICS sont élus par le Conseil économique et social de l'ONU : dix sont élus parmi une liste de personnes désignées par les gouvernements, trois élus sur une liste fournie par l'Organisation mondiale de la santé.

58 Ibid.



« par conséquent, lorsqu'il fait ses déclarations, il ne s'agit que de d'opinions [d'individus qui en font partie] et cela n'a pas force d'application en droit international et domestique ». <sup>59</sup>

L'OICS formule des commentaires sur la conformité des États à leurs obligations et le degré d'efficacité dans leur application des traités; il « repère les faiblesses des systèmes de contrôle nationaux et internationaux et contribue à améliorer la situation ». <sup>60</sup> Il peut recommander des changements aux régimes de contrôle de la drogue <sup>61</sup> et il « entretient un dialogue permanent » avec les gouvernements afin de « promouvoir les objectifs des traités ». <sup>62</sup> Dans les faits, si l'OICS détermine que les buts des traités sont sérieusement menacés par un État en particulier, il a le droit de proposer que soient ouvertes des consultations avec le gouvernement concerné, pour lui demander des explications sur la situation. <sup>63</sup> L'OICS peut de plus demander à un gouvernement d'adopter des mesures correctives. Si, à son avis, la situation demeure grave, sans résolution probable ni correctif en vue, le cas peut être en dernier lieu soumis à l'attention de l'Assemblée générale des Nations Unies (après que le Conseil économique et social et sa Commission sur les stupéfiants ont eu l'occasion de tenter de résoudre le problème). <sup>64</sup>

Il est bien connu que l'OICS est opposé à la création de SCMR. <sup>65</sup> Dans son rapport annuel de 1999, présenté au Conseil économique et social de l'ONU, il « s'efforce de repérer et de prévoir les tendances inquiétantes et propose les mesures nécessaires ». <sup>66</sup> Il y affirme que tout gouvernement qui autorise SCMR, « facilitant l'abus de drogues [...] facilite par là même le trafic ». <sup>67</sup> Il souligne les obligations des États de lutter contre le trafic et de criminaliser la possession et l'achat de drogue aux fins d'usage personnel – sous toute réserve des concepts fondamentaux de leurs systèmes juridiques et principes constitutionnels. <sup>68</sup>

Tout en soutenant que la mise en œuvre de SCMR constitue une violation de ces dispositions de traités, l'OICS reconnaît la gravité des problèmes qui s'associent à l'injection de drogue – comme la propagation de maladies transmissibles par le sang – et il « encourage les États à mettre en place une large gamme de structures de traitement de la toxicomanie ». <sup>69</sup> En dépit de sa reconnaissance du problème, l'OICS a inclus dans son rapport de 1999 un avis par lequel il « prie instamment le Gouvernement australien de ne pas autoriser la création et le fonctionnement de [SCMR] ». <sup>70</sup> Le rapport mentionne :

---

59 K. Tucker, Australian Capital Territory, Parliamentary Debates, Legislative Assembly, 1 mars 2000, 422–3.

60 Mandat de l'Organe, supra, note 57.

61 Ibid.

62 Ibid.

63 Convention unique de 1961, art. 14 ; Convention de 1971, art. 19 et Convention de 1988, art. 22.

64 Voir p. ex., la Convention unique de 1961, art. 14.

65 C. Ward, supra, note 54.

66 Mandat de l'Organe, supra, note 57.

67 Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999, Vienne, OICS, 2000, p. 29 (par. 176), [en ligne] <[http://www.incb.org/incb/fr/annual\\_report\\_1999.html](http://www.incb.org/incb/fr/annual_report_1999.html)> [consulté le 11/03/2010].

68 Ibid.

69 Ibid., p. 27 (par. 177).

70 Ibid., p. 67 (par. 500).



« Les traités relatifs au contrôle des drogues ont été conclus il y a plusieurs dizaines d'années précisément dans le but de faire disparaître des lieux tels que les fumeries d'opium, où de la drogue pouvait être consommée en toute impunité ».<sup>71</sup>

Or, le fait qu'il établisse cette comparaison entre les SCMR, d'une part, et les dangereuses fumeries d'opium illégales [...] d'autre part, discrédite toute tentative sérieuse de l'OICS de convaincre les États de renoncer à l'adoption de mesures de réforme soigneusement examinées et débattues sur la scène publique par des parties aussi diversifiées que des scientifiques et des responsables de l'application des lois. Les États qui mettent en œuvre des SCMR (ou qui envisagent cette possibilité) savent fort bien que c'est un sujet délicat du point de vue politique, mais ils sont aussi conscients du risque perpétuel pour la santé publique devant lequel ils sont placés s'ils refusent de procéder à des expérimentation de SCMR. Il est peu probable que l'on les convainque de renoncer à leurs intentions en lançant des hyperboles et en faisant des analogies boiteuses et déroutantes.

Les propositions australiennes d'essais de lieux supervisés pour l'injection ont été controversées, ce qui a entraîné un débat politique tendu.<sup>72</sup> Un élément particulier de désaccord entre le premier ministre du pays et les trois dirigeants des États australiens en faveur de la mise en œuvre d'essais de SCMR concernait leur légalité en vertu du droit international. On ne s'étonnera pas que le gouvernement du Commonwealth australien ait saisi l'occasion de s'appuyer sur l'opinion de l'OICS qui critiquait les initiatives des États australiens, dans son rapport de 1999.

Les traités et les points de vue de l'OICS ont été aussi un thème du débat des parlements de ces États de l'Australie. Pendant la deuxième lecture du Drug Summit Legislative Response Bill 1999 (ci-après « le projet de loi de la N.-G.S. »), le ministre d'État délégué à ce projet de loi a affirmé que la Convention unique de 1961 permettait la possession et l'usage de drogues illégales à des fins médicales et scientifiques, y compris pour des essais cliniques contrôlés.<sup>73</sup>

Il a de plus noté que le traité offre une souplesse qui permet aux pays signataires de s'écarter des prohibitions systématiques, lorsqu'il est approprié de le faire dans l'intérêt de protéger la santé publique et le bien-être de la population, en tenant compte des conditions qui prévalent dans le pays concerné.<sup>74</sup> Le ministre a souligné que le projet de loi de la N.-G.S. cadrerait précisément dans cette perspective, puisqu'il proposait un essai scientifique limité et évalué, assorti de supervision médicale et dont le but consistait à aider des individus à vaincre leur dépendance à la drogue – le modèle adopté étant un « portail vers le traitement ».<sup>75</sup> Le gouvernement de la N.-G.S. a affirmé que, de son point de vue, les traités accordent « une marge pour la réforme et pour l'adoption de mesures de réduction des méfaits ».<sup>76</sup> Les auteurs du projet de loi ont affirmé pour leur part que

---

71 Ibid., p. 27 (par. 177).

72 C. Ward, supra, note 54, p. 73.

73 J. Della Bosca, NSW, Parliamentary Debates, Legislative Council, 21 octobre 1999, 1773.

74 Ibid.

75 Ibid. Voir aussi NSW Joint Select Committee into Safe Injecting Rooms, Report on the Establishment of or Trial of Safe Injecting Rooms, 1998, p. 146, où le professeur Carney fait remarquer que si l'expérimentation est caractérisée (tel qu'il le considère) comme étant axé sur les objectifs « de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation ou de réintégration sociale [...], en plus du fait qu'il s'agisse d'un[e] [expérimentation] contrôlé[e] et évalué[e], [alors il] serait, à mon avis, indubitablement conforme aux traités internationaux ».

76 J. Shaw (Procureur général), NSW, Parliamentary Debates, Legislative Council, 9 septembre 1999, p. 193.





*« il n'y a pas de doute que la mise sur pied de [SCMR] devrait s'accompagner d'une surveillance et d'une évaluation rigoureuses et systématiques, [...] une approche inhérente au communiqué du Drug Summit »<sup>77</sup>*

émis par le gouvernement de la N.-G.S. en 1999. En faisant remarquer la discrétion accordée aux États, dans leurs conditions particulières, pour l'application des conventions, le gouvernement de la N.-G.S. a soutenu que les SCMR sont permis si l'évaluation et la surveillance démontrent qu'ils sont bénéfiques au bien-être et à la santé du public; il a établi l'analogie avec les programmes d'échange de seringues, qui sont aussi considérés conformes aux engagements du droit international.<sup>78</sup>

En revanche, des membres de l'opposition de la N.-G.S. ont cité les critiques d'Athol Moffit à propos des essais proposés. M. Moffit, l'ancien président de la Cour d'appel de la N.-G.S., a avancé que les dispositions du projet de loi étaient clairement en violation des obligations internationales.<sup>79</sup> Les commentaires de l'OICS ont également été mis à contribution pour affirmer que l'expérimentation ne serait pas acceptable en vertu du droit international.<sup>80</sup> Un député a toutefois fait remarquer :

*« [La question des traités] peut être débattue d'un point de vue ou de l'autre, mais je crois bien que ces traités ne sont pas inflexibles ; ils contiennent une gamme de possibilités en relation avec la santé publique et les mesures de réduction des méfaits ».<sup>81</sup>*

Comme en Nouvelle-Galles du Sud, le plan préparé dans l'État de Victoria (et dont la mise en œuvre n'est pas encore amorcée) semble avoir été conçu de manière à reconnaître les obligations de l'Australie en vertu des traités et à assurer le respect de ses responsabilités internationales.<sup>82</sup> Par exemple, on y explique en détail les moyens par lesquels l'expérimentation serait évalué de manière indépendante, y compris par la publication de registres sur le nombre de visites au dispositif, leur régularité, l'incidence de surdoses et la prévalence d'infections hématogènes.<sup>83</sup> Conformément aux exigences internationales, il est prévu que les membres du personnel donnent de l'information et du counselling sur les risques de consommation (injection...) et offrent des liens à d'autres services et de traitements. De plus, le ministère de la Santé collaborerait avec celui des Services humains, en nommant un clinicien de haut niveau, pour la supervision médicale de l'expérimentation.<sup>84</sup>

Le premier ministre Howard a invité des représentants de l'OICS à se rendre en Australie afin d'offrir des avis au sujet des projets envisagés. L'Organe a envoyé une mission en

---

77 Ibid. Voir aussi les commentaires de J. Stanhope in Australian Capital Territory, Parliamentary Debates, Legislative Assembly, 7 décembre 1999, p. 3800-03.

78 Ibid.

79 NSW, Parliamentary Debates, Legislative Council, 18 novembre 1999, p. 3270 (M. Kerr), 9 septembre 1999, 193-4 (F. Nile). Voir A. Moffitt, Malouf et Thompson, Drug Precipice (1998), p. 131-41.

80 NSW, Parliamentary Debates, Legislative Council, 18 novembre 1999, p. 3270 (M. Kerr).

81 NSW, Parliamentary Debates, Legislative Council, 9 septembre 1999, p. 194 (J. Shaw).

82 « Injecting Facilities Trial Framework for Service Agreements », reproduit dans : Victoria, Parliamentary Debates, Legislative Assembly, 1 juin 2000, p. 2151.

83 Ibid., p. 2153. Les conséquences des établissements sur la communauté (quantité d'ordures et ampleur du trafic) ont aussi été documentées.

84 Ibid., p. 2153-54.



avril 2000.<sup>85</sup> Lors de leur rencontre avec l'OICS,

*« la N.-G.S, Victoria et le Territoire de la capitale australienne ont tous fait valoir que les projets de [SCMR] cadraient dans les dispositions des conventions, qui permettent de procéder sous un contrôle strict à des “expériences scientifiques ou médicales” de nouveaux traitements ou de réforme ».*<sup>86</sup>

Néanmoins, dans un autre rapport (février 2001), l'OICS a persisté dans ses critiques. Il a affirmé que les États australiens désireux d'expérimenter des SCMR

*« remettent en question, malheureusement, la politique suivie par le Gouvernement fédéral et optent pour des approches contraires à l'obligation imposée par les traités de limiter l'utilisation des drogues à des fins médicales et scientifiques, en créant des [SCMR] où les toxicomanes peuvent s'injecter sous contrôle les drogues qu'ils se sont procurées illicitement ».*<sup>87</sup>

Bill Stronach, directeur général de l'Australian Drug Offensive, fait remarquer que, dans ses critiques des SCMR au motif qu'ils n'aideraient pas à réduire « l'abus et le trafic de drogue », l'OICS ne tient pas compte de leur objectif : aider à sauver la vie de personnes qui s'injectent dans des lieux publics, et offrir à ces personnes un accès à des traitements et à des services de soutien, tout en offrant à la communauté un environnement plus sûr et en réduisant les risques liés aux aiguilles usagées.<sup>88</sup>

Il est manifeste, dans ses rapports, que l'objection de l'OICS vis-à-vis des SCMR fait partie intégrante d'une critique plus générale. L'OICS s'oppose à la réduction des risques comme « but en soi » et il estime « qu'une telle stratégie ne doit pas être adoptée aux dépens d'un engagement résolu de réduire aussi bien l'offre que la demande de drogues illicites ».<sup>89</sup>

L'hostilité vis-à-vis de ces mesures de réduction des risques peut, en partie, découler de pressions politiques exercées à l'OICS ou sur lui. Dans les délibérations du Joint Select Committee de la N.-G.S., le Dr Mandelson s'est penché sur la réalité de l'interprétation des conventions, du point de vue de la mise en œuvre de SCMR :

*« Il y a certainement des pressions de certaines parties, en particulier des États-Unis, pour qu'elles soient interprétées d'une certaine manière, mais l'interprétation relève de chaque État qui est signataire ainsi que de ses propres pratiques. [...] Le genre de mesures circonscrites de réduction des méfaits dont nous parlons [...] cadre dans les limites acceptables de la discrétion des États aux termes de ces conventions. [...] A*

---

85 Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2000, Vienne, OICS, 2001, p. 68 (par. 522), [en ligne] < [http://www.incb.org/incb/fr/annual\\_report\\_2000.html](http://www.incb.org/incb/fr/annual_report_2000.html) > [consulté le 11/03/2010].

86 P. Totaro et K. Taylor, UN Fails to Veto Needle Rooms, The Age (Melbourne), 11 juillet 2000, p. 5. J. Della Bosca commente les entretiens qu'il a eus avec des membres de l'OICS : « Ils ont clairement montré qu'ils étaient très impressionnés par l'ensemble de la réaction des gouvernements de la Nouvelle-Galles du Sud et du Commonwealth, en matière de drogue. Le mieux que je puisse dire est qu'ils ont compris la position qu'occupe l'[expérimentation de SCMR], au sein d'un cadre complet de réponse à la drogue ». Voir Parliamentary Debates, Legislative Council, 2 mai 2000, p. 4913.

87 Rapport de l'OICS pour 2000, supra, note 85, p. 69 (par. 525).

88 B. Stronach, World Drug Body Ignores Injecting Objectives, The Australian (Sydney), 13 juillet 2000, p. 10.

89 B. Foley et M.A. Toy, UN Hits Heroin Room Attempts, The Age (Melbourne), 21 février 2001, p. 2, citant le Rapport de l'OICS pour 2000, supra, note 85, p. 71 (par. 513).



*fortiori depuis dix ans, depuis qu'un virage vers certains de ces [...] principes se produit dans plusieurs pays [...] comme l'Australie. Je crois qu'il y a une bonne pratique des États dans l'interprétation large de la teneur de ces exigences. Certains pays, dans le monde, ont beau se croire les détenteurs du sens de ces traités, ce n'est pas le cas. »<sup>90</sup>*

Il est valable de souligner qu'en théorie un État peut dénoncer les obligations que lui impose un traité. Il pourrait envisager de le faire s'il était d'avis que les dispositions de traités le contraignent au point qu'il serait incapable de mettre en application des mesures de réduction des risques considérées propices aux meilleurs intérêts de sa population – possiblement en raison des prises de positions négatives de l'OICS en la matière. C'est-à-dire que si ces dispositions sont considérées indûment restrictives pour les responsables des politiques de l'État, et considérées par conséquent indésirables, l'État pourrait réfuter ses obligations – tel que le permettent les conventions elles-mêmes ainsi que la Convention de Vienne sur le droit des traités.<sup>91</sup> Bien sûr, les ramifications politiques d'un tel geste – par exemple, la réaction des États-Unis sur le plan des échanges commerciaux – pourraient être dévastatrices et l'on ne devrait pas les sous-estimer comme il est fait dans l'hypothèse suivante :

*« Un élément plutôt fréquent [utilisé par des anti-prohibitionnistes] consiste à blâmer les États-Unis d'avoir imposé les conventions au reste du monde, puis à affirmer que les États-Unis ne peuvent pas dicter à l'Australie quelle voie est la meilleure pour elle. Cela n'équivaut pas à nier les obligations. L'Australie, en tant que nation mature et dotée de sa propre pensée, a signé les conventions impliquant une coopération internationale – et après un délai, une prise en considération et une consultation de ses États – elle les a ratifiées. »<sup>92</sup>*

Cette affirmation ressemble à une omission plutôt naïve des réalités politiques qui entrent en jeu dans la ratification de tels traités. Elle ne prend pas en considération les questions d'inégalité dans le pouvoir de négociation, ni le degré auquel la souveraineté d'un État est souvent formelle plutôt que substantielle (l'égalité substantive entre pays étant plutôt une illusion). Par ailleurs, les auteurs que nous venons de citer sous-estiment l'importance primordiale des questions de santé – mises en lumière, dans le présent contexte, par l'urgent besoin d'expérimenter des SCMR.

Somme toute, il convient d'insister à nouveau sur le fait suivant : il n'est pas nécessaire d'aller aussi loin que de dénoncer les traités sur le contrôle des drogues, pour qu'un pays puisse aller de l'avant dans la mise en œuvre de mesures de réduction des risques comme les SCMR. Comme nous l'avons exposé ci-dessus, les conventions elles-mêmes permettent que l'on crée de tels structures en tant que mesures qui constituent un pas en avant dans la réalisation de nos obligations internationales à l'égard des droits de la personne.

\* \* \* \* \*

---

90 Voir NSW Joint Select Committee, supra, note 75, p. 146.

91 Supra, note 34.

92 A. Moffitt, Malouf et Thompson, Drug Precipice, 1998, p. 136.