



Assemblée générale

Distr. générale
18 juillet 2024
Français
Original : anglais

Soixante-dix-neuvième session

Point 71 b) de l'ordre du jour provisoire*

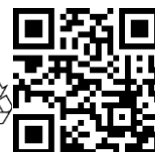
**Promotion et protection des droits humains : questions
relatives aux droits humains, y compris les divers moyens
de mieux assurer l'exercice effectif des droits humains
et des libertés fondamentales**

Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, présenté en application de la résolution [51/21](#) du Conseil des droits de l'homme.

* [A/79/150](#).



Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

La réduction des risques pour une paix et un développement durables

Résumé

Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng, étudie la question de la réduction des risques et applique ce concept à l'usage de drogues et à d'autres questions essentielles à la paix et au développement durables, en mettant l'accent sur les populations qui sont souvent victimes d'une stigmatisation, d'une criminalisation et d'une discrimination qui les empêchent d'exercer leurs droits humains. Se concentrant sur l'usage de drogues, l'exposition au VIH, la transmission du virus et la non-divulgence de la séropositivité, l'avortement, les relations entre personnes de même sexe et le travail du sexe, elle invite les États à abandonner l'approche punitive fondée sur la criminalisation pour faire appel à des outils réglementaires permettant d'améliorer les résultats en matière de santé. Selon elle, dans les domaines du tabac, de l'alcool, de l'alimentation et de la nutrition et de l'environnement, la réduction des risques exige une réglementation adéquate et efficace des entreprises. La Rapporteuse spéciale examine comment la réduction des risques peut s'aligner sur le droit à la santé et les droits connexes dans le contexte de la couverture sanitaire universelle et sur les droits des personnes en situation de vulnérabilité, notamment dans les situations de conflit et d'urgence sanitaire et face aux changements climatiques. Dans son rapport, elle met l'accent sur les bonnes pratiques appliquées dans différentes parties du monde et encourage les États à intégrer la réduction des risques dans les plans de couverture sanitaire universelle, en prévoyant des services complets qui soient accessibles, abordables, acceptables et de qualité.

I. Introduction

1. La prévention des risques et la réparation des préjudices sont des aspirations qui guident depuis longtemps les sociétés et leur utilisation du droit, y compris dans le domaine de la santé¹, où le souci de « ne pas nuire » est un principe directeur depuis des milliers d'années². Pourtant, si la nécessité pour les sociétés de les éviter est évidente, la définition des risques et leurs causes dans le temps et dans l'espace, ainsi que les moyens d'y faire face, font moins consensus. Les risques peuvent prendre de nombreuses formes. Parfois, ce sont certains comportements ou certaines substances qui en sont à l'origine ; d'autres fois, le risque est moins lié à ces comportements ou à ces substances qu'à la manière dont les États appréhendent (ou non) le problème. En ce qui concerne l'avortement, le travail du sexe ou les relations entre personnes de même sexe, il n'existe pas de risque réel ou potentiel a priori. Le risque vient plutôt des mesures prises par l'État, qui se traduisent souvent par une criminalisation³. Or, cette approche nuit aux mesures de santé publique, car elle gêne l'accès aux services de santé et détériore les résultats en matière de santé dans ce domaine⁴.

2. Le colonialisme a joué un rôle dans l'intégration de normes et de politiques préjudiciables dans les systèmes juridiques du monde entier, y compris la criminalisation dans des circonstances telles que celles décrites ci-dessus, qui est l'une des manifestations les plus claires du pouvoir des États sur les individus. La domination mondiale des entreprises, qui ont pour la plupart leur siège dans les pays du Nord alors qu'elles mènent leurs activités dans les pays du Sud, s'apparente à un néocolonialisme qui favorise la diffusion des risques en fabriquant et en commercialisant des produits nocifs, notamment le tabac, l'alcool et les aliments malsains, et les risques pour l'environnement. Face à cette relation complexe entre le pouvoir et les risques qui en découlent, il est essentiel d'adopter une approche de la réduction des risques fondée sur les droits humains pour montrer la voie à suivre.

3. La Rapporteuse spéciale reprend la définition de la réduction des risques entendue comme s'appliquant aux politiques, programmes et pratiques qui visent à limiter le plus possible les effets sanitaires, sociaux et juridiques préjudiciables associés à l'usage de drogues, ainsi qu'aux politiques et aux lois en la matière⁵. Dans le présent rapport, elle applique ce concept à l'usage de drogues et à d'autres questions essentielles pour une paix et un développement durables, en mettant l'accent sur les populations qui sont souvent victimes d'une stigmatisation, d'une criminalisation et d'une discrimination qui les empêchent d'exercer leurs droits humains. Ce faisant, elle examine la forme que prend la réduction des risques dans les cas de l'usage de drogues, de l'exposition au VIH, de la transmission du virus et de la non-divulgaration de la séropositivité, de l'avortement, des relations entre personnes de même sexe et du travail du sexe, et invite les États à renoncer à l'approche punitive fondée sur la criminalisation pour mobiliser des outils réglementaires permettant d'améliorer les résultats en matière de santé. Selon elle, dans les domaines du tabac, de l'alcool, de l'alimentation et de la nutrition et de l'environnement, la réduction des risques exige une réglementation adéquate et efficace des entreprises.

¹ Alice M. Miller et Mindy Jane Roseman, *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law* (University of Pennsylvania Press, 2019).

² Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Patient safety », 11 septembre 2023.

³ A/HRC/14/20, par. 5 ; et A/66/254, par. 21.

⁴ Ibid.

⁵ Voir <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>.

4. Le rapport repose sur le principe bien établi que la santé et les droits humains constituent des cadres qui se renforcent mutuellement⁶, de sorte qu'une approche fondée sur les droits humains peut favoriser l'adoption d'outils de santé publique tels que la réduction des risques, et dans le même temps en bénéficier.

5. Dans la réduction des risques et dans tous les autres domaines, il n'existe pas de voie vers une paix et un développement durables sans la participation effective des populations qui continuent d'être victimes de formes historiques de marginalisation, telles que les travailleurs et travailleuses du sexe, les femmes, les personnes LGBTQI+, les Noirs, les peuples autochtones, les migrants, les personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite, les personnes handicapées, les personnes sans abri ou en situation de pauvreté et les personnes vivant en milieu rural.

6. La Rapporteuse spéciale examine comment la réduction des risques peut s'aligner sur le droit à la santé et les droits connexes dans le contexte de la couverture sanitaire universelle et sur les droits des personnes en situation de vulnérabilité, notamment dans les situations de conflit et d'urgence sanitaire et face aux changements climatiques.

II. Méthodologie

7. La Rapporteuse spéciale s'appuie sur les travaux de ses prédécesseurs, qui ont analysé le rôle de la réduction des risques dans la lutte contre les effets des lois et politiques internationales en matière de drogues sur les droits humains dans le cadre de la « guerre contre la drogue », et la manière dont ces cadres juridiques ont contribué à exacerber les risques pour les droits humains et les violations de ces droits⁷.

8. Elle s'attache à illustrer comment le concept de la réduction des risques peut s'appliquer plus largement, au-delà de la question de l'usage de drogues. Pour ce faire, elle se penche sur divers exemples de questions de santé publique associées à des risques qui, souvent, n'ont pas nécessairement pour origine un comportement ou une substance à proprement parler mais découlent des cadres juridiques connexes. Les exemples exposés dans le rapport ne prétendent pas à l'exhaustivité pour ce qui est de l'applicabilité potentielle du concept de réduction des risques. La Rapporteuse spéciale entend continuer d'étudier d'autres applications à l'avenir.

9. Pour l'élaboration du présent rapport, la Rapporteuse spéciale a lancé un appel à contributions invitant les parties prenantes à faire part de leur expérience et de leurs connaissances des lois, politiques et pratiques pertinentes, en mettant particulièrement l'accent sur les personnes et les communautés qui sont depuis longtemps victimes d'une discrimination et qui sont, de ce fait, plus vulnérables⁸. La Rapporteuse spéciale remercie toutes les parties prenantes qui ont contribué à ce rapport.

⁶ Jonathan Mann *et al.*, « Health and human rights », *Health and Human Rights Journal*, vol. 1, n° 1 (1994).

⁷ Voir A/65/255 ; et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), « Statement by the UN expert on the right to health on the protection of people who use drugs during the COVID-19 pandemic », 16 avril 2020.

⁸ Voir <http://www.ohchr.org/fr/calls-for-input/2024/harm-reduction-sustainable-peace-and-development>.

III. Cadre juridique

A. Cadre des droits humains⁹

10. Les facteurs sociaux, politiques et commerciaux qui déterminent les cadres sanitaires, en tenant compte des considérations relatives à l'égalité réelle, peuvent éclairer le contenu normatif des déterminants de la santé. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 constitue un cadre clair qui définit le lien entre les différents objectifs permettant la réalisation du droit à la santé sans que personne soit laissé de côté.

11. Le droit à la santé est lié à un certain nombre d'autres droits, tels que le droit à l'information, qui est une composante du droit à la santé¹⁰ mais aussi un droit autonome¹¹. Le droit à l'information suppose la mise en place de programmes de prévention et d'éducation permettant de lutter contre les problèmes de santé liés au comportement¹². De nombreuses maladies étant le résultat de facteurs de risque évitables, il est essentiel que les individus disposent d'informations claires, accessibles et utiles pour comprendre pleinement les risques sanitaires et prendre des décisions éclairées¹³. Les informations relatives à la santé sont tout aussi importantes dans le contexte de la santé sexuelle et procréative¹⁴.

12. La Rapporteuse spéciale se félicite de la résolution sur les droits de l'homme dans le contexte du VIH et du sida adoptée par le Conseil des droits de l'homme à sa cinquante-sixième session, dans laquelle le Conseil « exhorte les États [...] à revoir ou abroger les cadres juridiques et stratégiques restrictifs, punitifs ou discriminatoires qui nuisent à la mise en œuvre réussie, efficace et équitable des programmes et services de prévention du VIH, de diagnostic, de traitement, de soins et d'accompagnement, ainsi qu'à l'accès à ces programmes et services pour toutes les personnes qui vivent ou sont présumées vivre avec le VIH, qui risquent d'être infectées ou qui sont touchées par le virus, y compris les populations clés »¹⁵.

13. Si l'accessibilité de l'information englobe le droit de rechercher, de recevoir et de communiquer des informations et des idées concernant les questions de santé, l'exercice de ce droit ne doit pas porter atteinte à la confidentialité des données de santé à caractère personnel¹⁶. Le droit à la vie privée, en tant que composante du droit à la santé¹⁷ et en tant que droit autonome d'un individu à être protégé de toute immixtion arbitraire ou illégale dans sa vie privée¹⁸, est particulièrement pertinent dans les cas où les responsables de l'application des lois ont accès aux dossiers médicaux¹⁹.

⁹ A/HRC/56/52, par. 15 à 25.

¹⁰ E/C.12/2000/4, par. 12 b).

¹¹ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 19.2.

¹² E/C.12/2000/4, par. 16.

¹³ Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, arts. 10 à 12 et 14 par. 2 c) ; A/71/282, par. 76 ; et HCDH, « Statement by the UN Special Rapporteur on the right to health on the adoption of front-of-package warning labelling to tackle NCDs », 27 juillet 2020.

¹⁴ E/C.12/2000/4, par. 11.

¹⁵ Voir la résolution 56/20 du Conseil des droits de l'homme.

¹⁶ E/C.12/2000/4, par. 12 b).

¹⁷ Ibid., par. 3.

¹⁸ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 17.

¹⁹ A/64/272, par. 20 ; et Open Society Institute, « The effects of drug user registration laws on people's rights and health: key findings from Russia, Georgia, and Ukraine », octobre 2009, p. 16 à 18.

14. Les dispositions punitives et les restrictions juridiques visant à régir le droit des personnes à disposer de leur propre corps, les droits à l'autonomie corporelle²⁰, y compris au moyen de réglementations sur les rapports consentis entre adultes de même sexe, l'interruption de grossesse et le travail du sexe, constituent une forme grave et injustifiée de contrôle exercée par l'État, source de stigmatisation et de discrimination, et une violation des droits humains²¹.

15. En outre, le refus de pratiquer un avortement peut entraîner de graves douleurs ou souffrances physiques et mentales pour les personnes enceintes²², qui dans certaines circonstances s'apparente à une forme de torture ou de traitement cruel, inhumain ou dégradant, qui est visée de manière autonome par le cadre juridique international²³. Le refus de fournir des services après un avortement, souvent en raison de la criminalisation ou de la stigmatisation, peut avoir des conséquences préjudiciables tout aussi durables pour les personnes enceintes²⁴.

16. Il est important de noter que le droit à la vie crée, pour les États, l'obligation générale de prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher la privation arbitraire de la vie, obligation qui s'applique aussi aux responsables de l'exécution des lois²⁵ et en milieu carcéral²⁶. Le respect et la garantie du droit à la vie s'appliquent également en cas de menaces raisonnablement prévisibles et dans les situations mettant la vie en danger²⁷. Les États sont en outre tenus de prendre des mesures positives pour protéger le droit à la vie, en particulier en ce qui concerne les personnes historiquement menacées ou marginalisées, dont les personnes LGBTQIA+²⁸.

17. Le droit de vivre dans la dignité exige des mesures permettant de lutter contre les conditions qui, dans la société, menacent la vie des individus ou les empêchent de vivre dans la dignité²⁹. Étroitement liée aux déterminants de la santé, la création de conditions propices à une vie digne suppose, entre autres, des mesures de lutte contre la dégradation de l'environnement, l'usage de substances et l'extrême pauvreté ainsi que la stigmatisation, la violence et d'autres pratiques préjudiciables³⁰. Le droit de vivre dans la dignité est aussi étroitement lié au droit à un environnement propre, sain et durable³¹, dont la réalisation s'appuie sur des éléments de fond tels qu'un air pur, un climat sûr, un accès à une eau sans risque sanitaire et à des services d'assainissement adéquats, des aliments sains et produits selon des méthodes durables, des environnements non toxiques, dans lesquels chacun peut vivre, et une biodiversité et des écosystèmes sains³².

18. En outre, le droit de bénéficier du progrès scientifique exige des États qu'ils alignent leurs politiques et leurs programmes sur les données scientifiques que l'on s'accorde à considérer comme les meilleures disponibles³³. C'est notamment le cas du droit et de la politique de la santé, y compris les mesures de réduction des risques dans le contexte de l'usage de drogues et des troubles liés à l'usage de substances³⁴,

²⁰ E/C.12/2000/4, par. 8.

²¹ A/HRC/32/44, par. 76 à 78 ; et A/HRC/WG.11/39/1, par. 19.

²² CCPR/C/85/D/1153/2003, par. 6.3.

²³ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, art. 7.

²⁴ A/66/254, par. 31 à 33.

²⁵ Comité des droits de l'homme, observation générale n° 36 (2018), par. 13.

²⁶ Ibid., par. 25.

²⁷ Ibid., par. 7.

²⁸ Ibid., par. 21 et 23.

²⁹ Ibid., par. 26.

³⁰ Ibid.

³¹ Voir la résolution 76/300 de l'Assemblée générale.

³² Voir A/HRC/43/53.

³³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 25 (2020), par. 52.

³⁴ A/HRC/56/52, par. 16.

ainsi que les autres mesures de prévention, de maîtrise et de traitement des maladies et de leurs facteurs de risque³⁵. Les États doivent « prendre des mesures pour éviter les risques liés à l'existence de conflits d'intérêts, en créant le cadre voulu afin que les conflits d'intérêts effectifs ou perçus, en particulier ceux qui mettent en cause des chercheurs scientifiques chargés de conseiller les responsables de l'élaboration des politiques et les autres responsables publics, soient dûment déclarés et réglementés »³⁶.

19. Le droit à la santé est lié au droit à l'égalité et à la non-discrimination, qui proscriit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer³⁷. En ce qui concerne la réduction des risques, les États doivent éliminer la discrimination de droit en veillant à ce que leurs lois et leurs politiques n'établissent pas de discrimination fondée sur des motifs proscrits, et éliminer la discrimination de fait en mettant en œuvre des mesures visant à lutter contre les conditions et les comportements qui créent ou perpétuent la discrimination³⁸. Il faut pour cela adopter des mesures visant à éliminer les systèmes d'oppression sous toutes leurs formes, en particulier lorsque le droit contribue à perpétuer cette oppression³⁹. Par exemple, les États doivent prendre des mesures positives qui s'adressent en priorité aux individus appartenant aux groupes les plus marginalisés, notamment en veillant à ce que les agents de santé qui participent aux programmes de réduction des risques soient formés pour répondre aux besoins spécifiques des travailleurs et travailleuses du sexe, des usagers de drogues, des personnes transgenres et intersexes, et d'autres groupes en situation de vulnérabilité⁴⁰.

B. Obligations incombant aux États de respecter, de protéger et de réaliser les droits humains

20. L'obligation de respect exige des États qu'ils s'abstiennent d'adopter et d'appliquer des lois, politiques et pratiques discriminatoires qui créent des disparités en matière de santé dans le contexte de la réduction des risques⁴¹.

21. Dans le cadre des activités des entreprises, l'obligation de protection de l'État crée une obligation d'empêcher effectivement les entreprises de porter atteinte aux droits humains, y compris par des mesures directes visant à préserver la santé publique⁴². De même, cette obligation impose aux États de veiller à ce qu'aucun tiers ne limite l'accès des personnes aux informations sanitaires et aux services de santé⁴³. Cet aspect revêt une importance particulière dans le contexte de la réduction des risques, où la désinformation peut facilement amener les individus à considérer certaines solutions de remplacement plus saines ou plus durables qu'elles ne le sont en réalité.

³⁵ HCDH, « Statement by the UN Special Rapporteur on the right to health on the adoption of front-of-package warning labelling to tackle NCDs », 27 juillet 2020.

³⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 25 (2020), par. 53 ; et [A/HRC/48/61](#), par. 77, où il est écrit que « [l]es conflits d'intérêts représentent une menace directe pour le droit à la science ».

³⁷ [E/C.12/2000/4](#), par. 18.

³⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009), par. 8 b).

³⁹ [A/HRC/56/52](#), par. 30.

⁴⁰ [E/C.12/2000/4](#), par. 37 ; et [A/HRC/56/52](#), par. 28.

⁴¹ [E/C.12/2000/4](#), par. 34.

⁴² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 24 (2017), par. 14 et 19.

⁴³ [E/C.12/2000/4](#), par. 35.

22. Parallèlement, toutes les entreprises sont tenues de respecter les droits humains⁴⁴, y compris le droit à la santé⁴⁵. Cette responsabilité exige que les entreprises évitent de porter atteinte aux droits humains et prennent des mesures face aux conséquences préjudiciables qui pourraient leur être imputées, et exercent une diligence raisonnable en matière de droits humains afin de recenser, de prévenir et d'atténuer les effets sur les droits humains dont elles pourraient être à l'origine ou qu'elles pourraient favoriser et de rendre des comptes à cet égard⁴⁶. De même, les entreprises devraient s'abstenir d'influencer ou d'entraver indûment les mesures de réduction des risques fondées sur des données factuelles qui promeuvent les droits.

23. Conformément à l'obligation de mise en œuvre, les États sont tenus d'accorder une « reconnaissance suffisante » au droit à la santé, de préférence par le biais de la législation nationale et en tenant compte de tous les déterminants de la santé⁴⁷. Les États doivent veiller à ce que les prestataires de santé soient formés à reconnaître les besoins spécifiques des groupes marginalisés et à y répondre par des services culturellement acceptables⁴⁸.

IV. Risques et égalité réelle

24. La discrimination se fonde sur plusieurs motifs⁴⁹. Les individus ne peuvent être traités différemment de manière injustifiée sur la base d'un motif proscrit, et les lois, politiques ou pratiques qui semblent neutres à première vue ne peuvent avoir un effet discriminatoire disproportionné sur les individus ou les groupes qui sont protégés par le cadre de lutte contre la discrimination⁵⁰. Il peut s'agir de motifs exprès, tels que la race et la couleur, le sexe et l'origine nationale ou sociale⁵¹, et d'autres motifs, comme le souligne le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son observation générale n° 20 (2009) sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, tels que la stigmatisation et la marginalisation subies par les individus dans des contextes particuliers, dont le handicap, l'état de santé, la situation économique et sociale, et l'orientation sexuelle ou l'identité de genre⁵².

25. Dans le contexte de la réduction des risques, la stigmatisation et la marginalisation visant certains comportements et/ou substances peuvent découler du cadre juridique connexe. Par exemple, un cadre juridique reposant excessivement sur le droit pénal a favorisé la stigmatisation et la marginalisation des individus dans le contexte du travail du sexe et de l'avortement et des relations entre personnes de même sexe, ainsi que dans les cas de transmission du VIH, d'exposition au virus et de non-divulgence de la séropositivité. Par ailleurs, un cadre juridique trop laxiste à l'égard des entreprises peut se traduire par un effet disproportionné des activités de ces acteurs sur certaines personnes qui sont ciblées par les pratiques commerciales et/ou y sont exposées.

26. Par exemple, dans la publicité numérique, les algorithmes conçus pour optimiser les messages en fonction du comportement individuel antérieur peuvent favoriser une

⁴⁴ Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme : mise en œuvre du cadre de référence « protéger, respecter et réparer » des Nations Unies (A/HRC/17/31, annexe).

⁴⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 24 (2017).

⁴⁶ Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme, principes 11 à 24.

⁴⁷ E/C.12/2000/4, par. 36.

⁴⁸ Ibid., par. 37.

⁴⁹ A/HRC/56/52, par. 30.

⁵⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009), par. 10.

⁵¹ Ibid., par. 18 à 24.

⁵² Ibid., par. 27.

surexposition des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de substances ou de troubles alimentaires aux stratégies commerciales qui mettent précisément en avant les produits qui déclenchent ces comportements. Dans ce cas, si l'exposition est disproportionnée, en principe, sur la base de l'état de santé⁵³, elle peut se cumuler avec d'autres facteurs, également susceptibles d'être des motifs de discrimination proscrits, comme la race, le sexe ou la situation socioéconomique⁵⁴, ce qui accroît les disparités en matière de santé.

A. Criminalisation des comportements individuels

27. La législation et la politique peuvent elles-mêmes devenir un vecteur de risque, en l'exacerbant ou en le créant. En particulier, la criminalisation touche souvent de manière disproportionnée les individus qui ont toujours été plus vulnérables, comme le montre le présent rapport : dans les cas de l'usage de drogues, de l'exposition au VIH, de la transmission du virus et de la non-divulgence de la séropositivité, de l'avortement, des relations entre personnes de même sexe et du travail du sexe.

1. Usage de drogues

28. La criminalisation est une option extrême qui représente un obstacle aux soins pour les usagers de drogues⁵⁵, en les empêchant d'accéder aux médicaments et aux services ou d'établir des relations thérapeutiques et de poursuivre un traitement lorsqu'il s'avère nécessaire, et nuit à leur santé car, outre la stigmatisation, ces personnes peuvent craindre les conséquences juridiques ou les jugements et le harcèlement⁵⁶.

29. Le recours aux sanctions pénales, y compris la peine de mort, nuit encore plus aux usagers de drogues et ne permet pas de réduire la consommation et le trafic de drogues⁵⁷. En 2023, 34 pays appliquaient la peine de mort pour des infractions liées à la drogue⁵⁸. Dans certains pays, les politiques punitives et répressives en matière de drogue ont également conduit à des exécutions extrajudiciaires⁵⁹.

30. Si les médicaments à base d'opioïdes figurent sur la Liste modèle OMS des médicaments essentiels, de nombreux pays ne garantissent pas l'accès thérapeutiques aux substances qui sont utilisées dans le traitement par agonistes opioïdes telles que la méthadone, dont l'efficacité a été prouvée dans les domaines de la réduction des risques⁶⁰ et du traitement de la dépendance aux opioïdes⁶¹.

31. Les lois et politiques punitives en matière de drogues ont eu un effet profondément préjudiciable sur les minorités, les femmes et les filles, les personnes

⁵³ La discrimination fondée sur l'état de santé est proscrite en application de l'article 2.2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui interdit la discrimination fondée sur « toute autre situation » ; et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009), par. 33.

⁵⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009), par. 18 à 24.

⁵⁵ Communication de la Suisse.

⁵⁶ A/HRC/56/52, par. 31 ; et A/HRC/14/20, par. 47.

⁵⁷ A/65/255, par. 14 et 16 ; et contribution d'Eleos Justice.

⁵⁸ Harm Reduction International, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2023* (Londres, 2024), p. 14 ; et contribution d'Eleos Justice.

⁵⁹ Contribution d'Eleos Justice.

⁶⁰ OMS, *Consolidated Guidelines on HIV, Viral Hepatitis and STI Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (Genève, 2022) ; et contribution de Global Commission on Drug Policy.

⁶¹ OMS, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (Genève, 2009) ; et contribution de Global Commission on Drug Policy.

LGBTQIA+, les travailleurs et travailleuses du sexe, les migrants et les personnes vivant avec le VIH/sida, entre autres groupes de population⁶².

2. Exposition au VIH, transmission du virus et non-divulgence de la séropositivité

32. Plus de 130 pays ont une approche criminalisante du VIH à un degré ou à un autre⁶³. Dans le droit pénal en la matière, on trouve notamment des lois interdisant spécifiquement la transmission du VIH (le statut sérologique étant le seul facteur qui transforme un acte légal, c'est-à-dire une relation sexuelle consentie, en un acte illégal), et l'application du droit pénal existant aux cas où il existe une transmission du VIH (la transmission constituant une circonstance aggravante dans une infraction telle que l'agression sexuelle)⁶⁴.

33. D'après de nombreuses données, la criminalisation spécifique au VIH constitue un obstacle à la prévention, au diagnostic et au traitement⁶⁵.

34. Dans les pays qui ont criminalisé la transmission mère-enfant du VIH, les femmes courent un risque accru de poursuites⁶⁶. Les migrants et les demandeurs d'asile ont été poursuivis de manière disproportionnée pour avoir transmis le VIH⁶⁷. La criminalisation spécifique au virus stigmatise également les personnes vivant avec le VIH en créant une présomption de criminalité fondée sur la seule base de leur état de santé et en les faisant apparaître comme une menace perpétuelle pour leurs communautés et leurs partenaires⁶⁸. Les personnes condamnées en application de ces lois sont parfois inscrites sur des registres de délinquants sexuels, ce qui les expose à une stigmatisation supplémentaire au-delà de la durée de leur incarcération⁶⁹.

3. Avortement

35. Les soins liés à l'avortement sont sûrs et efficaces et ne sont pas dangereux en eux-mêmes⁷⁰. Toutefois, à ce jour, 134 pays incriminaient les femmes qui souhaitaient avoir recours à l'avortement, 181 les prestataires qui le pratiquaient et 159 les personnes qui apportaient une aide en la matière⁷¹. La criminalisation dans le contexte de l'avortement consiste en l'application du droit pénal à toute personne qui cherche à avorter, a recours à l'avortement, le pratique, fournit une aide en la matière, communique des données factuelles sur l'avortement, ou sait qu'une personne y a eu recours⁷². La menace de poursuites ou d'emprisonnement peut avoir un effet dissuasif sur la prestation des soins de santé, y compris les soins après un avortement⁷³. La criminalisation de l'avortement se traduit par un manque de médicaments essentiels approuvés pour l'avortement, notamment la mifépristone et le misoprostol, une pénurie de fournitures, des obstacles à la formation des professionnels de la santé à

⁶² [A/HRC/56/52](#), par. 37.

⁶³ Edwin J Bernard, Alison Symington et Sylvie Beaumont, « Punishing vulnerability through HIV criminalization », *American Journal of Public Health*, vol. 112, n° S4 (juin 2022).

⁶⁴ [A/HRC/14/20](#), par. 52.

⁶⁵ Zita Lazzarini *et al.*, « Criminalization of HIV transmission and exposure: research and policy agenda », *American Journal of Public Health*, vol. 103, n° 8 (août 2013).

⁶⁶ [A/HRC/14/20](#), par. 66.

⁶⁷ Amnesty International, *Body Politics: A Primer on Criminalization of Sexuality and Reproduction* (Londres, 2018), p. 48.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Ibid., p. 136.

⁷⁰ OMS, *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement* (Genève, 2022).

⁷¹ Sanhita Ambast, Hazal Atay et Antonella Lavelanet, « A global review of penalties for abortion-related offences in 182 countries », *BMJ Global Health*, vol. 8, n° 3 (2023).

⁷² [A/66/254](#), par. 21 à 36.

⁷³ Voir CCPR/C/11/D/2425/2014.

l'avortement⁷⁴ et la réticence de certains professionnels de la santé à fournir ce type de soins⁷⁵.

36. Chez les femmes et les enfants appartenant à des minorités raciales, ethniques et nationales, par exemple, l'incidence des grossesses non désirées et les taux d'avortement sont plus élevés, en particulier chez les femmes noires⁷⁶, et ces groupes sont également plus souvent poursuivis à cet égard⁷⁷.

4. Travail du sexe⁷⁸

37. En mars 2023, plus de 150 pays criminalisaient certains aspects du travail du sexe⁷⁹. Les cadres juridiques connexes partent du principe que le recours au droit pénal permettra d'éliminer ou de faire reculer cette industrie. Toutefois, d'après les études, la criminalisation du travail du sexe échoue à cette tâche⁸⁰ et nuit à la santé des travailleurs et travailleuses du sexe⁸¹. Elle contribue à les exclure un peu plus de l'accès aux services de santé essentiels⁸². De même, la criminalisation les prive des protections fondamentales du travail, notamment en matière de santé et de sécurité au travail, qui sont accordées aux travailleurs d'autres secteurs⁸³. En outre, elle accroît les risques pour la santé de ces personnes, car la crainte d'être arrêtées incite celles-ci à accepter des rapports précipités, des pratiques sexuelles plus risquées ou des rencontres dans des lieux isolés où elles maîtrisent moins la situation⁸⁴.

38. La criminalisation augmente les taux de harcèlement, de violence et de criminalité à l'encontre des travailleurs et travailleuses du sexe, ces personnes étant moins susceptibles de signaler ces faits aux autorités par crainte d'être elles-mêmes arrêtées⁸⁵. De même, les approches punitives peuvent perpétuer la stigmatisation, entravant ainsi l'accès aux soins de santé, y compris le dépistage régulier et les soins médicaux, une prévention adéquate, ainsi que l'accès aux autres services de santé et informations voulus⁸⁶.

39. Le travail du sexe est un secteur employant en grande majorité des femmes qui est régi par les hiérarchies patriarcales, raciales et de classe préexistantes⁸⁷. Dans une étude récente sur les travailleurs et travailleuses du sexe, les chercheurs ont constaté que 74 % des personnes participantes vivaient en dessous du seuil de pauvreté, 70 % avaient connu des problèmes de logement et près de 60 % avaient un faible niveau d'éducation formelle, ce qui limitait leurs possibilités d'emploi⁸⁸. Les travailleurs et travailleuses du sexe sont souvent indirectement incriminés en application de lois criminalisant d'autres comportements associés aux communautés marginalisées et

⁷⁴ A/66/254, par. 21 à 36.

⁷⁵ OMS, *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement*, p. 15.

⁷⁶ CERD/C/USA/CO/6, par. 33.

⁷⁷ Colombie, Code pénal, loi n° 599 du 24 juillet 2000, *Diario Oficial*, n° 44 097 (24 juillet 2004), par. 363.

⁷⁸ OHCHR, « A guide on the human rights of sex workers », 14 mars 2024.

⁷⁹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), « Journée internationale des femmes : lancement de nouveaux principes juridiques pour promouvoir les mesures de dépenalisation », 8 mars 2023.

⁸⁰ Sean Bland et Benjamin Brooks, *Improving laws and policies to protect sex workers and promote health and well-being*, rapport sur la criminalisation du travail du sexe dans le district de Columbia (2020).

⁸¹ A/HRC/14/20, par. 34.

⁸² HCDH, « A guide on the human rights of sex workers ».

⁸³ A/HRC/14/20, par. 27.

⁸⁴ Ibid., par. 36 à 37.

⁸⁵ OMS, *Consolidated Guidelines on HIV, Viral Hepatitis and STI Prevention*.

⁸⁶ Bland et Brooks, *Improving Laws and Policies to Protect Sex Workers*.

⁸⁷ A/HRC/WG.11/39/1, par. 3.

⁸⁸ Bland et Brooks, *Improving Laws and Policies to Protect Sex Workers*, p. 13.

défavorisées, comme l'usage et la possession de drogues, les relations entre personnes de même sexe ou certaines orientations sexuelles ou identités de genre, ou encore la condition de sans-abri⁸⁹.

5. Relations entre personnes de même sexe

40. Si les droits humains des personnes LGBTQ+ sont de plus en plus reconnus, environ 77 pays ont encore des lois discriminatoires qui criminalisent les relations privées et consenties entre personnes de même sexe⁹⁰. Nombre de ces lois ont été appliquées pour la première fois sous les régimes coloniaux britannique, espagnol et français, et perdurent dans l'héritage post-colonial au travers de lois « anti-sodomie »⁹¹.

41. Cette criminalisation expose la communauté LGBTQ+ à des risques d'arrestation et de privation de liberté, et favorise la violence motivée par la haine, la torture et les mauvais traitements, dans divers contextes, notamment ceux qui sont essentiels à la santé et aux déterminants sociaux de la santé, tels que les hôpitaux et les cliniques, les écoles et les lieux de travail⁹². La peur de se trouver dans des espaces non sécurisés peut, en soi, provoquer une grave souffrance morale et conduire les personnes LGBTQ+ à renoncer aux soins de santé ou à d'autres services. En outre, les taux de dépistage du VIH sont bien plus élevés dans les pays où les politiques anti-LGBTQ+ sont les moins sévères⁹³.

6. Risques découlant des activités des entreprises et récupération du discours sur la réduction des risques

42. Les asymétries de pouvoir surviennent en grande partie lorsque les mesures réglementaires adoptées par les pouvoirs publics sont insuffisantes ou inefficaces. C'est le cas dans les activités relatives à la fabrication et à la commercialisation de produits intrinsèquement nocifs, dont le tabac, l'alcool et, dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition, ceux qui contiennent des quantités excessives de sucre, de sel ou de graisses, que l'on trouve souvent dans les produits ultratransformés⁹⁴. Il en va de même des produits qui peuvent être nocifs lorsqu'ils sont mal utilisés, y compris les médicaments délivrés sur ordonnance⁹⁵. Dans certains cas, il a été prouvé que ces produits ciblaient des groupes spécifiques protégés par le droit international⁹⁶.

43. En outre, les entreprises usent de leur pouvoir en récupérant le discours sur la réduction des risques ou en cherchant à se présenter comme un élément de la solution aux problèmes qu'elles ont en grande partie créés⁹⁷, y compris en adoptant de prétendues mesures de réduction des risques⁹⁸.

⁸⁹ A/HRC/WG.11/39/1, par. 12.

⁹⁰ Voir www.un.org/fr/fight-racism/vulnerable-groups/lgbtqi-plus.

⁹¹ International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, « The impact of colonial legacies in the lives of LGBTI+ and other ancestral sexual and gender diverse persons », 26 mai 2023.

⁹² Voir www.un.org/fr/fight-racism/vulnerable-groups/lgbtqi-plus.

⁹³ HIV Policy Lab et al., *Progress and the Peril: HIV and the Global De/criminalization of Same-Sex Sex* (2023).

⁹⁴ OMS, « Maladies non transmissibles », 16 septembre 2023 ; et A/77/197, par. 30.

⁹⁵ OMS, « Surdose d'opioïdes », 29 août 2023.

⁹⁶ A/77/197, par. 45 et 46.

⁹⁷ A/78/185, par. 58.

⁹⁸ OMS, *Reducing the Harm from Alcohol by Regulating Cross-Border Alcohol Marketing, Advertising and Promotion: A Technical Report* (Genève, 2022), p. 24.

7. Tabac

44. Le tabagisme est l'un des principaux facteurs de risque de plusieurs maladies non transmissibles, dont les maladies cardiovasculaires et respiratoires et plus de 20 types de cancer, entre autres⁹⁹. Si le monde a beaucoup progressé dans l'adoption de mesures efficaces pour lutter contre la crise du tabac depuis l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2003, le tabagisme continue d'être répandu, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, qui abritent plus de 80 % des consommateurs de tabac dans le monde¹⁰⁰.

45. Le scepticisme à l'égard des initiatives de l'industrie du tabac en matière de réduction des risques tient à son long historique bien documenté de duplicité, de dissimulation et de minimisation des risques sanitaires liés à ses produits, alors qu'elle commercialise des solutions de substitution présentées de manière trompeuse comme des moyens favorisant la réduction des risques ou l'arrêt du tabac¹⁰¹, comme il a été établi dans le cadre de procédures judiciaires¹⁰².

46. Le tabagisme contribue à exacerber les cycles de pauvreté : il augmente les coûts liés à la santé et entraîne une invalidité prématurée qui sape la productivité économique, contribuant ainsi à accentuer les difficultés économiques¹⁰³.

47. L'industrie du tabac a historiquement ciblé les populations noires en leur proposant des produits plus addictifs, de sorte qu'il est plus difficile de s'en sevrer¹⁰⁴. Des décennies après l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et après que des éléments de preuve scientifiques attestant les risques du tabagisme pour la santé ont été rendus publics, cette même industrie prétend réparer les préjudices en diffusant de nouveaux produits dont les risques pour la santé sont incertains et qui sont commercialisés à grande échelle, y compris à d'autres personnes que celles qui sont déjà dépendantes au tabac classique¹⁰⁵.

8. Alcool

48. Si la consommation d'alcool est acceptée depuis des siècles dans de nombreuses cultures¹⁰⁶, elle est associée à une série de risques pour la santé, notamment des troubles liés à la consommation d'alcool, des traumatismes, des maladies du foie, des maladies cardiovasculaires et certains cancers¹⁰⁷. À l'origine de plus de 3 millions de décès par an¹⁰⁸, l'alcool peut être dangereux et causer des préjudices à ceux qui n'en consomment pas, notamment les membres de la famille et des tiers qui peuvent être victimes de traumatismes, de violences ou d'autres effets néfastes liés à l'alcool¹⁰⁹.

⁹⁹ Voir www.who.int/fr/health-topics/tobacco#tab=tab_1.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ OMS, « Tabac », 31 juillet 2023.

¹⁰² Un tribunal des États-Unis d'Amérique a estimé que ce système était trompeur et visait à poursuivre les objectifs économiques du tabac, à savoir « faire en sorte que les fumeurs continuent de fumer ; empêcher les fumeurs d'arrêter de fumer ; encourager les individus, en particulier les jeunes, à commencer à fumer ; et maintenir ou accroître les profits des entreprises ». Voir United States District Court, District of Columbia, *United States v. Philip Morris USA, Inc.*, 449 F. Supp. 2d 1 (D.D.C. 2006) ; et Edward L. Sweda Jr, Mark Gottlieb et Christopher N. Banthin, « Light cigarette lawsuits in the United States: 2007 », Tobacco Control Legal Consortium, novembre 2007.

¹⁰³ Voir www.who.int/fr/health-topics/tobacco#tab=tab_2.

¹⁰⁴ Centres for Disease Control and Prevention, « Menthol tobacco products », 15 mai 2024.

¹⁰⁵ OMS, « Tabac », 31 juillet 2023.

¹⁰⁶ OMS, « Alcool », 28 juin 2024.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Voir www.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases.

¹⁰⁹ OMS, « Alcool ».

49. En outre, des produits à teneur nulle ou faible en alcool¹¹⁰ sont parfois destinés aux enfants, ce qui crée des risques et une vulnérabilité en raison des effets néfastes de l'alcool.

9. Produits ultratransformés¹¹¹

50. Les mauvaises habitudes alimentaires sont à l'origine de 11 millions de décès évitables par an dans le monde¹¹² et constituent un facteur de risque majeur pour les maladies non transmissibles évitables, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et d'autres pathologies¹¹³. Les produits ultratransformés présentent également des risques importants pour la santé en raison de leur faible valeur nutritionnelle et de leur caractère très savoureux, et font l'objet d'une publicité et d'une commercialisation intensives¹¹⁴.

51. Ces produits malsains sont souvent la seule véritable solution alimentaire à laquelle les groupes marginalisés ont économiquement ou physiquement accès¹¹⁵, contraints par une évolution qui reproduit les structures de pouvoir coloniales et touche les communautés et les individus les plus défavorisés.

52. Face à l'obligation d'apposer un étiquetage d'avertissement sur le devant des emballages, l'industrie des aliments et des boissons revoit la composition de ses produits, de sorte non seulement à échapper à cette obligation, mais aussi à pouvoir mettre en avant les bienfaits nutritionnels ou sanitaires qu'est censé procurer l'ajout de micronutriments¹¹⁶.

10. Médicaments délivrés sur ordonnance

53. Les sociétés pharmaceutiques jouent un rôle majeur dans la recherche-développement de médicaments qui sauvent et améliorent la vie¹¹⁷. Toutefois, en l'absence de contrôle, il a été démontré qu'elles s'attachaient à maximiser leurs profits à tout prix, souvent au détriment de la santé des individus ou de la santé publique¹¹⁸.

54. Le nombre de décès liés aux opioïdes a considérablement augmenté ces dernières années : aujourd'hui, ces substances représentent environ 80 % des décès imputables à l'usage de drogues dans le monde¹¹⁹. Cette progression s'explique au moins en partie par le comportement imprudent et parfois illégal des sociétés pharmaceutiques. Ces dernières ont en effet délibérément inondé le marché d'opioïdes sur ordonnance à grand renfort de publicité trompeuse, sans avertir des risques sanitaires connexes. Cette situation a donné lieu à des procès au pénal et au

¹¹⁰ OMS, *Reducing the Harm from Alcohol*.

¹¹¹ A/78/185, par. 24 à 31, 38 et 58.

¹¹² NCD Alliance, « Bad diets responsible for 11 million premature deaths globally per year », 8 avril 2019.

¹¹³ Voir www.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases.

¹¹⁴ Organisation panaméricaine de la Santé, *Ultra-Processed Food and Drink Products in Latin America: Trends, Impact on Obesity Policy Implications* (Washington, D.C., 2015), p. 6.

¹¹⁵ A/78/185, par. 21 et 28.

¹¹⁶ Contribution de Global Health Advocacy Incubator.

¹¹⁷ OMS, Bureau régional de l'Europe, *Commercial Determinants of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region* (Copenhague, 2024).

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ OMS, « Surdose d'opioïdes ».

civil¹²⁰. Conjuguées à des mesures de réglementation et de contrôle insuffisantes, ces pratiques ont fait naître une crise de santé publique qui perdure à ce jour¹²¹.

11. Risques pour l'environnement et écoblanchiment

55. Les nouveaux produits du tabac constituent une menace pour l'environnement, car la production de batteries et de composants électroniques est source de déchets qui sont difficiles à éliminer ou à recycler¹²². Dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition, l'impact environnemental des produits ultratransformés, qui ont des empreintes carbone et eau élevées¹²³ et sont sources de grandes quantités de déchets¹²⁴, est bien documenté.

56. La combustion de combustibles fossiles, qui contribue largement aux changements climatiques¹²⁵, est nocive pour la santé car la pollution de l'air est un facteur de risque associé à de nombreuses maladies, notamment les accidents vasculaires cérébraux, les maladies cardiaques, le cancer du poumon et les maladies respiratoires chroniques et aiguës¹²⁶. De même, les déchets plastiques sont de plus en plus préoccupants en raison des effets incertains des sous-produits plastiques, en particulier des nanoparticules et des microplastiques, sur la santé humaine¹²⁷.

57. Les pratiques d'écoblanchiment induisent le public en erreur en l'amenant à penser que les entreprises se mobilisent davantage pour protéger l'environnement qu'elles ne le font réellement : elles mettent en avant de fausses solutions à la crise environnementale, et parallèlement, encouragent des modes de consommation non durables et freinent les progrès vers de véritables solutions¹²⁸, ce qui est préjudiciable.

58. Compte tenu de la nature des risques pour l'environnement et de l'écoblanchiment, la réglementation fondée sur des données factuelles est devenue un outil permettant de prévenir les risques découlant de la production et de la commercialisation de ces produits, ainsi que de la récupération du discours sur la réduction des risques.

V. Gouvernance

59. La réduction des risques est une question multisectorielle à plusieurs niveaux, qui exige la contribution de nombreux secteurs¹²⁹. La gouvernance désigne les processus, structures et institutions qui sont en place pour contrôler et administrer les systèmes. Elle s'intéresse aux relations entre l'État, les entités du secteur privé, les

¹²⁰ États-Unis, Département de la justice, « Justice Department announces global resolution of criminal and civil investigations with opioid manufacturer Purdue Pharma and civil settlement with members of the Sackler family », communiqué de presse, 21 octobre 2020.

¹²¹ Andrew Kolodny, « How FDA failures contributed to the opioid crisis », *AMA Journal of Ethics*, vol. 22, n° 8 (août 2020).

¹²² Exposé Tobacco et OMS, « Talking trash: behind the tobacco industry's 'green' public relations », mai 2022 ; et contribution de Corporate Accountability.

¹²³ Paraskevi Seferidi *et al.*, « The neglected environmental impacts of ultra-processed foods », *The Lancet: Planetary Health*, vol. 4, n° 10 (octobre 2020) ; et Josefa Maria Felleger Garzillo *et al.*, « Ultra-processed food intake and diet carbon and water footprints: a national study in Brazil », *Revista de Saúde Pública*, vol. 56 (2022).

¹²⁴ Seferidi *et al.*, « The neglected environmental impacts ».

¹²⁵ OMS, « Changement climatique », 12 octobre 2023.

¹²⁶ OMS, « Pollution de l'air ambiant (extérieur) », 19 décembre 2022.

¹²⁷ OMS, *Dietary and Inhalation Exposure to Nano- and Microplastic Particles and Potential Implications for Human Health* (Genève, 2022).

¹²⁸ Voir www.un.org/fr/climatechange/science/climate-issues/greenwashing.

¹²⁹ Nicola Singleton et Jennifer Rubin, « What is good governance in the context of drug policy? », *International Journal of Drug Policy*, vol. 25, n° 5 (septembre 2014).

organisations de la société civile, les communautés et les individus¹³⁰, ainsi qu'à l'élaboration, au contrôle et à l'application des règles formelles et informelles dans ces systèmes¹³¹.

60. Si l'on se place sous l'angle des droits humains et que l'on comprend les intersections des risques, la réduction des risques devrait être guidée par les principes de bonne gouvernance, à savoir la participation, la transparence et l'application du principe de responsabilité¹³².

A. Participation effective

61. La participation effective des personnes les plus touchées par des risques particuliers et les mesures de réduction connexes est essentielle pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de réduction des risques¹³³. Les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes vivant avec le VIH, les usagers de drogues et les autres groupes marginalisés connaissent parfaitement les besoins et les cultures de leurs communautés, ainsi que les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services et à la santé¹³⁴.

62. La criminalisation entrave la participation, ce qui accentue encore la stigmatisation, la marginalisation et la discrimination que subissent les communautés les plus touchées¹³⁵. Elle devient littéralement une barrière physique à la participation si les personnes sont incarcérées et/ou exclues parce qu'elles ont un casier judiciaire¹³⁶.

63. En tant que principaux porteurs de devoirs dans la réalisation du droit à la santé et des droits connexes, les États sont tenus de mettre en place des structures et des mécanismes visant à faciliter la participation effective des personnes touchées par les politiques¹³⁷.

B. Transparence et application du principe de responsabilité

64. L'application du principe de responsabilité signifie que toute personne ou tout groupe dont les droits en matière de santé et les droits connexes ont été violés doit avoir accès à des recours judiciaires effectifs ou à d'autres recours appropriés et droit à une réparation¹³⁸. Pour cela, il faut notamment prendre des mesures visant à prévenir

¹³⁰ Lawrence O. Gostin *et al.*, « The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development », *The Lancet*, vol. 393, n° 10183 (mai 2019).

¹³¹ Seye Abimbola *et al.*, « Institutional analysis of health system governance », *Health and Policy Planning*, vol. 32, n° 9 (novembre 2017).

¹³² Voir la résolution 7/11 ; et [E/CN.4/2006/48](#) du Conseil des droits de l'homme, par. 25.

¹³³ Voir <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction> ; ONUSIDA, *Ending Overly Broad Criminalization of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission: Critical Scientific, Medical and Legal Considerations* (Genève, 2013) ; et Shira M. Goldenberg *et al.*, éd., *Sex Work, Health and Human Rights: Global Inequalities, Challenges, and Opportunities* (Cham, Suisse, Springer, 2021).

¹³⁴ Ann Fordham, « The meaningful participation of 'stakeholders' in global drug policy debates: a policy comment », *Drug Policies and Development*, vol. 12 (2020), par. 21 ; et OMS *et al.*, *Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions* (Genève, OMS, 2013).

¹³⁵ Fordham, « The meaningful participation of 'stakeholders' », par. 21.

¹³⁶ *Ibid.*, par. 20 à 23.

¹³⁷ [E/C.12/2000/4](#), par. 54 ; et [A/65/255](#), par. 70.

¹³⁸ [E/C.12/2000/4](#), par. 59.

les violations des droits, par la réglementation, le contrôle et d'éventuelles sanctions¹³⁹.

65. Les approches des programmes de santé et de réduction des risques fondées sur les droits exigent la mise en place de mécanismes de responsabilité clairs régissant les décisions, l'examen, les plaintes et les réparations¹⁴⁰. Garantir l'accès à l'information sur les politiques de santé et de réduction des risques permet une plus grande application du principe de responsabilité. La transparence « empêche l'adoption de décisions arbitraires de la part des États et prévient les violations du droit à la santé »¹⁴¹.

66. Certaines industries se sont servies des processus de consultation des parties prenantes pour bloquer, affaiblir et contester les politiques, directement ou par l'intermédiaire de groupes de façade, et ont également utilisé des éléments de preuve trompeurs financés par l'industrie¹⁴². Dans ce contexte, il est difficile pour les législateurs d'adopter des politiques de santé publique et de protection de l'environnement fondées sur des données factuelles qui échappent à l'influence directe des industries.

67. Pour mener un dialogue légitime avec l'industrie, il n'est pas nécessaire que les entreprises occupent une place aussi importante à la table des décisions, mais plutôt que les conflits d'intérêts soient anticipés et réglés en amont dans le cadre de la politique de santé¹⁴³.

VI. Réduction des risques : législation, politiques et programmes pour une paix et un développement durables

68. Dans son rapport au Conseil des droits de l'homme sur la consommation de drogues, la réduction des risques et le droit à la santé, la Rapporteuse spéciale a précisé qu'il existait un éventail d'outils réglementaires¹⁴⁴. À une extrémité du spectre de la réglementation, les États proscrirent certains comportements et imposent des sanctions en cas de non-respect, notamment des sanctions pénales¹⁴⁵. À l'autre extrémité, les États adoptent une approche libérale en se mettant en retrait et en laissant les différents acteurs de la société s'autoréguler, notamment dans le cadre d'initiatives volontaires menées par les entreprises¹⁴⁶, qui sont souvent adoptées pour éviter une intervention des pouvoirs publics¹⁴⁷.

¹³⁹ Ibid., par. 56.

¹⁴⁰ Sofia Gruskin, Dina Bogecho et Laura Ferguson, « 'Rights-based approaches' to health policies and programmes: articulations, ambiguities, and assessment », *Journal of Public Health Policy*, vol. 31 (2010).

¹⁴¹ [A/HRC/26/31](#), par. 52.

¹⁴² Anna B. Gilmore *et al.*, « Defining and conceptualizing the commercial determinants of health », *The Lancet*, vol. 401, n° 10383 (avril 2023).

¹⁴³ Anna B. Gilmore *et al.*, « Public health, corporations and the New Responsibility Deal: promoting partnerships with vectors of disease? », *Journal of Public Health*, vol. 33, n° 1 (2011).

¹⁴⁴ [A/HRC/56/52](#), par. 56.

¹⁴⁵ Darren Sinclair, « Self-regulation versus command and control? Beyond false dichotomies », *Law and Policy*, vol. 19, n° 4 (octobre 1997).

¹⁴⁶ [A/HRC/56/52](#), par. 56.

¹⁴⁷ Alexandra Finch, « Sweet and sour: a responsive strategy to strengthen sugar-sweetened beverage regulation in Australia », *Journal of Law and Medicine*, vol. 29, n° 1 (mars 2022).

A. Dépénalisation

69. Dans le contexte de la santé et des droits humains, la criminalisation présente de multiples facettes. Dans certains cas, le droit international des droits humains impose le recours au droit pénal (par exemple, la torture, les disparitions forcées)¹⁴⁸, tandis que dans d'autres, il le proscriit (par exemple, les relations entre personnes de même sexe, l'interdiction générale de l'avortement)¹⁴⁹ ou met en garde contre un recours excessif à ce droit (par exemple, l'usage de drogues)¹⁵⁰. Dans les mécanismes de protection des droits humains, il est précisé que le recours au droit pénal, en particulier lorsqu'il vise des personnes qui cherchent à accéder aux services de santé, peut avoir des conséquences préjudiciables en termes de santé publique¹⁵¹.

70. Le recours au droit pénal peut lui-même faire naître des risques, soit parce qu'il exacerbe les risques, soit parce qu'il crée un préjudice. La dépénalisation apparaît alors comme la démarche évidente pour la réduction des risques et une option réglementaire pour l'atténuation des risques et la promotion de la santé.

1. Usage de drogues

71. L'OMS¹⁵², la Commission mondiale sur le VIH et le droit¹⁵³ et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) recommandent la dépénalisation totale de l'usage et de la possession de drogues destinées à la consommation personnelle afin de lutter efficacement contre le VIH¹⁵⁴. La fourniture de soins favorisant la réduction des risques et l'accès à ces soins sont essentiels pour que le sida cesse d'être une menace pour la santé publique d'ici à 2030¹⁵⁵. Toutefois, en 2019, moins de 1 % des personnes qui s'injectent des drogues vivaient dans des pays qui avaient déclaré fournir le niveau recommandé de traitement par agonistes opioïdes et de services de distribution d'aiguilles et de seringues.

72. Les États sont tenus de respecter le droit à la santé en s'abstenant de refuser ou de limiter l'égalité d'accès de tous aux services de santé curatifs et palliatifs, y compris dans les situations de crise, de conflit et d'urgence humanitaire¹⁵⁶. Cette obligation consiste notamment à fournir aux personnes privées de liberté les soins médicaux voulus et à leur assurer l'égalité d'accès aux services de santé préventifs, curatifs et palliatifs¹⁵⁷.

¹⁴⁸ Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, art. 4 ; et Mattia Pinto, « Awakening the leviathan through human rights law: how human rights bodies trigger the application of criminal law », *Utrecht Journal of International and European Law*, vol. 34, n° 2 (2018), p. 161.

¹⁴⁹ [A/72/172](#), par. 32 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016) ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, observation générale n° 35 (2017), par. 29 c) à i).

¹⁵⁰ [A/HRC/14/20](#), par. 47.

¹⁵¹ Voir [A/HRC/14/20](#) ; [A/66/254](#) ; et HCDH, « Statement by the UN expert on the right to health on the protection of people who use drugs during the COVID-19 pandemic ».

¹⁵² OMS, *Consolidated Guidelines on HIV, Viral Hepatitis and STI Prevention*.

¹⁵³ Secrétariat de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Global Commission on the HIV and the Law: Risks, Rights and Health – Supplement* (New York, PNUD, 2018).

¹⁵⁴ Contribution d'ONUSIDA.

¹⁵⁵ Ibid. ; et ONUSIDA, « Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030 », juin 2021.

¹⁵⁶ [E/C.12/2000/4](#), par. 34 ; et [A/HRC/56/52](#), par. 34.

¹⁵⁷ [A/HRC/56/52](#), par. 34 ; Comité des droits de l'homme, observation générale n° 36 (2018), par. 25 ; et Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela), règle 24 (voir résolution [70/175](#) de l'Assemblée générale, annexe).

2. Transmission du VIH, exposition au virus et non-divulgence de la séropositivité

73. Les lois pénales spécifiques au VIH, qui criminalisent l'exposition au VIH, la transmission du virus et la non-divulgence de la séropositivité, portent atteinte au droit à la santé et aux droits connexes, notamment le droit à la vie privée et le droit à l'égalité et à la non-discrimination¹⁵⁸. En particulier en l'absence de transmission concrète, les risques liés à la non-divulgence de la séropositivité et à l'exposition au virus ne justifient pas la criminalisation¹⁵⁹.

3. Avortement

74. Les États doivent garantir l'accès à des informations, des biens et des services abordables, acceptables et de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment l'avortement et les soins après un avortement, sans discrimination. Le cadre des droits humains est favorable à l'élimination de toutes les lois et politiques qui criminalisent ou punissent l'avortement. Les États doivent éliminer les obstacles formels et réels pour garantir l'accès à l'avortement dans la pratique. Ces obstacles sont notamment politiques, programmatiques et pratiques¹⁶⁰.

4. Travail du sexe

75. Les États ont l'obligation de respecter, de protéger et de faire respecter les droits des travailleurs et travailleuses du sexe. Faisant écho aux recommandations d'un précédent Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible¹⁶¹, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels¹⁶², le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes¹⁶³ et de nombreux États¹⁶⁴ ont exhorté les États à supprimer toutes les lois, politiques et pratiques qui criminalisent le travail du sexe¹⁶⁵. La dépénalisation du travail du sexe réduirait les niveaux de discrimination, de harcèlement, de violence et de traumatismes que subissent actuellement les travailleurs et travailleuses du sexe, tout en leur permettant de demander justice pour la violation de leurs droits devant les instances juridiques, sans craindre les sanctions, la violence et davantage de stigmatisation¹⁶⁶.

76. Diverses lois et politiques peuvent contribuer à atténuer les risques et à promouvoir la santé, par exemple, la réduction des activités de police ; l'adoption de mesures visant à prévenir et à combattre la violence contre les travailleurs et travailleuses du sexe, y compris des mécanismes de signalement confidentiel et de réparation ; et la mise en place de mesures favorisant l'accès à une éducation sexuelle complète, à la contraception, aux services de lutte contre les infections sexuellement

¹⁵⁸ A/HRC/14/20, par. 56.

¹⁵⁹ ONUSIDA, *Ending Overly Broad Criminalization of HIV*.

¹⁶⁰ Comité des droits de l'homme, observation générale n° 36 (2018), par. 8 ; et CCPR/CO/70/ARG, par. 14.

¹⁶¹ A/HRC/14/20, par. 46 à 50 ; et communication écrite de la Rapporteuse spéciale concernant la Cour européenne des droits de l'homme, *Affaire M.A. et autres c. France*, Requêtes n°s 63664/19, 63664/16, 64450/19, 24387/20, 24391/20 et 24393/20, 30 septembre 2021, disponible à l'adresse suivante : www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/sr/Fax-AC-MA-et-autres-c-France.pdf.

¹⁶² E/C.12/ZAF/CO/1, par. 32 et 33 ; et E/C.12/RUS/CO/6, par. 53.

¹⁶³ CEDAW/C/FJI/CO/4 ; CEDAW/C/TGO/CO/6-7, par. 25 ; et CEDAW/C/KAZ/CO/5, par. 27 e).

¹⁶⁴ A/HRC/46/12 ; A/HRC/33/16 ; et A/HRC/19/8.

¹⁶⁵ A/70/811, par. 53 et 75 f).

¹⁶⁶ A/HRC/50/28, par. 71 ; et International Commission of Jurists, « The 8 March principles for a human rights-based approach to criminal law proscribing conduct associated with sex, reproduction, drug use, HIV, homelessness and poverty » (Genève, mars 2023), principe 15.

transmissibles, dont la prévention, le dépistage et le traitement, ainsi qu'un accès plus large aux services de santé¹⁶⁷.

5. Relations entre personnes de même sexe

77. L'orientation sexuelle fait partie des motifs de discrimination proscrits¹⁶⁸. « La criminalisation des relations homosexuelles librement consenties crée un climat qui n'est pas propice à la pleine réalisation du droit des personnes concernées à la santé »¹⁶⁹. Dans ce cas, la réduction des risques reposant sur une approche fondée sur les droits humains exige donc la dépénalisation des relations entre personnes de même sexe¹⁷⁰.

78. La dépénalisation des relations entre personnes de même sexe est essentielle pour la santé et les droits humains. Il est toutefois important de mettre en avant certaines mesures qui peuvent être adoptées ou mises en œuvre pour réduire les risques que la criminalisation fait peser sur la santé, alors que la lutte pour la dépénalisation se poursuit. Il s'agit notamment de mesures visant à réduire la discrimination policière à l'égard des personnes LGBTQ+ et de mesures visant à prévenir la violence, y compris la violence sexuelle, contre ces personnes, notamment en milieu carcéral¹⁷¹. En outre, les politiques peuvent interdire la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle dans divers contextes liés aux déterminants sociaux de la santé, tels que le logement, l'emploi, l'éducation et les soins de santé¹⁷².

B. Réglementation des entreprises

79. La réduction des risques pour une paix et un développement durables exige une réglementation élaborée de manière cohérente par les États, plus ou moins restrictive en fonction des éléments de preuve scientifiques, qui tienne compte des asymétries de pouvoir, ainsi que des effets différenciés que peuvent avoir les risques et leur réduction¹⁷³.

80. Alors que les acteurs commerciaux préfèrent depuis longtemps l'autorégulation et la corégulation à la réglementation directe par les pouvoirs publics¹⁷⁴, il a été démontré que ce type de mesures favorise des lacunes et des incohérences juridiques¹⁷⁵, qui diminuent leur transparence et leur efficacité, et qu'il ne prévoit pas de mécanismes permettant de faire en sorte que l'industrie ait à rendre des comptes de façon satisfaisante¹⁷⁶.

¹⁶⁷ Shree Schwartz, Nikita Viswasam et Phelister Abdalla, « Integrated interventions to address sex workers' needs and realities: academic and community insights on incorporating structural, behavioural, and biomedical approaches », in *Sex Work, Health, and Human Rights*, Goldenberg *et al.*, eds.

¹⁶⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 20 (2009), par. 32.
¹⁶⁹ [A/HRC/14/20](#), par. 24.

¹⁷⁰ *Ibid.*, par. 26.

¹⁷¹ Expert indépendant chargé de la question de la protection contre la violence et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, « The impact of colonialism in violence and discrimination based on SOGI (sexual orientation and gender identity) », octobre 2023.

¹⁷² *Living Free and Equal: What States are Doing to Tackle Violence and Discrimination against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex People* (Publication des Nations Unies, 2016).

¹⁷³ [A/HRC/56/52](#), par. 56.

¹⁷⁴ Gilmore *et al.*, « Defining and conceptualizing ».

¹⁷⁵ [A/69/286](#), par. 20, 21 et 101.

¹⁷⁶ [CRC/C/CHE/CO/5-6](#), par. 16.

81. Le « marketing de substitution »¹⁷⁷ est souvent un moyen de contourner les interdictions ou les restrictions applicables à la publicité qui sont prévues par la loi¹⁷⁸. Souvent conjuguées au parrainage ou à d'autres programmes de responsabilité sociale des entreprises¹⁷⁹, qui mettent en avant des avantages douteux pour la santé pour renforcer la réputation de la marque¹⁸⁰, ces tactiques doivent cesser.

82. Dans le plan d'action (2022-2030) pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique, l'OMS propose des mesures pour la prévention et le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool¹⁸¹. En 2023, pour la première fois, l'OMS a inscrit deux médicaments pour le traitement de ces troubles sur sa Liste modèle des médicaments essentiels¹⁸². Le plan d'action souligne en outre la nécessité de réduire les risques que l'alcool fait peser sur les personnes souffrant de troubles liés à sa consommation, ainsi que pour leur famille, leurs amis et leur communauté¹⁸³.

83. Conformément à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac¹⁸⁴, les États sont tenus d'utiliser les recettes provenant des taxes sur le tabac pour mettre en place des programmes robustes de sevrage tabagique¹⁸⁵.

84. Pour réduire les risques associés aux maladies non transmissibles liées à l'alimentation, les États peuvent notamment prendre des mesures pour protéger la biodiversité et l'exercice du droit à la terre, obliger l'industrie alimentaire à fournir des informations précises et faciles à lire en affichant un étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages ; et élaborer des politiques d'achat favorisant les aliments sains. Les politiques fiscales, telles que les stratégies d'imposition et de subvention, peuvent servir à modifier la répartition des coûts relatifs des aliments, pour favoriser l'équité et la prise de décision¹⁸⁶.

85. De même, les États doivent agir dans le domaine des substituts du lait maternel, qui font l'objet d'une promotion croisée indirecte par la publicité de laits pour jeunes enfants qui utilisent des palettes de couleur, des configurations, des noms, des slogans ou des mascottes similaires dans le but de contourner les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Ces pratiques sont source de confusion et peuvent présenter des risques pour la santé des nourrissons¹⁸⁷.

86. Les enfants, en particulier ceux qui ont un statut socioéconomique inférieur dans les pays à revenu élevé, sont vulnérables à la publicité faite pour les aliments et

¹⁷⁷ OMS, *Reducing the Harm from Alcohol*, p. xv (Glossary). L'emploi de ce terme pour désigner ces pratiques fait débat dans la littérature, d'autres appellations comme « marketing alibi » et « marketing de marque » ayant cours pour désigner des tactiques qui sont similaires, mais pas identiques. Voir Nathan Critchlow, John Holmes et Niamh Fitzgerald, « Alibi marketing? Surrogate marketing? Brand sharing? What is the correct terminology to discuss marketing for alcohol-free and low-alcohol products which share branding with regular strength alcohol products? », *Addiction* (2024).

¹⁷⁸ OMS, *A Public Health Perspective on Zero-and Low-Alcohol Beverages*, Snapshot Series on Alcohol Control Policies and Practice, Brief n° 10 (Genève, 2023).

¹⁷⁹ OMS, *Reducing the Harm from Alcohol*, p. 23.

¹⁸⁰ Contribution de Global Health Advocacy Incubator.

¹⁸¹ OMS, *Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030* (Genève, 2024).

¹⁸² OMS, « Landmark public health decision by WHO on essential medicines for alcohol use disorders », 8 août 2023.

¹⁸³ OMS, *Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030*.

¹⁸⁴ Voir www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/quitting/offer-help-to-quit-tobacco-use.

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ A/78/185, par. 78 et 80.

¹⁸⁷ OMS et UNICEF, « Note d'information de l'OMS et de l'UNICEF : Promotion croisée des préparations pour nourrissons et des laits pour jeunes enfants », 2019.

boissons malsains. Les États sont tenus de réduire l'exposition des enfants à la publicité pour les aliments et les boissons¹⁸⁸.

VII. Réduction des risques dans les situations humanitaires et d'urgence

87. Les situations humanitaires et d'urgence, y compris le conflit, les pandémies, les catastrophes naturelles et autres crises, constituent des menaces et des risques distincts pour la santé. L'expérience de chaque individu face aux crises dépend fortement de facteurs croisés, tels que l'âge ; le sexe ou le genre ; le statut de migrant ou de personne déplacée ; la race, l'ethnie ou l'origine nationale ; l'orientation sexuelle ; le handicap ; et le statut social et économique. Lors d'une crise, les ressources devenant plus limitées et contrôlées par ceux qui détiennent le pouvoir, les risques pour la santé mentale et physique augmentent en même temps que la prévalence de la violence, tandis que l'accès à la santé, à l'éducation et aux services sociaux diminue. En outre, les crises servent souvent de prétexte au durcissement du maintien de l'ordre ou de l'incrimination de populations déjà vulnérables ou marginalisées, ce qui ne fait qu'aggraver, au lieu d'atténuer, les risques créés par la crise elle-même. Compte tenu des risques associés aux changements climatiques, aux avancées technologiques et aux situations humanitaires, l'intersection entre les crises et la réduction des risques est d'une importance cruciale.

88. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les usagers de drogues, ont souvent perdu l'accès aux services de réduction des risques qui n'étaient pas considérés comme « essentiels », ou se sont trouvés dans des situations comme les confinements et d'autres mesures restrictives qui les ont empêchés d'accéder à ces services¹⁸⁹. La perturbation des chaînes d'approvisionnement en médicaments, notamment en traitements antirétroviraux destinés aux personnes vivant avec le VIH/sida, en médicaments antituberculeux, en médicaments antiviraux et en interférons pour l'hépatite, et en naloxone, a provoqué des pénuries, et par conséquent des problèmes d'accès et une hausse des prix¹⁹⁰. En outre, le confinement et l'isolement ont exacerbé les situations de stress, de traumatisme et d'abus qui sont associées à la consommation de drogues et aux troubles liés à l'usage de substances¹⁹¹.

89. Parallèlement, certains gouvernements et prestataires de services, en particulier les services gérés par des pairs, ont fait preuve d'une détermination et d'une agilité incroyables. Par exemple, 47 des 84 pays qui fournissent des traitements de substitution aux opioïdes ont élargi l'approvisionnement à domicile en 2020, et 23 pays ont assuré la livraison à domicile ou l'administration par l'intermédiaire de pharmacies ou de programmes de sensibilisation, afin de garantir la continuité d'accès¹⁹². La Suisse a poursuivi sa politique de réduction des risques en autorisant la distribution à domicile de diacétylmorphine pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes, après un assouplissement des règles lors de la pandémie de COVID-19, car cette approche s'est avérée efficace¹⁹³.

¹⁸⁸ A/HRC/26/31, par. 22 ; et A/78/185, par. 78.

¹⁸⁹ Laura Grau-López *et al.*, « COVID-19 lockdown and consumption patterns among substance use disorder outpatients: a multicentre study », *European Addiction Research*, vol. 28, n° 4 (juin 2022).

¹⁹⁰ Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2022*, 8^e éd. (Londres, 2022).

¹⁹¹ Grau-López *et al.*, « COVID-19 lockdown and consumption patterns ».

¹⁹² Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2020* (Londres, 2020) ; et contribution d'ONUSIDA.

¹⁹³ Contribution de la Suisse.

90. La réalisation des droits sexuels et reproductifs est un défi pendant les crises et les situations d'urgence, en particulier lorsque la criminalisation ou la stigmatisation est préexistante. Pendant la pandémie de COVID-19, certains pays ont restreint l'accès aux soins liés à l'avortement, notamment en décidant que l'avortement ne faisait pas partie des soins « essentiels » afin de retarder ou d'interrompre les interventions, en exigeant la fermeture des cliniques qui le pratiquaient ou en interdisant l'utilisation de la télémedecine pour l'avortement¹⁹⁴. À l'inverse, pendant la pandémie, les restrictions à l'avortement ont été assouplies dans au moins 11 pays, qui ont notamment relevé les limites de gestation, supprimé les périodes d'attente et autorisé le recours à la télémedecine pour l'avortement.

91. Les crises et les situations humanitaires entraînent des risques accrus de mortalité et de morbidité maternelles ; de mariage d'enfants, de mariage précoce et de mariage forcé ; de violence sexuelle et fondée sur le genre ; et de traite des personnes. Il est important de noter que les obligations relatives aux droits humains qui incombent aux États concernant le respect, la protection et la mise en œuvre les droits en matière de santé sexuelle et procréative s'appliquent aussi aux situations de conflit et d'urgence¹⁹⁵, dont, par exemple, l'obligation de garantir l'accès aux services pour les survivantes de la violence fondée sur le genre ; de donner la priorité à l'accès à l'avortement sécurisé¹⁹⁶ et de prendre des mesures supplémentaires pour garantir aux réfugiés, aux apatrides, aux demandeurs d'asile et aux migrants sans papiers, compte tenu de leur statut juridique vulnérable, l'accès à des informations, à des produits et à des services de santé abordables et de qualité en matière de sexualité et de reproduction¹⁹⁷.

92. Le droit humanitaire et le droit des droits humains permettent aux travailleurs et travailleuses du sexe de bénéficier d'une aide humanitaire sans discrimination. Pourtant, trop souvent, la criminalisation, la stigmatisation et les politiques qui assimilent le travail du sexe consenti à la traite, à l'exploitation et à la violence ne font que renforcer les stéréotypes et les discours préjudiciables qui entravent l'accès des personnes visées aux produits et aux services de santé. Le conflit et les situations d'urgence, conjugués à l'exclusion systémique des travailleurs et travailleuses du sexe, renforcent donc la nécessité de dépénaliser et de déstigmatiser leur activité ainsi que de soutenir les organisations qui les représentent, afin de lutter contre la traite, l'exploitation et la violence¹⁹⁸.

93. Les changements climatiques sont la plus grande menace sanitaire pour l'humanité¹⁹⁹. Avec la pollution et la perte de biodiversité, les changements climatiques constituent une menace existentielle pour la santé de la planète et de toutes les formes de vie sur Terre, souvent appelée « triple crise planétaire »²⁰⁰. Si certains effets des changements climatiques sont déjà tangibles, des conséquences plus profondes et potentiellement dévastatrices sont prévisibles si une action coordonnée n'est pas menée d'urgence à l'échelle mondiale. Si les perturbations climatiques peuvent être liées à des phénomènes météorologiques extrêmes, par exemple des

¹⁹⁴ Isabella Ong *et al.*, « The global impact of COVID-19 on abortion care », *Heliyon*, vol. 9, n° 5 (mai 2023).

¹⁹⁵ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 30 (2013).

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ Voir [E/C.12/CZE/CO/2](#) ; [E/C.12/SVK/CO/3](#) ; et [CEDAW/C/LTU/CO/4](#).

¹⁹⁸ Global Network of Sex Work Projects, « Les travailleurSEs du sexe dans les zones de conflit et lors des crises humanitaires », mars 2024.

¹⁹⁹ OMS, *COP26 Special Report on Climate Change and Health: The Health Argument for Climate Action* (Genève, 2021), p. 2.

²⁰⁰ Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques United Nations Framework Convention on Climate Change, « What is the triple planetary crisis? », blog, 13 avril 2022.

sécheresses ou des inondations extrêmes entraînant des déplacements de population ou la malnutrition²⁰¹, les changements climatiques sont également à l'origine de phénomènes à évolution lente, tels que la désertification, la hausse des températures, la perte de biodiversité, la dégradation des sols et des forêts, le recul des glaciers et ses effets connexes, l'acidification des océans, l'élévation du niveau de la mer et la salinisation²⁰². Les changements climatiques auront des effets sur la santé physique et mentale, et favoriseront une hausse de la morbidité et de la mortalité en raison de l'augmentation du nombre de maladies transmissibles et non transmissibles²⁰³ dans des communautés et des régions déjà défavorisées, exacerbant ainsi les inégalités et la marginalisation préexistantes²⁰⁴. Dans ce contexte, les mesures d'atténuation et d'adaptation qui donnent la priorité aux personnes les plus exposées en adoptant une approche intersectionnelle et décoloniale sont fondamentales pour instaurer une égalité réelle.

VIII. Réduction des risques et couverture sanitaire universelle

94. La cible 3.8 de l'objectif de développement durable invite les États membres à faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable²⁰⁵. Les modèles de couverture sanitaire universelle doivent garantir que toutes les personnes et communautés ont accès aux services de santé dont elles ont besoin, que les soins sont d'une qualité suffisante pour être efficaces et que le recours aux services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières²⁰⁶. Conformément au principe de ne laisser personne de côté, les services de réduction des risques dans le cadre des modèles de couverture sanitaire universelle sont un moyen essentiel de faire en sorte que de nombreux groupes qui sont poussés aux marges de la société ne soient pas laissés pour compte.

95. Les programmes et services complets de réduction des risques dans le cadre des modèles de couverture sanitaire universelle sont mis en œuvre dans des structures de soins primaires où les personnes reçoivent d'autres services de santé. Pour les usagers de drogues, ces services englobent des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, le traitement par agonistes opioïdes, les salles de consommation de drogues et les centres d'injection supervisés, la vérification des drogues ainsi que la prévention des surdoses et l'inversion de leurs effets²⁰⁷. Actuellement, seuls 23 pays, qui représentent moins d'un tiers de la population mondiale, proposent des services complets de sevrage tabagique qui sont entièrement ou partiellement couverts par les services de santé publique²⁰⁸.

96. La criminalisation peut constituer un obstacle à la couverture sanitaire universelle. Lorsque cette couverture est basée sur l'emploi ou fournie par le secteur

²⁰¹ Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability – Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (Cambridge, Cambridge University Press, 2022), p. 1074 et 1076.

²⁰² Voir <https://unfccc.int/process/bodies/constituted-bodies/WIMExCom/SOEs>.

²⁰³ Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, *Climate Change 2022*, p. 1048.

²⁰⁴ OMS, « Changement climatique » ; et Céline Guivarch, Nicolas Taconet et Aurélie Méjean, « Linking climate and inequality », *International Monetary Fund: Finance and Development Magazine*, septembre 2021.

²⁰⁵ Voir www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/universal-health-coverage.

²⁰⁶ Ibid.

²⁰⁷ Voir A/HRC/56/52.

²⁰⁸ Voir www.who.int/activities/quitting-tobacco.

privé, un certain nombre de problèmes se posent pour les communautés marginalisées telles que les travailleurs et travailleuses du sexe, qui sont tenus à l'écart de l'économie formelle²⁰⁹. Lorsque l'adhésion à une couverture santé ou la prestation de services exige la fourniture de renseignements tels qu'une adresse permanente, des informations personnelles et d'autres données, les préoccupations relatives à la confidentialité peuvent conduire un individu à renoncer aux soins par crainte des répercussions²¹⁰.

97. La Rapporteuse spéciale est favorable aux modèles de couverture sanitaire universelle qui vont au-delà des programmes et services de santé pour englober les déterminants sociaux de la santé, tels que le logement, l'emploi et l'éducation, des besoins fondamentaux auxquels les individus devraient avoir un accès de qualité sans se retrouver en difficulté financière. Les contextes juridiques et politiques qui favorisent l'existence d'un casier judiciaire constituent un obstacle à l'accès aux déterminants sociaux de la santé et s'opposent à une couverture complète.

98. Le monde n'est toujours pas en bonne voie d'atteindre la couverture sanitaire universelle prévue dans la cible 3.8 d'ici à 2030²¹¹. L'absence de financement national spécifique et la réticence des pouvoirs publics à consacrer des fonds à des groupes incriminés et stigmatisés laissent un grand vide dans le financement des services de réduction des risques, qui n'est souvent comblé que par l'aide internationale²¹². Les États doivent redoubler d'efforts pour fixer les objectifs de dépenses voulus pour financer les services de santé, y compris la réduction des risques²¹³.

IX. Bonnes pratiques

99. En Estonie, un meilleur accès aux services de réduction des risques a permis de diminuer de 97 % le nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues entre 2007 et 2016²¹⁴.

100. La diffusion d'informations scientifiques sur les substances psychoactives et leurs effets secondaires (y compris les risques et les suites potentielles) sont des mesures efficaces de réduction des risques, à l'instar de la campagne « Just Say Know » menée en Suisse. Le pays organise une formation annuelle à l'intention des professionnels sur le terrain, dispensés à des professionnels médicaux et non médicaux, qui présente le risque de maladies transmissibles associé à l'usage de drogues, notamment dans les prisons, ce qui constitue une mesure efficace de réduction des risques²¹⁵.

101. Il a été démontré que la dépénalisation du travail du sexe a un impact positif sur la santé des travailleurs et travailleuses du sexe, entre autres²¹⁶. La Nouvelle-Zélande a dépénalisé cette activité en 2003, dans le but exprès de protéger les droits humains des travailleurs et travailleuses du sexe. Avant ce changement, ces personnes étaient souvent réticentes à communiquer leur profession aux professionnels de la santé ou à

²⁰⁹ Réseau international de personnes qui font usage de drogues (INPUD), « What does universal health coverage mean for people who use drugs: a technical brief », 2019.

²¹⁰ Ibid.

²¹¹ OMS, « Couverture sanitaire universelle (CSU) », 5 octobre 2023.

²¹² Contribution de Drug Free America Foundation.

²¹³ Ibid.

²¹⁴ Marty Lise *et al.*, « Revealing HIV epidemic dynamics and contrasting responses in two WHO Eastern European countries: insights from modeling and data triangulation », *AIDS*, vol. 35, n° 4 (mars 2015) ; et contribution d'ONUSIDA.

²¹⁵ Contribution de la Suisse.

²¹⁶ [A/HRC/14/20](#), par. 35.

porter des préservatifs²¹⁷. Elles sont également de plus en plus capables de refuser certaines pratiques et de négocier des rapports sexuels protégés²¹⁸.

102. En Australie, des programmes efficaces de réduction des risques, couplés à des services fournis par des organisations de pairs réunissant des usagers de drogues, ont favorisé la quasi-élimination de la transmission du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues et font partie de la stratégie nationale de lutte contre l'hépatite C du pays, qui prévoit aussi des services de proximité, notamment pour les populations éloignées et autochtones, ainsi que des modèles de soins intégrés. Les médicaments destinés au traitement de la dépendance aux opioïdes sont disponibles à un coût considérablement réduit dans le cadre du Pharmaceutical Benefits Scheme du pays, qui subventionne des médicaments très économiques. La convention nationale « Rethink Addiction » a été lancée, avec la participation de personnes ayant un vécu dans ce domaine, afin de réduire la stigmatisation associée à l'alcool, aux drogues, aux jeux d'argent et de hasard et à la dépendance²¹⁹.

103. Au Mali, dans les régions septentrionales du pays, les services de santé et le personnel soignant rencontrent des difficultés pour mener à bien leurs activités ordinaires. Pour remédier à cette situation, le gouvernement collabore avec des organisations humanitaires non gouvernementales afin d'assurer la continuité des services de santé²²⁰.

104. En 2022, en Argentine, un programme visant à mettre en place un accès intégré et complet aux soins de santé pour les usagers de drogues ou les personnes dépendantes aux drogues a été déployé. Le réseau entre les prestataires de soins de santé et de santé mentale, les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux a été renforcé afin de garantir l'accès aux soins, la qualité des soins et l'équité. Le programme vise à créer des espaces de consultation interjuridictionnels et multidisciplinaires afin de concevoir en collaboration des stratégies d'intégration des politiques en matière de drogues et de santé mentale, en mettant l'accent sur le système de soins. En outre, la loi sur la santé mentale n° 26 657 précise que l'addiction doit faire partie intégrante des politiques de santé mentale.

105. En Ukraine, le Ministère de la justice et les autorités pénitentiaires ont élaboré un programme de réadaptation, actuellement en phase pilote, visant à aider les détenus à acquérir des compétences qui leur permettront de maîtriser leur consommation de substances psychoactives, pendant leur séjour en prison et après leur libération²²¹. Au Kosovo²²², le traitement des usagers de drogues fait partie des prestations de soins de santé²²³. En Slovaquie, le Conseil de l'Europe a soutenu l'élaboration et l'adoption d'un nouvel outil d'évaluation des risques et des besoins qui prend en charge, entre autres, l'usage de drogues dans le cadre de l'évaluation globale en vue de la planification des peines individuelles²²⁴.

106. En El Salvador, les cliniques de prévention et de traitement de la toxicomanie du Fonds de solidarité pour la santé sont devenues des piliers fondamentaux de la

²¹⁷ Jan Jordan, *The Sex Industry in New Zealand: A Literature Review* (Wellington, Ministère de la justice de Nouvelle-Zélande, 2005), p. 65, cité dans [A/HRC/14/20](#), par. 35.

²¹⁸ Nouvelle-Zélande, Ministère de la justice, *Report of the Prostitution Law Reform Committee on the Operation of the Prostitution Reform Act of 2003* (Wellington, 2008), p. 46, 47 et 50, cité dans [A/HRC/14/20](#), par. 35.

²¹⁹ Contribution de l'Australie.

²²⁰ Contribution du Mali.

²²¹ Contribution du Conseil de l'Europe.

²²² Toute mention du Kosovo doit s'interpréter à la lumière de la résolution [1244 \(1999\)](#) du Conseil de sécurité.

²²³ Contribution du Conseil de l'Europe.

²²⁴ Ibid.

lutte contre la dépendance aux drogues. L'approche adoptée conjugue des consultations médicales, des soins psychiatriques et psychologiques spécialisés et des actions sociales et thérapeutiques, y compris des séances individuelles, de groupe, familiales et de couple, ainsi que des activités psychoéducatives visant à sensibiliser à l'addiction et à prévenir le développement d'une dépendance. En ce qui concerne la formation professionnelle, l'appui technique apporté par la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues dans le cadre du plan Colombo, pour le programme de traitement universel, à distance et en présentiel, a facilité la formation et le développement d'un personnel de santé multidisciplinaire. Ce processus vise à développer les capacités, les aptitudes, les valeurs et les compétences essentielles pour améliorer l'efficacité du travail du personnel, promouvoir son développement professionnel et intégrer des normes de qualité dans les services de santé proposés à la population du pays.

107. En Équateur, la Constitution reconnaît l'addiction comme un problème de santé publique, qui exige des programmes d'information, de prévention et de traitement sans criminalisation. La loi garantit que toute personne exposée à un risque d'usage de drogues, qui fait usage de drogues, consomme ou a consommé des drogues, a droit à la santé, par la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et l'inclusion sociale, afin d'améliorer sa qualité de vie, selon une approche biopsychosociale. En outre, conscient de l'influence de l'industrie alimentaire sur les décisions nutritionnelles des citoyens, le Ministère de la santé publique du pays a mis en place plusieurs mesures visant à créer un cadre fiable pour l'information et la protection des consommateurs, telles que des réglementations sur l'étiquetage des aliments, des recommandations nutritionnelles fondées sur le choix des aliments et l'adoption du système de classification des aliments NOVA²²⁵.

108. Au Qatar, le projet Malaz vise à créer un environnement local sûr et positif par le biais de diverses activités, notamment des campagnes de prévention et de sensibilisation sur les drogues et les troubles liés à la drogue, des ateliers et des conférences, des programmes de réadaptation, des travaux de recherche pertinents et la participation à des conférences locales et internationales afin d'accroître les connaissances et la sensibilisation²²⁶.

109. Aux États-Unis d'Amérique, les initiatives de réduction des risques ont été abordées pour la première fois dans la stratégie nationale de lutte contre la drogue en 2022. Cette stratégie met l'accent sur les mesures susceptibles de réduire les surdoses de drogues et d'augmenter le nombre de personnes qui suivent un traitement et se tournent vers le système de santé. La réduction des risques est également un pilier essentiel de la stratégie de prévention des surdoses du Ministère de la santé et des services sociaux, lancée en octobre 2021. En outre, le National Institute on Drug Abuse a mis sur pied un réseau de recherche sur la réduction des risques afin de produire et de diffuser des données sur les nouvelles approches, les nouveaux cadres et les nouvelles stratégies dans le domaine de la réduction des risques pour surmonter les obstacles. Il n'existe pas de couverture maladie universelle aux États-Unis, mais le pourcentage de personnes sans assurance maladie n'a jamais été aussi bas dans le pays. La plupart des programmes d'assurance publique, tels que Medicaid, et certains programmes d'assurance privée couvrent certains services de réduction des risques tels que la naloxone et d'autres médicaments permettant d'inverser les effets des surdoses d'opioïdes. Ces progrès dans la couverture des services de réduction des risques constituent un moyen essentiel de favoriser l'élargissement de l'accès aux interventions vitales dans le pays²²⁷.

²²⁵ Contribution de l'Équateur.

²²⁶ Contribution du Qatar.

²²⁷ Contribution des États-Unis.

110. En Azerbaïdjan, la mise en œuvre du programme de réduction des risques garantit l'accès des groupes de population à haut risque aux services médicaux. Le programme prévoit l'adaptation sociale et l'intégration dans la société des personnes qui s'injectent des drogues, la prévention du VIH/SIDA, de l'hépatite B et C, des infections sexuellement transmissibles et des infections transmises par contact cutané, ainsi que le traitement des comorbidités (comme la tuberculose, le diabète ou les troubles mentaux). Il contribue ainsi à diminuer les complications liées à l'usage de drogues injectables et à accroître l'efficacité des services médicaux fournis aux femmes qui consomment des drogues avant et après l'accouchement. Pendant le régime de quarantaine strict en vigueur lors de la pandémie de COVID-19, outre la thérapie médicale, une assistance psychologique individuelle et collective a été fournie à distance²²⁸.

111. Au Liban, par exemple, où la crise financière a entraîné une pénurie de traitements par agonistes opioïdes, les organisations chargées de la réduction des risques liés aux drogues ont coordonné le rationnement des stocks existants. Elles ont cherché des médicaments de substitution moins coûteux, obtenu des financements et des dons de la part de donateurs internationaux et travaillé avec des entités des Nations Unies, dont l'OMS, pour faciliter la réception et la remise des médicaments au Ministère de la santé publique. En outre, les organisations locales de la société civile ont mobilisé des ressources pour acheter de la naloxone et la fournir aux personnes les plus exposées et ont pris en charge les frais d'hospitalisation pour la désintoxication des personnes touchées par la diminution soudaine des traitements par agonistes opioïdes²²⁹.

112. Dans les pays d'Europe de l'Est, les organisations de la société civile ont appuyé plusieurs projets visant à améliorer l'accès des femmes à des soins complets, ainsi que des sessions de formation spécifiques à l'intention de la police, des professionnels de la réduction des risques et des travailleurs sociaux²³⁰.

113. En Colombie, la nouvelle politique en matière de drogues vise à modifier les discours sur les usagers de substances et, dans le cadre de ses mesures stratégiques, à favoriser la collaboration avec le personnel de santé pour éliminer la stigmatisation et la discrimination et promouvoir des soins fondés sur la santé publique et les droits humains. Dans différents territoires, les services suivants sont fournis : prévention et actions psychopédagogiques ; détection précoce, y compris dépistage des infections sexuellement transmissibles et des troubles liés à la santé mentale ; fourniture de matériel, y compris pour l'injection ; éducation à la prévention des risques sexuels, entre autres ; prévention et prise en charge des surdoses par la naloxone ; et activation de canaux différenciés pour les personnes ayant des besoins spécifiques, notamment les mères, les mineurs, les personnes âgées ou les populations présentant des comorbidités²³¹. Pour lutter contre la stigmatisation sous-jacente et promouvoir la transformation sociale et culturelle, le projet « Détoxifier les discours » mené par Elementa vise à mettre en lumière le rôle joué par les médias, les décideurs et les leaders d'opinion dans la reproduction du langage de la prohibition, qui favorise les violations des droits humains. Le projet a contribué à modifier les discours sur l'usage de drogues, à éclairer la politique nationale en la matière en Colombie et à sensibiliser au fait que le cadre prohibitif, en interagissant directement avec le système patriarcal, produit des effets différents sur les femmes²³².

²²⁸ Contribution de l'Azerbaïdjan.

²²⁹ Contribution de Skoun.

²³⁰ Soumission d'Eurasian Harm Reduction Association.

²³¹ Contribution de la Colombie.

²³² Contribution d'Elementa.

114. Les jeunes et les organisations de jeunes des pays du Sud élaborent des programmes de réduction des risques innovants qui sont adaptés à leurs besoins et à ceux de leurs communautés²³³. En Afrique du Sud, où les jeunes usagers de drogues connaissent de graves problèmes sanitaires et sociaux, notamment les risques liés au VIH, à l'hépatite C, aux infections, à la pauvreté, au logement instable, à la violence et au risque de surdose, South African Network of People Who Use Drugs a lancé en 2021 le premier programme de naloxone à emporter du pays. Lancée à titre pilote dans trois villes, cette initiative a cependant été abandonnée faute de financement et de soutien politique²³⁴.

X. Conclusions et recommandations

115. La Rapporteuse spéciale recommande aux États Membres et aux autres parties prenantes de prendre les mesures suivantes :

- a) Intégrer la réduction des risques dans les plans de couverture sanitaire universelle, en prévoyant des services complets qui soient accessibles, abordables, acceptables et de qualité. La couverture sanitaire universelle devrait faire en sorte que les médicaments essentiels soient accessibles et abordables, et devrait s'étendre au-delà des programmes de soins et des services de santé pour englober les déterminants sociaux de la santé ;**
- b) Examiner les asymétries de pouvoir entre les États et les acteurs non étatiques qui se sont ancrées dans le tissu social et dont l'élimination est essentielle pour parvenir à une paix et à un développement durables. À cet égard, la participation effective des titulaires de droits est essentielle ;**
- c) Adopter, mettre en œuvre et contrôler des réglementations efficaces et fondées sur des données factuelles afin de prévenir les risques sanitaires ou environnementaux découlant de la consommation de produits tels que le tabac, l'alcool et les produits contenant des quantités excessives de sucre, de sel ou de matières grasses, qui sont souvent des produits ultratransformés. Faire appliquer, par la réglementation, l'idée que toutes les entreprises doivent respecter les droits humains dans l'ensemble de leurs activités ;**
- d) Renforcer les réglementations existantes en matière de publicité, de promotion et de parrainage de produits nocifs, notamment en élaborant de nouvelles réglementations sur le « marketing de substitution » ;**
- e) Dépénaliser l'avortement et garantir l'accès à des soins de qualité ; dans tous les cas, éliminer les obstacles formels et réels ;**
- f) Abroger toutes les lois, politiques et pratiques qui criminalisent le travail du sexe et prendre des mesures pour garantir les droits des travailleurs et travailleuses du sexe, y compris le droit à la santé ;**
- g) Abroger les lois qui criminalisent l'exposition au VIH, la transmission du virus et la non-divulgaration de la séropositivité ;**
- h) Dépénaliser l'usage, la possession, l'achat et la culture de drogues destinées à la consommation personnelle²³⁵. Adopter des cadres réglementaires cohérents en matière de drogues, fondés sur des éléments de preuve scientifiques,**

²³³ Contribution d'Ágora et de la section mexicaine du réseau latino-américain et caribéen des usagers de drogues (LANPUD México).

²³⁴ Ibid.

²³⁵ Contribution d'ONUSIDA ; et [A/HRC/56/52](#), par. 85 f).

en tenant compte des asymétries de pouvoir, des disparités préexistantes et des effets de la loi et de la politique dans la pratique²³⁶ ;

i) Appliquer toutes les mesures prévues dans les politiques de réduction des risques liés à la drogue, y compris les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, le traitement de l'usage de drogues, le dépistage du VIH et le conseil en la matière, la thérapie antirétrovirale, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, les programmes de distribution de préservatifs, les mesures d'information, d'éducation, de prévention, de diagnostic, de traitement et de vaccination, et la prise en charge des surdoses d'opioïdes par la naloxone, y compris dans les situations de crise, d'urgence humanitaire et de conflit et en supprimant les obstacles financiers²³⁷ ;

j) Aborder la réduction des risques comme un continuum de soins qui aide les individus à passer de la dépendance active au traitement, au rétablissement durable et à l'intégration sociale²³⁸. Inclure des mesures de soins de proximité à l'intention de la population d'usagers qui permettent de reconstruire les tissus sociaux fracturés par l'intersectionnalité entre les systèmes d'oppression tels que le patriarcat, le capitalisme, le racisme et la prohibition²³⁹ ;

k) Mettre en œuvre pleinement la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, y compris les mesures et les meilleures pratiques décrites à l'article 14 et dans les lignes directrices pour son application²⁴⁰ ;

l) Veiller à ce que les services de réduction des risques soient largement appliqués et qu'ils soient non discriminatoires et fondés sur des données factuelles, et tiennent compte des traumatismes, du genre, de la culture et de l'âge²⁴¹, en mettant l'accent sur l'individu et en s'éloignant des solutions toutes faites qui sont inefficaces et reproduisent souvent les dynamiques de pouvoir préexistantes ;

m) Adopter des campagnes d'information robustes sur les véritables options de réduction des risques qui s'adressent spécifiquement aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychoactives. Adopter des campagnes d'éducation, de sensibilisation et d'information robustes pour proposer des données pertinentes, claires et faciles d'accès sur les risques liés à l'usage de substances psychoactives²⁴² ;

n) Garantir des ressources suffisantes et durables pour soutenir les programmes de réduction des risques fondés sur des données factuelles, en prévoyant un financement durable et inconditionnel et en évitant, dans la mesure du possible, les financements conditionnels ou internationaux moins durables²⁴³. Envisager de réaffecter les ressources qui sont actuellement consacrées à l'application de la loi et aux approches pénales, au profit des mesures de

²³⁶ A/HRC/56/52, par. 85 f).

²³⁷ OMS, *Consolidated Guidelines on HIV, Viral Hepatitis and STI Prevention* ; résolution 75/284 de l'Assemblée générale ; et contribution d'ONUSIDA.

²³⁸ Contribution de Drug Free America Foundation ; et d'Ágora et de la section mexicaine du réseau latino-américain et caribéen des usagers de drogues (LANPUD México).

²³⁹ Contribution d'Elementa.

²⁴⁰ « Directives pour l'application de l'article 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac », dans *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Directives pour l'application de l'article 5.3 ; de l'article 8 ; des articles 9 et 10 ; de l'article 11 ; de l'article 12 ; de l'article 13 ; de l'article 14* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013).

²⁴¹ Contribution de World Federation Against Drugs et de Drug Free America Foundation.

²⁴² Contribution de Corporate Accountability.

²⁴³ Contributions de Conectas Direitos Humanos ; et Centro de Convivência É de Lei.

prévention et de réduction des risques, ce qui, en plus de renforcer l'équité, peut réduire les risques et coûts liés à la santé²⁴⁴ ;

o) Former le personnel de santé à fournir des services de qualité, conformes à la couverture sanitaire universelle et à la réduction des risques, qui respectent et promeuvent l'autonomie et l'autodétermination ;

p) Assurer la collecte de données complètes et désagrégées en partenariat avec les communautés touchées²⁴⁵ ;

q) En œuvrant pour une paix et un développement durables, toutes les parties prenantes doivent intégrer les droits humains et la réduction des risques au moyen de législations, de politiques, de programmes et de pratiques fondés sur des données factuelles et non stigmatisants qui soient liés à la couverture sanitaire universelle.

²⁴⁴ Contribution de la Commission de l'Afrique orientale et australe sur les drogues (ESACD).

²⁴⁵ Contribution d'ONUSIDA.