الأمم المتحدة

A/65/255

الجمعية العامة

Distr.: General
6 August 2010
Arabic
Original: English

الدورة الخامسة والستون

البند ٦٩ (ب) من جدول الأعمال المؤقت*

تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها: مسائل حقوق الإنسان، بما في ذلك النهج البديلة لتحسين التمتع الفعلي بحقوق الإنسان والحريات الأساسية

حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية

مذكرة من الأمين العام

يتشرف الأمين العام بأن يحيل إلى أعضاء الجمعية العامة التقرير الذي أعده أناند غروفر، المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، وفقاً لقرار مجلس حقوق الإنسان ٦/٢٩.

* A/65/150.

070910 070910 10-47789 (A)

الرجاء إعادة الاستعمال

تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية

موجز

يركز النظام الدولي الحالي لمراقبة المخدرات على إنشاء عالم خال من المخدرات، من خلال وسائل تقتصر على استخدام سياسات إنفاذ القوانين والعقوبات الجنائية. إلا أن الأدلة المتزايدة توحي بأن هذا النهج قد باء بالفشل لأسباب أولها أنه لا يعترف بوقائع تعاطي المخدرات وإدمانها. وعلى الرغم من أن للمخدرات أثراً ضاراً على حياة الناس والمجتمع، فإن هذا النظام العقابي الشديد لم يحقق أهدافه المعلنة في مجال الصحة العامة، وأسفر عن انتهاكات لحقوق الإنسان لا حصر لها.

وقد يردع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن الحصول على الخدمات بسبب خطر الخضوع لعقاب جنائي، أو قد يُحرمون من الحصول على الرعاية الصحة كلياً. ويقوض كل من التجريم والممارسات المفرطة في إنفاذ القوانين أيضاً المبادرات الرامية إلى تعزيز الصحة، ويؤدي إلى استمرار وصمة العار، وزيادة الأخطار الصحية التي قد تتعرض لها مجتمعات بأكملها وليس فقط الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات. ويقوم بعض البلدان بزج الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات في السجن، وإخضاعهم لعلاج إلزامي، أو الاثنين معاً. ويحد النظام الدولي الحالي لمراقبة المخدرات أيضاً بلا داعٍ من إمكانية الوصول إلى الأدوية الأساسية، مما ينتهك التمتع بالحق في الصحة.

ووفقاً لديباجة الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١، فإن الهدف الرئيسي للنظام الدولي الحالي لمراقبة المخدرات هو ''صحة الإنسانية ورفاهها'' ولكن النهج الحالي لمراقبة تعاطي المخدرات وحيازتها يعمل ضد تحقيق هذا الهدف. ومن شأن توسيع نطاق تنفيذ التدخلات التي تحد من الأضرار المرتبطة بتعاطي المخدرات – كمبادرات الحد من الأضرار – وإلغاء تجريم بعض القوانين التي تنظم بمراقبة المخدرات أن يؤديا إلى تحسين صحة ورفاه الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات وعموم السكان بشكل واضح. وعلاوة على ذلك، ينبغي أن تعتمد كيانات الأمم المتحدة ودولها الأعضاء نهجاً قائماً على الحق في الصحة إزاء مراقبة المخدرات، وتشجع الاتساق والتواصل على نطاق المنظومة، وتدمج استخدام المؤشرات والمبادئ التوجيهية، وتبحث في وضع إطار قانوني جديد بشأن بعض المخدرات غير المشروعة، وذلك لكفالة احترام حقوق الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات وحمايتها وإعمالها.

المحتويات

الصفحة

أولاً – مقدمة ٤

ثانيا – الحق في الصحة والمراقبة الدولية للمخدرات ٥

ثالثا – أثر مكافحة المخدرات على إعمال الحق في الصحة ٩

ألف – الردع عن الحصول على الخدمات والعلاج ١٠

بـاء – التمييز والوصم ١١

جيم – ازدياد المخاطر لدى تعاطي المخدرات ١٢

دال – الأثر غير المتناسب على المجتمعات المحلية الضعيفة والمهمشة ١٤

رابعا – العلاج الإلزامي للارتهان وانتهاكات الحق في الصحة ١٥

خامسا – الحصول على الأدوية الخاضعة للمراقبة ١٨

سادسا – اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان لمكافحة المخدرات ٢٢

ألف – الحد من الأضرار والعلاج القائم على الأدلة ٢٢

بـاء – إزالة الصفة الجنائية وإلغاء العقوبات ٢٨

جيم – استخدام المؤشرات والمبادئ التوجيهية المتعلقة بحقوق الإنسان ٣١

دال – الأطر التنظيمية البديلة لمراقبة المخدرات ٣٣

سابعا – التوصيات ٣٤

أولاً – مقدمة

١ – طلب مجلس حقوق الإنسان في قراره ٢٩/٦ إلى المقرر الخاص أن يقدم تقريراً مؤقتاً إلى الجمعية العامة. وشجع المجلس أيضاً، في قراره ٢٤/١٢ المقرر الخاص على أن يدمج في إطار ولايته الحالية أبعاد حقوق الإنسان التي تنطوي عليها مسألة إتاحة الأدوية. وهذا التقرير مقدم استجابة لهذين الطلبين.

٢ – واضطلع المقرر الخاص منذ تقريره الأخير إلى الجمعية العامة (A/64/272) بعدد من الأنشطة لمواصلة تطوير ولايته والتوعية بشأن الحق في الصحة عالمياً. وشارك المقرر الخاص، إلى جانب الاضطلاع ببعثة قطرية إلى كل من أستراليا في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩ وغواتيمالا في أيار/مايو ٢٠١٠، في عدد من المشاورات والمؤتمرات عن الحق في الصحة، بما ذلك مشاورة للبرلمانيين عن صحة الأم في منطقة آسيا والمحيط الهادئ في بالي؛ ومشاورة للمجتمع المدني عن العمال المهاجرين والصحة تولت تنظيمها منظمة تنسيق الأبحاث المتعلقة بالإيدز والتنقل لآسيا، في كوالالمبور؛ ومنتدى المنظمات غير الحكومية للشركاء العالميين في العمل من أجل استعراض المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد مرور خمسة عشر عاماً، في برلين؛ والمؤتمر الدولي الثامن عشر لمكافحة الإيدز، الذي عقد في فيينا في تموز/يوليه ٢٠١٠.

٣ – وقدم المقرر الخاص أيضاً عروضاً رئيسية في جامعة نيويورك وجامعة كولومبيا؛ وفي اجتماع أصحاب المصلحة لمبادرة تنمية حقوق الإنسان في جوهانسبرغ؛ والمؤتمر الدولي المعني بإعمال حق الجميع في الصحة والتنمية في فييت نام؛ واجتماع القمة بشأن سرطان عنق الرحم في البرلمان الأوروبي ببروكسل؛ ومؤتمر السلطة القضائية والحق في الصحة في جامعة برنستون؛ وحفل عشاء لتوزيع الجوائز السنوية الدولية للصحة وحقوق الإنسان في نيويورك. وألقى المقرر الخاص أيضاً محاضرات خلال دورة تدريبية عن إمكانية التقاضي بشأن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في معهد حقوق الإنسان بجامعة آبو أكاديمي، في توركو/آبو بفنلندا.

٤ – وعقد المقرر الخاص مشاورة للمجتمع المدني في غواتيمالا في آذار/مارس ٢٠٠٩، شاركت فيها منظمات المجتمع المدني من كل أنحاء أمريكا الوسطى. وشكلت هذه المشاورة فرصة ممتازة للحصول على معلومات أثبتت أهميتها من أجل إنجاز البعثة القطرية في غواتيمالا في أيار/مايو ٢٠٠٩. وحضر المقرر الخاص أيضاً، بدعوة من منظمة إنقاذ الأطفال، مشاورة في أفغانستان ركزت بوجه خاص على صحة الطفل والأم.

٥ - وينظر التقرير الحالي للمقرر الخاص في تدابير تتخذ على صعيد الطلب فيما يتعلق بمراقبة المخدرات - أي تلك المتعلقة أساساً بتعاطي المخدرات وحيازتها - وآثارها المختلفة على التمتع بالحق في الصحة. ويناقش التقرير الحاجة إلى زيادة التركيز على حقوق الإنسان في إطار مراقبة المخدرات، عوضاً عن اتباع نهج عقابية بشكل مفرط تؤدي إلى أضرار صحية تتجاوز الأضرار التي تسعى لمنعها.

٦ - ويوصي المقرر الخاص بإدماج حقوق الإنسان في الاستجابة الدولية لمراقبة المخدرات، عن طريق استخدام المبادئ التوجيهية والمؤشرات ذات الصلة بتعاطي المخدرات وحيازتها، وبالنظر في إنشاء إطار تنظيمي بديل للمخدرات. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن تكفل الدول الأعضاء إتاحة تدابير الحد من الأضرار وخدمات العلاج من إدمان المخدرات للأشخاص الذين يتعاطونها، ولا سيما التركيز على السجناء منهم. وينبغي أن تقوم هذه الدول أيضاً بإصلاح القوانين المحلية لنزع الصفة الجنائية عن حيازة المخدرات وتعاطيها أو إلغاء العقوبات المفروضة عنهما؛ وزيادة فرص الحصول على الأدوية الأساسية الخاضعة للمراقبة.

ثانيا - الحق في الصحة والمراقبة الدولية للمخدرات

٧ - يسري تمتع جميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات - ويدمنونها - بالحق في الصحة بصرف النظر عن تعاطيهم للمخدرات. ومن المهم عدم الخلط بين تعاطي المخدرات وإدمانها: فإدمان المخدرات اضطراب مزمن وانتكاسي[(١)] يسبب خللاً في وظيفة المخ[(٢)] قد يستلزم علاجاً طبياً، ويستند في الحالات المثالية على نهج ''بيولوجي - نفسي - اجتماعي''[(٣)]. أما تعاطي المخدرات فليس حالة طبية ولا يعني بالضرورة إدمانها. والواقع أن معظم الناس الذين يتعاطون المخدرات لا يصلون إلى حالة الإدمان ولا يحتاجون إلى أي علاج.

٨ - ويتوخى الحق في الصحة، في جملة أمور، كفالة الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية الجيدة بدون تمييز، بما في ذلك على أساس العجز البدني أو العقلي،

(١) انظر الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ٢٠١٠، الملحق رقم ٨ (E/2010/28)، ص. ٦٧.

(٢) World Health Organization, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence* (Geneva, 2004), pp. 13 and 22.

(٣) United Nations Office on Drugs and Crime l WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Geneva, 2008), p.1.

أو الحالة الصحية[٤]. وتحظر الفقرة ٢ من المادة ٢ والمادة ٣ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أيضاً التمييز في تحقيق إعمال جميع الحقوق المنصوص عليها بموجب هذا العهد. وبناء على ذلك، لا يمكن أن يشكل تعاطي الفرد للمخدرات مبرراً للانتقاص من حقوقه[٥]، بصرف النظر عما إذا كان يعاني من متلازمة إدمان معترف بها أو ما إذا كان نظام مراقبة المخدرات الساري يسمح بتطبيق عقوبة السجن أو عقوبات أخرى. ويملك الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات والأشخاص الذين يدمنونها الحريات والاستحقاقات نفسها التي تكفلها الصكوك القانونية الدولية، ويتعرض أفراد هاتين المجموعتين إلى انتهاكات لحقوقهم في إطار النظام الدولي الحالي لمراقبة المخدرات.

٩ - وثمة ثلاث معاهدات تشكل الإطار القانوني الرئيسي لنظام الأمم المتحدة الدولي لمراقبة المخدرات وهي: (أ) الاتفاقية الوحيدة للمخدرات (١٩٦١) بصيغتها المعدلة ببروتوكول عام ١٩٧٢، التي كرست الاتفاقات الدولية السابقة وأخضعت نباتات مثل القنب والكوكا وخشخاش الأفيون للمراقبة الدولية؛ و (ب) اتفاقية المؤثرات العقلية (١٩٧١)، التي فرضت نفس المراقبة على المواد المركبة والسلائف الكيميائية المستخدمة في تصنيع المخدرات؛ و (ج) اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية (١٩٨٨)، التي زادت نطاق وحدة المراقبة الدولية لتجارة المخدرات، وسلطت الضوء على الصلة بين تجارة المخدرات والجريمة المنظمة[٦]. وبموجب هذه المعاهدات، أصبحت مئات المواد غير المشروعة تخضع للمراقبة الدولية[٧]، ومع تجريم جل جوانب الإنتاج والتوزيع غير المأذون بها لتلك المواد[٨]، على الرغم من السماح بإنتاجها وتوزيعها وحيازتها لأغراض طبية و/أو علمية. وقد صدَّقت على هذه المعاهدات أكثر من ١٨١ دولة واستُرشد بها في وضع السياسات المتعلقة بالمخدرات في جميع أرجاء العالم.

---

(٤) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ (2000)، (E/C.12/2000/4)، الفقرتان ١٨ و ١٩.

(٥) Nevanathem Pillay, United Nations High Commissioner for Human Rights, “High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy” (10 March 2009). متاح على الموقع الشبكي التالي: www2.ohchr.org.

(٦) انظر E/CONF.82/15 and Corr. 1 and 2, article 3, para. 5.

(٧) International Narcotics Control Board, *List of Narcotic Drugs Under International Control* (48th ed., Vienna, 2008).

(٨) انظر Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, 30 March, 1961, U.N. *Treaty Series* vol.520, article. 36.

١٠ - ويقوم عدد من هيئات الأمم المتحدة بإنفاذ المعاهدات الثلاث المتعلقة بمراقبة المخدرات والعمل على تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها، على النحو المحدد في المادتين ١ و ٥٥ من ميثاق الأمم المتحدة. وحين تتعارض أهداف ونهج النظام الدولي لمراقبة المخدرات والنظام الدولي لحقوق الإنسان، من الواضح أن الغلبة ينبغي أن تكون للالتزامات المتعلقة بحقوق الإنسان. وما فتئت الجمعية العامة تتخذ قرارات تعلن فيها أن المراقبة الدولية للمخدرات يجب أن تجري وفقاً للميثاق، و ''في ظل الاحترام التام لحقوق الإنسان''. (انظر القرارين ١٧٦/٦٢ و ١٩٧/٦٣).

١١ - والهدف الرئيسي للنظام الدولي لمراقبة المخدرات هو حماية صحة الإنسانية ورفاهها، من خلال خفض التعاطي غير المشروع للمواد الخاضعة للمراقبة وإمداداتها مع كفالة الحصول على هذه المواد لأغراض طبية وعلمية[٩]. وعلى الرغم من ذلك، لا تنص المعاهدات نصا صريحاً على مراعاة حقوق الإنسان ولا تحظى هذه الحقوق بالأولوية لدى الهيئات المنفذة.

١٢ - وتشرف الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات على تنفيذ الاتفاقيات الثلاث المتعلقة بالمخدرات. وترصد الإنتاج غير المشروع للمخدرات والاتجار بها، وكذلك الحصول على المواد الخاضعة للمراقبة لأغراض علمية ودوائية، وتتمتع بسلطة التحقيق مع الحكومات التي لا تمتثل للمتطلبات الواردة في المعاهدات. وتصنف لجنة المخدرات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية ضمن مستويات مختلفة من التقييد، وتضطلع بدور مجلس إدارة برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات في إطار مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. وتتمثل مهام هذا المكتب في ''المساهمة في تحقيق الأمن والعدالة للجميع بجعل العالم في مأمن من الجريمة والمخدرات والإرهاب بدرجة أكبر''[١٠].

١٣ - وعلى الرغم من أن الهيئات المعنية بمراقبة المخدرات قلما شاركت في مناقشات بناءة بشأن حقوق الإنسان في الماضي[١١]، فقد شهدت في الآونة الأخيرة تحولاً محموداً نحو إدراج النهج القائمة على حقوق الإنسان في عملها. وبحث مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة السبل التي يمكن بواسطتها المواءمة بشكل أفضل بين مراقبة المخدرات وحماية حقوق

---

(٩) Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, preamble and article 2.

(١٠) A/65/6 (Prog. 13)، الفقرة ١٣-٤.

(١١) أعلنت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات صراحة أنها لن تناقش حقوق الإنسان أو تشارك في حوار مع المجتمع المدني: السيد كولي كوامي، أمين الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، مؤتمر صحفي، نيويورك، ٧ آذار/مارس ٢٠٠٧. البث الشبكي متاح على الموقع التالي: http://157.150/195.10/webcast/pc2007.htm (تاريخ آخر زيارة للموقع: ١٤ شباط/ فبراير ٢٠٠٨).

الإنسان[١٢]، واجتمع رئيس الهيئة الدولية لمراقبة المخدرت بصورة غير رسمية مؤخراً للمرة الأولى مع ممثلي المجتمع المدني[١٣]. واتخذت لجنة المخدرات أيضاً قراراً بشأن تعزيز حقوق الإنسان في تنفيذ المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات، ونظرت في المسائل المتعلقة بمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والحصول على الأدوية في قرارات أخرى[١٤]. ومع ذلك، من الواضح أنه لا بد من بذل قدر أكبر من الجهود لكي تحتل حقوق الإنسان موقع الصدارة في مجال مراقبة المخدرات.

١٤ - ومن المؤسف أن النهج الحالي لمكافحة المخدرات على الصعيد العالمي يتمسك بأن المخدرات ''شرّ'' لا جدال فيه، وأنه يقع على المجتمع الدولي ''واجب مكافحته''[١٥]. ويُستخدم مفهوم ''الحرب على المخدرات'' لتبرير السياسات والممارسات المتطرفة[١٦]. ولقد برَّرت الصلات التي أقيمت بين إنتاج المخدرات وتمويل الجماعات المسلحة، ومنها على سبيل المثال الصلة بين مزارعي الأفيون وحركة طالبان في أفغانستان، مواصلة اعتماد نهج عدم التسامح إطلاقا، حتى وإن بدأ يتَّضح على نحو متزايد عدم فعالية هذه السياسات في الحد من عرض المخدرات والطلب عليها[١٧]. ولذا، فشل هذا النهج ليس فقط في تحقيق غرضه الرئيسي المعلن، أي منع الأضرار الصحية الناجمة عن تعاطي المخدرات، وإنما أيضا في تنفيذ مكافحة حقيقية للمخدرات.

١٥ - وأخفق نهج إعلان الحرب على المخدرات أيضا في الاعتراف بوقائع تعاطي المخدرات والارتهان بها، و لم ينجح، لذلك السبب، في تحقيق أغراضه المعلنة. فبداية، ما زال الناس يواصلون بشكل ثابت تعاطي المخدرات بصرف النظر عن القوانين الجنائية، حتى وإن كان الرّدع عن تعاطي المخدرات يُعتبر المبرِّر الأساسي لفرض عقوبات جنائية بهذا

---

(١٢) انظر E/CN.7/2010/CRP.6.

(١٣) International Drug Policy Consortium, *The 2010 Commission on Narcotic Drugs – Report of proceedings* (London, 2010), p. 8.

(١٤) انظر القرار ٤٩/٤ (E/CN.7/2006/10) والقرار ٥١/١٢ (E/CN.7/2008/15) والقرار ٥٣/٩ (E/CN.7/2010/18).

(١٥) Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, preamble.

(١٦) انظر: P. Gallahue, "Targeted Killing of Drug Lords: Traffickers as Members of Armed Opposition Groups and/or Direct Participants in Hostilities" *International Yearbook on Human Rights and Drug Policy*, vol. 1 (2010).

(١٧) Latin American Commission on Drugs and Democracy, *Drugs & Democracy: Toward a Paradigm Shift* (2009), p.7.

الشأن[١٨]. وثانيا، يشكِّل الارتهان بالمخدرات، الذي يختلف عن تعاطي المخدرات، حالة طبية تتطلب علاجا مناسبا يستند إلى أدلة تثبت نجاعته، وليس عقوبات جنائية[١٩]. وأخيرا، تزيد النُظم العقابية لمكافحة المخدرات من الأضرار المرتبطة بتعاطي المخدرات، وذلك بتوجيه الموارد نحو الأساليب غير المناسبة والحلول المضلِّلة، مع إهمال النُهج المستنِدة إلى الأدلة.

١٦ - وقد تترتب على تعاطي المخدرات عواقب صحية ضارة، لكن المقرر الخاص قلق من أن يتسبَّب النهج الحالي لمكافحة المخدرات في أضرار تتجاوز تلك التي يسعى إلى الوقاية منها. إذ فشل تجريم تعاطي المخدرات[١٨] والرامي إلى الردع عن تعاطي المخدرات وحيازتها والاتجار بها[٢٠] في تحقيق أهدافه. وعوضا عن ذلك، أدى إلى إدامة أشكال خطرة من تعاطي المخدرات، فضلا عن فرض عقوبات غير متناسبة على متعاطي المخدرات. كما أن العواقب التي يخلِّفها على صحة المجتمع على نطاق أوسع، ولا سيما فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، لا تقل حدة: إذ يشير إعلان فيينا لعام ٢٠١٠ إلى أن تجريم متعاطي المخدرات غير المشروعة يسهم في تفشي وباء فيروس نقص المناعة البشرية[٢١]. ويقتضي الهدف ٦ من الأهداف الإنمائية للألفية من الدول أن تلتزم بتحقيق وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وشروعه في الانحسار بحلول عام ٢٠١٥ (انظر قرار الجمعية العامة ٥٥/٢). بيد أن مواصلة التجريم تتعارض مباشرة مع العديد من السياسات الصحية المتعددة الأطراف[٢٢].

ثالثا - أثر مكافحة المخدرات على إعمال الحق في الصحة

١٧ - الصحة حق من حقوق الإنسان لا غنى عنه لممارسة حقوق الإنسان الأخرى. والبلدان التي تفرط في إصدار الأحكام العقابية إنما تنتهك أيضا الحقوق الأخرى لمتعاطي المخدرات. وهناك حاليا اثنان وثلاثون ولاية قضائية لا تزال تُفرض فيها عقوبة الإعدام على

---

(١٨) R. Bluthenthal and others, "Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviours among injection drug users" *International Journal of Drug Policy*, vol. 10, No. 1 (1999), p. 26.

(١٩) UNODC & WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Geneva, 2008), p. 1.

(٢٠) S. Friedman and others, "Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas" *AIDS*, vol. 20, No. 1 (2006), p. 93.

(٢١) إعلان فيينا، المؤتمر الدولي الثامن عشر المعني بالإيدز (الإيدز ٢٠١٠)، الصفحة ١.

(٢٢) Michel Sidibé, Executive Director of the Joint UN Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), "Parliament: The Heart of Governance", statement to the 122nd Inter-Parliamentary Union Assembly, Bangkok, 28 March 2010. Available from http://unaids.org.

الجرائم المتصلة بالمخدرات، بعضها على نحو إلزامي[٢٣]. وتسمح المادة ٦ من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية بفرض عقوبة الإعدام فقط بشأن ''أشد الجرائم خطورة'' (قرار الجمعية العامة ٢٢٠٠ ألف (د-٢١)). وقد أكَّد كل من اللجنة المعنية بحقوق الإنسان والمقرر الخاص المعني بحالات الإعدام خارج القضاء أو بإجراءات موجزة أو تعسفا أن تلك المعايير لا تنطبق على الجرائم المتصلة بالمخدرات، وبالتالي فإن تنفيذ عقوبة الإعدام عن الجرائم المتصلة بالمخدرات يشكل انتهاكا للقانون الدولي لحقوق الإنسان[٢٤].

١٨ - ويقف تجريم تعاطي المخدرات وحيازتها وراء انتهاكات العديد من حقوق الإنسان، ومنها الحق في الصحة. وثمة تعدّيات أخرى على الحق في الصحة، وإن بشكل غير مباشر، لكنها تحدث كنتيجة فرعية للتركيز المنحرف القائم في النظام الدولي لمكافحة المخدرات، ويُذكر منها على سبيل المثال عدم إتاحة الفرص الكافية للحصول على الأدوية الأساسية. ويرى المقرر الخاص أن كل انتهاك من هذه الانتهاكات يمكن أن يُعزى في النهاية إلى التركيز غير المتناسب على التجريم وممارسات إنفاذ القانون على حساب التمتع بالحق في الصحة والحد من الأضرار المرتبطة بالمخدرات.

ألف - الردع عن الحصول على الخدمات والعلاج

١٩ - في البلدان التي تشهد جهودا حثيثة في مجال ''الحرب على المخدرات''، أو إنفاذا صارما للقوانين المتعلقة بالمخدرات، قد يتردد المرتهنون بالمخدرات في اللجوء إلى الخدمات الصحية، وكثيرا ما يحدث ذلك بالفعل. وقد أفيد أنه في بعض البلدان، عزَّز هذا النهج وضع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بوصفهم منبوذين من المجتمع، مما يعزز تعاطي المخدرات في الخفاء، ويؤثر سلبيا في الاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز[٢٥]، كما لا يشجِّع متعاطي المخدرات على التماس العلاج. وفي حال وقوع إصابات بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق ممارسات الحقن غير المأمونة، قد تصل نسبة الانتشار المصلي بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن إلى ٥٠ في المائة[٢٥].

---

(٢٣) اللجنة المعنيَّة بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم ١٦/٦ المؤرخ ٢٧ تموز/يوليه ١٩٨٢ (A/37/40, annex V). انظر International Harm Reduction Association ('IHRA'), *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2010* (London, 2010), p. 11. Human Rights Committee, General comment No. 6/16 of 27 July 1982 in A/37/40, annex V. See International Harm Reduction Association, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2010* (London, 2010), p. 11).

(٢٤) انظر A/HRC/4/20، الفقرة ٥٣.

(٢٥) United Nations Development Programme, *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges* (Bangkok, 2004), p. 55.

٢٠ - وقد يتجنَّب متعاطو المخدرات التماس العناية الطبية خوفا من اطلاع السلطات على المعلومات المتعلقة بتعاطيهم المخدرات، مما قد يؤدي إلى الاعتقال أو السجن[٢٦] أو تلقي العلاج ضد إرادتهم[٢٧]. كما أن استخدام سجلات المخدرات، التي يحدَّد فيها الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات وتوضَع قوائم بهم مما يؤدي إلى تقليص حقوقهم المدنية، قد يثني الأفراد أيضا عن التماس العلاج، على اعتبار أن انتهاكات سرية معلومات المريض كثيرا ما تكون موثَّقة في هذه الولايات القضائية[٢٨].

٢١ - وتجرِّم بعض الدول حمل الإبر والمحاقن واللوازم الأخرى لاستهلاك المخدرات، على نحو يتنافى مع المبادئ التوجيهية الدولية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وحقوق الإنسان[٢٩]. وقد يؤدي الخوف من الاعتقال والخضوع للعقوبات الجنائية إلى ردع الأفراد عن الانتفاع ببرامج الإبر والمحاقن، وحمل الأدوات المعقَّمة، مما يزيد من احتمال استخدام أدوات غير معقَّمة وانتقال المرض. ولقد اعتُرف بأن التشريعات التي تعاقب الأشخاص على حمل أدوات كهذه، بمن فيهم العاملون في مجال التوعية، تشكل حاجزا أمام مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية[٣٠].

باء - التمييز والوصم

٢٢ - كثيرا ما يتعرض الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات للتمييز في المحيط الطبي. وقد تكون نسبة الحصول على العلاج المضاد للفيروسات العكوسة منخفضة فيما يتعلق بمتعاطي المخدرات: ففي شرق أوروبا، ورغم أن ٧٠ في المائة من حالات فيروس نقص المناعة البشرية المبلَّغ عنها سُجلت في أوساط متعاطي المخدرات عن طريق الحقن، كانت هذه المجموعة تشمل ٣٩ في المائة من مجموع الأشخاص المصابين بالفيروس من الذين يتلقون العلاج المضاد للفيروسات العكوسة[٣١]. وقد يُعزى هذا إلى أوجه عدم المساواة الهيكلية التي

---

(٢٦) R. Jurgens and others, "People who use drugs, HIV, and human rights" The *Lancet* (2010), Available from: doi:10.1016/S0140-6736 (10) 60830-6, pp.3 and 4.

(٢٧) A/64/272، الصفحتان ٣٠ و ٣١.

(٢٨) Open Society Institute, *The Effect of Drug User Registration Laws on People's Rights and Health: Key Findings from Russia, Georgia, and Ukraine* (New York, 2009), p. 16.

(٢٩) United Nations publication, Sales No, E.06.XIV.4, p. 30.

(٣٠) UNODC, UNAIDS and WHO, "Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission", *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use* (Geneva, 2004), p. 2.

(٣١) WHO, UNAIDS & UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector* (Geneva, 2008), p. 24.

تعوق وصول هذه المجموعات إلى العلاج، ويُذكر منها مثلا غياب التدخلات المركَّزة. وأشير أيضا إلى حالات رفض فيها مقدِّمو الرعاية الصحية منح العلاج المضاد للفيروسات العكوسة للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات[٣٢]، مما يتعارض بشكل مباشر مع نهج الحق في الصحة.

٢٣ - وقد يحرَم الأفراد كذلك من الحصول على علاجات طبية أخرى على أساس تعاطيهم المخدرات في الماضي أو في الوقت الحالي، في حين لا يوجد ما يبرر الحرمان من العلاج على هذا النحو. وعلى سبيل المثال، أفيد في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية بأن متعاطي المخدرات الحاليين والسابقين قد حُرموا من تلقي العلاج لفيروس التهاب الكبد الوباء ''سي''، خلافا للتوجيهات الرسمية، على أساس أنهم لن يلتزموا بالعلاج[٣٣]. ويُشار إلى أن الالتزام بالعلاج في صفوف متعاطي المخدرات ليس بالضرورة متدنيا عن غيره وينبغي أن يقيَّم على أساس فردي.

٢٤ - كما أن الوصم الذي ينشأ أو يتعزز من خلال إنفاذ العقوبات أو نُظم العلاج قد يؤدي إلى زيادة الأخطار الصحية. ذلك أن قيام السلطات باستهداف الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن بإساءة المعاملة والعنف قد يزيد من تعرض المتعاطين للاعتلال الصحي والمرض النفسي[٣٤]. وقد لوحظ استخدام الشرطة لممارسات شتى من قبيل المراقبة، والشطط في استخدام القوة تجاه الفئات الضعيفة والمهمَّشة. ويستبطن هؤلاء الأشخاص في النهاية هذه المعاناة الاجتماعية ويصبحون متواطئين في حالة الخضوع التي يعيشونها[٣٥].

جيم - ازدياد المخاطر لدى تعاطي المخدرات

٢٥ - يؤدي تجريم تعاطي المخدرات أيضا إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها متعاطو المخدرات نتيجة تغير أنماط تناول المخدرات، فضلا عن تركيبة هذه المخدرات. ورغم أن التلوث بمواد غير خطرة أكثر شيوعا من التلوث بالمواد الضارة[٣٦]، فإن احتمال وقوع الضرر

(٣٢) D. Barrett and others, "Recalibrating the Regime", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Report Thirteen (2008), pp. 37 and 38.

(٣٣) المرجع نفسه، الصفحة ٤٠.

(٣٤) H. Cooper and others, "Characterizing Perceived Police Violence: Implications for Public Health", *American Journal of Public Health*, vol. 94, No. 7 (2004), p. 1116.

(٣٥) T. Rhodes, "Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach" *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, No. 3 (2009), p 196.

(٣٦) C. Cole and others, "CUT: A Guide to Adulterants, Bulking Agents and Other Contaminants Found in Illicit Drugs", *Centre for Public Health, Liverpool John Moores University* (Liverpool, 2010), pp. 10 and 11.

الناجم عن الغياب التام للأنظمة لا يزال قائما. فقد أكدت التقارير مؤخرا ٣٣ حالة إصابة بالجمرة الخبيثة بين متعاطي المخدرات في اسكتلندا، تُعزى إلى تلوث الهيروين[٣٧].

٢٦ - ويمكن أن يؤدي تجريم تعاطي المخدرات وحيازتها أيضا إلى ازدياد خطر الاعتلال الصحي بين متعاطي المخدرات. وقد جرى الربط بين ارتفاع معدلات القمع القانوني وزيادة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في أوساط الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، دون تسجيل انخفاض في معدل انتشار تعاطي المخدرات بالحقن[٣٨]. وهذه هي النتيجة المرجَّحة المترتبة عن اعتماد الأفراد لممارسات حقن تنطوي على مخاطر أكبر، كتبادل المحاقن ولوازم الحقن، والحقن المستعجِل، أو تعاطي المخدرات في أماكن غير مأمونة (من قبيل صالات حقن المخدرات) خشية التعرض للاعتقال أو المعاقبة[٣٩]. كما أن التعجل في إعداد المخدرات تجنبا للوقوع في قبضة موظفي إنفاذ القانون يعرِّض الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن إلى ازدياد خطر تناول الجرعة المفرطة التي قد تؤدي إلى الوفاة، والحوادث المرتبطة بالأوعية الدموية والتعفنات، كالخراج. وقد تتفاقم هذه المخاطر جراء امتناع الفرد، بسبب الخوف، عن التماس المساعدة في إعداد المخدرات وحقنها[٤٠].

٢٧ - وينتج أيضا عن حملات الشرطة والتدخلات الأخرى المرتبطة بتجريم تعاطي المخدرات وحيازتها تشريد متعاطي المخدرات من المناطق التي تتوافر فيها برامج الحد من الضرر، مما يقلل قدرتهم على المشاركة في برامج الإبر والمحاقن، والعلاج بمواد بديلة لأثر الأفيون، والوصول إلى المُرشدين الاجتماعيين[٤١]. كما يتعذر الحصول على المساعدة الطارئة في حال تناول الجرعة المفرطة، علما أن احتمال التعرض للجرعة المفرطة قد يتزايد جراء عرقلة الوصول إلى شبكات الحقن وموزِّدي المخدرات المعتادين. وكثيرا ما يكون الأشخاص الأكثر تأثرا بالتشريد هم الأكثر تهميشا أيضا، ومنهم مثلا مَن هم بلا مأوى، ممن لا يستطيعون، بالضرورة، الوصول إلى الأماكن المغلقة لتعاطي المخدرات[٤١].

---

(٣٧) Health Protection Scotland, “Anthrax Confirmed in NHS Lothian Patient” (Glasgow, 12 April 2010). Available from Available from: www.documents.hps.scot.nhs.uk/

(٣٨) Friedman and others, op. cit., p.97.

(٣٩) Ibid.; see also Bluthenthal and others, op. cit., p. 31.

(٤٠) Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Do Not Cross: Policing and HIV Risk Faced by People Who Use Drugs* (Toronto, 2007), p. 6.

(٤١) المرجع نفسه، الصفحتان ٧ و ٨.

دال – الأثر غير المتناسب على المجتمعات المحلية الضعيفة والمهمشة

٢٨ – تُلحق السياسات العقابية المتعلقة بالمخدرات أيضا أثرا غير متناسب على الفئات الضعيفة أصلا. فعلى سبيل المثال، ورد أنه في الولايات المتحدة، يتعرض الأمريكيون من أصل أفريقي للاعتقال بمعدلات تتجاوز باستمرار معدلات اعتقال الأمريكيين البيض، بالرغم من أن نسب الجرائم المرتكبة متقاربة بين الفئتين(٤٢). وبالإضافة إلى ذلك، يعزى ما يزيد عن ٨٠ في المائة من الاعتقالات إلى حيازة المخدرات وليس بيعها(٤٣). ويمكن أن يؤدي تراكم هذه المخالفات البسيطة إلى حبس هؤلاء الأفراد المستضعيفين أصلا وإلى زيادة تهميشهم، مما يزيد من المخاطر الصحية التي يتعرضون لها.

٢٩ – ويوجد حاليا ما يزيد عن تسعة ملايين شخص محتجزين في مؤسسات عقابية في أنحاء العالم(٤٤). وفي الكثير من السجون، يلاحظ أن معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية هي أعلى بعدة مرات عما هي في المجتمع عموما. ويعزى هذا إلى تعاطي المخدرات عن طريق الحقن قبل الإيداع في السجن، وإلى عوامل الخطر التي تتعرض لها هذه الفئات، من قبيل الفقر والتهميش(٤٥). وتتفشى أيضا بشكل كبير حالات الإصابة بالتهاب الكبد الوبائي في السجون، حيث تتجاوز معدلات الإصابة بالتهاب الكبد الوبائي ”سي“ معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية(٤٦). وبمجرد دخول السجن، تجتمع عوامل ارتفاع معدلات تعاطي المخدرات عن طريق الحقن مع الافتقار إلى إمكانية الحصول على العلاج بمواد بديلة لأثر الأفيون وأدوات الحقن المعقمة، فيصبح النزلاء معرّضين لمخاطر جسيمة(٤٧). وتنتقل هذه المخاطر بعد ذلك إلى سائر أفراد المجتمع عند الإفراج عن السجناء(٤٦). ويمثل عدم تنفيذ برامج فعالة للحدّ من الضرر وعلاج الارتهان بالمخدرات في هذه الأوضاع انتهاكا للتمتع بالحق في الصحة.

---

(٤٢) Human Rights Watch, Decades of Disparity: Drug Arrests and Race in the United States (New York, 2009), pp. 1 and 5.

(٤٣) المرجع نفسه، ص ١٢.

(٤٤) R Walmsley, World Prison Population List International Centre for Prison Studies (7th ed., London, 2007), p. 1.

(٤٥) International Harm Reduction Association, State of Global Harm Reduction (London, 2010), p. 105.

(٤٦) المرجع نفسه، ص ١٠٦.

(٤٧) A/HRC/10/44، الفقرات ٥٥-٦٧.

رابعا – العلاج الإلزامي للارتهان وانتهاكات الحق في الصحة

٣٠ – تحدث بعض أفظع انتهاكات الحق في الصحة في سياق ''علاج'' الارتهان بالمخدرات. ويؤدي تجريم تعاطي المخدرات إلى تعزيز تصور متعاطي المخدرات وكأنهم مجرمون لا نفع منهم أو أشخاص منحطون أخلاقيا، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى انتشار النهج العلاجية التأديبية. فبدلا من الإدارة الطبية القائمة على الأدلة، تقوم الحكومات وسلطات الإنفاذ بإجبار أو حمل الأفراد المرتهنين بالمخدرات على الذهاب إلى مراكز يتعرضون فيها لسوء المعاملة والعمل القسري. ويميز هذا النهج في المعاملة ضد متعاطي المخدرات، ويحرمهم من حقهم في الحصول على خدمات الرعاية الصحية والعلاجات المناسبة طبيا.

٣١ – ويُعنى هذا التقرير ببرامج العلاج الإلزامي التي تستخدم في المقام الأول التدخلات التأديبية وتتجاهل الأدلة الطبية. وفي ظل هذه الأوضاع، يتعذر في الكثير من الأحيان اللجوء إلى الأخصائيين الطبيين المدربين على معالجة الاضطرابات المتعلقة بالارتهان بالمخدرات باعتبارها علا طبية[٤٨]. وتشكل ممارسات العمل القسري والحبس الانفرادي والعلاج التجريبي المقدم دون موافقة انتهاكات للقانون الدولي لحقوق الإنسان وهي بدائل غير مشروعة للتدابير القائمة على الأدلة من قبيل العلاج بمواد بديلة، والتدخلات النفسية، وسائر أشكال العلاج المقدمة بموافقة كاملة مستنيرة.

٣٢ – ويشمل التمتع بالحق في الصحة، ضمن جملة أمور، إمكانية الوصول إلى المرافق والمنتجات والخدمات الصحية الملائمة طبيا وعلميا ذات النوعية الجيدة[٤٩]، وحق الفرد ''في أن يكون في مأمن من التدخل، مثل الحق في أن يكون في مأمن من التعذيب، ومن معالجته طبيا أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه''[٤٩]. وعلاوة على ذلك، تعلن المادة ٧ من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية أنه ''لا يجوز إجراء أية تجربة طبية أو علمية على أحد دون رضاه الحر''. ويتعين على الدول أن تحترم التمتع بالحق في الصحة، ويكفل حمايته وإعماله، بما في ذلك عن طريق الامتناع عن استخدام علاجات طبية قسرية، إلا في أضيق الظروف الممكنة من أجل علاج الأمراض العقلية أو للوقاية من الأمراض المعدية

(٤٨) انظر: WHO, Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam: An application of selected human rights principles, (Geneva, 2009). متاح على الموقع التالي: www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf (آخر زيارة للموقع في ١٠ حزيران/يونيه ٢٠١٠).

(٤٩) التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠)، E/C.12/2000/4، الفقرة ١٢ (د).

ومراقبتها[٥٠]. ويجب مراعاة شرط الموافقة المستنيرة عند تقديم أي علاج لحالة من حالات الارتهان بالمخدرات – ويشمل ذلك الحق في رفض العلاج[٥١].

٣٣ – وينتهك العلاج الإلزامي الحق في الصحة من ناحيتين. وتتمثل الناحية الأولى في أن هذا ''العلاج'' يتجاهل عموما الممارسات الطبية القائمة على الأدلة، لذا فهو لا يستوفي عنصر الجودة الذي يقتضيه الحق في الصحة، على النحو الذي أوضحته بالتفصيل لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية[٥٢]. وتتمثل الناحية الثانية في أن العلاج كثيرا ما يجرى بشكل جماعي، ويتغاضى عن الحاجة إلى منح الموافقة المستنيرة على أساس فردي.

٣٤ – وتتطلب الإدارة الطبية السليمة لحالات الارتهان بالمخدرات أن يكون العلاج قائما على الأدلة التي تثبت نجاعته وتتضمن قائمة ممارسات ''العلاج'' في الكثير من مراكز العلاج الإلزامي العمل القسري، والاحتجاز، والتدريبات ذات الطابع العسكري، والتمارين الرياضية، والعلاج التجريبي، إلى جانب تدخلات أخرى لا توجد أدلة علمية تثبت فعاليتها. وتراوحت نسبة متعاطي المخدرات الذين عادوا للتعاطي بعد إخضاعهم للعلاج الإجباري في هذه المراكز بين ٩٠ و ١٠٠ في المائة[٥٣].

٣٥ – وتشير التقارير إلى أن بعض المرضى يخضعون لعلاجات غير سليمة من قبيل ''العلاج بالجلد''[٥٤]. وبالمثل أُفيد بأن المرضى يجبرون على العمل لمدة تناهز ١٧ ساعة يوميا طوال الأسبوع، تحت التهديد بالضرب وغير ذلك من العقوبات البدنية[٥٥].

٣٦ – وفي كثير من الأحيان، تحل هذه العلاجات التأديبية محل الأساليب القائمة على الأدلة. ونتيجة لذلك، يعاني الكثير من الأشخاص المرتهنين بالهيروين أو غيره من المواد الأفيونية من أعراض السحب غير المدعوم بالأدوية، بدلا من تلقي المواد الصيدلية الداعمة للسحب أو العلاج الاستبدالي بالأدوية الأفيونية المفعول. ويشكل تصنيف الميثادون

(٥٠) المرجع نفسه، الفقرة ٣٤.

(٥١) انظر A/64/272 الفقرات ٢٨ ومن ٨٨ إلى ٩١.

(٥٢) التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠)، E/C.12/2000/4، الحاشية ٥٥.

(٥٣) N. Crofts, “Treatment in Southeast Asia: The need for effective approaches”, in Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform, (2006).

(٥٤) V Mendelevich, “Narcology: Drug treatment in Russia,” in Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform, (2006).

(٥٥) JE Cohen and JJ Amon, “Health and Human Rights Concerns of Drug Users in Detention in Guangxi Province, China”, Public Library of Science, (Plos Med 5912): e234 2008.

والبوبرينورفين على أنها مواد غير قانونية عائقا إضافيا يحول دون الحصول على علاجات الارتهان بالمخدرات[٥٦]. ويؤدي أيضا فرض العلاج الإلزامي، على حساب العلاج الاستبدالي بالأدوية الأفيونية المفعول وغير ذلك من التدخلات الحد من الضرر، إلى زيادة مخاطر نقل الأمراض، وبخاصة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز[٥٧].

٣٧ - وقد يجبر الأشخاص على الخضوع لعلاج غير ضروري طبيا في بعض البلدان التي لا تميز، حسبما أفيد، بين متعاطي المخدرات بشكل عارض، والأشخاص المرتهنين بالمخدرات[٥٨]. وقد يتم إخضاع الكثير من هؤلاء الأفراد أيضا لعلاج تحريبي. وأي إخفاق في تقديم المعلومات اللازمة لتمكين المريض من منح موافقته الكاملة والمستنيرة يشكل انتهاكا لتمتعه بالحق في الصحة.

٣٨ - وكما جرى بحثه في تقرير سابق للمقرر الخاص[٥٩]، تشكل الموافقة المستنيرة على العلاج ركيزة أساسية للحق في الصحة، ولا تتحقق مقتضيات هذه الموافقة إلا في حالات بالغة الندرة في نظم فرض العلاج العقابي. ويجب أن تتخذ القرارات بشأن الأهلية والكفاءة، والحاجة للحصول على الموافقة المستنيرة، حسب مقتضيات كل حالة. ولا يلبي العلاج الجماعي مبدئيا هذا الشرط. وفي بعض البلدان، تفيد التقارير بأن متعاطي المخدرات يتعرضون للاعتقال الجماعي ويجبرون على ولوج مراكز العلاج القسري[٦٠]. ويؤدي هذا النهج إلى إخضاع الأفراد للعلاج الإجباري استنادا إلى فحوصات طبية عابرة وغير كافية - على فرض إجرائها أصلا.

٣٩ - إن متعاطي المخدرات أو المرتهنين بها لا يفقدون تلقائيا أهليتهم لمنح الموافقة على العلاج. ويؤدي الافتراض المسبق بعدم الأهلية استنادا إلى تعاطي المخدرات أو الارتهان بها

---

(٥٦) Open Society Institute, At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs" (New York, 2009), p. 87.

(٥٧) See Open Society Institute, "Detention as Treatment," (May 2010); R. Pearshouse, "Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 2002" (2009).

(٥٨) WHO, Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Vietnam: An application of selected human rights principles (Geneva, 2009)، متاح على الموقع التالي: www.wpro.who.int/.

(٥٩) انظر A/64/272.

(٦٠) انظر D. Barrett and others, "Recalibrating the Regime", The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report Thirteen (2008).

إلى فسح مجال واسع للإساءة. وفي الكثير من الحالات، يكون تقرير عدم أهلية الفرد مجرد مسوغا ''للعلاج'' القسري لمتعاطي المخدرات، وبدلا من حرمان متعاطي المخدرات من الحق في المشاركة في علاج قائم على الموافقة، ينبغي توفير آليات الدعم المناسبة للتغلب على أي عوائق تحول دون الحصول على الموافقة المستنيرة.

خامسا – الحصول على الأدوية الخاضعة للمراقبة

٤٠ – ثمة ملايين الناس في أنحاء العالم بحاجة إلى أدوية أساسية لأنهم يشكون الألم، والادمان بالمخدرات وحالات صحية أخرى، بيد أن توافرها غالبا ما يكون محدودا بسبب اللوائح التقييدية للمخدرات، والإخفاق في تنفيذ نظام سليم للتوريد والتوزيع، وعدم كفاية قدرة نظام الرعاية الصحية. وتُوجد فجوة تنذر بالخطر بين العالم المتقدم والعالم النامي فيما يتصل بتوريد الأدوية الأساسية. ورغم أن العالم النامي يشمل حوالي نصف مرضى السرطان في العالم وجلّ الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية، فإنه لا يستهلك سوى ٦ في المائة من إمدادات المورفين المشروعة[٦١]. وتستهلك أمريكا الشمالية وأوروبا حوالي ٨٩ في المائة من كل الأدوية الخاضعة للمراقبة القانونية، بما في ذلك المورفين[٦٢]. وقد اعترف المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٢٠٠٥/٢٥ بالحاجة إلى إزالة الحواجز التي تحول دون الوصول إلى المواد الأفيونية المسكنة للألم[٦٣]، وقد خلصت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات باستمرار إلى أن توافر الأدوية الأساسية الخاضعة للمراقبة محدود للغاية في كثير من البلدان[٦٤].

٤١ – وغالبا ما تخضع هذه الأدوية لتقييد مفرط خوفا من تحويلها عن الاستعمالات الطبية المشروعة إلى أغراض غير مشروعة[٦٤]. ورغم أن منع تحويل استعمال المخدرات أمر هام، يجب موازنة هذا الخطر مع احتياجات المريض المراد علاجه. فالاتفاقية الوحيدة للمخدرات تقر الاستعمال الطبي للمخدرات التي لا غنى عنها من أجل ''تخفيف الألم والمعاناة''[٦٥]. وتقع على كاهل مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة والهيئة الدولية لمراقبة

(٦١) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠٠٧ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.08.XI.1) الصفحة ٢٧. متاح على الموقع التالي: www.incb.org/pdf/annual-report/2007/ar/annual-report-2007.pdf.

(٦٢) WHO, Access to Controlled Medications Programme, Biemial Report, 2006-2007 (WHO/PSM/QSM/2008), p 1.

(٦٣) E/2005/INF/2/Add.1، ص. ٧٠.

(٦٤) انظر: تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠٠٨، (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.09.XI.1).

(٦٥) الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لعام ١٩٦١، الديباجة.

المخدرات مهام مراقبة الدول لكفالة تنفيذ الالتزامات المنصوص عليها في المعاهدة المتعلقة بمراقبة المخدرات. وبما أن الحواجز العديدة التي تحول دون الحصول على القدر الكافي من الأدوية الضرورية الخاضعة للمراقبة هي حواجز ذات طبيعة تنظيمية فإنه يمكن تغييرها بسرعة وبتكلفة زهيدة. ومع ذلك، أخفقت بلدان كثيرة في تكييف أنظمتها المتعلقة بمراقبة المخدرات لكفالة تأمين إمدادات كافية من الأدوية؛ وقد وضعت تلك الأنظمة في معظم الأحيان قبل أن تُعرف أو تُبتكر أساليب علاج الألم المزمن والارتهان بالمخدرات[٦٦]. ويُشكل ذلك انتهاكا مُستمرا للحق في الصحة، حيث أوضحت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن الحصول على الأدوية الأساسية يمثل حدا أدنى من الالتزام الأساسي[٦٧] بهذا الحق ويجب على الدول التقيد فورا بهذ الالتزام غير القابل للإنتقاص بصرف النظر عن قلة الموارد[٦٨].

٤٢ - ويؤثر تقييد الحصول على الأفيونيات تأثيرا واضحا على توافر العلاج الاستبدالي (انظر المناقشة في الجزء سادسا أدناه). بيد أن هناك ثلاثة مجالات أساسية أخرى يكون فيها الحصول على أدوية خاضعة للمراقبة أمرا ضروريا وهي: (أ) تسكين الآلام المعتدلة إلى الحادة، بما في ذلك ضمن الرعاية التسكينية الذي يعاني منه الأشخاص المصابون بالآمرا المهدِّدة للحياة؛ و (ب) بعض حالات التوليد الطارئة؛ و (ج) علاج الصرع.

٤٣ - والرعاية التسكينية هي نهج يسعى إلى تحسين نوعية حياة المرضى الذين شُخصت حالاتهم على أنها مهددة للحياة، وذلك عن طريق وقف معاناتهم والتخفيف منها[٦٩]. ويُعد الألم المعتدل إلى الشديد أحد الأعراض الثانوية لهذه الأمراض، بما فيها الحالات المتقدمة من الأورام الخبيثة، التي تتطلب علاجا بمسكنات أفيونية[٧٠]. وتضع منظمة الصحة العالمية هذا النوع من المسكنات ومسكنات أخرى ضمن قائمة الأدوية الأساسية. ويعاني ما بين ٦٠ و ٩٠ في المائة من المرضى المصابين بسرطان متقدم من آلام معتدلة إلى شديدة تتطلب هذا النوع من المسكنات، وقد يعاني حوالي ٨٥ في المائة من الأشخاص المصابين بفيروس

---

(٦٦) WHO, *Achieving Balance in National Opioids Control Policy:* Guidelines for Assessment (Geneva, 2000), p. 6.

(٦٧) التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠)، E/C.12/2000/4، الفقرة ٤٣.

(٦٨) المرجع نفسه، الفقرة ٤٧.

(٦٩) WHO, *WHO Definition of Palliative Care (Geneva, 2010)*، متاح على الموقع التالي: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

(٧٠) WHO, *Pain Relief Ladder* (Geneva, 2010)، متاح على الموقع التالي: http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/.

نقص المناعة البشرية من ألم لا علاج له[٧١]. وفي حين يعتمد المرضى المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية أيضا على الأدوية المخدرة، فإنهم قد يُحرمون من الحصول على العلاج الاستبدالي ومن الرعاية التسكينية على حد سواء. ولا تقتصر آثار الألم المزمن غير المُعالج على الجانب الجسدي فحسب: ذلك احتمال إصابة الأشخاص الذين يعانون آلاما مزمنة بالاكتئاب أو القلق يزداد بمعدل أربع مرات[٧١]. وقد أعرب مرضى يعانون من ألم شديد إلى معتدل في حالات لا تتوافر لهم فيها رعاية تسكينية أساسا، عن تفضيلهم الموت على الاستمرار في العيش مع ألم شديد دون علاج[٧٢].

٤٤ - وتتطلب إجراءات الولادة الطارئة وعلاج حالات الصرع أيضا استخدام أدوية خاضعة للمراقبة، ولا تزال الموارد المتاحة لها غير كافية. ويتسبب نزيف ما بعد الولادة في أكثر من ٠٠٠ ١٠٠ حالة وفاة نفاسية سنويا[٧٣]. ويصعب الحصول على الأُوكسيتوسين والإرغومترين، وهما عقاران خاضعان للمراقبة يُستخدمان في إجراءات التوليد، رغم أنهما يُقللان من خطر حدوث نزف شديد بعد الولادة بأكثر من النصف[٧٣]. وكذلك هناك حوالي ٧٥ في المائة من الأشخاص المصابين بداء الصرع في البلدان النامية وما يصل إلى ٩٠ في المائة من المرضى المصابين بالصرع في أفريقيا لا يتلقون علاجا بالأدوية الأساسية، بما فيها الفينوباربيتال، ويعود ذلك جزئيا إلى أنها مواد خاضعة للمراقبة[٧٤].

٤٥ - ويُمكن أن تشكل عملية الامتثال للمتطلبات الإجرائية المرتبطة بتخزين الأدوية الخاضعة للمراقبة وتوريدها وصرفها عبئا على مؤسسات الرعاية الصحية والعاملين فيها، مما يُمثل عائقا أمام توفير هذه الأدوية. وتشمل هذه الإجراءات، على سبيل المثال، الترخيص التقييدي للأدوية الخاضعة للمراقبة داخل مؤسسات الرعاية الصحية. وتُفيد التقارير أنه، في بعض البلدان، يُسمح فقط لمستشفيات ''المستوى الأول'' بصرف أفيونيات في وصفات دوائية[٧٥]. كما تفرض الأنظمة حدودا على المواد أو الكميات التي يجوز للطبيب وصفها.

---

(٧١) انظر O Gureje and others, "Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care," JAMA, vol. 80 (1998), pp. 147-151.

(٧٢) Human Rights Watch, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care* (New York, 2009) pp. 18-20.

(٧٣) WHO, Fact Sheet No.336, "Medicines: Access to Controlled Medicines, (Norcotics and psychotropic substances)", June 2010, p. 2، متاح على الموقع التالي: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/en/index.html.

(٧٤) المرجع نفسه، ص. ٨.

(٧٥) Human Rights Watch, *Please, do not make us suffer any more …:Access to Pain Treatment as a Human Right*," (New York, 2009), p. 25.

وتشترط بعض الدول حصول العاملين في مجال الرعاية الصحية على تراخيص خاصة لوصف المورفين، إضافة إلى تراخيصهم المهنية[٧٦]. وتُمثل القوانين التقييدية مشكلة خاصة في حالتي الميثادون والبوبرينورفين، وهما عقاران يُستخدمان في العلاج الاستبدالي. وفي بعض الدول، يُحظر بل ويحرم استخدام هذين العقارين[٧٧].

٤٦ - وثمة خرافات كثيرة تحيط باستخدام الأدوية الخاضعة للمراقبة: من قبيل أنها تؤدي إلى الإدمان، أو لا تعالج الألم بقدر كاف، أو أن الآلام المزمنة أو الميؤوس منها لا علاج لها. وغالبا ما يُعاني العاملون في مجال الرعاية الصحية أنفسهم من نقص الوعي في مجال الرعاية التسكينية، ويشعرون بعدم الارتياح في وصف المسكنات الأفيونية خوفا من أنها ستؤدي إلى الارتهان بها[٧٥] خلافا لاستنتاجات عشرات الدراسات[٧٨]. وحيثما يكون نقص التدريب هو القاعدة، قد يكون العاملون في الرعاية الصحية غير متأكدين من التبعات القانونية المترتبة على ممارساتهم في وصف الأدوية، وبخاصة فيما يتعلق بالمرضى الذين يتعاطون مخدرات غير مشروعة، وقد يتجنبون وصف هذه الأدوية كليا، مما يزيد من محدودية إمدادات الأدوية الأساسية.

٤٧ - ويمثل توفير الدواء بأسعار معقولة عنصرا محوريا من عناصر شرط الوصول إلى الخدمات فيما يتعلق بالحق في الصحة. ولا يلزم توفير الأدوية الخاضعة للمراقبة مجانا؛ بل بتكلفة يمكن تحملها. ورغم هذا، حتى الأدوية التي يمكن تصنيعها بتكلفة متدنية لا تكون بالضرورة متاحة بأسعار معقولة للمستهلكين، وذلك لأن منتجي الأدوية المخدرة يتحملون تكاليف تنظيمية باهظة يجري تحويلها إلى المستهلكين في سعر الدواء المعروض في السوق. فعلى سبيل المثال، تقوم شركة سيبلا (Cipla)، وهي إحدى الشركات المصنعة للأدوية الجنيسة في الهند، بإنتاج أقراص مورفين ذات تركيز ١٠ ملغ تُباع بالجملة بسعر ٠,٠١٧ دولارا للقرص، ومع ذلك فإن متوسط تكلفة مؤونة شهر من المورفين في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تصل إلى ١١٢ دولارا، مقابل ٥٣ دولارا في الدول الصناعية المتقدمة[٧٩]. وإضافة الى ذلك، يجري في كثير من الأحيان الترويج لاستعمال الأدوية التي تحمل أسماء

(٧٦) المرجع نفسه، ص. ٣٠.

(٧٧) Open Society Institute, *At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the Global War on Drugs*, (New York, 2009), p. 84.

(٧٨) WHO, *Achieving Balance in National Opioids Control Policy* (Geneva, 2000), pp. 8 and 9.

(٧٩) S Burris and C Davis, " A Blueprint for Reforming Access to Therapeutic Opiods: Entry Points for International Action to Remove the Policy Barriers to Care", Centers for Law and the Public's Health: A Collaborative at the Johns Hopkins and Georgetown Universities, (2008), p. 18

ماركات تجارية على حساب نظائرها الجنيسة التي لا تحمل أسماء تجارية والأرخص منها والمساوية لها في الأمان والفعالية. فالأدوية التي تحمل أسماء علامات تجارية تكون عموما أغلى سعرا، ومن ثم فإن تحمل تكاليفها يتعذر على أعداد كبيرة من السكان، وبخاصة الفئات الضعيفة، من قبيل الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

سادسا – اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان لمكافحة المخدرات

٤٨ – يجب اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان لمكافحة المخدرات باعتباره مسألة ذات أولوية لمنع الانتهاكات المستمرة للحقوق بسبب النُهج الحالية الرامية إلى تقليص العرض والطلب، والانتقال إلى إقامة نظام إنساني يحقق أهدافه الصحية الخاصة به. ويوجد، حاليا نقص في التنسيق والحوار بين الجهات المعنية بمكافحة المخدرات وحقوق الإنسان على الصعيد الدولي. ونُهج إنفاذ القوانين هي نُهج متأصلة مؤسسيا في النظام الدولي لمكافحة المخدرات، إذ يتخذ نظام مكافحة المخدرات مقرا له في مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، الذي يقود الجهود التي تبذلها الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة. وهذا الربط بين إنفاذ القانون ومكافحة المخدرات يحول، جزئيا، دون اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان والتفاعل مع هيئات حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة.

٤٩ – ولا بد من فهم عدم فعالية النظام الدولي القائم لمكافحة المخدرات، والقيام بالإصلاح على جميع مستويات رسم السياسات. وينبغي للحكومات الوطنية أن تنفذ برامج وسياسات للحد من الأضرار، وعدم تجريم تعاطي المخدرات وحيازتها، أو عدم المعاقبة عليهما، وإصلاح الأنظمة المتعلقة بالأدوية الأساسية. ويجب على هيئات الأمم المتحدة المعنية بمكافحة المخدرات ضمان الاتساق على نطاق المنظومة بأسرها باعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان لمكافحة المخدرات، ومما يقتضي، بالضرورة، الاعتراف بحقوق الإنسان الدولية بوصفها عنصرا أساسيا من عناصر عملياتها، وينبغي لتلك التغييرات في النظام الدولي أن ترشد أيضا الإصلاحات المحلية وتضفي الشرعية عليها.

ألف – الحد من الأضرار والعلاج القائم على الأدلة

٥٠ – تهدف تدخلات الحد من الأضرار إلى تقليل الأضرار المرتبطة باستخدام المؤثرات العقلية، دون أن تثبط، بالضرورة، استخدامها[٨٠]، ويمكن أن تعمل في إطار نظم قانونية

(٨٠) International Harm Reduction Association, *What is harm reduction*?, (London, 2010) p.1.

تقييدية. وتشمل تلك التدخلات، من بين ما تشمله، برامج لتوفير الإبر والمحاقن، والمداواة الاستبدالية، وتأمين أماكن لاستهلاك المخدرات، والقيام بتدخلات لتغيير طريق التعاطي (من خلال تشجيع تعاطي المخدرات بطرق غير الحقن). وممارسات الوقاية من الجرعة المفرطة، وبرامج التوعية، التثقيف.

٥١ - وتشمل برامج الإبر والمحاقن توفير أدوات حقن معقمة لمتعاطي المخدرات بالحقن. وقد أقرت منظمة الصحة العالمية استخدام هذه البرامج، مشيرة إلى وجود ''أدلة دامغة'' على أنها تحد من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى حد كبير، وبطريقة فعالة من حيث الكلفة، ودون أي آثار سلبية كبيرة[٨١]. ويتماشى استخدام تلك البرامج مع المبادئ الموحّدة للصحة العامة، في أن القضاء على ناقل المرض (وهو، في هذه الحالة، الإبر الملوثة) يقلل من انتقال المرض المنقول به[٨٢].

٥٢ - ويمثل العلاج الاستبدالي بالأدوية الأفيونية المفعول نهجا علاجيا قائما على الأدلة، يتمثل في وصف الأدوية البديلة لمعالجة الارتهان بالأفيونات، مثل الميثادون أو البوبرينورفين. ويقلل هذا العلاج من انتشار تعاطي المخدرات بالحقن، وتشارك أدوات الحقن، مما يقلل خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الفيروسات المنقولة بالدم[٨٣]. ويمكن أن يؤدّي توافر هذا العلاج على الصعيد العالمي إلى الحد من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بما يزيد على ١٠٠ ٠٠٠ حالة[٨٤]، وإلى خفض كبير في معدل انتشار الأمراض الأخرى المنقولة بالدم، وخفض الوفيات الناجمة عن الجرعة المفرطة من تعاطي الأفيونات بنحو ٩٠ في المائة[٨٤]. وفي الحالات التي لا يتاح فيها العلاج الاستبدالي، كثيرا ما تلاحظ زيادة في حالات تعاطي الجرعة المفرطة بعد علاج الارتهان بالمخدرات، بسبب انخفاض تحمّل الفرد

(٨١) WHO, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users* (Geneva, 2004), p. 28.

(٨٢) S. Burris and others, "Physician Prescribing of Sterile Injection Equipment to Prevent HIV Infection: Time for Action", *Annals of Internal Medicine*, vol. 133, No. 3 (2000), p. 219.

(٨٣) L. Gowing and others, "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)", The Cochrane Library, issue 4 (2008), pp. 27-29.

(٨٤) WHO, *Briefing Note 2007: Access to Controlled Medications Programme* (Geneva, 2007), p. 1.

للمخدر[٨٥]. وبالإضافة إلى ذلك، تشير العديد من الدراسات إلى أن الدعم الدوائي فعال في معالجة سحب الأفيونات[٨٦] مما يؤدي إلى منع نُكس تعاطي المخدرات[٨٧].

٥٣ - وتوصي التدخلات من قبيل البرامج التثقيفية، أيضا إلى الحد من الأضرار التي تلحق بمتعاطي المخدرات إلى أقصى حد ممكن. ولا يوجد في الوقت الراهن إلا القليل من المعلومات عن فعاليتها لكونها كثيراً ما تُدمج، ضمن برامج أخرى، ولكنها مستخدمة كثيرا[٨٨]. وخلص أحد استعراضات التحاليل إلى أن البرامج التثقيفية تؤدي إلى تغيير سلوكي يحد من المخاطر في أوساط متعاطي المخدرات، ولكن النتائج تباينت تبعا لتصميم البرامج[٨٩]. وتستخدم برامج التوعية للاتصال بمن يتعاطون المخدرات في مجتمعاتهم المحلية، وتوفير المعلومات، والإحالة إلى الفحص الطبي والخدمات الطبية، من بين إجراءات أخرى. ولوحظ انخفاض في السلوك المنطوي على مخاطر بحوالي ٢٧ في المائة بعد الاتصال بخدمات التوعية[٩٠].

٥٤ - وسعيا لتقليل الضرر المرتبط بتناول الجرعة المفرطة من المخدرات إلى أدنى حد ممكن، تُستخدم أيضا تدخلات مثل التدريب على تقديم الإسعافات الأولية وإعطاء النالوكسون - وهو مادة مناهِضة للمستقبلات الأفيونية تُستخدم لعكس خمود الجهاز العصبي المركزي في حالات جرعة الأفيونات المفرطة، وكذلك استخدام أماكن استهلاك المخدرات، حيث يمكن للأفراد استعمال المخدرات في بيئة مدعومة. وتشمل الفوائد المحتملة لأماكن استهلاك المخدرات الوقاية من انتقال المرض، والحد من الأذية الوريدية، وكذلك تشجيع الشروع في تلقي العلاج وغير ذلك من الخدمات. وثمة أدلة على أن أماكن استهلاك المخدرات. وقد

---

(٨٥) Eurasian Harm Reduction Network, *The impact of drug policy on health and human rights in Eastern Europe: 10 years after the UN General Assembly Special Session on Drugs* (Vilnius, 2009), p. 18.

(٨٦) L. Gowing and others, "Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal", *The Cochrane Library*, issue 3 (2009).

(٨٧) L. Gowing and others, "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)", *The Cochrane Library*, issue 4 (2008).

(٨٨) N. Hunt, "A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use", p. 30. متاح على الموقع التالي: www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html.

(٨٩) J. E. Cross and others, "The Effectiveness of Educational and Needle Exchange Programs: A Meta-analysis of HIV Prevention Strategies for Injecting Drug Users", *Quality & Quantity*, vol. 32, No. 2 (1998), p. 176.

(٩٠) A. Ritter and J. Cameron, "A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs", Drug and Alcohol Review, vol. 25, No. 6 (2006), p. 615.

ساهمت في خفض معدلات حدوث الجرعة المفرطة، وزيادة فرص الحصول على الخدمات الطبية والاجتماعية[٩١].

٥٥ - وتُلزم المادة ١٢ (ج) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الدولَ الأطراف باتخاذ الخطوات اللازمة للوقاية من الأوبئة وعلاجها ومكافحتها. وإذ بلغ انتشار فيروس نقص المناعة البشرية مستويات وبائية في جماعات متعاطي المخدرات، ولا سيما نزلاء السجون، أصبحت الدول ملزمة صراحة، باتخاذ إجراءات مباشرة في هذا الصدد. وتنص المادة ١٥، الفقرة (١) (ب)، من العهد أيضا على أن لكل فرد الحق في الانتفاع بفوائد التقدم العلمي. ونظراً لوجود مجموعة كبيرة من الأدلة على فعالية برامج وسياسات الحد من الأضرار، فإن الدول الأطراف ملزمة بتنفيذ هذه التدخلات، غير استخدامها لا يزال أقل مما ينبغي في جميع أنحاء العالم. وثمة، حاليا ٩٣ بلدا وإقليما تدعم اتباع نهج الحد من الأضرار[٩٢]. وحتى عام ٢٠٠٩، نُفذت برامج توفير الإبر والمحاقن في ٨٢ بلدا، وتم توفير العلاج الاستبدالي بالأدوية الأفيونية المفعول في ٧٠ بلدا، حيث أتيح هذان التدخلان في ٦٦ بلدا[٩٣]. إلاّ أنه ثبت عدم وجود تلك البرامج في ٥٥ بلدا من البلدان التي تُستخدم فيها المخدرات بالحقن، وغياب العلاج الاستبدالي في ٦٦ بلدا من تلك البلدان[٩٤]. ومما يثير القلق بوجه خاص، أن هذا النوع من العلاج غير متوافر في ٢٩ بلدا على امتداد أفريقيا والشرق الأوسط، وخاصة في ضوء العبء الذي يلقيه فيروس نقص المناعة البشرية على كاهل أفريقيا بأكملها.

١ - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

٥٦ - تؤثر قوانين وسياسات مكافحة المخدرات في مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية بسبب ديناميات استخدام المخدرات، ولا سيما تشارك إبر الحقن، التي يمكن عن طريقها نقل فيروس نقص المناعة البشرية. وتنجم إصابة واحدة تقريبا من كل عشرة إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في جميع أنحاء العالم عن تعاطي المخدرات عن طريق الحقن وتصل النسبة إلى ٩٠ في المائة من حالات الإصابة في أوساط الأشخاص الذين يتعاطونها عن طريق

---

(٩١) N Hunt, “A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use”, pp. 31 and 32.

(٩٢) IHRA, *The Global State of Harm Reduction 2010* (London, 2010), p. 8.

(٩٣) B Mathers and others, “HIV prevention, treatment and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage" Lancet, vol. 375 (2010), pp 1018 and 1019.

(٩٤) المرجع نفسه، الصفحات من ١٠١٩ إلى ١٠٢١.

الحقن، في مناطق مثل أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى[٩٥]. أما في المناطق التي تنفذ فيها تدخلات الحد من الأضرار، فيمكن أن ترتفع نسبة انتشار الفيروس بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن إلى ٤٠ في المائة أو أكثر في غضون عام أو عامين من إدخال الفيروس إلى مجتمعاتهم[٩٦].

٥٧ - ويمكن التصدي لخطر انتقال الفيروس عن طريق تشارك إبر الحقن، من خلال مبادئ الحد من الأضرار. ويتناسب تنفيذ برامج الإبر والمحاقن تناسبا كبيرا مع انخفاض السلوكيات المحفوفة بالمخاطر، التي تعرّض متعاطي المخدرات بالحقن للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية[٩٧]. وتشمل الفوائد الأخرى المرتبطة بتلك البرامج زيادة التحاق المصابين ببرامج علاج فيروس نقص المناعة البشرية[٩٨]. ومع ذلك، فإن التغطية الحالية ببرامج الإبر والمحاقن، والعلاج الاستبدالي، وخدمات العلاج المضاد للفيروسات العكوسة، لا يكفي لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية في الغالبية العظمى من البلدان التي يستخدم فيها متعاطو المخدرات الحقن الوريدية[٩٩]. وتبلغ حاليا نسبة التمويل لضمان استفادة الجميع من خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية لمن يتعاطون المخدرات بالحقن الوريدي حوالي واحد في العشرين من التمويل اللازم[١٠٠].

٥٨ - وأعلنت الأمم المتحدة أنه ينبغي تنفيذ أنشطة التوعية وبرامج الإبر والمحاقن وعلاج الارتهان بالمخدرات القائم على الأدلة (بما فيه العلاج الاستبدالي) للتقليل، إلى أدنى حد ممكن، من خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية في أوساط متعاطي المخدرات[١٠١]. وسلّمت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن الحد من الأضرار يشكل جزءا أساسيا من الاستجابات الوطنية لمكافحة الارتهان غير المشروع بالمخدرات وقدمت توصيات

---

(٩٥) WHO (Europe), *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction* (Copenhagen, 2005), p. 3.

(٩٦) المرجع نفسه، ص. ٥.

(٩٧) A Wodak and A. Cooney, "Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence", *Substance Use & Misuse (2006)*, vol. 41, Nos. 6-7, p. 792.

(٩٨) المرجع نفسه، ص. ٧٩٩.

(٩٩) Mathers and others, "HIV prevention", p 1025.

(١٠٠) G. V. Stimson and others, "Three Cents a Day is Not Enough: Resourcing HIV-Related Harm Reduction on a Global Basis" International Harm Reduction Association , 2010.

(١٠١) (Administrative Committee on Coordination) Subcommittee on Drug Control (2000). *Preventing the Transmission of HIV among Drug Abusers: A position paper of the United Nations System*. Annex to the report of the 8th session of the ACC Subcommittee on Drug Control, (28 and 29 September 2000), paras. 3-10.

للدول الأطراف. وسلم مجلس حقوق الإنسان أيضا في قراره ٢٧/١٢ بضرورة ''توفير مجموعة شاملة من الخدمات لمتعاطي المخدرات بالحقن، بما فيها برامج الحد من الأضرار المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية''[١٠٢].

٢ - أماكن الاحتجاز

٥٩ - إن الدول ملزمة باحترام الحق في الصحة من خلال الامتناع عن حرمان أي كان، بما في ذلك السجناء أو المحتجزين من تكافؤ فرص الاستفادة من الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية التسكينية[١٠٣]. وقد بدأت العديد من الدول تنفذ برامج الحد من الأضرار داخل المرافق العلاجية لأن الأنظمة العقابية السابقة أدت إلى حدوث أسرع زيادة في معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في العالم[١٠٤]. بيد أن توفير برامج الإبر والمحاقن في أماكن الاحتجاز يقتصر على عشرة بلدان، أما العلاج الاستبدالي فمتاح في سجن واحد على الأقل فيما يقل عن ٤٠ بلدا[١٠٥].

٦٠ - ويفرض العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عددا من الالتزامات المباشرة على الدول الأعضاء، من بينها التزامها بضمان ممارسة الحقوق المنصوص عليها في العهد دون أي تمييز[١٠٦]. أما إتاحة برامج الحد من الأضرار والعلاج القائم على الأدلة لعامة الناس، من دون إتاحتها لمن هم قيد الاحتجاز، فيتعارض مع أحكام القانون الدولي. وبالفعل، نظرا للمخاطر الصحية المرتبطة بالحبس، يرى المقرر الخاص أنه قد يلزم بذل المزيد من الجهود داخل السجون لتحقيق أهداف الصحة العامة. وفي سياق فيروس نقص المناعة البشرية والحد من الأضرار، يتطلب ذلك تنفيذ خدمات الحد من الأضرار في أماكن الاحتجاز حتى في المناطق التي لم تتوافر فيها بعدُ تلك الخدمات في المجتمع، ذلك أن مبدأ التكافؤ لا يكفي لمكافحة الوباء في صفوف السجناء[١٠٧].

---

(١٠٢) A/HCR/12/50, sect. I و A/HRC/12/L.24.

(١٠٣) لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ (E/C.12/2000/4)، الفقرة ٣٤.

(١٠٤) Open Society Institute, "At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global 'War on Drugs'" (2009), p. 81.

(١٠٥) IHRA, *Global State of Harm Reduction 2010* (London, 2010), p. 105.

(١٠٦) E/C.12/2000/4، الفقرة ٣٠.

(١٠٧) R. Lines, "From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons", *International Journal of Prisoner Health*, vol. 2, No. 4 (2006), pp. 269-280.

٦١ - وتشير توصية مدريد لعام ٢٠٠٩ إلى وجود ''أدلة دامغة'' على أن تدابير الحماية الصحية، بما فيها تدابير الحد من الأضرار، لها فعالية في السجون[١٠٨]. وتنص التوصية على الحاجة الماسة في جميع أنظمة السجون إلى تنفيذ برامج علاجية لمن يتعاطون المخدرات، فضلا عن اتخاذ تدابير للحد من الأضرار، بما في ذلك برامج الإبر والمحاقن[١٠٩]. وأشارت التوصية أيضا إلى أن علاج الارتهان بالمخدرات ''فعال للغاية في الحد من الجريمة'': ذلك أن توفير العلاج المعالجة والرعاية داخل السجن، أو كبدائل للسجن، يساهم في خفض معدلات النُكس، وانتقال فيروس نقص المناعة، والعود إلى الإجرام[١١٠]. وبالتالي، فإن العلاج الفعال للارتهان بالمخدرات لا يحمي للفرد فحسب، وإنما المجتمع ككل، ويتصدى للحلقة السلبية للعود الإجرامي الذي يعرض محتجزين آخرين للخطر. ولما كانت برامج الحد من الأضرار فعالةً من حيث التكلفة ويسهل، نسبيا، العمل بها في بيئات مغلقة، فإنه ينبغي تنفيذها في أماكن الاحتجاز باعتبارها مسألة ملحة.

باء - إزالة الصفة الجنائية وإلغاء العقوبات

٦٢ - يعتبر المقرر الخاص أن استمرار فرض عقوبات جنائية على تعاطي المخدرات وحيازتها يديم العديد من المخاطر الكبرى المرتبطة بتعاطي المخدرات. ويدعو إلى النظر في اتباع نهج أقل تقييدا إزاء مكافحة المخدرات، بما في ذلك إزالة الصفة الجنائية أو إلغاء العقوبات. ولا تجوز بكل بساطة المساواة بين إزالة الصفة الجنائية عن تعاطي المخدرات وإضفاء الشرعية عليه. ويمكن أن يظل تعاطي المخدرات وحيازتها محظورين قانونيا دون تجريمهما، وذلك إما بعدم تنفيذ العقوبات على هاتين المخالفتين إطلاقا أو بفرض عقوبات طفيفة فقط. وتستلزم إزالة الصفة الجنائية (decriminalization) عموما إزالة تامة للعقوبة الجنائية على التصرف المعني (ويمكن تطبيق عقوبات إدارية عوضا عن ذلك)، بينما يتطلب إلغاء العقوبة (de-penalization) إزالة أحكام السجن، مع أن التصرف لا يزال يُعتبر جريمة[١١١]. أما إضفاء الشرعية (legalization) فهو على العكس من ذلك يستلزم عدم فرض أي حظر على التصرف المعني.

---

(١٠٨) WHO (Europe), *The Madrid Recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health* (Madrid, 2009), p. 3.

(١٠٩) المرجع نفسه، ص. ٤.

(١١٠) UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Geneva, 2008), p. 14.

(١١١) G Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies* (Cato Institute, Washington D.C., 2009), p. 2.

٦٣ - وتُفسح المعاهدات الدولية المتعلقة بمراقبة المخدرات المجال لعدد من تفسيرات حسن النية التي تسمح بإصلاح التشريعات الوطنية[١١٢]، حتى في حالة عدم تغيير النظام الدولي لمكافحة المخدرات بصورة ملحوظة. فعلى سبيل المثال تنص الفقرة ٢ من المادة ٣ من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨٨ على أن الالتزامات بتجريم الحيازة لأغراض الاستهلاك الشخصي تخضع للمبادئ الدستورية للدولة ومفاهيم نظامها القانوني. وقد قضت المحكمة العليا للأرجنتين مؤخرا على سبيل المثال بأن تطبيق الأحكام الجنائية على حيازة الماريوانا لغرض الاستخدام الشخصي غير دستوري. واتخذت الأرجنتين تدابير تشريعية لإزالة الصفة الجنائية عن الاستعمال الشخصي للمخدرات. وقامت المكسيك مؤخرا أيضا بإزالة الصفة الجنائية عن حيازة كميات صغيرة من المخدرات لأغراض الاستخدام الشخصي، وقد تعرض البلدان لانتقادات من طرف الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، لا سيما بحجة أن التعديلات تعطي ''تصورا خاطئا لعامة الجمهور''[١١٣].

٦٤ - وعلاوة على ذلك قامت البرتغال في عام ٢٠٠١ بإزالة الصفة الجنائية عن شراء جميع المخدرات غير القانونية وحيازتها واستخدامها لأغراض شخصية، معتبرة جميع هذه المخالفات مخالفات إدارية[١١٤]. ويسمح هذا القانون بفرض عقوبات مالية أو غير مالية على هذه المخالفات، ويتضمن أحكاما بتعليق العقوبات إذا شرع مرتكب المخالفة في تلقي العلاج. وعلى النقيض من رد فعل الهيئة على ما جرى في الأرجنتين والمكسيك، اعتبرت إزالة الصفة الجنائية عن المخدرات إلى هذا الحد متوافقة مع اتفاقية عام ١٩٨٨[١١٥]. واعتبرت إزالة الصفة الجنائية عموما أفضل خيار للتقليل من المشاكل المتصلة بالمخدرات في البرتغال، ويتم ذلك في الغالب عن طريق إزالة الوصم عن تعاطي المخدرات وتوفير العلاج لنسبة أعلى من المتعاطين، عوضا عن إعلام الجمهور بأن تعاطي المخدرات سيتم التغاضي عنه[١١٦].

٦٥ - وقد ألغت عدة دول أخرى العقوبات على مختلف أشكال تعاطي المخدرات وحيازتها. وحدث ذلك إما بسن تشريعات مخصصة لهذا الغرض أو بالإلغاء الفعلي للعقوبات، وذلك بعدم إنفاذ قوانين المخدرات بصرامة. وتحتفظ إسبانيا بالعقوبات الجنائية

---

(١١٢) G Harris, “Decriminalisation: pushing the limits of drug control”, International Harm Reduction Association Conference, Liverpool, 27 April 2010.

(١١٣) INCB, *Report of the International Narcotics Control Board for 2009 (*E/INCB/2009/1), pp. 68 and 75.

(١١٤) Article 2(1), Decree-Law No. 83/2001 of 21 June 2001, Portugal.

(١١٥) INCB, *Report of the International Narcotics Control Board for 2004* (E/INCB/2004/1), p. 80.

(١١٦) C. Hughes and A. Stevens, “What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?” *British Journal of Criminology*, forthcoming.

المفروضة على تعاطي المخدرات، غير أن من يُقدَّمون للمحاكمة لا يُسجنون أبدا لمجرد استهلاك المخدرات. وفي هولندا وألمانيا تظل حيازة المخدرات للاستخدام الشخصي محظورة قانونا، إلا أنه لا تُفرض عقوبات على منتهكي هذه القوانين(١١٧). غير أن ذلك حل غير مناسب في أفضل الأحوال.

٦٦ - وتنطوي إزالة الصفة الجنائية وإلغاء العقوبات على إمكانية التقليل من المخاطر المرتبطة بتعاطي المخدرات، وزيادة مشاركة متعاطيها في العلاج من المخدرات. وفي البرتغال انخفض المعدل المطلق لتعاطي المخدرات لدى الفئات السكانية الرئيسية عقب إزالة الصفة الجنائية عنها، كما انخفض كل من معدل الوفيات وحالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوساط المدمنين(١١٨). وكذلك ازداد عدد من يتلقون العلاجات الاستبدالية من ٠٤٠ ٦ إلى ٨٨٧ ١٤ شخصا بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٣(١١٩).

٦٧ - وتجدر الإشارة إلى أنه، في البرتغال مثلا، جرت إزالة الصفة الجنائية جنبا إلى جنب مع الجهود الأخرى، ومنها توسع كبير في برامج العلاج من المخدرات، والتوعية بالمخدرات، وإعادة تركيز جهود الشرطة على إيقاف عمليات الاتجار(١١٩). وفي ذلك دليل على أن التغييرات التشريعية وحدها لا تكفي لتخفيف الأضرار الناشئة عن تعاطي المخدرات إلى أدنى حد. وحيثما أُزيلت الصفة الإجرامية، جنبا إلى جنب مع العلاج والتوعية وغيرهما من التدخلات التي تنفذ على المستوى المطلوب - مثلا من أجل احتواء انتشار الفيروسات التي تنتقل عن طريق الدم - فإن ذلك يؤدي إلى إعمال الحق في الصحة لجميع أفراد المجتمع بأقصى قدر من الفعالية.

٦٨ - وإلغاء العقوبات عن بعض المخالفات المتعلقة بالمخدرات من شأنه أن يؤدي أيضا إلى انخفاض معدلات السجن، مما يقلل بدوره من المخاطر الصحية المرتبطة بدخول السجن. وكذلك فإن المعاقبة المفرطة يمكن أن تؤدي إلى اكتظاظ السجون وتردي الظروف فيها، وقد شكلت هذه الحقيقة دافعا لتليين بعض القوانين المتعلقة بتعاطي المخدرات(١٢٠). وقامت

---

(١١٧) M. Jelsma, "Salir de la oscuridad", *Newsweek Argentina*, 19 August 2009.

(١١٨) المرجع نفسه، الصفحات ١٥-١٧.

(١١٩) C. Hughes and A. Stevens, "The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Briefing Paper 14 (2007), p. 2.

(١٢٠) المرجع نفسه، الصفحة ٩.

البرازيل مؤخرا بإلغاء العقوبات عن المخدرات، حيث أُلغيت عقوبات السجن في حالات حيازة المخدرات لغرض الاستخدام الشخصي واستُبدلت ببرامج التوعية[١٢١].

٦٩ - وبالإضافة إلى التغييرات التشريعية، لا يمكن الاستهانة بأهمية إعادة تثقيف العاملين في مجال إنفاذ القانون وتوعيتهم، لا سيما بسبب المخاطر الناجمة عن ممارسات حفظ النظام الصارمة. فعلى سبيل المثال سُجلت معدلات أعلى بكثير لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية لدى الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن في أدنبره في الثمانينات، حيث كانت الشرطة تنفذ قوانين حظر حيازة الإبر بحزم، بالمقارنة إلى ما كان يجري في مدينة غلاسكو القريبة، حيث لم يتم الإنفاذ بنفس القدر من الصرامة[١٢٢]. وأية جهود لإزالة الصفة الجنائية أو إلغاء العقوبات عن تعاطي المخدرات أو حيازتها يجب أن تقترن باستراتيجيات مناسبة لكفالة التقليل من المخاوف ووصمة العار التي تجذرت بسبب ممارسات حفظ النظام المفرطة في الصرامة.

جيم - استخدام المؤشرات والمبادئ التوجيهية المتعلقة بحقوق الإنسان

٧٠ - من شأن وضع مبادئ توجيهية دولية بشأن تنفيذ المعاهدات الدولية لمكافحة المخدرات أن يسمح بمعالجة تفاصيل العلاقة بين حقوق الإنسان والجهود المبذولة لمكافحة المخدرات، ويتيح للدول إمكانية تحديد ما إذا كانت جهودها متوافقة مع نهج الحق في الصحة. وينبغي السعي من خلال هذه المبادئ التوجيهية إلى إبراز جوانب الضعف لدى الفئات المهمشة، مثل متعاطي المخدرات والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، الذين يتعرضون أكثر من غيرهم لانتهاكات حقوق الإنسان، نتيجة لأنظمة مكافحة المخدرات. ويجب وضع هذه المبادئ التوجيهية في إطار عملية شاملة وقائمة على المشاركة وشفافة للتشاور مع المجتمعات المتضررة. وقد تم بالفعل وضع مبادئ توجيهية دولية تُستخدم في توجيه السياسات والبرامج على الصعيد الوطني فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية ومكافحة الإرهاب، وهي مبادئ توجيهية تبين كيفية انطباق معايير حقوق الإنسان في كل سياق من هذه السياقات، وتتضمن قائمة للتدابير العملية التي ينبغي أن تتخذها الدول استجابة لهذه القضايا، وفقا لنهج قائم على الحقوق.

---

(١٢١) انظر: Law N° 11,343/2006, Article 28.

(١٢٢) R. MacCoun and P. Reuter, "Harm Reduction in Europe", *Drug war heresies: learning from other vices, times and places* (Cambridge, 2001) p. 266.

٧١ - وسمح هذا الأسلوب على مدى السنوات العشر الماضية بإجراء استطلاع شامل لاستخدام مؤشرات الصحة كجزء من نهج صحي قائم على حقوق الإنسان[١٢٣]. والنهج القائم على حقوق الإنسان نهج يستوجب ''آليات رصد ومساءلة فعالة وشفافة يمكن الاطلاع عليها''[١٢٣]. ويجري استخدام المؤشرات القائمة على حقوق الإنسان في كثير من المجالات، منها الحد من الفقر والتنمية ومجالات حيوية أخرى، لكفالة وفاء الدول بجميع الالتزامات الناشئة عن مختلف حقوق الإنسان. وقد حدد المقرر الخاص السابق ثلاث فئات من المؤشرات، هي المؤشرات الهيكلية ومؤشرات العمليات ومؤشرات النتائج. فالمؤشر الهيكلي، الذي يصاغ جوابه عادة في هيئة نعم/لا، هو سؤال عن وجود هيكل رئيسي أو آلية رئيسية، بينما تستخدم مؤشرات العمليات والنتائج معايير مرجعية تقاس عادة بنسبة مئوية أو بعدد، ولذلك فهي تتطلب بحثا أو تحليلا أكثر تعمقا[١٢٤]. وتقيس مؤشرات العمليات جهود الدول لإعمال الحق في الصحة، بينما تقيس مؤشرات النتائج أثر تلك التدخلات على صحة السكان. وتنشئ هذه المؤشرات معيارا يمكن أن تُقَيم الدول بموجبه، مما يسمح لها بقياس إنجازاتها التدريجية، كما يسمح بالتدليل عمليا على أوجه القصور إن وُجدت.

٧٢ - ويقترح المقرر الخاص أن تقوم المنظمات الدولية ذات الصلة بوضع مؤشرات مشابهة لتلك المبينة أدناه:

(أ) المؤشرات الهيكلية:

'١' توافر علاج استبدال مركبات الأفيون وبرامج توفير إبر الحقن والمحاقن وغيرها من تدخلات الحد من الأضرار؛

'٢' اعتماد الدولة قائمة بالأدوية الأساسية؛

'٣' توافر تلك الأدوية الأساسية؛

'٤' تطبيق قوانين التحويل أو قوانين مماثلة على مدمني المخدرات الذين يواجهون نظام العدالة الجنائية.

(ب) مؤشرات العمليات:

'١' النسبة المئوية لمراكز الاحتجاز التي تنفذ فيها تدخلات الحد من الأضرار؛

(١٢٣) انظر E/CN.4/2006/48، الفرع الثاني.

(١٢٤) A/58/427، الفقرة ٢٥.

'٢' النسبة المئوية لمتعاطي المخدرات الذين يتلقون علاجا بمضادات الفيروسات العكسية (عند الاقتضاء)؛

'٣' النسبة المئوية لمدمني المخدرات الذين يتلقون علاجا مناسبا (على نحو ما حدده مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية)؛

(ج) مؤشرات النتائج:

'١' النسبة المئوية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية من بين متعاطي المخدرات؛

'٢' النسبة المئوية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بين السجناء.

دال - الأطر التنظيمية البديلة لمراقبة المخدرات

٧٣ - يرى المقرر الخاص أن هناك حاجة على المدى الطويل للنظر في بدائل للنظام الحالي لمراقبة المخدرات. ويمكن أن تشكل الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ نموذجا من هذه النماذج البديلة، فتُخضع بعض الأدوية التي تسري عليها الرقابة للوائح مشابهة لتلك التي تحكم التبغ. والغرض من الاتفاقية هو الحد من الآثار الاجتماعية والبيئية لدخان التبغ وآثاره على الصحة العامة، عن طريق إنشاء إطار يسمح بتقليص تعاطي التبغ على الصعيد العالمي بصورة مستمرة. وتمثل الاتفاقية تحولا منهجيا نحو وضع استراتيجية تنظيمية لمعالجة المواد المسببة للإدمان، تحمي حقوق متعاطي المخدرات ومدمنيها، مع التقليل من الأضرار المرتبطة بذلك إلى أدنى حد ممكن. ويتطلب وضع إطار تنظيمي جديد بشأن المخدرات من غير التبغ تقييم الأدلة العلمية فيما يتعلق بآثار المخدر على الفرد والجمهور، وأثر كل مخدر خاضع للمراقبة على الصحة العامة وحقوق الإنسان، ويتم إدراج كل مخدر في الخطة على أساس النظر في كل حالة على حدة.

٧٤ - وتشكل التدابير غير المتعلقة بالأسعار في الاتفاقية أفضل مثال على تدابير الحماية واللوائح التي يمكن أن تحل محل الإطار الحالي القائم على الإنفاذ. وتشمل هذه التدابير وضع لوائح لتنظيم محتوى المخدر، والتثقيف والتوعية، وتدابير الحد من الإدمان ووقفه. ويكفل تنفيذ هذه اللوائح الحق في الصحة بسبل منها ضمان الإمداد بمخدرات غير مغشوشة، وزيادة الوعي الفردي والمجتمعي من أجل الحد من المخاطر، وكفالة الحصول على العلاج المناسب عند الضرورة. وجميع هذه التدابير تقريبا تشهد مستويات تنفيذ عالية عموما لدى الأطراف في الاتفاقية، مما يشير إلى قيام احتمالات مماثلة بالنسبة للمخدرات الخاضعة للمراقبة حاليا.

٧٥ - وإضافة إلى ذلك، سيفسح الإطار المقترحُ المجالَ أمام الاستخدامات التقليدية والثقافية للمخدرات، التي ثبت أن أثرها على الصحة العامة محدود جدا، مثل استخدام أوراق نبات الكوكا في بوليفيا وأشكال مختلفة من القنب في الهند. أما النظام القائم فقد حرم الملايين من الناس من سبل عيشهم، ومنع الاستخدامات التقليدية للمخدرات بسبب الحظر المفروض على الزراعة، وأساليب الاستئصال الضارة للغاية المستخدمة للحد من الإنتاج. وهذه العقوبات غير مبررة ولا تُسهم في الحد من تعاطي المخدرات.

سابعا - التوصيات

٧٦ - **ينبغي أن تقوم الدول الأعضاء بما يلي:**

- **كفالة إتاحة جميع تدابير الحد من الأضرار (كما فَصَّلها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز)، وخدمات معالجة الارتهان بالمخدرات، وبخاصة علاج استبدال مركبات الأفيون، لمتعاطي المخدرات، ولا سيما السجناء منهم.**
- **إزالة الصفة الجنائية أو إلغاء العقوبات عن حيازة المخدرات وتعاطيها.**
- **إلغاء القوانين والسياسات التي تحول دون تقديم الخدمات الصحية الأساسية لمتعاطي المخدرات أو إدخال إصلاحات كبيرة على تلك القوانين والسياسات، واستعراض مبادرات إنفاذ القانون المتصلة بمكافحة المخدرات، لكفالة الامتثال لالتزامات حقوق الإنسان.**
- **تعديل القوانين واللوائح والسياسات من أجل زيادة فرص الحصول على الأدوية الأساسية الخاضعة للمراقبة.**

٧٧ - **وينبغي لهيئات الأمم المتحدة المعنية بمراقبة المخدرات أن تقوم بما يلي:**

- **إدماج حقوق الإنسان في القوانين والسياسات والبرامج الخاصة بالاستجابة لمكافحة المخدرات.**
- **التشجيع على تعزيز الاتصالات والحوار بين كيانات الأمم المتحدة المهتمة بأثر تعاطي المخدرات وأسواقها، وبسياسات وبرامج مكافحة المخدرات.**
- **النظر في إنشاء آلية دائمة، مثل لجنة مستقلة، يمكن للجهات الفاعلة الدولية في مجال حقوق الإنسان أن تسهم من خلالها في صوغ السياسات الدولية المتعلقة بالمخدرات ورصد تنفيذها على الصعيد الوطني، على أن تشكل الحاجة إلى**

حماية صحة وحقوق متعاطي المخدرات والمجتمعات التي يعيشون فيها الهدف الرئيسي للآلية.

- صياغة مبادئ توجيهية تهتدي بها الأطراف الفاعلة ذات الصلة فيما يتعلق باتباع نهج قائم على حقوق الإنسان لمكافحة المخدرات، ووضع ونشر مؤشرات قائمة على الحقوق في مجالي مكافحة المخدرات والحق في الصحة.

- النظر في إنشاء إطار تنظيمي بديل للمخدرات في الأجل الطويل استنادا إلى نموذج مثل الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ.