



علاج ورعاية المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية بدائل للإدانة أو العقاب



نسخة مسبقة

16 السلام والعدل
والمؤسسات
القوية



3 الصحة
الجيدة والرفاه



مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

علاج ورعاية المصابين بالاضطرابات
الناشئة عن تعاطي المخدرات
من الأشخاص المحتكين
بنظام العدالة الجنائية
بدائل للإدانة أو العقاب



الأمم المتحدة
فيينا، 2021

نسخة مسبقة للتعميم الأولي.

© 2019، 2021 مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية.

لا يعبر مضمون هذه الوثيقة بالضرورة عن آراء مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ولا آراء منظمة الصحة العالمية أو دولهما الأعضاء. ولا ينطوي توصيف أو تصنيف البلدان والأقاليم المستخدم في هذا المنشور ولا طريقة عرض المادة التي يتضمنها على الإعراب عن أي رأي كان من جانب الأمانة العامة للأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو للسلطات القائمة فيها أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها أو بشأن نظامها الاقتصادي أو مستواها الإنمائي.

هذا المنشور مترجم عن نص صادر دون تحرير رسمي.

هذا المنشور من إنتاج: قسم اللغة الإنكليزية والمنشورات والمكتبة، مكتب الأمم المتحدة في فيينا

مخطط عام

| | |
|--|----|
| شكر وتقدير..... | v |
| مقدمة..... | 1 |
| الفصل 1- نطاق المشكلة وأسباب النظر في توفير العلاج كبديل للإدانة أو العقاب..... | 4 |
| 1-1-1 تعاطي المخدرات والاضطرابات الناشئة عنه..... | 4 |
| 2-1- تحقيق التوازن بين تدابير العدالة الجنائية وتدابير الرعاية الصحية للتصدي لتعاطي المخدرات..... | 5 |
| 3-1- السجناء واكتظاظ السجون..... | 6 |
| 4-1- الأساس المنطقي للعلاج كبديل للإدانة أو العقاب..... | 7 |
| 1-4-1- الأساس المنطقي 1: كثير من المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات يحتكون بنظام العدالة الجنائية، وكثير من المحتكين بنظام العدالة الجنائية لديهم تاريخ سابق في تعاطي المخدرات والإصابة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات..... | 7 |
| 2-4-1- الأساس المنطقي 2: توفير العلاج من الارتهان للمخدرات (بما في ذلك كبديل للإدانة أو العقاب) استراتيجية فعالة للصحة العامة..... | 9 |
| 3-4-1- الأساس المنطقي 3: تطبيق بدائل للإدانة أو العقاب (بما في ذلك العلاج من الارتهان للمخدرات لمن يحتاجونه) استراتيجية فعالة للعدالة الجنائية..... | 10 |
| 4-4-1- الأساس المنطقي 4: العلاج كبديل للإدانة أو العقاب يسهم في تحسين الصحة العمومية والسلامة العمومية بطريقة متكاملة..... | 12 |
| 5-4-1- الأساس المنطقي 5: العلاج كبديل للإدانة أو العقاب يتماشى مع الإطار القانوني الدولي..... | 13 |
| 5-1- النتائج المستخلصة..... | 14 |
| الفصل 2- اختيار العلاج والرعاية بما يتماشى مع الإطار القانوني الدولي..... | 15 |
| 1-2- الجرائم التي يحتك بسببها المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بنظام العدالة الجنائية..... | 15 |
| 1-1-2- أمثلة على الجرائم وتدابير التصدي الممكنة وفقاً للإطار القانوني الدولي.... | 16 |

- 2-2- المبادئ التوجيهية المكرسة في الإطار القانوني الدولي بشأن علاج المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية .** 18.....
- 1-2-2- المبدأ 1- تشكل الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات شاغلاً من شواغل الصحة العمومية يتطلب تدابير تتمحور حول الصحة. وينبغي عدم معاقبة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بسبب إصابتهم بتلك الاضطرابات، بل ينبغي توفير العلاج المناسب لهم 19
- 2-2-2- المبدأ 2- ينبغي تشجيع استخدام بدائل الإدانة أو العقاب في جميع مراحل نظام العدالة الجنائية فيما يخص الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات على أساس تقييم باستخدام المعايير الثابتة 20
- 3-2-2- المبدأ 3- التناسب مطلوب في جميع مراحل العملية 21
- 4-2-2- المبدأ 4- ينبغي أن يكون التحويل إلى العلاج بموافقة مستنيرة من الجاني 22
- 5-2-2- المبدأ 5- ينبغي لدى تنفيذ بدائل الإدانة أو العقاب احترام الضمانات القانونية والإجرائية 23
- 6-2-2- المبدأ 6- ينبغي إيلاء اهتمام خاص للفئات الخاصة ولحصولها على العلاج كبديل للإدانة أو العقاب لتجنب التمييز 25
- 7-2-2- المبدأ 7- لا يجوز حرمان السجناء المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من حقهم في الصحة، ولهم الحق في الحصول على نفس مستوى العلاج المتاح لعامة السكان 26
- 3-2- إعمال الإطار القانوني الدولي ضمن الإطار القانوني الوطني لكل بلد على حدة** 26.....
- 1-3-2- تنسيق منظورات قطاعي الصحة والعدالة لتوفير العلاج كبديل للإدانة أو العقاب 27
- 2-3-2- درجة السلطة التقديرية للتحويل إلى العلاج والرعاية ومراحل استخدام تلك السلطة 27
- 3-3-2- دور الجهات الفاعلة القضائية في عمليات التحويل إلى العلاج في مختلف النظم القانونية 29
- 4-2- النتائج المستخلصة 30
- الفصل 3- علاج ورعاية الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات ...** 31
- 1-3- تصنيف الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات 31
- 2-3- فحص وتقييم الحالة الصحية للمصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية 32
- 1-2-3- نقاط الاعتراض المناسبة لإجراء عمليات الفحص والتقييم في نظام العدالة الجنائية 32

| | |
|---------|--|
| 34..... | 3-3- علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات |
| 35..... | 3-3-1- إدارة التعاطي الضار للمخدرات |
| 36..... | 3-3-2- علاج الارتهاان للمخدرات |
| 38..... | 3-4- النتائج المستخلصة |
| 39..... | الفصل 4- خيارات التحويل إلى العلاج كبديل للإدانة أو العقاب |
| 39..... | 4-1- هناك طائفة واسعة من خيارات التحويل في نظام العدالة الجنائية |
| 42..... | 4-2- الإجراءات الإدارية بدلاً من العقوبات الجنائية |
| 44..... | 4-3- مرحلة ما قبل المحاكمة |
| 45..... | 4-3-1- التحذير مع التحويل إلى العلاج |
| 45..... | 4-3-2- تعليق الملاحقة القضائية، حفظ الدعوى المشروط |
| 46..... | 4-3-3- الكفالة المشروطة |
| 46..... | 4-4- مرحلة المحاكمة/إصدار الحكم |
| 47..... | 4-4-1- الحكم المؤجل بشروط |
| 47..... | 4-4-2- الحكم مع وقف التنفيذ بشروط |
| 48..... | 4-4-3- الإفراج تحت المراقبة |
| 49..... | 4-5- المحاكم/السجلات الخاصة |
| 50..... | 4-6- مرحلة ما بعد إصدار الحكم |
| 52..... | 4-7- النتائج المستخلصة |
| 53..... | الفصل 5- الخلاصة |
| 57..... | مراجع إضافية |

شكر وتقدير

تشارك في إعداد هذا المنشور مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب/المكتب المعني بالمخدرات والجريمة) ومنظمة الصحة العالمية. وقاد موظفو المكتب من العاملين في قسم الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل التابع له، بالتعاون مع زملائهم من أعضاء فريق إدارة إساءة استعمال المخدرات التابع لمنظمة الصحة العالمية، خطوات العمل في صوغه. وقد ساهم على وجه الخصوص في إعداد تلك الوثيقة الموظفون التالية أسماؤهم (بالترتيب الأبجدي): إليزابيث ساينز، آنا ماريا مارين ديلغادو، أنيا بوسه، جي آي (جامي) لي، سفين بفايفر، سيلسو كورازيني، غابرييلي أيلو، نيكولاس كلارك، وذلك تحت توجيه عام وإشراف شامل من (بالترتيب الأبجدي) جيلبرتو غيرا وجيوفانا كامبيلو وفاليري ليو وفلاديمير بوزنيك. وأجرى موظفون من شعبة شؤون المعاهدات بالمكتب، ومنهم بالأخص جون براندولينو وشياهنغ لي وكاثرين موغانغا؛ وجيوفاني غالو من مكتب المدير التنفيذي، مراجعة إضافية للنص وقدموا تعليقات عليه.

ويود مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية أن يعربا عن تقديرهما للشخصيات والجهات التالية لما قدمته من مساهمة قيّمة في عملية صياغة هذا المنشور:

- جميع الدول الأعضاء التي ردت على مذكرة شفوية أصدرها المكتب وقدمت معلومات عن النهج الذي تتبعه في علاج المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية كبديل عن الإدانة أو العقاب
- منظمة الدول الأمريكية/لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات، والاتحاد الأفريقي، والمركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان
- شارلوت كولمان التي ساعدت، كخبيرة ومستشارة، في إعداد هذا المنشور ووضعت مسودة له
- جميع الخبراء الوطنيين والإقليميين وخبراء المجتمع المدني الذين شاركوا في الاجتماعات التي عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر 2016 وتشرين الأول/أكتوبر 2017 وقدموا مساهمات قيمة في هذا المنشور، وهم (بالترتيب الأبجدي): أبو سي، أليسندرا فيفيانو، آنا صوفيا دوس سانتوس سيلفا، أنطونيو لومبا، أوجو أغوموه، باتاراواي وايابات، بامبلا رودريغيز، بانكا بانوران، بيتاك أوبسون، بيترو كانوزي، تاتيانا غريشانايا، تيموثي ماكسوني، جوزيبي كارا، جيسون بين، جين ماري أونغولو، دان بوغدان غيورغي، دعاء أحمد الفياض، دوك كو نغوين، ديفيد باسانغوا، ديفيد فارابي، رافيندرا فرناندو، رحاب شبو، روجر بيترز، رومل غارسيا، رومل مورينو مانجاريث، ريببكا جيسيمان، ريتشارد باوم، زيمين ليو، سارة لارني، سليمان كوليبالي، سونيا سبيشيا، شتيفان بولف، شريفة العمادي، عبد المبين سلطانخيل، عمرو علي الحميدي، غابرييل فيشر، غريغوار غانسو، فتحية شبو، فريد بينافيدس، فلاديمير ياكوشيف، فيكناسينغنام بالاسينغام، كاتالينا درولمان، كارسون فوكس، كانا هاياشي، ليسبت فاندام، مارسيل مارليتا، مارغريت تروتية، مانا ياماموتو، مبارك سالم الجماني، مروة أوزجان، ميرا كوفاسيفيتش، ناصر لوزة، ناندا أونغ وان، نيكولا سينغلتون، هاينو ستوفر، هومير فنترز، هيكتور دياز، يفغيني بريون. وإضافةً إلى ذلك، شارك الخبراء التالية أسماؤهم بصفة مراقبين في الاجتماعات: أحمد الزعابي، إليزابيث فيريل ألفاريز، آنا نازاروفا، جوزيف ديونو، جوناتان إنغيرر، ريكاردو مارتينيز كوفاروبياس، سكوت هاريس، عبد العزيز عثمان عبد الرحمن، محمد عيال الشمري، وليام واسون، يوليا كالينينا
- موظفو مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية في المكاتب الميدانية والأقسام الفنية في المقر، وكذلك الخبراء في جميع أنحاء العالم، لما قدموه من مدخلات فنية

مقدمة

أعدت هذه المبادرة في ضوء جملة اعتبارات، منها قرار لجنة المخدرات 5/58، المعنون "دعم التعاون بين سلطات الصحة العمومية وسلطات العدالة في السعي إلى اتخاذ تدابير بديلة عن الإدانة أو العقوبة في الحالات المناسبة من الجرائم البسيطة المتصلة بالمخدرات". وقد دعت اللجنة في ذلك القرار مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب/المكتب المعني بالمخدرات والجريمة) إلى أن يوفّر، بالتشاور مع الدول الأعضاء ومع المنظمات الدولية والإقليمية المعنية الأخرى، حسب الاقتضاء، مبادئ توجيهية و/أو أدوات بشأن التعاون بين سلطات العدالة وسلطات الصحة فيما يتعلق بالتدابير البديلة عن الإدانة أو العقوبة في الحالات المناسبة من الجرائم البسيطة المتصلة بالمخدرات.

واستجابة لذلك القرار، أطلق المكتب ومنظمة الصحة العالمية مبادرة "علاج ورعاية المصابين بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية: بدائل الإدانة أو العقاب" في الدورة التاسعة والخمسين للجنة المخدرات في عام 2016. وتهدف هذه المبادرة إلى تعزيز المعرفة بالتدابير البديلة للإدانة أو العقاب، وكذلك تعزيز فهمها ونطاقها وإمكانية اتخاذها. وتماشياً مع الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات⁽¹⁾ وغيرها من الصكوك الدولية ذات الصلة، بما في ذلك معاهدات حقوق الإنسان ومعايير الأمم المتحدة وقواعدها في مجال منع الجريمة والعدالة الجنائية⁽²⁾، تستكشف المبادرة خيارات التحويل إلى العلاج فيما يخص المصابين باضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية.

في إطار تلك المبادرة، أعد المكتب ومنظمة الصحة العالمية هذا المنشور عن علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات كبداية للإدانة أو العقاب.

والغرض من هذا المنشور هو أن يكون مرجعاً تمهيدياً يعرض ما هو متاح أمام الدول من خيارات في هذا الشأن تتماشى مع الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات وغيرها من الصكوك الدولية ذات الصلة. وينصب تركيز المنشور على توفير معلومات عملية لصانعي السياسات والعاملين في مجالات العدالة والصحة وغيرهم من الممارسين لتحديد نطاق المشكلة في مجتمعاتهم المحلية، والموارد التي يمكن استخدامها لمعالجة المشكلة، والتغرات التي يلزم سدها، والنهج العملية للمضي قدماً.

⁽¹⁾ الاتفاقيات الدولية الثلاث لمراقبة المخدرات هي: الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972، واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971، واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988.

⁽²⁾ سيشار إلى هذه الصكوك في جميع أجزاء هذا المنشور، وهي تشمل العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية؛ وقواعد الأمم المتحدة الدنيا النموذجية للتدابير غير الاحتجاجية (قواعد طوكيو)؛ وقواعد الأمم المتحدة لمعاملة السجينات والتدابير غير الاحتجاجية للمجرمات (قواعد بانكوك). وللإطلاع على مجموعات من الصكوك ذات الصلة، انظر المعاهدات الدولية الأساسية لحقوق الإنسان (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.14.XIV.1)، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، خلاصة وافية لمعايير الأمم المتحدة وقواعدها في مجال منع الجريمة والعدالة الجنائية (فيينا، 2016).

ويهدف هذا المنشور إلى توفير معلومات مناسبة لصانعي السياسات حول الدواعي المنطقية لتوفير العلاج والرعاية للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية وحول الممارسات المتنوعة في هذا الشأن. كما أنه يرمي إلى مساعدة الجهات الفاعلة في مجال العدالة الجنائية على فهم آليات العلاج ومساعدة الجهات الفاعلة في مجال العلاج على فهم آليات عمل نظام العدالة الجنائية. والأهم من ذلك أنه يصف الفرص المتاحة للمواءمة بين نظم علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات ونظم العدالة الجنائية، ويساعد القراء على فهم وجهات النظر المتعددة الممكنة حول ذلك التعاون.

ونظراً لاختلاف الجرائم الجنائية، واختلاف طبيعة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، والاختلافات بين النظم القانونية والصحية في مختلف البلدان، فإنه يتعذر إعداد قائمة كاملة بكل التدابير الممكنة. كما أن ذلك ليس هو القصد من هذا المنشور الذي يهدف إلى إرساء إطار لوضع خيارات لتوفير العلاج والرعاية كبديل للإدانة أو العقاب تكون فعالة من المنظورين الأمني والصحي على السواء، وبما يتماشى مع الإطار القانوني الدولي والمبادئ ذات الصلة. ويمكن قراءة هذه الوثيقة بالاقتران بمنشورات أخرى صادرة عن المنظمات الدولية ذات الصلة، ترد أسماؤها في قائمة المراجع الإضافية في نهاية هذا المنشور. ويتألف هذا المنشور من خمسة فصول:

1 الفصل 1 يحدد نطاق المشكلة وأسباب النظر في توفير العلاج كبديل للإدانة أو العقاب.

2 الفصل 2 يناقش الأساس المنطقي لتعزيز البدائل العلاجية للإدانة أو العقاب ضمن الإطار القانوني الدولي.

3 الفصل 3 يقدم موجزاً للعناصر الرئيسية والممارسات القائمة على الأدلة ذات الصلة بخدمات علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، بما في ذلك الفحص والتقييم. كما يتضمن لمحة عامة عن التدخلات العلاجية الفعالة فيما يخص الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات.

4 الفصل 4 يحدد خيارات التحويل إلى العلاج كبديل للإدانة أو العقاب أو إضافة إليهما.

5 الفصل 5 يمثل خاتمة تورد المبادئ الرئيسية للعلاج كبديل للإدانة أو العقاب.

ويتضمن كلٌّ من الفصول من 1 إلى 4 قسماً بعنوان "النتائج المستخلصة"، يلخص الرسائل الرئيسية للفصل والتدابير التي يمكن أن يتخذها كل المعنيين بوضع بدائل للإدانة أو العقاب.

وقد حُدد نطاق هذا المنشور على النحو التالي:

1- يركز هذا المنشور تحديداً على المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية الذين قد يستفيدون من التحويل من نظام العدالة الجنائية إلى خدمات العلاج من الارتهان للمخدرات ويكونون مؤهلين لذلك. وعليه، فإن هذا المنشور يركز على بدائل الإدانة أو العقاب التي يكون فيها العلاج من المخدرات هو العنصر الرئيسي ويُستبعد خلالها الجناة من نظام العدالة الجنائية. وتُستبعد من هذا المنشور البدائل التي لا تتطوي على العلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. ولا يركز هذا المنشور بشكل رئيسي على العلاج داخل السجون.

- 2 لا يشكل ذكر أي أمثلة معينة على طرائق العلاج أو ممارسات الرعاية تزكية لطرائق أو ممارسات محددة.
- 3 يركز هذا المنشور تحديداً على البالغين المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية. وهو لا يتناول الأطفال أو المراهقين (من تقل أعمارهم عن 18 عاماً)، تسليماً بأن المعايير والقواعد الدولية تشترط اتباع أطر متخصصة ونهج مناسبة للسن فيما يخص الأطفال أو المراهقين المتصادمين مع القانون تعطي الأولوية للتدابير البديلة للإجراءات القضائية الرسمية.
- 4 على الرغم من أن احتياجات فئات محددة (مثل الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الصحة العقلية المصاحبة للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، والأشخاص ذوي الإعاقة الإدراكية والذهنية، والأقليات العرقية والإثنية، والنساء، ولا سيما الحوامل)، هي من الشواغل الرئيسية، فإن إجراء مناقشة متعمقة لتلك الاحتياجات يتجاوز نطاق هذا المنشور.
- 5 يشير تعبير "تعاطي المخدرات" إلى تعاطي المواد الخاضعة للمراقبة بموجب الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات. والكحول غير مشمول، ما لم يكن يُتعاطى بالاقتران بمواد خاضعة للمراقبة. ومع ذلك، قد تنطبق مبادئ ونهج مماثلة لتلك التي نوقشت في هذا المنشور على الجرائم التي يرتكبها أشخاص واقعون تحت تأثير الكحول أو مصابون باضطرابات أخرى ناشئة عن تعاطي المخدرات.
- 6 يتناول هذا المنشور أساساً البدائل التي تتيح إحالة الجاني إلى العلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بناء على اختياره، بحيث يظل قرار الخضوع للعلاج بيده.

الفصل 1-1

نطاق المشكلة وأسباب النظر في توفير العلاج كبديل للإدانة أو العقاب

1-1-1 تعاطي المخدرات والاضطرابات الناشئة عنه

وفقاً لما جاء في تقرير المخدرات العالمي 2019،⁽³⁾ تعاطى نحو 5,5 في المائة من السكان البالغين في العالم المخدرات⁽⁴⁾ مرة واحدة على الأقل في عام 2017. وعلى الصعيد العالمي، يعاني 11 في المائة من هؤلاء من الارتهاان للمخدرات ويمكن أن يستفيدوا من العلاج. وهناك عدة اختلافات من بلد إلى آخر فيما يتعلق بانتشار تعاطي المخدرات واتجاهاته.⁽⁵⁾ فالقنب، وهو أكثر المخدرات تعاطياً في جميع أنحاء العالم، زاد تعاطيه في أجزاء من أمريكا الشمالية والجنوبية، بينما يشهد تعاطيه تراجعاً أو استقراراً في أجزاء من أوروبا. ويزداد تعاطي الأمفيتامينات، ولا سيما الميثامفيتامين، في أمريكا الشمالية وأوقيانوسيا ومعظم مناطق آسيا. ولا يزال تعاطي الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين ("الإكستاسي") مرتفعاً في أوقيانوسيا - ولا سيما في أستراليا ونيوزيلندا - وأوروبا وأمريكا الشمالية، ويتزايد تعاطيه في غرب أوروبا ووسطها. وتوجد معدلات عالية لانتشار تعاطي الكوكايين في أمريكا الشمالية وغرب أوروبا ووسطها وأوقيانوسيا. ولا يزال تعاطي المؤثرات الأفيونية مصدر قلق في العديد من البلدان، ولا سيما في أمريكا الشمالية، حيث أدى، إلى جانب الزيادة في تعاطي الفنتانيل على وجه التحديد، إلى زيادة في الاعتلال والوفيات المتصلة بالمؤثرات الأفيونية. كما توجد دلائل على حدوث زيادة مؤخراً في تعاطي الهيروين في مناطق من غرب أوروبا ووسطها. ومقارنةً بتعاطي المخدرات في أوساط الرجال، لا يزال تعاطي القنب والكوكايين والأمفيتامين منخفضاً عموماً في أوساط النساء. وفي المقابل، فإن احتمال تعاطي عقاقير الوصفات الطبية، وخصوصاً المؤثرات الأفيونية والمهدئات الموصوفة طبياً، أكبر لدى النساء منه لدى الرجال.⁽⁶⁾ وفي عام 2015، كانت المؤثرات الأفيونية والقنب عقاقير التعاطي الرئيسية في أوساط من يتلقون العلاج.⁽⁷⁾ وتُظهر البيانات المتعلقة بعدد الأشخاص الذين يلتمسون العلاج لأول مرة اتجاهات متصاعدة في الاضطرابات ذات الصلة بالمؤثرات الأفيونية في أمريكا الشمالية والجنوبية، وكذلك في شرق أوروبا وجنوب شرقها، حيث بلغت نسبة الأشخاص، الذين يلتمسون العلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المؤثرات الأفيونية لأول مرة، حوالي ثلث مجموع الأشخاص الذين يعالجون من تلك الاضطرابات. أما

⁽³⁾ تقرير المخدرات العالمي 2019: لمحة عامة عن الطلب على المخدرات وعرضها على الصعيد العالمي (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فيينا، 2019، الكتيب الثاني).

⁽⁴⁾ المواد الخاضعة للمراقبة بموجب الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات.

⁽⁵⁾ تقرير المخدرات العالمي 2017: لمحة عامة على الصعيد العالمي عن الطلب على المخدرات وعرضها: أحدث الاتجاهات والقضايا الشاملة (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فيينا، 2017، الكتيب الثاني).

⁽⁶⁾ المرجع نفسه.

⁽⁷⁾ يتراوح العلاج بين التدخلات القصيرة في عيادة خارجية وخطة علاجية أكثر شمولية تضم علاج علل أخرى مصاحبة في عيادة خارجية أو داخل المستشفيات (تقرير المخدرات العالمي 2017: لمحة عامة على الصعيد العالمي عن الطلب على المخدرات وعرضها).

نسبة من يلتزمون العلاج للمرة الأولى من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي القنب في جميع أنحاء العالم، فلا تزال مرتفعة، حيث يمثلون أكثر من نصف الأشخاص الذين يعالجون من تلك الاضطرابات.⁽⁸⁾ وبصفة عامة، لا تمثل النساء سوى خمس متلقي العلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات على الرغم من أن ثلث متعاطي المخدرات هم من النساء.

وهناك نحو 12 مليون شخص في العالم يتعاطون المخدرات بالحقن، ثمنهم (1,6 مليون) مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية، وأكثر من نصفهم (6,1 ملايين) مصاب بالتهاب الكبد من النوع C.⁽⁹⁾ وعلاوة على ذلك، وجدت الدراسات أن الأشخاص الذين يتناولون المنشطات بالحقن يمارسون بدرجة أكبر أشكالاً تنطوي على مخاطر عالية من السلوك الجنسي، مما يؤدي إلى ارتفاع خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية مقارنةً بمن يتعاطون الأفيونيات بالحقن.⁽¹⁰⁾ وفي عام 2015، مثلت الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات 17 مليوناً من سنوات العمر الصحية المفقودة في جميع أنحاء العالم بسبب الوفاة المبكرة والعجز.⁽¹¹⁾ ويعزى جزء كبير من تلك الخسارة إلى الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المؤثرات الأفيونية، وإن كان هناك قدر متزايد يعزى إلى الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الأمفيتامينات والكوكايين.⁽¹²⁾

1-2- تحقيق التوازن بين تدابير العدالة الجنائية وتدابير الرعاية الصحية للتصدي لتعاطي المخدرات

على الرغم من تنوع الخيارات الفعالة للعلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، فإن نطاق المشمولين بالعلاج على الصعيد العالمي ضيق. ووفقاً لتقديرات المكتب،⁽¹³⁾ لا يحصل على العلاج سوى سدس من يحتاجونه، ويقدر أن أقل من 10 في المائة من المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات يتلقون العلاج في العديد من البلدان.⁽¹⁴⁾

وعلى الصعيد العالمي، يُقدَّر أن ثلث السجناء تعاطوا مادة غير مشروعة في مرحلة ما أثناء وجودهم في السجن (متوسط انتشار في مرحلة ما من العمر بنسبة 32,6 في المائة، استناداً إلى البيانات المستقاة من 32 دراسة)، حيث أبلغ ما نسبته 20 في المائة عن التعاطي في العام السابق (متوسط الانتشار في العام السابق استناداً إلى 45 دراسة)، وأبلغ ما نسبته 16 في المائة عن التعاطي في الوقت الحالي (متوسط الانتشار في الشهر السابق استناداً إلى 17 دراسة).⁽¹⁵⁾ ويقدر أن المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات يشكلون نسبة كبيرة من السجناء في كثير من البلدان. وفي حين أن العقوبات الجنائية تردع بلا شك بعض الناس عن تعاطي المخدرات، فإن المصابين باضطرابات أشد بسبب تعاطي المخدرات يكونون غير عابئين نسبياً بخطر التعرض لعقوبات جنائية، كما أن ارتفاع معدلات الحبس لم يؤد إلى انخفاض مستوى تعاطي المخدرات في المجتمع المحلي. وفي الوقت نفسه، تترتب على الحبس عواقب سلبية للغاية على المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات وأسرههم ومجتمعاتهم المحلية، ويمكن أن يؤدي الحبس إلى تفاقم الظروف الصحية والاجتماعية الكامنة وراء تعاطي المخدرات. وتبحث الحكومات بصورة متزايدة عن سبل لزيادة عدد من يتلقون علاجاً فعالاً من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وإلى خفض عدد المسجونين.

⁽⁸⁾ تقرير المخدرات العالمي 2019: لمحة عامة عن الطلب على المخدرات وعرضها على الصعيد العالمي.

⁽⁹⁾ المرجع نفسه.

⁽¹⁰⁾ تقرير المخدرات العالمي 2016 (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فيينا، 2016).

⁽¹¹⁾ تقرير المخدرات العالمي 2017: لمحة عامة على الصعيد العالمي عن الطلب على المخدرات وعرضها.

⁽¹²⁾ المرجع نفسه.

⁽¹³⁾ تقرير المخدرات العالمي 2015 (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فيينا، 2015).

⁽¹⁴⁾ World Health Organization (WHO), Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders (Geneva, 2010).

⁽¹⁵⁾ تقرير المخدرات العالمي 2017: لمحة عامة على الصعيد العالمي عن الطلب على المخدرات وعرضها.

وعندما يحتك مصاب باضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات بنظام العدالة الجنائية، فإن ذلك يتيح فرصة لتشجيع ذلك المصاب على تلقي العلاج المناسب. ويمكن القيام بذلك إما عن طريق تيسير الإحالة إلى العلاج، أو عن طريق عملية تفاعل بين نظام العدالة الجنائية ونظام الرعاية الصحية تتاح بموجبها للمصاب باضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات فرصة تلقي العلاج، مع العلم أن تدابير نظام العدالة الجنائية تختلف تبعاً لما إذا كان المصاب باضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات سيأخذ بخيار العلاج أم لا، وتبعاً للأسباب التي جعلت المصاب باضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات يحتك بنظام العدالة الجنائية. وتتوخى الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات عملية تيسير العلاج كبديل للإدانة أو العقاب (أو كإضافة إلى الإدانة أو العقاب)، وإن لم تكن تلك العملية مطبقة على الصعيد العالمي.

3-1- السجناء واكتظاظ السجون

كثيراً ما يواصل متعاطو المخدرات تعاطي المخدرات أثناء وجودهم في السجن، وقد يبدأ سجناء آخرون في تعاطيها بالحقن أو بطرائق أخرى أثناء وجودهم في السجن.⁽¹⁶⁾ ويتزايد عدد السجناء في جميع أنحاء العالم، وهو ما يلقي عبئاً مالياً هائلاً على الحكومات ويقوض إلى حد كبير التماسك الاجتماعي للمجتمعات. وتشير التقديرات إلى أن عدد نزلاء المؤسسات العقابية في شتى أرجاء العالم، بمن في ذلك السجناء المحكوم عليهم والمحتجزون قيد المحاكمة، قد بلغ في أيلول/سبتمبر 2018 أكثر من 10,7 ملايين شخص.⁽¹⁷⁾ وهذا يعني أن 145 شخصاً من كل 100 ألف شخص في جميع أنحاء العالم كانوا في السجن في ذلك الوقت.⁽¹⁸⁾ وزاد عدد السجناء في 54 في المائة من البلدان والأقاليم بين عامي 2013 و2015.⁽¹⁹⁾ ومنذ عام 2000 تقريباً، زاد مجموع السجناء في العالم بنسبة 24 في المائة.⁽²⁰⁾ وفي حين أن النساء لا يشكلن سوى نسبة 6,9 في المائة من السجناء في العالم، فقد زاد عدد السجينات بنسبة 53 في المائة منذ عام 2000، في حين زاد عدد السجناء بنحو 20 في المائة في ذلك الوقت.⁽²¹⁾ وتتسم معدلات الحبس⁽²²⁾ بالتفاوت الكبير بين مناطق العالم، بل وبين الأجزاء المختلفة للمنطقة الواحدة. فعلى سبيل المثال، يبلغ المعدل الوسطي للحبس 53 شخصاً لكل 100 ألف شخص لدى بلدان غرب أفريقيا، بينما يبلغ 244 شخصاً لكل 100 ألف شخص لدى بلدان الجنوب الأفريقي؛ ويبلغ المعدل الوسطي 233 شخصاً لكل 100 ألف شخص لدى بلدان أمريكا الجنوبية، و316 شخصاً لكل 100 ألف شخص لدى بلدان أمريكا الوسطى؛ ويبلغ 88 شخصاً لكل 100 ألف شخص لدى بلدان جنوب آسيا (شبه القارة الهندية أساساً)، بينما يبلغ 160,5 شخصاً لكل 100 ألف شخص لدى بلدان آسيا الوسطى؛ ويبلغ 81 شخصاً لكل 100 ألف شخص لدى بلدان أوروبا الغربية؛ ويبلغ 268 شخصاً لكل 100 ألف شخص لدى البلدان الممتدة عبر أوروبا وآسيا. وفي أوقيانوسيا، يبلغ المعدل الوسطي 182,5 شخصاً لكل 100 ألف شخص.⁽²³⁾

⁽¹⁶⁾ المرجع نفسه.

⁽¹⁷⁾ Roy Walmsley, "World prison population list", 12th ed. (London, Institute for Criminal Policy Research, 2018).

⁽¹⁸⁾ المرجع نفسه.

⁽¹⁹⁾ Roy Walmsley, "World prison population list", 11th ed. (London, Institute for Criminal Policy Research, 2016), and Roy

⁽²⁰⁾ Walmsley, "World prison population list", 10th ed. (London, International Centre for Prison Studies, 2013).

⁽²¹⁾ Walmsley, "World prison population list", 12th ed.

⁽²²⁾ Walmsley, "World prison population list", 11th ed.

⁽²³⁾ تشير معدلات الحبس إلى عدد السجناء لكل 100 ألف شخص من عامة السكان. انظر أيضاً مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، سلسلة كتيبات العدالة الجنائية (فيينا، 2013).

⁽²³⁾ Roy Walmsley, "World prison population list", 12th ed.

وقد بينت دراسات عديدة أن تعاطي المخدرات، بما فيه تعاطيها بالحقن، واسع الانتشار في العديد من السجون، التي يشيع فيها التشارك في الإبر والمحاقن. وممارسات الحقن غير المأمونة في السجون، التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، من العوامل التي تزيد احتمالات إصابة متعاطي المخدرات بالحقن بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق استعمال الإبر والمحاقن الملوثة.⁽²⁴⁾ وعلى الصعيد العالمي، يعاني ما يُقدَّر بنسبة 2,8 في المائة (من 2,05 إلى 3,65 في المائة) من السجناء من الإصابة بالسل النشط، وتوجد أعلى معدلات الإصابة به في شرق أوروبا ووسط آسيا (4,9 في المائة) وشرق أفريقيا والجنوب الأفريقي (5,3 في المائة). ومقارنةً بعموم السكان، فإن احتمالات إصابة متعاطي المخدرات في السجن بالسل أكبر بسبب تعودهم على تعاطي المخدرات ووجودهم في بيئة مغلقة تجعلهم أكثر عرضة لخطر العدوى.⁽²⁵⁾

1-4- الأساس المنطقي للعلاج كبديل للإدانة أو العقاب

1-4-1- الأساس المنطقي 1: كثير من المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات يحتكون بنظام العدالة الجنائية، وكثير من المحتكين بنظام العدالة الجنائية لديهم تاريخ سابق في تعاطي المخدرات والإصابة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات

هناك علاقة دينامية بين تعاطي المخدرات والإجرام.⁽²⁶⁾ وبسبب تلك العلاقة، يحتك كثير من المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بنظام العدالة الجنائية. ويستكشف هذا المنشور سبل توفير العلاج للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية كبديل للإدانة أو العقاب في إطار مسعى شامل في مجالي الصحة والعدالة للتصدي لهذه المشكلة. ويتماشى هذا النهج مع الممارسات الطبية الجيدة، وهو يساعد على الحد من اكتظاظ السجون، مما يسهم في تحسين الصحة العمومية والسلامة العمومية بما يتماشى مع المعايير والأدوات القانونية والطبية الدولية. ولقد سبق لعدد كبير من متعاطي المخدرات أن ارتكبوا جرائم.⁽²⁷⁾ وتكشف البحوث أيضاً أن معدلات تعاطي المخدرات (والإصابة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطيها) لدى الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية أعلى مقارنةً بعمامة السكان. وعلى الرغم من وجود اختلافات بين المناطق والبلدان وأنواع المخدرات والجرائم المرتكبة، فإن تلك العلاقة بين تعاطي المخدرات ونظام العدالة الجنائية موجودة في جميع أنحاء العالم،⁽²⁸⁾ في أوساط متعاطي المخدرات والمحتكين بنظام العدالة الجنائية على السواء، في كل مرحلة من مراحل نظام العدالة الجنائية.⁽²⁹⁾

⁽²⁴⁾ تقرير المخدرات العالمي 2017: لمحة عامة على الصعيد العالمي عن الطلب على المخدرات وعرضها.

⁽²⁵⁾ المرجع نفسه.

⁽²⁶⁾ Mike Hough, "Drug user treatment within a criminal justice context", *Substance Use and Misuse*, vol. 37, Nos. 8–10 (2002), pp. 985–996.

⁽²⁷⁾ David Best and others, "Crime and expenditure amongst polydrug misusers seeking treatment: the connection between prescribed methadone and crack use, and criminal involvement", *British Journal of Criminology*, vol. 41, No. 1 (January 2001), pp. 119–126; Celia C. Lo and Richard Stephans, "Drugs and prisoners: treatment needs on entering prison", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 26, No. 2 (May 2000), pp. 229–245; Martin Grann and Seena Fazel, "Substance misuse and violent crime: Swedish population study", *British Medical Journal*, vol. 328 (May 2004), pp. 1233–1234.

⁽²⁸⁾ Trevor Bennett and Katy Holloway, *Drug Use and Offending: Summary Results of the First Two Years of the NEW-ADAM Programme*, Carole Byron, ed., Findings No. 179 (London, Home Office, Research, Development and Statistics Directorate, 2004); Mark Simpson, "The relationship between drug use and crime: a puzzle inside an enigma", *International Journal of Drug Policy*, vol. 14, No. 4 (August 2003), pp. 307–319; Alex Stevens, "When two dark figures collide: evidence and discourse on related crime", *Critical Social Policy*, vol. 27, No. 1 (February 2007), pp. 77–99.

⁽²⁹⁾ Trevor Bennett, Katy Holloway and David Farrington, "The statistical association between drug misuse and crime: a analysis", *Aggression and Violent Behavior*, vol. 13, No. 2 (March/April 2008), pp. 107–118.

وقد خلصت دراسات أُجريت في أستراليا وكندا والولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا إلى أن أكثر من 60 في المائة من المقبوض عليهم⁽³⁰⁾ ثبت تعاطيهم⁽³¹⁾ لنوع واحد على الأقل من المخدرات وقت إلقاء القبض عليهم.⁽³²⁾ وإضافةً إلى ذلك، ومقارنةً بعامّة السكان، فإن نسبة عالية نسبياً من الأشخاص المفرج عنهم الخاضعين للمراقبة في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة يتعاطون المخدرات.⁽³³⁾ وقد وجدت تلك الدراسات أيضاً أن معدلات تعاطي المخدرات مرتفعة في أوساط السجناء.⁽³⁴⁾ وقد قدر المكتب، بناءً على بيانات مستمدة من 74 بلداً، أن عدد السجناء المدانين بجرائم تتعلق بالاستهلاك الشخصي للمخدرات يمثلون ما نسبته 18 في المائة من نزلاء السجون في العالم.⁽³⁵⁾ وبينما تختلف النسبة المئوية الدقيقة حسب البلد، فإن النسبة المئوية الشاملة للأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية، بمن فيهم السجناء، الذين يتعاطون المخدرات أعلى من مثيلاتها بين عامة السكان.

وقد يتورط المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات في ارتكاب أنواع مختلفة من الجرائم، مثل حيازة المخدرات الخاضعة للمراقبة أو شرائها أو زراعتها لأغراض الاستهلاك الشخصي غير الطبي، والجرائم المتصلة بعرض المخدرات، وغير ذلك من أنواع السلوك التي يُتوقع من الدول الأطراف أن تجرّمها عملاً بالاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات.⁽³⁶⁾ كما أنهم قد يضلعون في جرائم مثل النهب والسرقة والاعتداء والسطو والجرائم الأكثر خطورة التي يدفع إلى ارتكابها تعاطي المخدرات والاضطرابات الناشئة عن تعاطيها كعاملين أصليين.⁽³⁷⁾

ووفقاً للتصنيف الذي وضعه غولدشتاين،⁽³⁸⁾ يمكن تقسيم الجرائم ذات الصلة إلى جرائم صيدلانية نفسانية، وجرائم اقتصادية قهرية، وجرائم نظامية. أما الجرائم الصيدلانية النفسية فهي جرائم تُرتكب تحت تأثير المخدرات،⁽³⁹⁾ مثل السلوك العنيف⁽⁴⁰⁾ والجرائم العنيفة ضد الممتلكات.⁽⁴¹⁾ والجرائم الاقتصادية القهرية هي جرائم ضد الممتلكات تُرتكب لتمويل تعاطي المخدرات. وهي ترتبط في معظمها بالتعاطي غير المشروع

⁽³⁰⁾ الجناة المشتبه بهم الذين قبضت عليهم الشرطة.

⁽³¹⁾ عادةً ما يكشف اختبار تحليل البول عن تعاطي المخدرات الخاضعة للمراقبة (القنب والأفيونيات والكوكايين والأمفيتامينات والبنزوديازيبينات والميثادون).

⁽³²⁾ Alex Stevens and others, *Summary Literature Review: The International Literature on Drugs, Crime and Treatment* (Canterbury, University of Kent, European Institute of Social Services, 2003); Jacqueline Fitzgerald and Marilyn Chilvers, "Multiple drug use among police detainees", *Contemporary Issues in Crime and Justice*, No. 65 (January 2002); Bennett and Holloway, *Drug Use and Offending*.

⁽³³⁾ Stevens and others, *Summary Literature Review*.

⁽³⁴⁾ Lo and Stephans, "Drugs and prisoners: treatment needs on entering prison"; Stevens, "When two dark figures collide".

⁽³⁵⁾ تقرير المخدرات العالمي 2016.

⁽³⁶⁾ تجدر الإشارة إلى أن اتفاقية سنة 1988 تلزم الدول الأطراف بتجريم عرض المخدرات (الفقرة 1 من المادة 3)، في حين أن اشتراط تجريم حيازة المخدرات أو شرائها أو زراعتها للاستهلاك الشخصي يخضع للمبادئ الدستورية والنظام القانوني للدولة الطرف (الفقرة 2 من المادة 3). وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن استهلاك المخدرات في حد ذاته ليس من بين أنواع السلوك التي يُتوقع من الدول الأطراف أن تجرّمها عملاً بالاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات.

⁽³⁷⁾ الوثيقة A/CONF.213/3، الفقرة 34.

⁽³⁸⁾ Paul J. Goldstein, "The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework", *Journal of Drug Issues*, vol. 15, No. 4 (October 1985), pp. 493–506.

⁽³⁹⁾ فيما يتعلق بالمخدرات غير المشروعة، لاحظت دراسات مختلفة الارتباط بين الأثر الصيدلاني النفسي لبعض العقاقير غير المشروعة (الكوكايين، والفينيسكلدين، والأمفيتامينات، وبعض المهلوسات، والمسكنات) والسلوك العنيف. وخلصت دراسة أُجريت على الجناة الذين ارتكبوا جرائم عنيفة ضد الممتلكات إلى أن 52,8 في المائة من الجناة أهدوا بأنهم كانوا تحت تأثير المخدرات غير المشروعة وقت ارتكابهم الجريمة.

⁽⁴⁰⁾ Joseph B. Kuhns and Tammatha A. Clodfelter, "Illicit drug-related psychopharmacological violence: the current understanding within a causal context", *Aggression and Violent Behavior*, vol. 14, No. 1 (February 2009), pp. 69–78; Ashwin A. Patkar and others, "Relationship of disinhibition and aggression to blunted prolactin response to meta-chlorophenylpiperazine in cocaine-dependent patients", *Psychopharmacology*, vol. 185, No. 1 (March 2006), pp. 123–132; Organization of American States (OAS), Inter-American Drug Abuse Control Commission, *Exploring the Relationship between Drugs and Crime: A Comparative Analysis of Survey Data from Prisoners in four Caribbean Countries—Dominica, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, and Saint Vincent and the Grenadines* (Washington D.C., 2012).

⁽⁴¹⁾ David Indermaur, *Violent Property Crime*, Australasian Studies in Criminology Series (Sydney, Federation Press, 1995).

للمخدرات الخاضعة للمراقبة والخوف من التعرض لأعراض الانسحاب بسبب التوقف عن تعاطي المخدرات، وهي كثيراً ما ترتبط بالتشرد والإقصاء الاجتماعي.⁽⁴²⁾ وتدعم البحوث هذه النظرية.⁽⁴³⁾ ولا سيما البحوث التي تركز على الصلة بين تعاطي الأفيونيات والجرائم المدرة للدخل.⁽⁴⁴⁾ والجرائم النظامية هي جرائم مرتبطة بالتفاعلات السلبية لسوق المخدرات غير المشروعة مع قوى العرض والطلب. وتُرتكب هذه الجرائم لأسباب تتعلق بتعاطي المخدرات وتوزيعها وعرضها.⁽⁴⁵⁾ وتشمل هذه الفئة، في جملة أمور، السرقة فيما يتعلق بصفقة فاشلة (تتعلق بنوعية المنتج أو كميته)، أو الصفقات الاحتيالية، أو سرقة الكهرباء لتغذية مزرعة ناشئة لإنتاج القنب، أو المنازعات على الأراضي بين تجار المخدرات المتنافسين، وكذلك جرائم الاعتداء والقتل المرتكبة في إطار الترتيبات الهرمية للمتجرين.

وقد ترتبط أنواع مختلفة من المخدرات بعدة مظاهر للإجرام. فعلى سبيل المثال، كثيراً ما تكون الجرائم الاقتصادية القهرية عبارة عن جرائم ضد الممتلكات يرتكبها أشخاص يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المؤثرات الأفيونية. والجرائم الصيدلانية النفسانية هي في معظمها جرائم عنيفة ترتبط بتسمم حاد يتراوح بين الخفيف والشديد بسبب تعاطي الكحول أو الكوكايين أو الأمفيتامينات.⁽⁴⁶⁾

1-4-2- الأساس المنطقي 2: توفير العلاج من الارتهان للمخدرات (بما في ذلك كبديل للإدانة أو العقاب) استراتيجية فعالة للصحة العامة

يُعتبر الارتهان للمخدرات مرضاً دماغياً بيولوجياً نفسياً اجتماعياً معقداً ومتعدد العوامل كثيراً ما يأخذ مجرى الاضطراب المزمن والانتكاسي. وتسهم عدة عوامل في نشأة الإصابة المرضية في عملية الإدمان، بما في ذلك: (أ) التعرض المتكرر للعقاقير ذات التأثير النفساني التي تؤثر على وظائف الدماغ؛ (ب) الاستعداد الوراثي الذي يؤثر على المزاج وسمات الشخصية، (ج) التجارب السلبية في الحياة. ويسهم كل واحد من هذه العوامل في إحداث تغييرات طويلة الأجل في وظائف الدماغ التي تشكل الأساس العصبي البيولوجي لتطور السلوك الإدماني. ويمكن وصف اضطرابات تعاطي المخدرات بتحديد موقعها على امتداد سلسلة سريرية تتراوح بين تعاطي المخدرات الضار والارتهان للمخدرات (انظر الفصل 3).

وبصفة عامة، ينبغي النظر إلى اضطرابات تعاطي المخدرات على أنها حالات تحتاج إلى الرعاية الصحية وينبغي معالجتها ضمن نظام الرعاية الصحية. ويحتاج المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات إلى

⁽⁴²⁾ Alex Stevens and others, "Quasi-compulsory treatment of drug-dependent offenders: an international literature review", *Substance Use and Misuse*, vol. 40, No. 3 (2005), pp. 269–283; Alberta Health Services, "Challenging assumptions: the association between substance use and criminal behaviour" (Edmonton: Alberta Health Services, 2009).

⁽⁴³⁾ Denise C. Gottfredson, Brook W. Kearley and Shawn D. Bushway, "Substance use, drug treatment, and crime: an individual variation in a drug court population", *Journal of Drug Issues*, vol. 38, No. 2 (April 2008), pp. 601–630.

⁽⁴⁴⁾ أشارت دراسة أوروبية إلى أن 85 في المائة من عينة من 221 من متعاطي الأفيونيات في العلاج أفادوا بأن جرائمهم (ولا سيما سرقة المتاجر والاحتيال والخداع وتجارة المخدرات) ارتكبت أساساً لتمويل تعاطيهم الشخصي للمخدرات (Jeremy Coid and others, *The Impact of Methadone Treatment on Drug Misuse and Crime*, Research Findings, No. 120 (London, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2000). وفي عام 2002، اقترت 25 في المائة من مرتكبي جرائم الممتلكات والمخدرات جرائمهم لتمويل تعاطيهم للمخدرات (Jennifer C. Karberg and Doris J. James), "Substance dependence, abuse and treatment of jail inmates, 2002" (Washington, D.C., United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, 2005). وأخيراً، أشارت دراسة أجريت على سجناء في منطقة الكاريبي إلى أن ما بين 9 في المائة و33 في المائة منهم ارتكبوا الجريمة التي سُجنوا بسببها من أجل الحصول على المخدرات لاستخدامهم الشخصي (OAS, *Exploring the Relationship between Drugs and Crime*).

⁽⁴⁵⁾ Linda A. Teplin and others, "Early violent death among delinquent youth: a prospective longitudinal study", *Pediatrics*, vol. 115, No. 6 (June 2005), pp. 1586–1593.

⁽⁴⁶⁾ Alfred S. Friedman, "Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behaviour: a review of the relevant literature", *Aggression and Violent Behaviour*, vol. 3, No. 4 (1998), pp. 339–355; Susan E. Martin and others, "Trend in alcohol use, cocaine use and crime: 1989–1998", *Journal of Drug Issues*, vol. 34, No. 2 (April 2004), pp. 333–359; Sara Markowitz, "Alcohol, drug and violent crime", *International Review of Law and Economics*, vol. 25, No. 1 (March 2005), pp. 20–44.

سلسلة من خدمات العلاج والرعاية المتعلقة بالارتهاان للمخدرات يمكن الحصول عليها بسهولة وتكلفة معقولة وتستند إلى أدلة⁽⁴⁷⁾ بما في ذلك التوعية، والفحص والتدخلات الوجيهة، والتقييم وتخطيط العلاج، وتدخلات العلاج النفسي والاجتماعي والدوائي على مستوى مرضى العيادات الخارجية والمستشفيات، والدعم المستمر من أجل التعافي من خلال إعادة التأهيل وإعادة الإدماج⁽⁴⁸⁾ ويتطلب العلاج مشاركة نظام الرعاية الصحية وقد يستفيد من مشاركة المجتمع المحلي الأوسع ونظم الدعم الاجتماعي⁽⁴⁹⁾ وبموافقة مستتيرة من الفرد الخاضع للعلاج، ينبغي أن يتولى العلاج فنيون لديهم القدر الملائم من التدريب والخبرة العملية⁽⁵⁰⁾ ويمكن علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بفعالية باستخدام مجموعة من التدخلات الصيدلانية والنفسية الاجتماعية. وقد تم اختبار فعالية غالبية هذه التدخلات باستخدام أساليب علمية وُضعت لعلاج اضطرابات طبية أخرى. وسيكون لنهج العلاج الفعالة أثر إيجابي مثل المساعدة على (أ) الحد من تعاطي المخدرات وعلاج التوق إليه، (ب) تحسين صحة المصاب به ورفاهه وأدائه الاجتماعي، (ج) الوقاية من وقوع أضرار في المستقبل من خلال الحد من مخاطر وقوع المضاعفات والانتكاسات⁽⁵¹⁾.

1-4-3- الأساس المنطقي 3: تطبيق بدائل للإدانة أو العقاب (بما في ذلك العلاج من الارتهاان للمخدرات لمن يحتاجونه) استراتيجية فعّالة للعدالة الجنائية

إن للحبس تكلفة باهظة بالنسبة إلى الأفراد والأسر والمجتمع ككل، وهو يلقي بعبء ثقيل على كاهل ميزانيات الدول. ومن الصعب حساب التكاليف المباشرة للحبس في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك بناء السجون وإدارتها، وإيواء السجناء وإطعامهم ورعايتهم، حيث تشير التقديرات السابقة إلى مبلغ سنوي قدره 62,5 مليار دولار⁽⁵²⁾ وعلاوة على ذلك، أظهرت دراسات عديدة التكاليف غير المباشرة للحبس وأثره غير المتناسب على الفقراء. ذلك أن فقدان السجناء لدخلهم يؤثر على الوضع الاقتصادي لبقية الأسرة، وكثيراً ما يفتقر السجناء السابقون، بعد الإفراج عنهم، إلى فرص العمل بسبب سجلهم الإجرامي بحيث إنهم يتعرضون لدوامة من الفقر والتهميش والإجرام وإعادة الحبس⁽⁵³⁾ وتبين البحوث التي أُجريت في بلدان عديدة أن سجن الأمهات تترتب عليه عواقب سلبية إضافية، حيث إنهن في كثير من الأحيان الراعي الوحيد أو الأساسي للأسرة، وأن الطفل الذي يُسجن والداه يكون أكثر عرضة للتصادم مع القانون في وقت لاحق⁽⁵⁴⁾.

وعلى الرغم من وجود فروق إقليمية، فقد أصبح اكتظاظ السجون تحدياً عالمياً حاداً. ووفقاً لتقرير صدر مؤخراً عن المكتب المعني بالمخدرات والجريمة، كان معدل سُئَل السجون في 115 بلداً (أو 58 في المائة) أكثر من 100 في المائة من القدرة الاستيعابية للسجون (حالة اكتظاظ)، ويتجاوز 120 في المائة (حالة اكتظاظ حرجة)

⁽⁴⁷⁾ UNODC and WHO, "Principles of drug dependence treatment" (Geneva, 2009)

⁽⁴⁸⁾ المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات: مسودة للاختبارات البحثية (فيينا، 2017).

⁽⁴⁹⁾ القاعدة 4-13 من قواعد طوكيو.

⁽⁵⁰⁾ القاعدة 2-13 من قواعد طوكيو.

⁽⁵¹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة/منظمة الصحة العالمية. المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات (2017).

⁽⁵²⁾ استناداً إلى إحصاءات عام 1997، انظر: Graham Farrell and Ken Clark, *What Does the World Spend on Criminal Justice?* HEUNI Paper No. 20 (Helsinki, European Institute for Crime Prevention and Control, affiliated with the United Nations, 2004), p. 20

⁽⁵³⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحة 15.

⁽⁵⁴⁾ انظر كتيب عن المرأة والسجن (منشورات الأمم المتحدة، نيويورك، 2014)، الصفحة 17؛ Oliver Robertson, *Collateral Convicts: Children of Incarcerated Parents: Recommendations and Good Practice from the UN Committee on the Rights of the Child—Day of General Discussion 2011* (Geneva, Quaker United Nations Office, 2012).

في 79 بلداً (أو 40 في المائة)، في حين يعاني 51 بلداً (26 في المائة) من حالة الاكتظاظ الشديد (أكثر من 150 في المائة من قدرة السجون الاستيعابية).⁽⁵⁵⁾

ويؤثر اكتظاظ السجون تأثيراً شديداً على نوعية التغذية وخدمات الصرف الصحي وأنشطة السجناء وظروف الصحة البدنية والعقلية والرعاية المتاحة للفئات الضعيفة، إضافةً إلى توليد التوتر والعنف بين السجناء.⁽⁵⁶⁾ ولا تتاح للعديد من السجناء سبل الحصول على التعليم أو العمل أو الاستفادة من البرامج الأخرى الموجودة في السجون، مما يقلل من آفاق مساعدتهم فيما يتعلق بإعادة تأهيلهم. وبناءً على ذلك، تعترف الدول الأعضاء بأن الاكتظاظ أصبح "مشكلة عالمية تمس الحقوق الإنسانية للجناة وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية وصحة هؤلاء وأمنهم".⁽⁵⁷⁾

وعندما تُستخدم بدائل للإدانة أو العقاب للاستعاضة بها عن الحبس، فإنها تسهم بشكل مباشر في خفض أعداد نزلاء السجون. وتتمثل ميزة أخرى لاستخدام البدائل في أنها تستطيع المساعدة في الحد من معاودة الإجرام، ومن ثم المساعدة في خفض عدد نزلاء السجون على المدى الطويل، إذ إن العديد من الدراسات قد أظهرت أن معدلات معاودة الإجرام أقل عموماً بين الأشخاص المحكوم عليهم بعقوبات غير احتجازية مقارنةً بالمحكوم عليهم بالحبس. وعلاوة على ذلك، فإن معاودة الإجرام في حد ذاتها يمكن أن تفضي إلى زيادة احتمالات العودة إلى السجن عقاباً على ارتكاب جريمة ثانية أو ثالثة في بعض البلدان، مما يؤدي إلى حلقة مستدامة من الحبس والإفراج.⁽⁵⁸⁾

وأكدت دراسة أُجريت في هولندا في عام 2010 نتائج بحوث سابقة مفادها أن معدلات معاودة الإجرام لدى الأشخاص الذين حكم عليهم بأداء خدمات مجتمعية أقل بكثير من معدلاتها لدى من حكم عليهم بالحبس،⁽⁵⁹⁾ وأن احتمال معاودة الإجرام لدى المحكوم عليهم بأداء خدمات مجتمعية مقارنةً بالمحكوم عليهم بالحبس أقل سواء على المدى القريب أو البعيد. وخلصت الدراسة إلى أن الخدمة المجتمعية تؤدي إلى انخفاض معدل معاودة الإجرام بنسبة 46,8 في المائة مقارنةً بمعدل تلك المعاودة بعد الحبس. وخلصت أيضاً إلى أن معدل معاودة الإجرام انخفض فيما يخص مختلف أنواع الجرائم؛ فعلى سبيل المثال، كان معدل معاودة الإجرام فيما يتعلق بجرائم الممتلكات أقل بنسبة 67,7 في المائة مقارنةً بالحالات التي تتطوي على الحبس، وفيما يخص الجرائم العنيفة، انخفض معدل معاودة الإجرام بنسبة 60 في المائة.

وتناولت دراسة أُجريت في عام 2012 في الولايات المتحدة آثار الحبس والتدابير غير الاحتجازية على معاودة الإجرام في فلوريدا.⁽⁶⁰⁾ وخلصت الدراسة إلى أن الجناة المحكوم عليهم بالحبس هم أكثر عرضة بكثير لمعاودة الإجرام من الجناة الخاضعين للبرنامج المجتمعي غير الاحتجازي. ولم يكن للحبس أثر مسبّب للإجرام فحسب، مما جعل معاودة الإجرام أكثر احتمالاً، بل وجدت الدراسة أيضاً دلائل محتملة على أن البرنامج غير الاحتجازي له أثر رادع وتأهيلي.

وأكدت دراسة أُجريت في بلجيكا في عام 2017 نتائج البحوث الدولية المتعلقة بآثار الرصد الإلكتروني للجناة المدانين الذين يقضون عقوبات غير احتجازية.⁽⁶¹⁾ واستناداً إلى تحليل البيانات الرسمية الخاصة

⁽⁵⁵⁾ مذكرة من الأمانة بشأن اتجاهات الجريمة على الصعيد العالمي والمسائل وتدابير التصدي المستجدة في مجال منع الجريمة والعدالة الجنائية (E/CN.15/2016/10).

⁽⁵⁶⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحة 11.

⁽⁵⁷⁾ E/2009/30، الفقرة 57 (أ).

⁽⁵⁸⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحة 109.

⁽⁵⁹⁾ term imprisonment on recidivism: a-Hilde Wermink and others, "Comparing the effects of community service and short matched samples approach", *Journal of Experimental Criminology*, vol. 6, No. 3 (September 2010), pp. 325-349.

⁽⁶⁰⁾ William D. Bales and Alex R. Piquero, "Assessing the impact of imprisonment on recidivism", *Journal of Experimental Criminology*, vol. 8, No. 1 (March 2012), pp. 71-101.

⁽⁶¹⁾ Luc Robert and others, "'Virtual' versus 'real' prison: which is best? Comparing the re-incarceration rates after electronic monitoring and imprisonment in Belgium", in *The Routledge International Handbook of Life-Course Criminology*, Arjan Blokland and Victor van der Geest, eds., Routledge International Handbooks Series (New York, Routledge, 2017), pp. 417-435.

بالسجون بشأن الجناة المحكوم عليهم بالسجن لمدة تتراوح بين ستة أشهر وثلاث سنوات، خلصت الدراسة إلى أن نسبة العودة إلى دخول السجن لدى الجناة الذين قضوا ما لا يقل عن 90 في المائة من مدة عقوبتهم تحت المراقبة الإلكترونية خارج السجن كانت أقل من مثيلتها لدى مجموعة مقارنة من الجناة الذين قضوا مدة عقوبتهم في السجن.

4-4-1-4 الأساس المنطقي 4: العلاج كبديل للإدانة أو العقاب يسهم في تحسين الصحة العمومية والسلامة العمومية بطريقة متكاملة

ترتبط الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بمجموعة من الاضطرابات الجسدية واضطرابات الصحة العقلية، إلى جانب عواقب اجتماعية سلبية مثل فقدان مورد الرزق، وعدم استقرار العلاقات (الأسرة، والشريك، والأسر المفككة، والشبكات الاجتماعية الداعمة)، والارتباط بالأقران المنحرفين، والانعزال عن الشبكات الاجتماعية الملائمة، وعدم الاستقرار الوظيفي، والتأخر في دخول سوق العمل.⁽⁶²⁾ ولذلك فإن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات قد لا تضع عبئاً كبيراً على الأفراد المتضررين فحسب، بل أيضاً على أسرهم ومجتمعاتهم المحلية.⁽⁶³⁾ ويمكن أن يؤدي ذلك إلى زيادة إضعاف الاتصالات بين الأشخاص، والحد من الالتزامات المدرسية والمهنية، والمساس بالترابط الأسري، والإصابة باضطرابات الصحة العقلية المصاحبة. كما يمكن أن تترتب على الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وما يرتبط بها من عواقب صحية واجتماعية سلبية تكاليف كبيرة على المجتمع، بما في ذلك فقدان الإنتاجية، والتحديات الأمنية، والجريمة والخروج على القانون، وزيادة تكاليف الرعاية الصحية.⁽⁶⁴⁾ وبسبب تعقد الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، فإن من الأفضل اتباع نهج شامل يستخدم تدخلات فعالة ويشرك في العمل قطاعات مختلفة. وتوفير العلاج الفعال من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات والرعاية الفعالة للمصابين بها من شأنه أن يساعد على الحد من تعاطي المخدرات ومعاودة الإجراء على حد سواء بالنسبة إلى المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات الذين ارتكبوا جرائم.

وفي الحالات التي ينص فيها القانون على العلاج والرعاية كبديل أو كتدبير تكميلي غير احتجائي، فإن نجاحه في هاتين الوظيفتين يتوقف إلى حد كبير على التعاون الفعال بين سلطات الصحة العمومية وسلطات العدالة.⁽⁶⁵⁾ ومن الضروري أن يكون جهاز الشرطة والمدعون العامون والقضاة وغيرهم من المسؤولين على علم بالفوائد المحتملة للتدابير غير الاحتجائية المتاحة وأن يطبقوها. ومن الضروري بالقدر نفسه أن يقوم مقدمو الخدمات الصحية والاجتماعية المؤهلون والمدربون تدريباً جيداً بتنفيذ العلاج والرعاية والخدمات الأخرى القائمة على الأدلة انطلاقاً من فهم دقيق للحقائق التي يواجهها المرضى في تفاعلاتهم مع نظام العدالة. وتشير مجموعة كبيرة من البحوث إلى أن معدلات النجاح في علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات في أوساط الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية تقترب من معدلات النجاح لدى غير الجناة. وفي حين ينبغي أن تكون خدمات العلاج الفعالة، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات الميسرة، نقطة الاتصال العامة بالنظام الصحي للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، يمكن اعتبار الاحتكاك بنظام العدالة الجنائية، حيثما كان ذلك ضرورياً ومناسباً، فرصة إضافية لتشجيع الناس على بدء العلاج من الاضطراب الذي أصيبوا به جراء تعاطي المخدرات وتمكينهم من الحصول على الخدمات التعليمية والاجتماعية والصحية المناسبة. وكما هو الحال بالنسبة لأي تدخل صحي آخر (باستثناء حالات

⁽⁶²⁾ A. Thomas McLellan and others, "Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation", *JAMA*, vol. 284, No. 13 (October 2000), pp. 1689-1695; Alexander B. Laudet and William White, "What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 38, No. 1 (January 2010), pp. 51-59.

⁽⁶³⁾ المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات.

⁽⁶⁴⁾ المرجع نفسه.

⁽⁶⁵⁾ انظر قراري لجنة المخدرات 5/58 و 12/55.

طارئة محددة)، فإن قرار الخضوع للعلاج من عدمه ينبغي أن يظل طوعياً⁽⁶⁶⁾ وأن يتطلب موافقة المريض عن علم⁽⁶⁷⁾.

وعلاوة على ذلك، فبالنظر إلى عوامل الخطر الإضافية المرتبطة ببيئة السجن والتكاليف المرتبطة بالحبس، ينبغي تطبيق تدابير بديلة من منظور الصحة العمومية والعدالة الجنائية كلما أمكن ذلك، كما أن توفير العلاج القائم على الأدلة كبديل للإدانة أو العقاب لن يساعد على الحد من المخاطر المرتبطة بالإقامة في السجن فحسب، بل سيساعد أيضاً على الحد من معدلات معاودة الإجرام والانتكاس في أوساط المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية.

1-4-5- الأساس المنطقي 5: العلاج كبديل للإدانة أو العقاب يتماشى مع الإطار القانوني الدولي

التمتع بالصحة حق أساسي من حقوق الإنسان ولا غنى عنه من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأخرى⁽⁶⁸⁾. ويحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويفضي إلى العيش بكرامة. وقد تم الاعتراف بالحقوق في الصحة في العديد من الاتفاقات والصكوك الدولية والإقليمية والوطنية، بما في ذلك المادة 25 (1) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، التي تنص على أن "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية".

ومن المفهوم أن الحق في الصحة يرتبط بإمكانية الوصول إلى الخدمات التعليمية والاجتماعية والصحية دون تمييز⁽⁶⁹⁾. ويشمل الحق في الصحة أي شخص محتك بنظام العدالة الجنائية⁽⁷⁰⁾. ويستتبع ذلك منطقياً أن يتلقى المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية علاجا فعالا من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وخدمات للوقاية والعلاج من المشاكل الصحية الأخرى التي تصيب عادةً متعاطي المخدرات، مثل فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد والسل والاضطرابات العقلية والجرعات الزائدة من المخدرات.

وقد التزمت الدول الأطراف في الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات باتخاذ جميع التدابير الممكنة عملياً لمنع التعاطي غير المشروع للمخدرات واستبانة الأشخاص المتورطين في التعاطي غير المشروع للمخدرات، في موعد مبكر، وعلاجهم وتعليمهم ومتابعة رعايتهم وتأهيلهم وإعادة إدماجهم اجتماعياً (انظر أيضاً الفصل 2)⁽⁷¹⁾. وعندما يرتكب المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات جريمة، يمكن تطبيق تدابير العلاج أو التوقيف أو إعادة الإدماج الاجتماعي كبديل للإدانة أو العقاب، أو تطبيقها إضافةً إلى الإدانة والعقاب في الحالات التالية، على النحو الذي تحدده التشريعات الوطنية:

- الجرائم المتصلة بالاستهلاك الشخصي للمخدرات⁽⁷²⁾
- جرائم الاتجار بالمخدرات وما يتصل بها من سلوك في الحالات القليلة الأهمية⁽⁷³⁾

⁽⁶⁶⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، "من الإكراه إلى التلاحم: العلاج من الإرتهاق للمخدرات بالرعاية الصحية لا بالعقوبة"، ورقة مناقشة، الصفحة 6.

⁽⁶⁷⁾ انظر، على سبيل المثال، مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية (قرار الجمعية العامة 119/46، المرفق)، المبدأ 11.

⁽⁶⁸⁾ لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14 (2000) بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

⁽⁶⁹⁾ المرجع نفسه.

⁽⁷⁰⁾ يشمل ذلك، على سبيل المثال، السجناء والمحتجزين (التعليق العام رقم 14 (2000)، الفقرة 34)، الذين ينبغي أن يحصلوا على نفس مستوى الرعاية الصحية المتاح في المجتمع، وينبغي أن يكون لهم الحق في الحصول على الخدمات الصحية الضرورية (القاعدة 24 من قواعد الأمم المتحدة النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء (قواعد نيلسون مانديلا)).

⁽⁷¹⁾ المادة 38 من اتفاقية سنة 1961، والمادة 20 من اتفاقية سنة 1971.

⁽⁷²⁾ انظر المادة 3، الفقرتين 2 و 4 (د)، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁷³⁾ انظر المادة 3، الفقرتين 1 و 4 (ج)، من اتفاقية سنة 1988.

وعندما يرتكب المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات جريمة أكثر خطورة تتعلق بالمخدرات⁽⁷⁴⁾ أو أي جريمة أخرى بالغة الخطورة ويُحكم عليهم بالسجن، ينبغي توفير العلاج والرعاية لهم في السجن، وفقاً لنفس معايير النوعية المتبعة في المجتمع المحلي.⁽⁷⁵⁾ وإضافةً إلى ذلك، هناك جرائم أخرى لم تتطرق إليها تحديداً الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، مثل جرائم الممتلكات غير العنيفة، وهذه الجرائم يمكن أن يطبق بشأنها مبدأ توفير العلاج والرعاية بدلاً من السجن بالنسبة للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، في الحالات المناسبة، على النحو المنصوص عليه في التشريعات الوطنية.

5-1- النتائج المستخلصة

نطاق المشكلة وأسباب النظر في توفير العلاج كبديل للإدانة أو العقاب

- 1- الارتهاان للمخدرات حالة صحية بيولوجية ونفسية واجتماعية معقدة غالباً ما تأخذ مجرى اضطراب مزمن وانتكاسي.
- 2- ترتبط الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بمجموعة من مشاكل الصحة البدنية أو العقلية الأوسع نطاقاً، وكذلك العواقب الاجتماعية السلبية.
- 3- هناك مجموعة من تدخلات العلاج والرعاية القائمة على الأدلة التي يمكن أن تساعد المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات عن طريق الحد من تعاطي المخدرات أو وقفه وتحسين نوعية حياتهم.
- 4- هناك ارتباط أو "علاقة دينامية" بين تعاطي المخدرات والإجرام.
- 5- يعاني الأشخاص المحتكون بنظام العدالة الجنائية من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وما يرتبط بها من مشاكل صحية بمعدلات أعلى من تلك المسجلة لدى عامة السكان.
- 6- يحتك المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بنظام العدالة الجنائية بسبب أنواع مختلفة من الجرائم، ويرتبط بعض هذه الجرائم بتعاطي المخدرات.
- 7- من المنطقي، من منظوري المحافظة على السلامة العمومية والصحة العمومية على السواء، اللجوء إلى العلاج كبديل للإدانة أو العقاب في التعامل مع المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية إذا كانوا مؤهلين لذلك.

⁽⁷⁴⁾ انظر المادة 3، الفقرات 4 (أ) و4 (ب) و5، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁷⁵⁾ UNODC, Drug Dependence Treatment: Interventions for Drug Users in Prison (2008).

الفصل 2- اختيار العلاج والرعاية بما يتماشى مع الإطار القانوني الدولي

يناقش هذا الفصل المبادئ الأساسية المنبثقة من الإطار القانوني الدولي بشأن استخدام العلاج كبديل للإدانة أو العقاب. فقد اعتمدت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، على مر السنين، مجموعة واسعة من الصكوك المعيارية الدولية (المعاهدات والاتفاقيات والقرارات والإعلانات) أرست التزامات ومعايير وقواعد دولية لمعالجة نطاق عريض من المسائل يمتد من مراقبة المخدرات واحترام حقوق الإنسان إلى معاملة الجناة والسجناء.⁽⁷⁶⁾ وليس الهدف من هذا الفصل مناقشة كل صك دولي ذي صلة بالتفصيل، بل تقديم إجابات على بعض الأسئلة الرئيسية التي قد تواجهها البلدان عند وضع بدائل للإدانة أو العقاب فيما يخص المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية. وقد يكون من بين تلك الأسئلة ما يلي: (أ) ما هي الجرائم المناسبة لاستخدام بدائل للإدانة أو العقاب تتماشى مع الإطار القانوني الدولي؟ (ب) ما هي المبادئ العامة والمبادئ التوجيهية المكرّسة في مختلف الصكوك القانونية المتعلقة بمعاملة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية؟ (ج) كيف يمكن إعمال الإطار القانوني الدولي ضمن الإطار القانوني الوطني لكل بلد على حدة؟

2-1- الجرائم التي يحتك بسببها المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بنظام العدالة الجنائية

قد يتورط المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات في مجموعة متنوعة من الجرائم، على النحو المذكور في الفصل 1. وفي حين أن تحديد العقوبات المناسبة (أو بدائل الإدانة أو العقاب) يدخل إلى حد كبير في نطاق السلطة التقديرية للدول، فإن الصكوك الدولية تنص على عدد من الاستثناءات المهمة. فعلى سبيل المثال، يُستبعد استخدام ضروب العقوبة اللاإنسانية أو المهينة،⁽⁷⁷⁾ ويُشجّع على استخدام بدائل الإدانة أو العقاب فيما يخص الجرائم الجنائية.⁽⁷⁸⁾ وبصفة خاصة، يُتَظَر من الدول الأعضاء أن تستحدث، في نظمها القانونية، تدابير غير احتجازية تهدف إلى توفير اختيارات أخرى تخفف من استخدام السجن، وترشيد سياسات العدالة

⁽⁷⁶⁾ للاطلاع على مجموعات الصكوك ذات الصلة في كل واحد من هذه المجالات، انظر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات (فيينا، 2013)؛ والمعاهدات الدولية الأساسية لحقوق الإنسان؛ ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، خلاصة وافية لمعايير الأمم المتحدة وقواعدها في مجال منع الجريمة والعدالة الجنائية.⁽⁷⁷⁾ انظر، على سبيل المثال، اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة؛ واتفاقية البلدان الأمريكية لمنع التعذيب والمعاقبة عليه؛ والاتفاقية الأوروبية لمنع التعذيب والمعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة.⁽⁷⁸⁾ انظر قواعد طوكيو وقواعد بانكوك.

الجنائية، واضعة في اعتبارها مراعاة حقوق الإنسان ومقتضيات العدالة الاجتماعية واحتياجات إعادة تأهيل الجاني.⁽⁷⁹⁾

ولا يُعتبر نوع الجرائم التي يجوز تطبيق تلك البدائل عليها محدوداً بل إنه يعتمد على القوانين المحلية والمعايير الثابتة فيما يتعلق بطبيعة الجرم ومدى خطورته وبشخصية الجاني وخلفيته، وبأغراض الحكم وحقوق الضحية.⁽⁸⁰⁾ وفيما يتعلق بالأفعال المجرّمة عملاً بالاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، يُسمح صراحةً ببدائل للإدانة أو العقاب، وتلزم الاتفاقيات الدول الأطراف بأن تعير اهتماماً خاصاً لتوفير العلاج للمصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات (بصرف النظر عما إذا كانت الجرائم قد ارتُكبت).⁽⁸¹⁾ وعلاوة على ذلك، توفر الاتفاقيات قدراً من المرونة في اختيار العقوبات الجنائية وتتص على أن توفّع الدول الأطراف أشد العقوبات على أشكال الجرائم البالغة الخطورة، مثل الاتجار بالمخدرات الذي تمارسه الجماعات الإجرامية المنظمة الدولية من أجل الحصول على أرباح غير مشروعة.⁽⁸²⁾

تتيح اتفاقيات الأمم المتحدة لمراقبة المخدرات إمكانية قصر العقوبات الشديدة على الأشكال الخطيرة من الجرائم، مثل الاتجار بالمخدرات على نطاق واسع

2-1-1- أمثلة على الجرائم وتدابير التصدي الممكنة وفقاً للإطار القانوني الدولي

يسلط هذا القسم الضوء على عدد من الأمثلة على الجرائم التي قد يرتكبها مصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات لدراسة النطاق الذي يتعين على الدول أن توفر ضمنه العلاج كبديل للإدانة أو العقاب فيما يتعلق بكل جريمة منها.

(أ) حيازة أو شراء أو زراعة المخدرات الخاضعة للمراقبة للاستخدام غير الطبي أو غير العلمي والاستهلاك الشخصي

تلتزم الدول الأطراف في الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات بتجريم حيازة أو شراء أو زراعة المخدرات الخاضعة للمراقبة لاستخدامها غير الطبي أو غير العلمي وللإستهلاك الشخصي بموجب القانون المحلي، رهنأ بالمبادئ الدستورية والمفاهيم الأساسية للنظام القانوني لكل بلد.⁽⁸³⁾ غير أنه يجوز للدول الأطراف أن تقدم العلاج وتدابير أخرى كبديل عن الإدانة أو العقاب أو إضافة إليهما.⁽⁸⁴⁾ وستتوقف القرارات المتعلقة بما إذا كان سيتم تطبيق تدابير بديلة أو إضافية وباختيار التدبير المناسب على تقييم المعايير الثابتة فيما يتعلق بالجريمة وخلفية الجاني، على النحو المشار إليه أعلاه.⁽⁸⁵⁾ ورهنأ بالمبادئ الدستورية والمفاهيم الأساسية للنظام القانوني، يجوز السماح باتخاذ تدابير غير جنائية، ولكن تظل الدول الأطراف ملزمة بوجه عام بقصر استعمال المخدرات على الأغراض الطبية والعلمية دون سواها⁽⁸⁶⁾ وحظر حيازتها، إلا في إطار السلطة القانونية.⁽⁸⁷⁾

⁽⁷⁹⁾ القاعدة 1-5 من قواعد طوكيو.

⁽⁸⁰⁾ القاعدة 3-2 من قواعد طوكيو.

⁽⁸¹⁾ المادة 36، الفقرة 1 (ب)، والمادة 38 من اتفاقية سنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972؛ والمادة 20 والمادة 22، الفقرة 1 (ب)، من اتفاقية سنة 1971؛ والمادة 3، الفقرة 4 (ج) و(د)، والمادة 14، الفقرة 4، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁸²⁾ انظر المادة 3، الفقرة 5، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁸³⁾ المادة 3، الفقرة 2، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁸⁴⁾ المادة 3، الفقرة 4 (د)، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁸⁵⁾ القاعدة 3-2 من قواعد طوكيو.

⁽⁸⁶⁾ المادة 4، الفقرة 1 (ج)، من اتفاقية سنة 1961؛ والمادة 5، الفقرة 2، من اتفاقية سنة 1971.

⁽⁸⁷⁾ المادة 33 من اتفاقية سنة 1961؛ والمادة 5، الفقرة 3، من اتفاقية سنة 1971.

(ب) بيع المخدرات على نطاق ضيق لتمويل تعاطيها أو النقل الدولي لكميات محدودة منها

تلتزم الدول الأطراف في الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات بتجريم بيع المخدرات ونقلها بصورة غير مشروعة بموجب القانون الداخلي،⁽⁸⁸⁾ مع فرض جزاءات تراعي جسامة تلك الجرائم.⁽⁸⁹⁾ غير أنه يجوز للدول الأطراف، في حالات المخالفات الطفيفة المناسبة، أن تقدم العلاج وغيره من التدابير كبداية للإدانة أو العقاب.⁽⁹⁰⁾ ويتوقف تحديد ما إذا كانت القضية قليلة الشأن على القانون الجنائي المحلي وظروف كل حالة بعينها. وكما ذكر آنفاً، سيكون تقييم المعايير الثابتة فيما يتعلق بالجريمة والجاني وأي ضحايا حاسم الأهمية في اختيار التدابير البديلة.⁽⁹¹⁾

(ج) أنشطة إنتاج المخدرات وتوزيعها على نطاق واسع التي تنطوي على العنف أو الجريمة المنظمة

تلتزم الدول الأطراف في الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات بتجريم إنتاج وتوزيع المخدرات بطريقة غير مشروعة بموجب القانون الداخلي،⁽⁹²⁾ مع فرض جزاءات تراعي جسامة تلك الجرائم.⁽⁹³⁾ وتشمل الظروف التي تجعل هذه الجرائم خطيرة بوجه خاص، على سبيل المثال، تورط الجاني في الجريمة المنظمة، واستخدام العنف، والتفكير بالقصر.⁽⁹⁴⁾ ويجوز للدول الأطراف أن تنص في تلك الحالات على إخضاع الجناة لتدابير كالعلاج.⁽⁹⁵⁾ وينبغي أن يحصل الجناة المحتجزون في انتظار المحاكمة أو المسجونون عند إدانتهم على نفس مستوى الرعاية الصحية المتاحة في المجتمع وأن يكون لهم الحق في الحصول على الخدمات الصحية الضرورية مجاناً ودون تمييز. كما ينبغي أن تنظّم الخدمات الصحية من خلال علاقة وثيقة بالإدارة العامة للصحة العمومية وبطريقة تضمن استمرارية العلاج والرعاية، بما في ذلك فيما يخص الارتهان للمخدرات.⁽⁹⁶⁾

(د) جرائم الممتلكات غير العنيفة المرتكبة لتمويل تعاطي المخدرات

تجرّم جميع الدول تقريباً السرقة وغيرها من الأفعال الماسة بحقوق الملكية. وكما هو الحال في الأمثلة الأخرى، يُتوقع من الدول أن تستخدم التدابير البديلة للعقاب الموجودة في نظمها القانونية، وستتوقف القرارات المتخذة بشأن استخدام تلك المعايير الثابتة المبينة أعلاه. وفي هذه الحالة، سوف يشمل ذلك مراعاة الطابع غير العنيف للجرائم، إضافةً إلى نوع الاضطراب الناشئ عن تعاطي المخدرات ودوره في اختيار الجرائم أو فرص ارتكابها.

(هـ) الجرائم العنيفة المرتكبة تحت تأثير المخدرات

تجرّم جميع الدول تقريباً الاعتداء على الغير وغيره من ضروب الإيذاء العنيفة. وكما هو الحال في أنواع الجرائم الأخرى، يُتوقع من الدول أن تستخدم التدابير البديلة الموجودة في نظمها القانونية، وستتوقف القرارات المتخذة بشأن استخدام تلك التدابير على المعايير الثابتة المبينة أعلاه. وفي حالة جرائم العنف المرتكبة تحت تأثير المخدرات، سوف يشمل ذلك النظر في درجة العنف الذي تنطوي عليه الجريمة وما يترتب على ذلك من ضرر

⁽⁸⁸⁾ المادة 3، الفقرة 1 (أ) '1'، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁸⁹⁾ المادة 3، الفقرة 4 (أ)، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁹⁰⁾ المادة 3، الفقرة 4 (ج)، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁹¹⁾ القاعدة 2-3 من قواعد طوكيو.

⁽⁹²⁾ المادة 3، الفقرة 1 (أ) '1'، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁹³⁾ المادة 3، الفقرة 4 (أ)، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁹⁴⁾ المادة 3، الفقرة 5، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁹⁵⁾ المادة 3، الفقرة 4 (ب)، من اتفاقية سنة 1988.

⁽⁹⁶⁾ القاعدة 24 من قواعد نيلسون مانديلا.

للضحية والمجتمع، إضافةً إلى نوع الاضطراب الناشئ عن تعاطي المخدرات ودوره في اختيار الجريمة أو فرص ارتكابها. وكما ذكر أعلاه، ينبغي تمكين أي شخص، عند احتجازه قيد المحاكمة أو لدى سجنه عند إدانته، من الحصول على العلاج من الارتهاان للمخدرات وغيره من خدمات الرعاية الصحية الضرورية على نفس مستوى الرعاية الصحية المتاح في المجتمع.⁽⁹⁷⁾

2-2- المبادئ التوجيهية المكترسة في الإطار القانوني الدولي بشأن علاج المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية

يتضمن الإطار القانوني الدولي المنطبق بمبادئ عديدة تتعلق بمعاملة الأفراد المحتكين بنظام العدالة. وفيما يلي سبعة مبادئ مستمدة من مختلف عناصر الإطار القانوني الدولي تتصل مباشرة بالحاجة الماسة إلى استخدام استراتيجيات لعلاج ورعاية المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة.

يشير الإطار القانوني الدولي إلى الحاجة الماسة إلى استخدام استراتيجيات لعلاج ورعاية المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات

المبادئ

- 1- تشكل الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات شاغلاً من شواغل الصحة العمومية يتطلب تدابير تتمحور حول الصحة. وينبغي عدم معاقبة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بسبب إصابتهم بتلك الاضطرابات، بل ينبغي توفير العلاج المناسب لهم.
- 2- ينبغي تشجيع استخدام بدائل الإذانة أو العقاب في جميع مراحل نظام العدالة الجنائية فيما يخص الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات على أساس تقييم باستخدام المعايير الثابتة.
- 3- التناسب مطلوب في جميع مراحل عملية التحويل والإشراف.
- 4- ينبغي أن يكون التحويل إلى العلاج بموافقة مستنيرة من الجاني.
- 5- ينبغي لدى تنفيذ بدائل الإذانة أو العقاب احترام الضمانات القانونية والإجرائية.

⁽⁹⁷⁾ المرجع نفسه.

6- ينبغي إيلاء اهتمام خاص للفئات الخاصة ولحصولها على العلاج كبديل للإدانة أو العقاب لتجنب التمييز.

7- لا يجوز حرمان السجناء المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من حقهم في الصحة، ولهم الحق في الحصول على نفس مستوى العلاج المتاح لعامة السكان.

2-2-1- المبدأ 1- تشكل الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات شاغلاً من شواغل الصحة العمومية يتطلب تدابير تتمحور حول الصحة. وينبغي عدم معاقبة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بسبب إصابتهم بتلك الاضطرابات، بل ينبغي توفير العلاج المناسب لهم

يشكل الجانب الصحي دعامة لا غنى عنها للنهج المتعدد الأبعاد إزاء الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. وفي الإطار الواسع للالتزامات حقوق الإنسان التي يتعين على الدول الأعضاء أن تراعيها لدى تخطيط سياسات المخدرات وتطويرها وتقييمها، يستحق الحق في الصحة اهتماماً خاصاً لأن تعزيز الصحة العمومية وحمايتها جزء رئيسي من أي نهج شامل ومتكامل ومتوازن للتصدي لمشكلة المخدرات العالمية ومواجهتها.⁽⁹⁸⁾ ويتجسد هذا الاهتمام الشامل بصحة الإنسان ورفاهه أيضاً في الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات.⁽⁹⁹⁾ وسياسة المخدرات التي تلتزم التزاماً كاملاً بالمبادئ المكرّسة في هذه الاتفاقيات تتمحور حول الصحة والرفاه، وتعتمد نهجاً متوازناً وشاملاً ومتكاملاً يقوم على جملة أمور، منها احترام حقوق الإنسان.⁽¹⁰⁰⁾

والحق في الصحة مكّرس في مختلف المعاهدات الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان،⁽¹⁰¹⁾ وكذلك في الدساتير الوطنية في جميع أنحاء العالم. ومن أهم المستحقات التي يتضمنها الحق في الصحة تيسر الحصول على الأدوية الأساسية وتساوي فرص الجميع في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة والحق في الوقاية من الأمراض وعلاجها.⁽¹⁰²⁾ وفيما يتعلق بالمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، يمكن منطقياً توسيع نطاق ذلك ليشمل تدابير العلاج المتوخاة في الاتفاقيات التي يتعين أن توفرها الدول الأطراف للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، وهي السعي إلى معرفتهم في وقت مبكر "وعلاجهم وتعليمهم ومتابعة رعايتهم وتأهيلهم وإدماجهم اجتماعياً".⁽¹⁰³⁾

⁽⁹⁸⁾ انظر الوثيقة الختامية للدورة الاستثنائية الثلاثين للجمعية العامة، المعنونة "التزامنا المشترك بالتصدي لمشكلة المخدرات العالمية ومواجهتها على نحو فعال" (مرفق قرار الجمعية العامة دا-1/30)؛

⁽⁹⁹⁾ انظر ديباجة اتفاقية سنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972، وديباجة اتفاقية سنة 1971.

⁽¹⁰⁰⁾ Werner Sipp, President of the International Narcotics Control Board (INCB), "Alternatives to punishment: The United Nations perspective", statement to the meeting of the European Union National Drug Coordinators, Malta, 24 April 2017.

⁽¹⁰¹⁾ انظر، على سبيل المثال، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 12؛ والاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، المادة 5، الفقرة الفرعية (هـ) 4؛ واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المادة 12؛ واتفاقية حقوق الطفل، المادة 24؛ واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المادة 25. وانظر أيضاً الميثاق الاجتماعي الأوروبي، المادة 11؛ والميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب (African Commission on Human and Peoples' Rights Legal Instruments) (achpr.org)، المادة 16؛ والبروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان المتعلق بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (بروتوكول سان سلفادور)، المادة 10.

⁽¹⁰²⁾ انظر التعليق العام رقم 14 (2000) بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، *The Right to Health: Fact Sheet No. 31* (جنيف، حزيران/يونيه 2008).

⁽¹⁰³⁾ المادة 38 من اتفاقية سنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972، والمادة 20 من اتفاقية سنة 1971.

وبما أن البلدان لديها مستويات متفاوتة من القدرة على إنشاء وتقديم الخدمات العلاجية وغيرها من الخدمات الصحية، فإن الصكوك ذات الصلة تتوخى الإعمال الكامل للحق في الصحة تدريجياً، وذلك باتخاذ الخطوات اللازمة لاستخدام أقصى قدر من الموارد المتاحة.⁽¹⁰⁴⁾ ولهذا الأمر أهميته لأن فرص الحصول على العلاج غير متاحة للغالبية العظمى من متعاطي المخدرات الإشكاليين على الصعيد العالمي.⁽¹⁰⁵⁾ ولا تزال هناك نواقص كبيرة في توفير خدمات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل.⁽¹⁰⁶⁾ ومن ثمّ فإنّ مشاكل تعاطي المخدرات والاضطرابات المرتبطة به هي، في المقام الأول، شواغل تتعلق بالصحة العمومية وتتطلب تدابير مضادة على ذلك الصعيد. وعندما يتصدى نظام العدالة الجنائية للجرائم التي يرتكبها الأشخاص المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، يظل حق هؤلاء الأشخاص في التمتع في الصحة قائماً، ويكون من واجب الدولة تمكينهم من الحصول على العلاج وغيره من الخدمات والتدابير ذات الصلة.

2-2-2-2- المبدأ 2- ينبغي تشجيع استخدام بدائل الإيدانة أو العقاب في جميع مراحل نظام العدالة الجنائية فيما يخص الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات على أساس تقييم باستخدام المعايير الثابتة

ينبغي أن توفر النظم القانونية المحلية بدائل للإيدانة أو العقاب من أجل الحد من استخدام الحبس، وينبغي ترشيد سياسات العدالة الجنائية مع مراعاة حقوق الإنسان ومقتضيات العدالة الاجتماعية واحتياجات إعادة تأهيل الجاني.⁽¹⁰⁷⁾ وبغية توفير مزيد من المرونة بما يتسق مع طبيعة الجرم ومدى خطورته، وشخصية الجاني وخلفيته، ومقتضيات حماية الجاني وحقوق المجتمع، ولاجتباب استخدام عقوبة السجن بلا داع، ينبغي أن يوفر نظام العدالة الجنائية طائفة عريضة من تلك التدابير البديلة، في جميع مراحل سلسلة العدالة الجنائية، بدءاً من مرحلة ما قبل المحاكمة حتى المرحلة اللاحقة لإصدار الحكم.⁽¹⁰⁸⁾ وتعتبر البدائل غير الاحتجازية تدابير رئيسية لمعالجة مشكلة الزيادة العامة في اكتظاظ السجون، بما في ذلك التعامل مع الجرائم المتصلة بالمخدرات،⁽¹⁰⁹⁾ ويمكن لهذه البدائل أن تكون أكثر فعالية من نظم السجون في الحد من الإجرام والمساعدة على إعادة إدماج الجناة في المجتمع.⁽¹¹⁰⁾

وتتيح الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات قسطاً من المرونة للدول الأطراف لكي توفر للأشخاص، الذين يرتكبون جرائم حيازة المخدرات أو شرائها أو زراعتها لأغراض الاستهلاك الشخصي وغيرها من الجرائم البسيطة، العلاج والتدابير الأخرى اللازمة، إمّا كبديل عن الإيدانة أو العقاب أو إضافة إليهما، مع مراعاة مدى جسامة الجرم.⁽¹¹¹⁾ وكما ذكرت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، فإن الاتفاقيات تسلم بأن تدابير التصدي التي تتخذها الدولة إزاء الجرائم التي يرتكبها متعاطو المخدرات يجب، لكي تكون فعالة حقاً، أن تتصدى للجرائم وتعالج كذلك مشاكل تعاطي المخدرات (الذي هو السبب الكامن وراءها). والتصدي للجرائم الجنائية بنهج ذي

⁽¹⁰⁴⁾ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 2، الفقرة 1.

⁽¹⁰⁵⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، تقرير المخدرات العالمي 2015 (فيينا، 2015)، خلاصة وافية.

⁽¹⁰⁶⁾ الوثيقة UNODC/ED/2016/1، الفقرة 4.

⁽¹⁰⁷⁾ القاعدة 1-5 من قواعد طوكيو.

⁽¹⁰⁸⁾ القاعدة 2-3 من قواعد طوكيو.

⁽¹⁰⁹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحتان 29 و30. وانظر أيضاً تقرير المخدرات العالمي 2016، الصفحتان 101 و102.

⁽¹¹⁰⁾ *Handbook of Basic Principles and Promising Practices on Alternatives to Imprisonment* (United Nations publication, Sales No. E.07.XI.2), pp. 4-7 (ج)، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحتان 19-37.

⁽¹¹¹⁾ انظر ديباجة اتفاقية سنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972؛ وديباجة اتفاقية سنة 1971؛ والمادة 4، الفقرة الفرعية (ج)، من اتفاقية سنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972؛ والمادة 5، الفقرة 2، من اتفاقية سنة 1971، والمادة 3 والفقرة 4 (ج) و(د) من اتفاقية مكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988.

منحى صحي يمكن التعامل به مع الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات أمر يقتضي توفير المرونة في منظومة العقوبات بما يسمح للسلطات باستخدام التدبير المناسب مع الشخص المناسب. وينبغي أن يحدّد عدد وأنواع بدائل الإدانة أو العقاب المتاحة على نحو يبقي على إمكانية مراعاة الاتساق في الأحكام.⁽¹¹²⁾ فالإلى جانب الخيارات الجزائية، التي تتيح إصدار أحكام من قبيل إحالة الجناة إلى مراكز توفر أنشطة للرعاية يلزمون بحضورها أو ما يعرف بمراكز "الحضور أو الرعاية" (attendance centres) أو أي شكل آخر من أشكال المعاملة غير الإيداع في مؤسسة احتجازية، ينبغي للدول أن تضع خيارات لإسقاط الدعوى المقامة على الجاني أو توفير بدائل للاحتجاز السابق للمحاكمة، وكذلك للإفراج المبكر وغيره من خيارات ما بعد إصدار الأحكام.⁽¹¹³⁾ وينبغي أن يكون اختيار تلك البدائل قائماً على تقييم للمعايير الثابتة فيما يتعلق بطبيعة الجرم ومدى خطورته وبشخصية الجاني وخلفيته، وبأغراض الحكم وحقوق الضحية.⁽¹¹⁴⁾

2-2-3- المبدأ 3- التناسب مطلوب في جميع مراحل العملية

الاسترشاد بمبدأ التناسب في جميع مراحل إجراءات العدالة الجنائية - عند تحديد بدائل الإدانة أو العقاب ومدتها وعواقب الإخلال بشروطها

ينبغي تطبيق التناسب كمبدأ توجيهي في جميع مراحل إجراءات العدالة الجنائية، عند البت مثلاً في أهلية الجاني للتحويل إلى العلاج، وكثافة الإشراف ومدته، وتدبير التصدي لعدم الامتثال أو الإخلال بالشروط.

أولاً، يقوم التناسب على فكرة أن تكون شدة العقوبة متناسبة مع خطورة الجريمة.⁽¹¹⁵⁾ وفي حين أن تحديد الجرائم والعقوبات المحددة يظل من اختصاص الدول، فإن تلك العقوبات ينبغي أن تراعي خطورة الجرم ومسؤولية الجاني. ويتجسد

هذا المبدأ العام في الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، التي تتيح للدول الأطراف استخدام أشد العقوبات فيما يخص الجرائم الأشد خطورة، مثل الاتجار بالمخدرات، وتشجعها على ذلك، مع توضيح أن الجرائم القليلة الأهمية أو حيازة المخدرات للاستهلاك الشخصي لا يُشترط أن تخضع للإدانة أو العقاب.⁽¹¹⁶⁾

ثانياً، ينبغي أن يراعى التناسب في تطبيق القانون الجنائي والإجراءات الجنائية القائمة، وذلك من أجل ضمان إبقاء نطاق تدخل نظام العدالة الجنائية عند الحد الأدنى اللازم لحماية المجتمع. ولضمان أن يتصدى نظام العدالة الجنائية للجريمة بأقل التدابير المتاحة تدخلها في مسار الحياة، ينبغي استخدام بدائل للإدانة أو العقاب وفقاً لمبدأ الإقلال من التدخل إلى أدنى حد.⁽¹¹⁷⁾ فالقاعدة العامة في مرحلة ما قبل المحاكمة هي عدم احتجاز الأشخاص الذين ينتظرون المحاكمة.⁽¹¹⁸⁾ ويجب استخدام بدائل الاحتجاز

⁽¹¹²⁾ القاعدة 2-3 من قواعد طوكيو.

⁽¹¹³⁾ القواعد من 5 إلى 9 من قواعد طوكيو.

⁽¹¹⁴⁾ القاعدة 2-3 من قواعد طوكيو.

⁽¹¹⁵⁾ تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام 2007 (E/INCB/2007/1)، الصفحة 2. وانظر أيضاً مذكرة المدير التنفيذي المعنونة E/CN.7/2010/CRP.6 (E/CN.7/2010/CRP.1). ويرد هذا المبدأ العام من مبادئ القانون صراحةً في الملاحظات الختامية لهيئات الأمم المتحدة المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان (انظر، على سبيل المثال، CCPR/C/SDN/CO/3، الفقرة 10؛ و CERD/C/MUS/CO/15-19، الفقرة 12؛ و E/C.12/JPN/CO/3، الفقرة 20؛ و CRC/C/OPSC/BFA/CO/1، الفقرة 31 (ب)؛ و CAT/C/EST/CO/4، الفقرة 15)، وكذلك في مختلف الصكوك القانونية، مثل المادة 67 من اتفاقية جنيف بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب، المؤرخة 12 آب/أغسطس 1949، أو في المادة 49، الفقرة 3، من ميثاق الحقوق الأساسية للاتحاد الأوروبي، وقرار لجنة المخدرات 7/59 بشأن الترويج لمبدأ تناسب العقوبات مع الجرائم المتصلة بالمخدرات حسبما يكون ذلك مناسباً في سياق تنفيذ سياسات مراقبة المخدرات.

⁽¹¹⁶⁾ المادة 3، الفقرة 4 (ج) و(د)، من اتفاقية سنة 1988.

⁽¹¹⁷⁾ القاعدة 6-2 من قواعد طوكيو.

⁽¹¹⁸⁾ المادة 9، الفقرة 3، من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية.

السابق للمحاكمة في أبكر مرحلة ممكنة.⁽¹¹⁹⁾ وينبغي لأجهزة العدالة الجنائية أن تستخدم ما قد يكون لديها من سلطات لوقف الدعوى المقامة على الجاني - متى رأت أن السير فيها غير ضروري لحماية المجتمع أو منع الجريمة أو تعزيز احترام القانون وحقوق المجني عليهم - أو فرض تدابير غير احتجازية مناسبة في الحالات البسيطة.⁽¹²⁰⁾ وعند إصدار الأحكام على الجناة أو البت في الإفراج المشروط أو المبكر عنهم، ينبغي أن تكون تحت تصرف المحاكم وغيرها من السلطات المختصة مجموعة من التدابير غير الاحتجازية وأن تراعي تلك المحاكم والسلطات احتياجات الجاني لإعادة التأهيل وأن تساعد في إعادة إدماجه في المجتمع في وقت مبكر.⁽¹²¹⁾

ثالثاً، مراعاة التناسب مقوم حاسم أيضاً في تنفيذ بدائل الإدانة أو العقاب. وينبغي تقرير أنسب نوع من الإشراف والعلاج المقدمين في إطار بدائل الإدانة أو العقاب لكل حالة على حدة، وينبغي أن يعاد النظر في هذا الإشراف والعلاج دورياً وأن يعدل حسب الاقتضاء.⁽¹²²⁾ وعلاوة على ذلك، ينبغي أن يكون هناك خيار يتعلق بإنهاء التدبير مبكراً إذا كانت استجابة الجاني له مُرضية.⁽¹²³⁾ وينبغي أن تكون الشروط التي تتعين مراعاتها عملية ودقيقة وقليلة ما أمكن، ويجوز للسلطة المختصة أن تعدلها وفقاً لما يحزره الجاني من تقدم.⁽¹²⁴⁾

وأخيراً، ينبغي أن يراعى التناسب في التعامل مع حالات عدم الامتثال أو الإخلال بشروط بدائل الإدانة أو العقاب. وينبغي ألا يؤدي إخفاق التدبير البديل (على سبيل المثال، عند الإخلال بشروط العلاج) تلقائياً إلى فرض تدبير احتجازي،⁽¹²⁵⁾ بل ينبغي للسلطة المختصة أن تحدد بديلاً مناسباً قبل أن تقرر تعديله أو إلغاءه، بالنظر إلى أنه لا يجوز اللجوء إلى الحبس إلا إذا انعدمت البدائل الأخرى المناسبة.⁽¹²⁶⁾ ولا ينبغي أن يُعتبر الإخلال بجميع الشروط الواجبة التطبيق أو أي منها جريمة في حد ذاته ما لم يستوف التعريف القانوني لجريمة منفصلة. وإذا ما اعتُبرت انتهاكات الشروط جرائم في حد ذاتها، فإن ذلك قد يؤدي إلى تراكم العقوبات بما لا يتناسب مطلقاً مع الجريمة الأصلية.⁽¹²⁷⁾

4-2-2-4- المبدأ 4- ينبغي أن يكون التحويل إلى العلاج بموافقة مستنيرة من الجاني

يشمل الحق في الصحة المشار إليه أعلاه الحق في العيش في مأمّن من التعذيب وفي عدم الخضوع للعلاج الطبي أو التجارب على نحو قسري.⁽¹²⁸⁾ وهذا يعني أن بدائل الإدانة أو العقاب لا تتطوي على إجراء تجارب طبية أو نفسانية على الجاني دون رضاه أو على تعريضه بغير داع لمخاطر جسمانية أو عقلية.⁽¹²⁹⁾ وبصفة عامة،

⁽¹¹⁹⁾ القاعدة 1-6 من قواعد طوكيو.

⁽¹²⁰⁾ القاعدة 1-5 من قواعد طوكيو.

⁽¹²¹⁾ القاعدتان 8 و9 من قواعد طوكيو.

⁽¹²²⁾ القاعدة 10 من قواعد طوكيو.

⁽¹²³⁾ القاعدة 2-11 من قواعد طوكيو.

⁽¹²⁴⁾ القاعدتان 2-12 و4-12 من قواعد طوكيو.

⁽¹²⁵⁾ القاعدة 3-14 من قواعد طوكيو. وفي هذا السياق، من المهم أيضاً التذكير مجدداً بالطبيعة الزمنية والانتكاسية للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، والانتكاس ليس بالضرورة خرقاً للامتثال، ولكنه إحدى السمات النمطية لمثل ذلك الاضطراب المعقد والقهري.

⁽¹²⁶⁾ القاعدة 4-14 من قواعد طوكيو.

⁽¹²⁷⁾ تعليق على قواعد طوكيو (ST/CSDHA/22)، الصفحة 35.

⁽¹²⁸⁾ لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14 (2000) بشأن الحق في التمتع بالصحة.

⁽¹²⁹⁾ القاعدة 8-3 من قواعد طوكيو.

لا ينبغي تقديم أي علاج لمريض دون موافقته المستنيرة، ولا ينبغي أن يُجبر أي شخص على الخضوع للعلاج الطبي ضد إرادته إلا في أقصى حالات الطوارئ الجسيمة.⁽¹³⁰⁾ وإضافةً إلى الشرط العام المتمثل في العلاج الرضائي، فإن الموافقة مهمة أيضاً من منظور العدالة الجنائية، في ضوء افتراض براءة المتهم حتى إدانته، في حالة التدابير السابقة للمحاكمة. وفي حين أن بعض البدائل يمكن إعطاؤها دون موافقة الجاني، مثل التوبيخ البسيط، فإن موافقة الجاني تكون مطلوبة فيما يخص أي بديل للإدانة أو العقاب يفرض عليه التزاماً ما (على سبيل المثال، حضور برنامج علاجي)، ويطبّق قبل الإجراءات الرسمية أو المحاكمة أو عوضاً عنهما.⁽¹³¹⁾

ويمكن أن يكون توفير سبل الحصول على العلاج كجزء من تلك البدائل مقوماً أساسياً لإعمال الحق في الصحة للجنّة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات الذين يحتاجون إلى العلاج أو الرعاية. ولإعمال هذا الحق، يجوز استخدام السلطة القسرية لنظام العدالة الجنائية لتوفير هذا البديل، وإن كان الخضوع للعلاج في حد ذاته لا يلزم أن يكون إلزامياً، فلا ينبغي أن يُجبر الأفراد على العلاج دون موافقتهم. وإذا أمكن توفير العلاج والرعاية من خلال نظام العدالة الجنائية، فيمكن اعتبار ذلك ضرباً من الإحالة "شبه الإلزامية". ويحق للجنّة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات أيضاً اختيار عدم العلاج. ويجوز لهم الاختيار بين قبول العلاج والرعاية أو مواجهة عواقب جنائية أو إدارية.⁽¹³²⁾ ويُترك قرار الالتحاق ببرنامج العلاج أو الرعاية من عدمه للشخص المعني الذي يقبل نتائج اختياره.

وعندما يترك الأفراد برنامجاً علاجياً سبق لهم قبوله، يجوز أن يخضعوا للعقوبة الأصلية أو لغيرها من تدابير التصدي لعدم الامتثال، التي ينبغي أن تكون متناسبة، على النحو المبين أعلاه. وعلى وجه الخصوص، ينبغي ألا تكون عواقب الجزاءات القضائية الجنائية في حال تخيير الشخص بين العقوبة والعلاج أشد منها في حال عدم تخييره بينهما.⁽¹³³⁾ فعلى سبيل المثال، يجوز للجاني أن يوافق على برنامج علاجي يكون الهدف والمتوقع منه الامتناع التام عن التعاطي. وهذا هو الحال عادةً مع البدائل التي تقدمها المحاكم المختصة ببرامج العلاج من تعاطي المخدرات (محاكم العلاج من المخدرات). وإذا لم يثبت الجاني أنه امتنع امتناعاً تاماً عن التعاطي طوال مدة البرنامج العلاجي، فقد يُطلب منه ترك ذلك البرنامج ويجوز إعادته إلى المحكمة لمعاقبته. وأي حكم قضائي لا يأخذ في الاعتبار الجهود اللازمة للامتثال للعلاج يمكن تفسيره على أنه يحمل الجاني عبء يفوق العقوبة الجنائية الأولية. كما أن انخفاض كمية المخدرات المتعاطاة وتراجع وتيرة التعاطي وغير ذلك من فوائد العلاج التي يصعب قياسها كمياً أمور لها أيضاً قيمتها من منظور الحد من الجريمة، حتى وإن لم يثبت الامتناع التام عن التعاطي. والمشاركة في العلاج جديرة بالتشجيع بغض النظر عن النتيجة الفردية.

ينبغي ألا تكون الجزاءات القضائية الجنائية في حال تخيير الشخص بين العقاب والعلاج أشد منها في حال عدم تخييره بينهما

2-2-5- المبدأ 5- ينبغي لدى تنفيذ بدائل الإدانة أو العقاب احترام الضمانات القانونية والإجرائية

لا بد من اتخاذ بعض الضمانات القانونية والإجرائية لحماية المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات أثناء تنفيذ بدائل الإدانة أو العقاب. ومن الأهمية بمكان أن تلتزم السلطات المختصة بالقوانين ذات الصلة، التي

⁽¹³⁰⁾ مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية. وانظر أيضاً مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، "من الإكراه إلى التلاحم".

⁽¹³¹⁾ القاعدة 3-4 من قواعد طوكيو.

⁽¹³²⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، "من الإكراه إلى التلاحم".

⁽¹³³⁾ المرجع نفسه.

ينبغي أن تحدد وتقرر تطبيق التدابير البديلة،⁽¹³⁴⁾ والشروط المحددة للإشراف التي يجب أن تراعيها الهيئة المختصة،⁽¹³⁵⁾ وصلاحيه إلقاء القبض على الجاني الخاضع للإشراف واحتجازه في حالة إخلاله بالشروط⁽¹³⁶⁾ وأثناء التنفيذ، لا يجوز أن تُفرض على الجاني أي قيود تتجاوز ما رخصت به الهيئة المختصة التي أصدرت القرار الأصلي،⁽¹³⁷⁾ كما لا يجوز تجاوز الفترة التي قررت الهيئة المختصة وفقاً للقانون.⁽¹³⁸⁾ وينبغي إيلاء اهتمام خاص لاحترام الحق في الكرامة والخصوصية، بما في ذلك أهمية الحفاظ على السرية التامة لسجلات الجاني الشخصية بحيث يكون الاطلاع عليها قاصراً على الأشخاص المرخص لهم بذلك حسب الأصول أو الأشخاص المعنيين مباشرة بالفصل في قضية الجاني.⁽¹³⁹⁾

وتتمثل مجموعة أخرى من الضمانات الحاسمة الأهمية في تمكين الأشخاص المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من التقدم بطلب لإعادة النظر في القرارات المتعلقة ببدائل الإيداع أو العقاب أو التماس اللجوء إلى هيئة مستقلة للتظلم من التنفيذ التعسفي أو غير المنصف أو انتهاك حقوق الإنسان ذات الصلة.⁽¹⁴⁰⁾ كما ينبغي أن يكون للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات أيضاً الحق في الاستئناف ضد أي قرار بتعديل البديل أو إلغائه في حالة الإخلال بالشروط الواجب مراعاتها.⁽¹⁴¹⁾ ومن المتطلبات الأساسية لاستخدام تلك السبل الانتصافية يسر الحصول على ضروب المساعدة القانونية والمعلومات ذات الصلة بطريقة واضحة ولغة يمكن فهمها لمن يريد استعمالها.⁽¹⁴²⁾

وعند بدء العلاج كبديل للإيداع أو العقاب، ينبغي أن يزود الجاني بشرح شفوي وتحريري للشروط، بما في ذلك التزاماته وحقوقه.⁽¹⁴³⁾ وينبغي إبلاغه بطبيعة البديل ومخاطره وفوائده، وعواقب الإخلال بشروط ذلك البديل، بما في ذلك الأثر المحتمل على الإجراءات الجنائية، والمعلومات المتعلقة بالعلاج التي سيكشف عنها أمام المحكمة، وإمكانات إلغاء البديل عن الإيداع أو العقاب في حالة عدم الامتثال.⁽¹⁴⁴⁾ وينبغي أن يقتصر تنفيذ العلاج على الفنيين الذين لديهم القدر الملائم من التدريب والخبرة العملية.⁽¹⁴⁵⁾

⁽¹³⁴⁾ القاعدة 3-1 من قواعد طوكيو.

⁽¹³⁵⁾ القاعدة 10-2 من قواعد طوكيو.

⁽¹³⁶⁾ القاعدة 14-5 من قواعد طوكيو.

⁽¹³⁷⁾ القاعدة 3-10 من قواعد طوكيو.

⁽¹³⁸⁾ القاعدة 11-1 من قواعد طوكيو.

⁽¹³⁹⁾ القواعد 3-9 و 3-11 و 3-12 من قواعد طوكيو.

⁽¹⁴⁰⁾ القواعد 3-5 إلى 3-7 و 3-6 و 3-9 من قواعد طوكيو.

⁽¹⁴¹⁾ القاعدة 14-6 من قواعد طوكيو.

⁽¹⁴²⁾ مبادئ الأمم المتحدة وتوجيهاتها بشأن سبل الحصول على المساعدة القانونية في نظم العدالة الجنائية (قرار الجمعية العامة 187/67، المرفق).

⁽¹⁴³⁾ القاعدة 12-3 من قواعد طوكيو.

⁽¹⁴⁴⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، "من الإكراه إلى التلاحم".

⁽¹⁴⁵⁾ القاعدة 13-2 من قواعد طوكيو.

2-2-6- المبدأ 6- ينبغي إيلاء اهتمام خاص للفئات الخاصة ولحصولها على العلاج كبديل للإدانة أو العقاب لتجنب التمييز

من الضروري إيلاء اهتمام خاص للاحتياجات الخاصة للفئات السكانية مثل النساء والشباب والمصابين باضطرابات في الصحة العقلية مصاحبة للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، والأشخاص ذوي الإعاقة الإدراكية والذهنية، والأقليات العرقية والإثنية. ولا يتطلب مبدأ عدم التمييز وما يتصل به من التزامات دولية⁽¹⁴⁶⁾ ضمان عدم التمييز في تطبيق التدابير على أساس الجنس أو السن أو العرق أو الإعاقة أو أي عوامل أخرى فحسب، بل يتطلب أيضاً اعتماد تدابير محددة للقضاء على أشكال التمييز القائمة التي تواجهها فئات معينة. وينطبق ذلك على القوانين والسياسات والمؤسسات والتدابير، سواء في مجال العدالة أو الصحة.

ضمان عدم تخلف أحد عن الركب:
تحديد المجموعات الخاصة وتلبية احتياجاتها الخاصة

فعلى سبيل المثال، للمجرمات والسجينات احتياجات مميزة، مثل المسؤولية عن توفير الرعاية لأفراد أسرهن، أو الاحتياجات الصحية والعلاجية الخاصة، أو تاريخ التعرض للإيذاء السابق، وهي احتياجات كثيراً ما لا تلبىها على نحو كاف نظم العدالة الجنائية التي تتعامل مع أغلبية من المجرمين والسجناء الذكور.⁽¹⁴⁷⁾ ولا يمكن أن يُنظر إلى التدابير المتخذة لتلبية هذه الاحتياجات من أجل تحقيق مساواة فعلية بين الجنسين على أنها تدابير تنطوي على تمييز.⁽¹⁴⁸⁾ وينبغي تطبيق الخيارات الخاصة بنوع الجنس فيما يخص التدابير التحويلية وبدائل الاحتجاز رهن المحاكمة وإصدار الأحكام وما بعد المحاكمة حيثما كان ذلك ملائماً وممكناً.⁽¹⁴⁹⁾ وينبغي أن تتمتع المحاكم، عند إصدارها أحكاماً ضد المجرمات بصفة خاصة، بالصلاحيات التي تمكّنها من النظر في العوامل المخففة للحكم من قبيل عدم وجود سوابق جنائية وعدم خطورة السلوك الإجرامي نسبياً وطبيعة هذا السلوك.⁽¹⁵⁰⁾ وينبغي تحويل المصابات باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات أو إحالتهم إلى برامج علاجية في المجتمع المحلي يراعى فيها نوع الجنس وتأثير الصدمات النفسية ودعمهم في الوصول إلى تلك البرامج.⁽¹⁵¹⁾ وينبغي أن يتمثل أحد الخيارات في خدمات العلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات المخصصة للنساء فقط، حيثما كان ذلك متاحاً. وينبغي أن يكون العلاج داخل المؤسسات الإيوائية إما مخصصاً للنساء فقط أو قابلاً للفصل الواضح بين الجنسين من أجل زيادة السلامة وتعزيز نتائج العلاج بالنسبة إلى المصابات باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات.⁽¹⁵²⁾

⁽¹⁴⁶⁾ انظر، على سبيل المثال، المادتين 2 و3 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ والمادتين 2 و3 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية؛ والاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري؛ واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة؛ واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

⁽¹⁴⁷⁾ كتيب عن المرأة والسجن.

⁽¹⁴⁸⁾ القاعدة 1 من قواعد بانكوك.

⁽¹⁴⁹⁾ القاعدتان 57 و58 من قواعد بانكوك.

⁽¹⁵⁰⁾ القاعدة 61 من قواعد بانكوك.

⁽¹⁵¹⁾ القاعدة 62 من قواعد بانكوك.

⁽¹⁵²⁾ Substance Abuse Treatment and Care for Women: Cases Studies and Lessons Learned (United Nations publication, Sales No. E.04.XI.24); UNODC, Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women (Vienna, 2016); and WHO, Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy (Geneva, 2014)

2-2-7- المبدأ 7- لا يجوز حرمان السجناء المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من حقهم في الصحة، ولهم الحق في الحصول على نفس مستوى العلاج المتاح لعامة السكان

قد لا يكون جميع المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات مؤهلين لتلقي العلاج كبديل للإدانة أو العقاب. لكن حقهم في التمتع بالصحة يظل قائماً حتى وهم في السجن - سواء أكانوا ينتظرون المحاكمة أم أدينوا (انظر الفصل 4 المتعلق بخيارات التحويل إلى العلاج كبديل للإدانة أو العقاب أو إضافة إليهما). والدولة مسؤولة عن توفير الرعاية الصحية للسجناء.⁽¹⁵³⁾ وينبغي أن يحصل السجناء على نفس مستوى الرعاية الصحية المتاح في المجتمع، وينبغي أن يكون لهم الحق في الحصول على الخدمات الصحية الضرورية مجاناً ودون تمييز على أساس وضعهم القانوني.⁽¹⁵⁴⁾ وينبغي أن تُنظَّم الخدمات الصحية من خلال علاقة وثيقة بالإدارة العامة للصحة العمومية وبطريقة تضمن استمرارية العلاج والرعاية، بما في ذلك فيما يخص فيروس نقص المناعة البشرية والسُّل والأمراض المعدية الأخرى، وكذلك الاضطرابات العقلية والسلوكية، بما فيها الارتهاان للمخدرات.⁽¹⁵⁵⁾ وفي هذا الصدد، من المهم ملاحظة أن العلاقة بين اختصاصيي الرعاية الصحية والسجناء ينبغي أن تخضع لنفس المعايير الأخلاقية والمهنية التي تنطبق على المرضى في المجتمع، بما في ذلك على وجه الخصوص التقيد باستقلالية السجناء فيما يتعلق بصحتهم الموافقة المستنيرة فيما يخص العلاقة بين الطبيب والمريض.⁽¹⁵⁶⁾

2-3- إعمال الإطار القانوني الدولي ضمن الإطار القانوني الوطني لكل بلد على حدة

يسمح الإطار القانوني الدولي باختيار العلاج والرعاية عندما يحتك الجناة المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بنظام العدالة الجنائية.

ويُنفَّذ العلاج والرعاية بالفعل كبديلين للإدانة والعقاب تنفيذاً فعالاً في مجموعة متنوعة من النظم القانونية. وفي حين أن النظام القانوني في كثير من البلدان يتأثر في الغالب بتقليد قانوني معين،⁽¹⁵⁷⁾ فقد تقارب العديد من النظم القانونية بدرجات متفاوتة، مما يجسد عناصر كل نظام من تلك النظم.⁽¹⁵⁸⁾ وينبغي أن يراعي استحداث وتنفيذ بدائل العلاج والرعاية النظام والتقليد القانونيين المعنيين. وعلى وجه الخصوص، من المرجح أن تختلف العملية والإطار الزمني ودور الجهات الفاعلة القضائية في كل نظام من النظم، تبعاً للإجراءات المستخدمة في معالجة الحالات التي تشمل مصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات. ويرتبط فرق رئيسي آخر بالمرحلة التي يمكن عندها أن تصبح هذه البدائل واردة.

⁽¹⁵³⁾ القاعدة 24 من قواعد نيلسون مانديلا.

⁽¹⁵⁴⁾ القاعدة 1-24 من قواعد نيلسون مانديلا.

⁽¹⁵⁵⁾ القاعدة 2-24 من قواعد نيلسون مانديلا.

⁽¹⁵⁶⁾ القاعدة 32 (ب) من قواعد نيلسون مانديلا.

⁽¹⁵⁷⁾ "التقليد القانوني" هو الأساس المنطقي والمنهجية المتبعة فيما تقوم عليه كيفية استحداث القوانين وتفسيرها وإنفاذها في بلد ما. انظر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل المساعدة القانونية المتبادلة وتسليم المجرمين (نيويورك، 2013)، الصفحة 8. ويقدم الدليل أيضاً وصفاً للتقاليد القانونية الثلاثة الأكثر شيوعاً في العالم: تقاليد القانون المدني، وتقاليد القانون الأنغلو-سكسوني، وتقاليد القانونية الإسلامية (الشريعة الإسلامية).

⁽¹⁵⁸⁾ Geoffrey C. Hazar and Angelo Dondi, "Responsibilities of judges and advocates in civil and common law: some lingering misconceptions concerning civil lawsuits", *Cornell International Law Journal*, vol. 39 (2006)

وفي حين أن عملية وضع استراتيجيات للعلاج والرعاية كبداية للإدانة أو العقاب فيما يخص الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات تختلف من بلد إلى آخر، فإن هناك بعض التحديات المشتركة التي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار عند تطبيق الإطار القانوني الدولي على الصعيد المحلي. وتتلق أهم التحديات التي نوقشت في هذا القسم بوجهات النظر المختلفة لقطاعي الصحة والعدالة، ودرجة السلطة التقديرية القائمة للسماح بتنفيذ العلاج كبديل للإدانة أو العقاب، ودور مختلف الجهات الفاعلة القضائية في العملية.

2-3-1- تنسيق منظورات قطاعي الصحة والعدالة لتوفير العلاج كبديل للإدانة أو العقاب

يجب أن تراعى، في عملية تعزيز تطوير العلاج والرعاية كبديلين للإدانة والعقاب، تماشياً مع الإطار القانوني الدولي، مختلف وجهات نظر العاملين في قطاعي الصحة والعدالة بشأن المسائل الرئيسية التي تنشأ في هذا الصدد.

وتشمل هذه المسائل ما يلي:

(أ) تدابير التصدي لعدم الامتثال. من منظور العدالة الجنائية، قد يلزم تطبيق جزاءات عقابية عندما لا يمثل فرد لأمر صادر من محكمة أو توجيه آخر. ولكن في حالة الأفراد، الذين يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات وما يرتبط بها من اضطرابات في الصحة العقلية وغيرها من الاضطرابات ذات الصلة، فإن عدم الامتثال للأوامر أو التعرض للانتكاس يعتبران من المنظور الطبي من المؤشرات العامة على ما يعانيه المصاب من اضطرابات، مما يتطلب اتخاذ تدابير علاجية (مثل زيادة العلاج، وتغيير بروتوكول العلاج، وما إلى ذلك)، وليس تدابير عقابية. ولا يتساوى عدم إثبات الامتناع عن التعاطي مع عدم الامتثال للعلاج.

(ب) صناع القرار الرئيسيون ونطاقات اختصاصهم. ينبغي من منظور العدالة الجنائية أن يحدد النظام القضائي التدابير المناسبة للتصدي للجرائم، بما في ذلك الجرائم التي يرتكبها المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، ولكن ينبغي من المنظور الطبي أن يكون الطبيب المعالج هو من يقرر ما إذا كان العلاج قد حقق تقدماً أم لا. فمن حيث المبدأ، ينبغي ألا يتخذ جهاز الشرطة والمدعون العامون والقضاة قرارات بشأن العلاج، وينبغي ألا يتخذ الطبيب المعالج قرارات تخص نظام العدالة. غير أنه عندما يتعلق الأمر بالمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية، فمن الضروري ضمان أن يسترشد مسؤولو العدالة الجنائية بأراء الأطباء فيما يتخذونه من قرارات. ومن التحديات المستمرة في هذا الشأن وضع نهج تعاونية وبارامترات خاصة تكفل إنجاح الشراكات المتعددة التخصصات من هذا القبيل، بما يحمي الصحة وحقوق الإنسان للأفراد ويكفل السلامة العمومية والصحة العمومية للمجتمع.

2-3-2- درجة السلطة التقديرية للتحويل إلى العلاج والرعاية ومراحل استخدام

تلك السلطة

تحتل مختلف الجهات الفاعلة في مجال العدالة الجنائية بدرجات متفاوتة من السلطة التقديرية لتحويل المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات إلى العلاج في معظم النظم. وحتى عندما يبدو أن القوانين الحالية لا تسمح بأي سلطة تقديرية في تطبيقها، كما هو الحال بالنسبة لأحكام العقوبات الإلزامية، قد تكون هناك فرصة لاستخدام السلطة التقديرية في مراحل أخرى.

فكثيراً ما يكون المجال مفتوحاً لاستخدامها أثناء تسيير الإجراءات عند منعطفات متعددة، ومنها مثلاً عند إصدار قرارات الضبط والإحضار أو الملاحقة أو الإدانة أو وقف تنفيذ الحكم.

وفي العديد من النظم القانونية المنتمة لتقاليد القانون الأنغلو سكسوني، يمكن الأخذ بالعلاج والرعاية كبديلين لعملية الإدانة والعقاب التقليدية في مرحلة مبكرة من نظام العدالة الجنائية. وعادةً ما تتمتع النيابة العامة بسلطة تقديرية واسعة في تقرير ما إذا كان ينبغي فتح التحقيق أو إقامة الدعوى، ولا يخضع قرارها في هذا الشأن بوجه عام للمراجعة القضائية.⁽¹⁵⁹⁾ ويحظى المدعون العامون أيضاً بسلطة تقديرية كبيرة، عند بدء الإجراءات، للبت فيما إذا كانوا سيسحبون تهماً محددة أو الدعوى برمتها، أو سيوقفون سير القضية بشروط.⁽¹⁶⁰⁾

في نظم القانون الأنغلو سكسوني، يمكن الأخذ بدائل العلاج والرعاية في وقت مبكر من العملية. ويحظى القاضي بسلطة تقديرية كبيرة

كما أن العديد من نظم القانون الأنغلو سكسوني تسمح للدعاء والدفاع بالدخول في مفاوضات مع المتهم قبل إحالته للمحاكمة بشأن التهم الموجه إليه وإمكانية اعترافه بها بغية التشجيع على إجراء تسوية ناجحة للقضية.⁽¹⁶¹⁾ ويمكن، لدى اتفاق الطرفين، تضمين عدة بدائل في حكم مقترح مشترك للفصل في القضية، يقدمه الادعاء والدفاع بعد ذلك إلى القاضي. وإذا وافق القاضي على ذلك، تُدرج تلك البدائل في الحكم الذي سيصدره. وبصرف النظر عما إذا كان الطرفان سينخرطان في التفاوض على التهم أو الحكم، فمن الأهمية بمكان أن تتحلّى العملية بالشفافية، وأن يفهم المدعى عليه طبيعة ونتائج ما سيحده من خيارات، وأن يُسجّل ما يكفي من الوقائع لتأييد الاعتراف بالجرم المرتكب.⁽¹⁶²⁾ وإذا لم يُتفق على إمكانية استخدام البدائل عند بدء القضية، فيمكن النظر في استخدامها في مراحل أخرى من الدعوى، بما في ذلك مرحلة إصدار الحكم. وفي كثير من الحالات، يمكن أن تركز سلطة استخدام البدائل المقترحة على كل من السوابق القضائية والقانون التأسيسي المنشئ للمحكمة، الذي يمنح القاضي بوجه عام سلطة تقديرية كبيرة لإقامة "العدالة".

أما في نظم القانون المدني، فعادة ما تكون السلطة المتاحة لاستخدام البدائل أكثر محدودة في مرحلة ما قبل المحاكمة، وكثيراً ما تُمارس في مرحلة الحكم في القضية. وفي العديد من الدول التي تتبع التقاليد القانونية للقانون المدني، يُطلب من النيابة العامة، من حيث المبدأ ملاحظة، كل جريمة توجد بشأنها أدلة كافية لدعم الملاحقة القضائية، وإن كانت عدة بلدان قد وسعت من نطاق السلطة التقديرية للنيابة العامة لتوفير بدائل للملاحقة القضائية.⁽¹⁶³⁾ وبهذه الطريقة، فإن دور القاضي في إجراءات العدالة الجنائية في إطار نظم القانون المدني يكون أساسياً. ويحدد القاضي المسائل المتنازع عليها، ويحدد الأدلة اللازمة، ويجدول جلسات الاستماع اللازمة، ويصوغ الحكم النهائي استناداً إلى الأدلة المقدمة والقوانين المدونة المنطبقة.

في نظم القانون الأوروبي-الروماني، يعتمد استخدام البدائل في المقام الأول على تطبيق القانون القائم

وعلى الرغم من الاختلافات الإجرائية التي كثيراً ما توجد بين النظم القانونية التي تتبع التقاليد القانونية للقانون الأنغلو سكسوني والقانون المدني، من المهم أن تعمل الجهات الفاعلة الرئيسية في صنع القرار في نظام العدالة الجنائية وقطاع الصحة معاً لاستعراض السياسات والممارسات الحالية، من أجل تحديد النقاط التي يجوز فيها تطبيق السلطة التقديرية لتوفير العلاج كبديل للإدانة أو العقاب فيما يخص المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بما يتماشى مع الإطار القانوني الدولي.

وحيثما تُمنح مؤسسة من مؤسسات العدالة الجنائية سلطة تقديرية، يكون من الضروري ضمان أن تخضع الجهات الفاعلة والأجهزة المسؤولة للمساءلة عن القرارات التي تتخذها. ومن المهم اتخاذ تدابير لتجنب

⁽¹⁵⁹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، سلسلة كتيبات العدالة الجنائية (نيويورك، 2014)، الصفحة 103.

⁽¹⁶⁰⁾ UNODC, *The Status and Role of Prosecutors: A United Nations Office on Drugs and Crime and International Association of Prosecutors Guide* (Vienna, 2014), p. 9.

⁽¹⁶¹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحة 103.

⁽¹⁶²⁾ UNODC, *The Status and Role of Prosecutors*, p. 43.

⁽¹⁶³⁾ المرجع نفسه، الصفحتان 9 و46؛ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحة 103.

القرارات التعسفية أو الممارسات الفاسدة. وينبغي أن تشمل هذه التدابير، على الأقل، التسجيل الدقيق للقرارات والرصد من جانب هيئات مستقلة. وفي المجتمعات التي يمثل فيها الفساد تحدياً هائلاً في جميع مناحي الحياة، قد يكون من الصعب جداً ضمان المساءلة، وهي مسألة يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند البت في تحديد نطاق السلطات التقديرية لجهاز الشرطة والنيابة العامة.⁽¹⁶⁴⁾

2-3-3- دور الجهات الفاعلة القضائية في عمليات التحويل إلى العلاج في مختلف النظم القانونية

تتبع مختلف النظم القانونية خطوات متماثلة في تسيير إجراءات العدالة الجنائية، وهي (1) الادعاء بارتكاب جريمة، (2) التحقيق، (3) توجيه التهمة الرسمية، (4) الفصل في القضية، (5) النطق بالحكم - لكن أعمال "الجهات الفاعلة القضائية" وأدوارها تختلف من نظام إلى آخر.

ففي العديد من نظم القانون المدني، تضطلع النيابة العامة بتسيير الإجراءات في مرحلة التحري والتحقيق، بالاشتراك مع الشرطة في كثير من الأحيان، وتلي ذلك مرحلة الفحص والاستجواب التي تضطلع بها النيابة العامة أيضاً، بمشاركة نشطة من قضاة التحقيق. وعلى عكس نظام القانون الأنغلو سكسوني، حيث يمكن للدفاع والتفاوض على اتفاق لتخفيف العقوبة لتجنب محاكمة مطولة (التفاوض على الاعتراف)، يجب على القاضي في نظم القانون المدني أن يطبق أحكام القانون المدون المنطبق على وقائع القضية، كما أن السوابق أو القرارات السابقة في القضايا المماثلة، كثيراً ما يكون دورها محدوداً، إن وُجد، في قرارات المحاكم في ذلك النظام على العكس من نظام القانون الأنغلو سكسوني.

من يأخذ زمام المبادرة؟

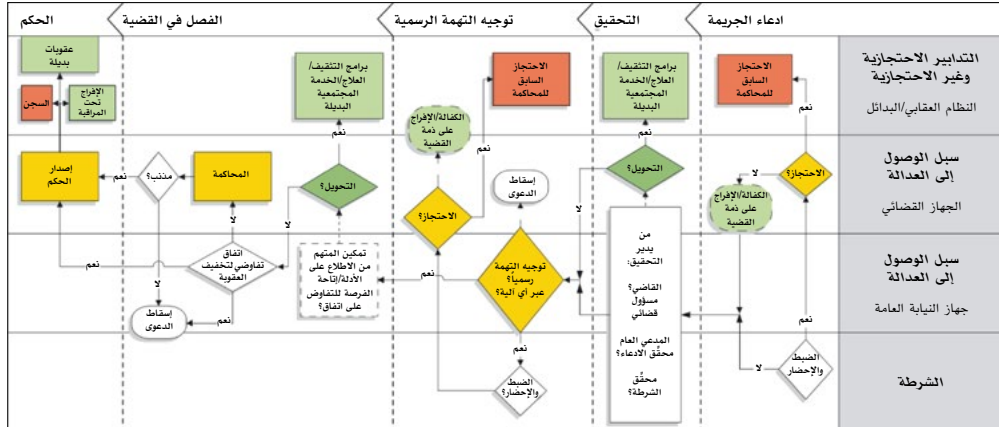
في نظام القانون الأنغلو سكسوني، يؤدي المحقق والمدعي العام والدفاع والقاضي مهام منفصلة. ويتمثل الدور الرئيسي للقاضي في نظام القانون الأنغلو سكسوني في ضمان أن يتبع الادعاء والدفاع قواعد الإجراءات القضائية المحددة لنظر الدعوى أمام المحكمة، ثم يعمل كمحكّم، على مطابقة وقائع الدعوى التي يعرضها الادعاء والدفاع - عادةً من خلال شهادة الشهود - على الحالة القانونية المنظورة. ولما كانت شهادة الشهود يمكن أن تتناول نتائج بحوث ذات صلة وتجارب شخصية وعوامل أخرى قد تكون مناسبة، فيمكن للقاضي أن يراعي هذه الأمور في قراره. وخلال عملية التخاصم، يعرض كل طرف ما لديه من حجج تؤيد الحكم في الدعوى الذي يطالب به، ويستند في ذلك أساساً إلى تقديم شهادات شفوية للشهود و/أو خبراء آخرين لدعم موقفه، ويتيح كل طرف الفرصة للطرف الآخر لاستجواب شهوده لتحديد مواطن الضعف المحتملة في موقف كل منهما. وعندما تكتمل هذه العملية التخاصمية، يقدم كل جانب مرافعة أمام القاضي يعرض فيها الأسباب التي يمكن أن تدعو القاضي إلى قبول أو رفض السوابق القضائية التي قد تكون منطبقة. ثم يأخذ القاضي جميع الشهادات والأدلة المقدمة في الاعتبار ويصدر رأيه، معتمداً على السوابق القضائية قدر الإمكان.

وبغض النظر عن العملية المحددة وما إذا كان النظام القانوني يستند إلى التقاليد القانونية للقانون الأنغلو سكسوني أو القانون المدني، فإن من المتطلبات الرئيسية لتنفيذ نظام العلاج والرعاية كبديل للإدانة أو العقاب توعية الجهات الفاعلة القضائية الرئيسية - القاضي والادعاء والدفاع - بما يلي: (1) أهمية هذه البدائل، وأساسها المنطقي، وما تتطوي عليه من خدمات وإشراف، وإعادة تأهيل للجنة ومحافظة على السلامة العمومية والمصالح المجتمعية المتحققة في توفيرها؛ (2) الممارسات والخدمات الواعدة والقائمة على الأدلة التي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار في مجال علاج متعاطي المخدرات ورعايتهم.

وبغض النظر عن العملية المحددة وما إذا كان النظام القانوني يستند إلى التقاليد القانونية للقانون الأنغلو سكسوني أو القانون المدني، فإن من المتطلبات الرئيسية لتنفيذ نظام العلاج والرعاية كبديل للإدانة أو العقاب توعية الجهات الفاعلة القضائية الرئيسية - القاضي والادعاء والدفاع - بما يلي: (1) أهمية هذه البدائل، وأساسها المنطقي، وما تتطوي عليه من خدمات وإشراف، وإعادة تأهيل للجنة ومحافظة على السلامة العمومية والمصالح المجتمعية المتحققة في توفيرها؛ (2) الممارسات والخدمات الواعدة والقائمة على الأدلة التي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار في مجال علاج متعاطي المخدرات ورعايتهم.

⁽¹⁶⁴⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحة 104.

شكل بياني - مراحل اتخاذ القرار في عملية العدالة الجنائية



4-2- النتائج المستخلصة

بدائل الإيداع أو العقاب المتماشية مع الإطار القانوني الدولي

- 1- تشجع الصكوك التي يتألف منها الإطار القانوني الدولي على إتاحة العلاج للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية. ويتسق ذلك مع الاعتراف بحقهم في الصحة. ويمكن توفير هذا العلاج كبديل للإيداع أو العقاب، تبعاً للمعايير المتصلة بالجريمة والجاني والضحايا والمجتمع. ويظل من حق المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحرومين من حريتهم الحصول على العلاج بنفس مستوى الرعاية الصحية المتاحة في المجتمع المحلي. وعندما يعودون إلى مجتمعاتهم المحلية بعد أن يستعيدوا حريتهم، ينبغي العمل على ضمان استمرار علاجهم من تعاطي المخدرات، بما في ذلك العلاج الصياني بالمؤثرات الأفيونية.
- 2- تمنح قوانين وسياسات معظم البلدان نظاماً العدالة الجنائية قدراً من السلطة التقديرية في تحديد التدابير المناسبة للتصدي للجرائم التي يرتكبها المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات.
- 3- يُستخدم نظام الإيداع إلى العلاج والرعاية بدلاً من الإيداع أو العقاب في نظم قانونية مختلفة. غير أن الإجراءات والأطر الزمنية والجهات الفاعلة القضائية الرئيسية، ولاسيما أدوار المدعين العامين والقضاة، يمكن أن تختلف.
- 4- من المقومات الرئيسية لتنفيذ نظام العلاج والرعاية توفير التوعية والتدريب المناسبين للجهات الفاعلة القضائية الرئيسية: القضاء والادعاء والدفاع.

الفصل 3-

علاج ورعاية الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات

3-1- تصنيف الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات

يُدرج التصنيف الدولي للأمراض⁽¹⁶⁵⁾ الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات تحت بند التعاطي الضار للمخدرات أو الارتهاان للمخدرات.

ويعتبر الارتهاان للمخدرات اضطراباً صحياً متعدد العوامل يتبع في كثير من الأحيان مسار مرض مزمن ومتكرر الانتكاس والهجوم. وهو متلازمة تتميز برغبة قوية وقاهرة في تناول المخدرات وبالعجز عن التحكم في تعاطيها، مما يؤدي إلى تعاطي كميات متزايدة من المخدرات وقضاء مدد زمنية مفرطة الطول في الأنشطة المتصلة بالمخدرات. ومع مرور الوقت، يكتسب تعاطي المخدرات أولوية أكبر بكثير بالنسبة إلى الشخص المعني، بحيث يحل محل أنشطة أخرى كانت ذات قيمة أكبر في السابق. وكثيراً ما يفقد المصابون بهذا الاضطراب اهتمامهم بأمور مثل الحياة الأسرية والاجتماعية والتعليم والعمل والترفيه ويهملونّها. وكثيراً ما يواصل المرتهاون للمخدرات تعاطيها على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المتكررة، وينخرطون في سلوكيات عالية الخطورة، ويواصلون التعاطي على الرغم من معرفتهم بالمشاكل المستمرة الناجمة عن تعاطي المخدرات. ويرتبط الارتهاان للمخدرات بمجموعة من العواقب الصحية والاجتماعية السلبية وبالاضطرابات العقلية والجسدية المصاحبة.

وتوضح التطورات الأخيرة في علم الأعصاب أن الارتهاان للمخدرات هو اضطراب دماغي، شأنه في ذلك شأن أي مرض عصبي أو نفسي آخر. وتؤثر المخدرات على العمليات الإدراكية والعاطفية والتحفيزية الطبيعية في الدماغ. وتعمل الأدوية المختلفة بطرائق مختلفة في الدماغ لإنتاج آثارها. فهي ترتبط بأنواع مختلفة من المستقبلات، ويمكن أن تزيد أو تقلل من نشاط الخلايا العصبية من خلال عدة آليات مختلفة. ولذلك، فإن لها آثاراً سلوكية مختلفة، ومعدلات مختلفة لتطور التحمل، وأعراض انسحاب مختلفة، وآثاراً قصيرة الأجل وطويلة الأجل مختلفة. وفي حين أن الناتج السلوكي معقد، فإنه يرتبط في معظمه بالآثار القصيرة الأجل أو الطويلة الأجل للمؤثرات النفسانية على الدماغ.⁽¹⁶⁶⁾

وتعاطي المخدرات الضار هو المصطلح المستخدم فيما يخص تعاطي المخدرات الذي يسبب ضرراً للصحة البدنية أو العقلية للفرد ولكنه لا يفي بالمعايير التشخيصية كي يُعتبر ارتهااناً لمواد الإدمان.

⁽¹⁶⁵⁾ متاح في: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.

⁽¹⁶⁶⁾ منظمة الصحة العالمية، *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence: Summary* (جنيف، 2004). ولهذا المنشور ملخص بالعربية بعنوان "العلوم العصبية ودورها في تعاطي المواد النفسانية التأثير والاعتماد عليها".

3-2-2- فحص وتقييم الحالة الصحية للمصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية

يتعين إجراء مزيد من الفحوص والتقييمات فيما يخص كل شخص يحتك بنظام العدالة الجنائية وتظهر عليه بوادر تتم عن تعاطي المخدرات (مثل مرتكبي الجرائم المرتبطة بحياسة المخدرات) من أجل تحديد الاحتياجات الصحية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات والاضطرابات الناشئة عن هذا التعاطي التي يلزم عندئذ مواصلة معالجتها من أجل تعزيز النتائج على صعيد الصحة والعدالة الجنائية بالنسبة للجاني. ويمكن للجهات الفاعلة في مجال العدالة الجنائية أن تؤدي دوراً في تحديد الأشخاص الذين يزداد احتمال تعاطيهم المخدرات وضمان خضوعهم لمزيد من الفحوصات الصحية والتقييمات المحتملة. ويمكن أن يقوم بالفحص موظف غير متخصص، في حين أن التقييم يتطلب عادةً وجود موظف صحي مدرب. وينبغي إبلاغ الأفراد بشكل واضح بالأشخاص الذين سيتاح لهم الاطلاع على معلومات الفحص والتقييم وبالكيفية التي سستخدم بها تلك المعلومات. وحالما يتم التأكد من وجود تعاطٍ ضار للمخدرات أو ارتهان لها، ويبيدي الجاني استعداداً للمشاركة في تدخل للعلاج والرعاية، يمكن استكشاف الخيارات المناسبة للعلاج والرعاية فيما يتعلق بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات في عملية يشارك فيها خبراء الصحة وسلطات العدالة الجنائية والجاني المؤهل⁽¹⁶⁷⁾. ولا يمكن اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج على أساس الجريمة التي يُدعى أن الجاني ارتكبها، بل على أساس الحالة الصحية والاحتياجات العلاجية المحددة للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات التي تم تحديدها في مرحلة التقييم. وينبغي النظر في علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات كبديل للإدانة أو العقاب في جميع الحالات الملائمة والمناسبة.

3-2-1- نقاط الاعتراض المناسبة لإجراء عمليات الفحص والتقييم في نظام العدالة الجنائية

عندما يحتك شخص بنظام العدالة الجنائية بسبب ارتكابه لجريمة، ينبغي النظر في أقرب فرصة ممكنة في مدى أهليته للحصول على بدائل للإدانة أو العقاب وتقييدها، وهذا يشمل المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات. وينبغي أن تكون فرص الفحص والتقييم فيما يخص الاضطرابات الصحية، بما في ذلك الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، حاضرة في جميع نقاط الاحتكاك داخل نظام العدالة الجنائية. وتوجد نقاط اعتراض مناسبة (فرص للربط بالخدمات ومنع المزيد من الاحتكاك بنظام العدالة الجنائية) في مراحل مختلفة من نظام العدالة الجنائية، تتراوح بين مرحلة ما قبل المحاكمة والمحاكمة/المحاكمة وما بعد إصدار الحكم (انظر الفصل 4). ومن الأمثلة على ذلك الاتصال بالموظفين المكلفين بإنفاذ القوانين، والضبط والإحضار والاحتجاز الأولي، وجلسات المحاكمة، والإفراج مع الوضع تحت المراقبة، والإفراج المشروط. وتتاح لكل جهة فاعلة عند كل نقطة اعتراض فرصة لتحديد مؤشرات احتمال تعاطي المخدرات والاضطرابات الناشئة عن تعاطيها، ولضمان إجراء مزيد من الفحص والتقييم للجاني فيما يتعلق بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات في أقرب وقت ممكن. وإذا كانت نتيجة الفحص إيجابية، فينبغي إجراء تقييم شامل يتولاه اختصاصيون صحيون مدربون. وثمة حاجة خاصة إلى إجراء فحص وتقييم مبكرين يسمحان بإجراء تدخلات صحية متتالية لتفادي عملية انسحاب مؤلمة بلا داع، وفي بعض الحالات خطيرة، فيما يخص المرتهنين

⁽¹⁶⁷⁾ في نظام العدالة الجنائية، كثيراً ما يساوى إجراء الفحص بتقرير الأهلية لتحديد ما إذا كان هناك اضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات وكثيراً ما يساوى إجراء التقييم بتقرير الملائمة لتحديد طبيعة الاضطراب الناشئ عن تعاطي المخدرات ووضع توصيات علاجية محددة لمعالجة هذا الاضطراب (United States, Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 44, HHS Publication No. (SMA) 13-4056 (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2005).

للمخدرات الموجودين رهن الاحتجاز؛ ولذا ينبغي أن يكون الفحص للكشف عن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات جزءاً لا يتجزأ من الفحص الصحي المعياري كلما احتُجز أشخاص في إطار نظام العدالة الجنائية. والفحص والتقييم عمليتان مستمرتان يمكن أن يكررها أشخاص مختلفون في سياقات مختلفة، مثل التقييم الأولي في مرحلة ما قبل المحاكمة، والتقييم الذي يُجرى في وقت لاحق عندما يكون الفرد في السجن. وهناك عدة أسباب لإعادة الفحص أو إعادة التقييم، مثل التغير في حاجة الشخص المتصورة للعلاج، أو التغيرات في الدافع، أو التغيرات في الظروف المتصلة باضطرابه الناشئ عن تعاطي المخدرات. ولا بد من أن يؤخذ في الاعتبار بوجه خاص خطر الانتحار.

3-1-1-2-3- الفحص

كما ذكر أعلاه، يُعرّف الفحص بأنه عملية مسح سريعة أو إجراء وجيز للبحث عن أي مؤشرات لدى الشخص المفحوص تدل على أنه يعاني من حالة محددة تحتاج إلى العلاج ولتحديد ما إذا كان هناك ما يبرر إجراء تقييم شامل.⁽¹⁶⁸⁾

ويمكن تجميع أدوات الفحص ضمن فئتين:

- أدوات الإبلاغ الذاتي والجدول الزمنية المنظمة للمقابلات (المقابلات، استبيانات الإبلاغ الذاتية)
- الواصفات البيولوجية (مقياس نسبة الكحول في التنفس، ومقياس مستويات الكحول في الدم، وفحص اللعاب أو البول، واختبار المخدرات المصلي).

وينبغي اختيار تلك الأدوات بناءً على مدى انطباقها على حالة الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية وتكلفتها وسهولة استعمالها والوقت الذي يستغرقه استعمالها. ولا يتطلب استخدام العديد من أدوات الفحص سوى القليل من التدريب الخاص أو لا يتطلب أي تدريب خاص لإدارة النتائج وتسجيلها وتفسيرها، ويمكن استخدام هذه الأدوات في مراحل مختلفة من إجراءات العدالة الجنائية.

ومن مزايا استخدام أدوات الإبلاغ الذاتي (مثل الاستبيانات والمقابلات) أنها لا تتطلب على فحوص بدنية داخلية (فحوص توغلية أو باضعة) وغير مكلفة. وتتسم أدوات الفحص الذاتية الإبلاغ الجيدة بالإيجاز (10 أسئلة أو أقل)، والمرونة، ويسر الاستعمال، ولا ترهق المريض، وتستخدم مع الكحوليات وسائر المخدرات، وتشير إلى الحاجة إلى مزيد من التقييم أو التدخل عند الاقتضاء، وذات درجة مقبولة سريريًا من الحساسية والتحديد. ويمكن تعزيز دقة اختبارات الإبلاغ الذاتي من خلال إعطاء المريض ضمانًا كتابيًا بالسرية، وإجراء المقابلات مع المريض في بيئة تشجع على الصدق في تقديم المعلومات، وطرح أسئلة واضحة وموضوعية على المريض، وتزويد المريض بأدوات تعينه على التذكر (مثل التقاويم وبطاقات الإجابة). ويمكن لاختبارات الإبلاغ الذاتي أن تسفر عن نتائج غير صحيحة بشكل واضح إذا كان المريض تحت تأثير المخدرات عندما يخضع لاختبار الإبلاغ الذاتي، ولكن هذا يُفترض ألا يمنع عملية الفحص الأولي. وعند اختيار أداة الفحص التي ينبغي استخدامها، ينبغي للممارسين أن يختاروا أداة موحدة ومعتمدة من الناحية التجريبية لاستخدامها مع الفئات التي سيُجرى الفحص عليها. وقد استحدثت منظمة الصحة العالمية اختبارا لكشف تعاطي الكحول والمخدرات وتدخين التبغ (اختبار منظمة الصحة العالمية لكشف تعاطي الكحول والتبغ ومواد الإدمان (ASSIST))، وهو يتألف من ثمانية أسئلة عن تعاطي الكحول والتبغ والمخدرات (بما في ذلك تعاطي المخدرات بالحقن)، ويتمخض عن معلومات بشأن التعاطي الخطر أو الضار أو الارتعاشي، بما في ذلك تعاطي المخدرات بالحقن. وقد أُعد خصيصاً للاستخدام في سياق الرعاية الأولية، ويوصى بإجرائه في شكل مقابلة (منظمة الصحة العالمية، 2010).⁽¹⁶⁹⁾ وعندما تشير نتائج الفحص إلى وجود مشكلة خطيرة محتملة، ينبغي أن يجري مهنيون صحيون متخصصون مزيداً من التقييمات، عند إحالة المفحوصين، لضمان المتابعة الكافية.

⁽¹⁶⁸⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات؛ SAMHSA, Screening and Assessment of Co-Occurring Disorders in the Justice System, HHS Publication No. (SMA)-15-4930 (Rockville, Maryland, 2015).

⁽¹⁶⁹⁾ متاح في: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (who.int).

وقد يكون استخدام الواسمات البيولوجية مفيداً عندما يحتاج الفاحص في عمله إلى الحصول على معلومات معينة من المريض لتشخيص حالته ويعجز المريض عن الإجابة شخصياً عن أسئلته لسبب ما (كأن يكون فاقد الوعي مثلاً)، أما إن كان واعياً، فمن الأفضل استخدام أدوات الإبلاغ الذاتي في فحصه.

3-1-2-3 التقييم

ينبغي إجراء تقييم طبي نفسي اجتماعي شامل للمريض عند التحاقه بأي برنامج علاجي لتحديد الاحتياجات الفريدة للمريض ووضع خطة علاجه. ولذلك ينبغي أن تشمل التقييمات تاريخاً طبياً، وأن تلاحظ وجود أي أمراض مزمنة وحادة وما يتصل بها من علاجات صيدلانية، وأن تتضمن توثيقاً روتينياً للأمراض المعدية، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية والسل والتهاب الكبد، وما إلى ذلك. وينظر التقييم الشامل أيضاً في مجالات الحياة الأخرى مثل حالة العمل، والحالة الأسرية، والحالة القانونية، والحالة السكنية، ضمن مجالات أخرى. ويمكن لموظف مدرب أن يستخدم أداة تقييم قائمة على الأدلة مثل مؤشر حدة الإدمان (ASI)، الذي يقيّم شدة مشاكل تعاطي المخدرات والمشاكل المرتبطة بها (الطبية والنفسية والأسرية، وما إلى ذلك). وعندما لا يكون المريض في حالة انسحاب حاد، يجوز النظر في إجراء مقابلة منظمة بشأن الاضطرابات النفسية، مثل المقابلة الدولية للأمراض العصبية والنفسية (MINI)، أو المقابلة السريرية المنظمة للتشخيص (SCID)، أو المقابلة التشخيصية الدولية المنظمة-نميمة تعاطي مواد الإدمان (SAM-CIDI)، لأنها مفيدة بصفة خاصة من أجل إثبات الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وكذلك تحديد الاضطرابات النفسية المصاحبة. وينبغي أن تستند خطة العلاج للفرد إلى تقييم مفضّل لاحتياجاته العلاجية، ومدى ملاءمة العلاج لتلبية تلك الاحتياجات (ينبغي أن يكون تقييم الملاءمة قائماً على الأدلة)، وقبول المريض، وتوافر العلاج.⁽¹⁷⁰⁾

3-3-3 علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات

تخضع مجموعة خيارات العلاج من التعاطي الضار للمخدرات والارتهاان لها لنقاش تفصيلي في المنشور الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية بعنوان "المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات" (مسودة للاختبارات البحثية). ويمكن علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بفعالية باستخدام مجموعة من التدخلات الصيدلانية والنفسية الاجتماعية في مجموعة متنوعة من بيئات العلاج الداخلي والخارجي. وقد استُحدثت هذه التدخلات استناداً إلى الأدلة العلمية، واختُبرت فعاليتها باستخدام المعايير العلمية المستخدمة في تطوير العلاجات من اضطرابات طبية أخرى. وتتمثل أهداف العلاج فيما يلي: (أ) الحد من شدة تعاطي المخدرات أو وقفه، (ب) تحسين أداء الفرد المتأثر بالمخدرات ورفاهه، (ج) منع الضرر في المستقبل عن طريق تقليل خطر المضاعفات وتكرّر الإصابة.

كما يلزم كذلك تحديد حالات الطوارئ، مثل الجرعة الزائدة الحادة من المخدرات، وإدارتها على الفور.

⁽¹⁷⁰⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات.

المبادئ المشتركة بين المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية للعلاج من الارتهاان للمخدرات

المبدأ 1: يجب أن يكون العلاج متاحاً وميسراً وجذاباً وملائماً للاحتياجات

المبدأ 2: ضمان الالتزام بالمعايير الأخلاقية في خدمات العلاج

المبدأ 3: تعزيز علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات عن طريق التنسيق الفعال بين نظام العدالة الجنائية والخدمات الصحية والاجتماعية

المبدأ 4: وجوب استناد العلاج إلى أدلة علمية واستجابته للاحتياجات المحددة للأفراد المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات

المبدأ 5: الاستجابة لاحتياجات فئات فرعية سكانية محددة

المبدأ 6: ضمان الحوكمة السريرية الجيدة لخدمات وبرامج العلاج فيما يخص الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات

المبدأ 7: ضرورة الرصد والتقييم المستمرين لسياسات العلاج وخدماتها وإجراءاتها ونههجها وروابطها المتكاملة

3-3-1- إدارة التعاطي الضار للمخدرات

يتضمن مشروع المنشور المعنون المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات دليلاً كاملاً للعلاج. وهو يوضح باختصار أن الحد من شدة تعاطي المخدرات لدى الأشخاص الذين يتعاطون أنواع ضارة منها قد لا يتطلب إلا تدخلاً وجيزاً يمكن أن يقوم به مثلاً اختصاصي رعاية صحية مدرب في جلسة واحدة أو عدد قليل من الجلسات. أما العمل على تحسين مستويات أدائهم ورفاههم، فقد يتطلب فحصاً وعلاجاً لأي مشاكل تتعلق بالصحة العقلية أو الصحة البدنية أو المشاكل الاجتماعية. ولوقايتهم من الضرر في المستقبل، قد يحتاجون إلى برامج تثقيفية لتعريفهم بمخاطر الاستمرار في تعاطي المخدرات وتزويدهم بالوسائل اللازمة لمنع تلك الأضرار. ويمكن تحديد مسببات الانتكاس، كما يمكن توفير تقنيات لإدارة حالات المخاطر تلك وتتألف التدخلات الوجيهة الفعالة في هذا الشأن من عدة خطوات أساسية: أولاً، يشرح الممارس للمريض أبعاد مشكلة تعاطي المخدرات في سياق تأثيرها على صحته ورفاهه. وبما أن المريض هو محور المناقشة، فعلى الممارس أن يستمع إليه وأن يستخدم استراتيجيات لا تسعى إلى إصدار أحكام على سلوكه، مثل تلخيص النقاط المثارة والتدبر فيها بهدف تقديم تعليقات مناسبة إلى المريض. ويُطلب من المريض أن يتحدث عن جوانب التغيير الممكنة في سلوكياته المتعلقة بتعاطي المخدرات وأن يضع أهدافاً واقعية بشأنها. وفي نهاية الجلسة، يلخص الممارس للمريض موضوع المناقشة ويقدم له تعليقات إيجابية، بما يمكنه من مواصلة تحمّل المسؤولية

الكلونيدين) أن تكون مفيدة لإدارة أعراض الانسحاب المرتبطة بالموثرات الأفيونية والحد من خطر الانتكاس (النالتريكسون).⁽¹⁷²⁾ ويمكن لأدوية معالجة الأعراض أن تساعد أيضاً على إدارة أعراض الانسحاب المرتبطة بمخدرات أخرى.

3-2-3-3 علاج الارتهاان للمخدرات - الدعم النفسي والاجتماعي

هناك مجموعة من أشكال الدعم النفسي والاجتماعي اللازمة للحد من تعاطي المخدرات. وتشمل هذه الأشكال النهج السلوكية (مثل نهج التعزيز المجتمعي وإدارة الطوارئ)، والعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج المعزز لعوامل التحفيز، وإشراك الأسر في العلاج (مثل علاج الأزواج والعلاج الأسري المتعدد الأبعاد). كما تبينت الفائدة في هذا الشأن من توفير ظروف من الدعم الاجتماعي للمساعدة على تلبية الاحتياجات المطلوبة للأشخاص الخاضعين للعلاج من العمل والسكن.⁽¹⁷³⁾

3-2-3-3 علاج الارتهاان للمخدرات في سياق العدالة الجنائية

من المحتمل بشدة ألا يكون الجاني المرتهاان للمخدرات الذي يحتك بنظام العدالة الجنائية قد نال من قبل علاجاً كافياً من الارتهاان. ولذا يمكن للاحتكاك بنظام العدالة الجنائية أن يتيح فرصة لذلك الشخص للحصول على العلاج اللازم من الارتهاان للمخدرات. وفيما يتعلق بإدارة التعاطي الضار للمخدرات والارتهاان لها، فإن الخطوة الأولى هي عادةً إجراء تقييم كاف يقوم به الطبيب المعالج للتشخيص، ونوع العلاج الذي يمكن وصفه. ويتطلب ذلك أيضاً معلومات عن أهلية الجاني ورغبته في المشاركة في خيارات العلاج المتاحة كبديل للإدانة أو العقاب. ويمكن أن يشمل مثل هذا التقييم أيضاً التحقق من وجود مشاكل طبية أو عقلية أو اجتماعية أخرى. وإذا كان الشخص منفتحاً للمشاركة في العلاج، فسيُلمز إجراء مناقشة حول مدى توافر بدائل العلاج المناسبة وإمكانية الوصول إليها. وبمجرد تحديد هذه الحالات، يتعين على الجهات الفاعلة ذات الصلة في نظام العدالة الجنائية أن تقرر ما إذا كان يمكن توفير العلاج كبديل جزئي أو كامل للإدانة أو العقاب، ويجوز لها أن تحدد الشروط التي يُتخذ ذلك القرار بموجبها. وقد تتفاوت الشروط من الخضوع بشكل مبدئي لتدخل علاجي إلى المشاركة المستمرة في برنامج علاجي، ثم تحقيق بعض النتائج المرغوبة بوجه خاص مثل الامتناع عن تعاطي المخدرات أو الحد منه. وإذا لم يحقق أحد النهج العلاجية النتيجة المرجوة، فقد يلزم التماس نهج بديلة للعلاج تتناسب على نحو أفضل مع الاحتياجات المطلوبة في مجالي الصحة والرعاية الاجتماعية للجاني المصاب باضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات.

⁽¹⁷²⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات؛ وWHO Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence (Geneva, 2009).
⁽¹⁷³⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات.

4-3- النتائج المستخلصة

علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات ورعاية المصابين بها

- 1- تشمل الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات كلاً من التعاطي الضار للمخدرات والارتهاان لها. وتتسم متلازمة الارتهاان للمخدرات بالرغبة القوية والقاهرة في تعاطي المخدرات وبالعجز عن التحكم في تعاطيها، مما يؤدي إلى تعاطي كميات متزايدة من المخدرات وقضاء مدد زمنية مفرطة الطول في ممارسة الأنشطة المتصلة بالمخدرات.
- 2- هناك تدخلات فعالة للحد من الأضرار المتصلة بالمخدرات وإدارة التعاطي الضار للمخدرات والارتهاان لها، ويمكن تطبيق تلك التدخلات في سياق العدالة الجنائية.
- 3- ينبغي النظر في فرص التحويل إلى العلاج واستخدام العلاج كبديل للإدانة أو العقاب في أقرب وقت ممكن بعد احتكاك الفرد بإجراءات العدالة الجنائية.
- 4- الفحص عبارة عن عملية وجيزة تُستخدم فيها مؤشرات لاستبانة حالة محددة تجسد حاجة الفرد إلى العلاج ويمكن أن تحدد ما إذا كان هناك ما يبرر إجراء تقييم شامل. وينبغي استخدام الأدوات التي تتطلب أقل قدر من الفحوص التوغلية. وينبغي اختيار أدوات مناسبة للفحص لاستعمالها مع الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية، مع مراعاة تكلفتها وسهولة استخدامها والوقت الذي تتطلبه.
- 5- ينبغي ألا يجري تقييم الاضطرابات الصحية سوى اختصاصي صحي مدرب.

الفصل 4- خيارات التحويل إلى العلاج كبديل للإدانة أو العقاب

نوقشت فيما سبق مختلف خيارات التقييم والعلاج الفعالة بالنسبة إلى الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، وكذلك المعاهدات الدولية ذات الصلة التي توفر إطار العلاج كبديل للإدانة أو العقاب. ويناقش هذا الفصل مجموعة خيارات التحويل المتاحة على مختلف مستويات نظام العدالة الجنائية. ذلك أن العلاج كبديل للإدانة أو العقاب يختلف بحسب البلدان والولايات القضائية التي يوجد فيها.⁽¹⁷⁴⁾ وللبلدان نُهج مختلفة تشكلها عوامل مختلفة، بما في ذلك خصائص نظامها القانوني، وأولويات سياساتها فيما يتعلق بجرائم المخدرات، والموارد الموجودة تحت تصرفها، والعوامل الثقافية. ومن المهم التأكيد على أن ما ثبت نجاحه في بلد ما أو في أوساط فئة سكانية معينة لن ينجح بالضرورة إذا نُقل إلى بلد آخر. ومن العوامل الرئيسية الأخرى توافر خدمات العلاج في المجتمع المحلي وإمكانية الوصول إليها وفعاليتها من أجل تنفيذ العلاج كبديل للإدانة أو العقاب.

4-1- هناك طائفة واسعة من خيارات التحويل في نظام العدالة الجنائية

هناك طائفة واسعة من الخيارات لتوفير العلاج للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات كبديل للإدانة أو العقاب. وتبعاً للبلد، توجد تلك الخيارات في مراحل مختلفة من نظام العدالة الجنائية، من مرحلة ما قبل المحاكمة إلى مرحلة المحاكمة/المحكمة ومرحلة ما بعد إصدار الحكم. وتتفق جميع خيارات التحويل المعروضة في هذا المنشور مع الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات. وليس الهدف من هذا المنشور أن يتضمن قائمة كاملة بجميع بدائل الإدانة أو العقاب في جميع الدول الأعضاء، بل أن يقدم لمحة عامة لحفز البلدان على استكشاف النماذج التي تتفق على أفضل وجه مع قوانينها وحقائق الواقع على أرضها بما يتماشى مع المعاهدات الدولية والمعايير الطبية.⁽¹⁷⁵⁾

⁽¹⁷⁴⁾ American Drug Abuse Control Commission, Technical Report on Alternatives to Incarceration for Drug-Related Offences (Washington, D.C., 2015).

⁽¹⁷⁵⁾ للاطلاع على لمحة أشمل عن بدائل الإدانة أو العقاب، انظر، على سبيل المثال، بوابة أفضل الممارسات للمركز الأوروبي لرصد المخدرات وإدائها (EMCDDA home page | www.emcdda.europa.eu)؛ والمفوضية الأوروبية، Study on Alternatives to Coercive related Crime (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2016) و related Offences-Technical Report on Alternatives to Incarceration for Drug-Union, 2016) الذي أعدته لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات التابعة لمنظمة الدول الأمريكية.

وتشمل اللوحة العامة خيارات توفير العلاج كبديل للإدانة أو العقاب التي يكون للجاني فيها خيار المشاركة في العلاج. وهذا يعني أن له الحق في اختيار التحويل إلى العلاج (وعندئذ تعلق إجراءات الملاحقة القضائية أو الحكم) أو مواصلة إجراءات العدالة الجنائية.

ويمكن استخدام أدوات تقييم الخطر والاحتياجات والاستجابة (RNR) إضافةً إلى أدوات الفحص والتقييم السريرية فيما يخص الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات في جميع مراحل نظام العدالة الجنائية تقريباً لتوليد المعلومات عن البدائل الممكنة.

وقد استُحدث نموذج تقييم الخطر والاحتياجات والاستجابة في أمريكا الشمالية لتوجيه العلاج الخاضع للإشراف القضائي توجيهاً فعالاً، واتخاذ قرارات مستنيرة بشأن إدارة الجناة ومعاملتهم، وربط الجناة ذوي المخاطر والاحتياجات المتفاوتة في الشدة بالدرجة المناسبة من الإشراف ضمن نظام العدالة الجنائية. ويمكن للتقييم أن يساعد مقدمي الخدمات على إجراء تقييم شامل للمخاطر والاحتياجات وأساليب التعلم الشخصي للجناة، بمن فيهم المصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، ويمكن استخدامه في جميع مراحل نظام العدالة الجنائية تقريباً.

- يشير عنصر تقييم المخاطر إلى أن مستوى الخطر الذي يشكله الجاني يمكن التنبؤ به وينبغي أن يقابله مستوى مناسب من الإشراف من حيث التواتر والكثافة. وبعبارة أخرى، ينبغي وضع الجاني الشديد الخطورة في برامج توفر تدخلات وخدمات أكثر كثافة، في حين أن الجناة ذوي المخاطر المنخفضة ينبغي أن يتلقوا الحد الأدنى من التدخل أو حتى أن يُعفوا من التدخل.⁽¹⁷⁶⁾
- يشير عنصر تقييم الاحتياجات إلى أن التدخلات الفعالة ينبغي أن تركز على تلبية احتياجات الجاني (غير الملتبأ) (مثل البطالة، والمشاكل الأسرية، وما إلى ذلك) التي ربما تكون قد أسهمت في السلوك الإجرامي في المقام الأول. وينبغي النظر في مجالات الاحتياج هذه عند وضع خطة علاجية فردية وشاملة.
- تشير الاستجابة إلى ضرورة أن يتفق أسلوب وطريقة تنفيذ البرامج التأهيلية مع قدرة الجاني وأسلوبه في التعلم.⁽¹⁷⁷⁾

ويُستخدم تقييم المخاطر والاحتياجات في سياق العدالة الجنائية لتحديد الأشخاص الأنسب للخضوع لإشراف أكثر أو أقل كثافة في مجال العدالة الجنائية، وكذلك العوامل التي ينبغي أن تأخذها برامج العلاج الشاملة في الاعتبار لتحسين نتائج إعادة التأهيل.⁽¹⁷⁸⁾ وقد ثبت أن علاج الجناة الذي يراعي مجالات الخطر والاحتياجات والاستجابة يكون أكثر فعالية.⁽¹⁷⁹⁾

وفي مرحلة ما قبل المحاكمة، يمكن استخدام أدوات تقييم الخطر والاحتياجات والاستجابة عند اتخاذ القرار بشأن الكفالة المشروطة، للمساعدة في اتخاذ قرارات بشأن المتهمين الذين يمكن الإفراج عنهم في انتظار المحاكمة، ونوع الشروط التي يتعين فرضها على الجاني. وأثناء إصدار الأحكام، يمكن استخدام تلك الأدوات للمساعدة في اتخاذ القرارات المتعلقة بطبيعة الإشراف ومستواه والشروط التي يتعين فرضها على الجاني. كما يمكن أن تساعد على وضع خطة فردية لإدارة الحالات. وفي مرحلة ما بعد إصدار الحكم، يمكن أن تساعد أدوات تقييم الخطر والاحتياجات والاستجابة على اتخاذ القرارات بشأن السجناء الذين يمكن الإفراج عنهم والشروط التي يجوز فرضها عليهم.

Donald A. Andrews and James Bonta, *The Psychology of Criminal Conduct*, 4th ed. (Newark, New Jersey, LexisNexis, ⁽¹⁷⁶⁾ 2006).

Nathan James, "Risk and needs assessment in the criminal justice system" (Washington, D.C., Congressional Research ⁽¹⁷⁷⁾ Service, 2015).

Steven Belenko, Matthew Hillerand Leah Hamilton, "Treating substance use disorders in the criminal justice system", ⁽¹⁷⁸⁾ *Current Psychiatry Reports*, vol. 15, No. 11 (November 2013), art. 414.

Faye S. Taxman, Meridith Thanner and David Weisburd, "Risk, need, and responsivity (RNR): it all depends", *Crime and ⁽¹⁷⁹⁾ Delinquency*, vol. 52, No. 1 (January 2006), pp. 28–51.

مثال: اعتماد أداة لتقييم المخاطر قبل المحاكمة في فلوريدا (الولايات المتحدة)

يوجد لدى عدة مقاطعات في فلوريدا برنامج لخدمات ما قبل المحاكمة يجمع المعلومات عن المتهمين قبل جلسة الاستماع الأولية التي يبت فيها في الإفراج عنهم قبل المحاكمة من أجل تقديم توصية إلى المحكمة بشأن الإفراج عنهم. ومن هذا المنطلق، يمكن لبرامج الخدمات السابقة للمحاكمة أن توفر للمحكمة معلومات عن احتمالات نجاح المتهم في تلبية الشروط المطلوبة في حال الإفراج عنه قبل بدء محاكمته وأن تتيح تكييف استراتيجيات الإشراف على المتهمين بما يتوافق مع مستويات المخاطر المقدرة بشأنهم. وتُستخدم الأداة المعتمدة لتقييم المخاطر أيضاً كأداة للمساعدة في إدارة التعامل مع المتهمين في مرحلة ما قبل المحاكمة، بما يضمن تخصيص أماكن الاحتجاز الباهظة التكلفة للمتهمين الذين تتضاءل احتمالات نجاحهم في تلبية شروط الإفراج عنهم إلى أدنى حد. وهذا بدوره قد يتيح فرصة لتحقيق وفورات كبيرة في التكاليف (من خلال مقارنة تكلفة حبس المتهم ليوم واحد بتكلفة الإشراف عليه وسط مجتمعه المحلي في حال الإفراج عنه قبل المحاكمة).

ويبقى القرار النهائي بشأن الخضوع للعلاج من عدمه بيد الجاني، في حين أن الممارسين في مجال العدالة يضطلعون بدور في تقييم أهلية التحويل إلى نماذج علاجية مختلفة يقل فيها أو يزيد إشراف نظام العدالة، ويقيم الممارسون الصحيون نُهج العلاج المناسبة التي قد يستفيد منها الجاني. وعادةً ما يشترط لإحالة الجناة المحتكين بنظام العدالة الجنائية إلى العلاج أن يظل من الممكن ملاحقة الجاني أو معاقبته قضائياً عندما يفشل البديل العلاجي بسبب عدم إتمام الجاني للعلاج (عندما ينقطع عنه مثلاً أو يخالف شروطه باستمرار). وتختلف عواقب الإخلال بالشروط باختلاف شدة الانتهاك، فقد يترتب عليه مثلاً تعديل خطة علاج الجاني بدلاً من سجنه تلقائياً.

ويمكن اتباع خيارات مختلفة للتحويل إلى العلاج في كل مرحلة من مراحل التعامل مع الجناة، بدءاً من الضبط والإحضار إلى الحبس ودخول السجن والخروج منه. وترتبط العملية الممتدة من الضبط والإحضار إلى الحبس أو الإغفاء من العقوبة بمراحل عديدة لاتخاذ القرارات والجهات الفاعلة المعنية والنتائج المحتملة، وهي تختلف من بلد إلى آخر. ويلخص الجدول التالي نقاط التدخل الرئيسية وأنواع برامج التحويل المنفذة في الدول الأعضاء.

جدول - نقاط التدخل الرئيسية وأنواع برامج التحويل

| الإجراء على مستوى نظام العدالة الجنائية | | الإجراء الإداري | |
|---|---|---|---|
| مرحلة ما بعد صدور الحكم مدير السجن، مجلس الإفراج المشروط، وزير العدل | المحاكمة/إصدار الحكم القاضي، مراقبو السلوك | ما قبل المحاكمة الشرطة، النيابة العامة، الدفاع، قاضي التحقيق | ما قبل الضبط والإحضار الشرطة |
| الإفراج المبكر/الإفراج المشروط/العضو مع عنصر علاجي | تأجيل الحكم مع عنصر العلاج | التحذير مع التحويل إلى برنامج تعليمي/العلاج | الإجراء الإداري مع المعلومات/الإحالة إلى العلاج |
| | تأجيل تنفيذ الحكم مع عنصر علاجي | حفظ الدعوى المشروط المشروط/التعليق المشروط للملاحقة القضائية | |
| | الإفراج مع الوضع تحت المراقبة/الإشراف القضائي | الكفالة المشروطة (بديل للاحتجاز السابق للمحاكمة) | |
| | المحاكم/السجلات الخاصة (مثل محكمة العلاج من المخدرات) | | |

ويرتبط الاستعراض العام لإمكانيات التحويل بمختلف مراحل اتخاذ القرار في نظام العدالة الجنائية، والنتائج المحتملة للتحويل. وقبل مناقشة خيارات التحويل داخل نظام العدالة الجنائية، ينبغي النظر في خيارات التحويل المدمجة في الإجراءات الإدارية. ولئن كانت تلك الإجراءات تقع خارج نظام العدالة الجنائية، فهي تظل ذات صلة بهذا القسم لأنها تدابير رسمية للتصدي لجرائم المخدرات.

4-2- الإجراء الإداري بدلاً من العقوبات الجنائية

يستخدم العديد من البلدان العقوبات الإدارية بدلاً من العقوبات الجنائية للتعامل مع الانتهاكات البسيطة للقانون، مثل مخالفة قواعد المرور. وعندما يرتكب هذه المخالفات أشخاص مصابون باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، يمكن أن تتطوي العقوبة الإدارية على التحويل إلى العلاج (مثل العلاج التحفيزي الوجيز، والعلاج القصير الأجل، ودورات الوقاية من الانتكاس). ومن الأمثلة الأخرى على ذلك التدابير المتخذة خارج نظام العدالة الجنائية للتصدي لجرائم حيازة كميات صغيرة من المخدرات للاستهلاك الشخصي، دون ظروف مشددة، وهي تدابير يمكن الوقوف عليها، على سبيل المثال، في العديد من البلدان في جميع أنحاء أوروبا

والقارة الأمريكية.⁽¹⁸⁰⁾ وفي مثل تلك الحالات الخاصة بالتدابير المتخذة خارج نظام العدالة الجنائية، تظل حياة المخدرات الخاضعة للمراقبة فعلاً غير مشروع، ويتم التعامل معها في إطار التدابير المتخذة للحد من استخدامها غير الطبي أو غير العلمي، ولكن بطريقة إدارية وليس جنائية.

مثال: البرتغال

في عام 2001، ألغت البرتغال العقوبات الجنائية على الحياة المنخفضة المستوى لجميع أنواع المخدرات الخاضعة للمراقبة، وأعدت تصنيف هذه الأنشطة بوصفها مخالفات إدارية بموجب القانون 2000/30.

وأصبح اقتناء المخدرات الخاضعة للمراقبة وحيازتها من الجرائم الإدارية (انظر المادتين 4 و36 من الاتفاقية الوحيدة لسنة 1961)، التي يعاقب عليها بتدابير إدارية وليس بعقوبة جنائية (ما دامت الكمية التي يحتفظ بها الجاني لا تتجاوز مقدار استهلاكه الشخصي لمدة عشرة أيام). ولا يزال الاتجار بالمخدرات وحيازة المخدرات الخاضعة للمراقبة بكميات أعلى مما هو محدد قانوناً يعالجان من خلال نظام العدالة الجنائية.

وعندما يضبط شخص في حوزته أي مخدرات للاستهلاك الشخصي غير الطبي، يُحوّل إلى "اللجنة المعنية بتثبيط تعاطي المخدرات"، وهي لجنة محلية. وتعتبر هذه اللجنة حجر الزاوية الفريد للنهج البرتغالي، وهي تتألف من مسؤول قضائي وممثلين لدوائر الخدمات الصحية أو الاجتماعية، وعليهم أن يحددوا ما إذا كان الشخص يعاني من اضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات ومدى تلك المعاناة إن وجدت. وبعد دراسة الظروف الشخصية للجاني، تقيّم اللجنة التدابير الممكنة للعلاج والتثقيف وإعادة التأهيل. ويمكن للجنة إحالة الشخص المصاب باضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات إلى العلاج الطوعي، أو إلزامه بدفع غرامة، أو فرض عقوبات إدارية أخرى عليه (مثل الإنذار أو المنع من دخول أماكن معينة).

وفي حزيران/يونيه 2012، أوفدت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات بعثة إلى البرتغال لدراسة نتائج تنفيذ القانون 2000/30. وأقرت الهيئة بأن اللجان المعنية بتثبيط تعاطي المخدرات تشكل عنصراً مهماً من عناصر آلية خفض الطلب في البرتغال.⁽¹⁸¹⁾ ولاحظت الهيئة أن الحكومة ملتزمة بتعزيز الوقاية الأولية من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، وخلصت إلى أن حكومة البرتغال ملتزمة التزاماً تاماً بأهداف المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات لأن القانون 2000/30 لا يبيح حياة المخدرات واقتنائها.

⁽¹⁸⁰⁾ "Penalties for drug law offences in Europe at a glance", EMCDDA, Penalties at a glance, آخر تحديث في 13 أيار/ مايو 2019. متاحة في: www.emcdda.europa.eu | EMCDDA home page; EMCDDA, Alternatives to Punishment for Drug Using; Offenders, EMCDDA Papers (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2015).

⁽¹⁸¹⁾ تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام 2012 (E/INCB/2012/1): فيرنر سيب (Werner Sipp)، رئيس الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، "النهج البرتغالي والاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات"، بيان ألقى بمناسبة الحدث الخاص المعنون "نهج الصحة العمومية كأساس لسياسة المخدرات: الحالة البرتغالية"، في الدورة الثامنة والخمسين المستأنفة للجنة المخدرات، فيينا، 9 كانون الأول/ديسمبر 2015.

3-4- مرحلة ما قبل المحاكمة

تضطلع الجهات الفاعلة في مجال العدالة الجنائية بدور مهم ومزدوج في مرحلة ما قبل المحاكمة: فهي في كثير من الأحيان تكون أول الجهات المستجيبة للجنة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات (بما في ذلك في حالات الطوارئ مثل تعاطي الجرعات الزائدة)، كما أنها أول جهة فاعلة في مجال العدالة الجنائية يمكن أن تحوّلهم إلى العلاج.

وفي هذه المرحلة، ينبغي لأجهزة الشرطة وسلطات الادعاء أن تأخذ زمام المبادرة في تحويل الجناة المؤهلين إلى خارج نظام العدالة الجنائية. وعلى وجه الخصوص، يتعين على عناصر الشرطة والمدعين العامين، الذين أدخلوا الجناة في النظام، أن يمارسوا درجة من السلطة التقديرية في تحديد من سيحوّلون إلى العلاج ومن سيُقبض عليهم أو يخضعون للملاحقة.⁽¹⁸²⁾ ولذلك يحتاج ضباط الشرطة إلى تعليمات واضحة بشأن متى يمكنهم إصدار تحذيرات وإحالة الجناة المؤهلين إلى العلاج (دون إحالة القضية إلى سلطات الادعاء). وبالمثل، يحتاج المدعون العامون أيضاً إلى مبادئ توجيهية واضحة.⁽¹⁸³⁾

إحالة المتهم إلى مرحلة ما قبل المحاكمة إجراء يمكن أن يحد من احتكاكه بنظام العدالة الجنائية، حيث يختار العلاج بدلاً من الملاحقة القضائية. وينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أن نتيجة القضية غير يقينية وأن الذنب لم يثبت قانوناً

وقد يُمنع المزيد من الاحتكاك بنظام العدالة الجنائية عندما تُبلِّغ الجهات الفاعلة في مجال العدالة الجنائية في هذه المرحلة بما يكتشف من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات التي يعاني منها الجاني (بسبب الفحص، على سبيل المثال) وعندما تكون لديها إمكانيات التحويل إلى العلاج (مثل توافر العلاج في المجتمع المحلي). ويتولى المدعي العام إدارة ومراقبة معظم برامج التحويل، وهو يتحمل المسؤولية العامة عن فحص الحالات من حيث الأهلية ورصد التقدم المحرز في علاج الأفراد. وإذا تخلى الجاني عن العلاج قبل إتمامه، يحتفظ المدعي العام بالحق في استرجاع التهم الجنائية وملاحقة الجاني قضائياً.

ويعني التحويل في مرحلة ما قبل المحاكمة أنه يجوز للجناة، الذين يواجهون تهماً رسمية أو يخضعون للمحاكمة، أن يختاروا العلاج بدلاً من الملاحقة القضائية. ويعاني الجناة في مرحلة ما قبل المحاكمة من عدم اليقين فيما يتعلق بحالة قضيتهم وعواقبها. ويمكن لعدم اليقين هذا أن يساعد أو يقوّض دوافعهم للعلاج. فهو يوفر بالنسبة للبعض الدافع للانخراط في العلاج. وبالنسبة للبعض الآخر، فإن الإجهاد المرتبط بعدم اليقين المحيط بقضيتهم يجعلهم أقل استجابة للعلاج.⁽¹⁸⁴⁾ وفي مرحلة ما قبل المحاكمة، لا يكون المتهم قد أدين قانوناً، ويلزم افتراض براءته. ولذلك، من المهم أن يدرك الاختصاصيون (المعنيون بالعلاج والجوانب القضائية) أن العلاج ينبغي ألا ينتقص من حقوق المدعى عليهم (في المعاملة وفق الأصول القانونية الواجبة) أو حقوق المجتمع والضحايا المزعومين.⁽¹⁸⁵⁾ ويمكن النظر إلى شرط الاعتراف بالذنب من أجل التأهل للحصول على بدائل الإدانة أو العقاب على أنه انتقاص من حقوق المدعى عليه في المعاملة وفق الأصول القانونية الواجبة.

وتختلف إمكانيات تحويل الجناة في مرحلة ما قبل المحاكمة إلى العلاج من بلد إلى آخر. ففي بعض البلدان، تقتصر عمليات التحويل السابقة للمحاكمة على الجرائم المتصلة بالاستهلاك الشخصي للمخدرات. وفي بلدان أخرى، ينطبق هذا التدبير أيضاً على جرائم أخرى.

وتعتمد خيارات التحويل في هذه المرحلة في المقام الأول على تدخلات قصيرة أو تدخلات نفسية-اجتماعية في العيادات الخارجية. ويعتمد نوع العلاج وكثافته على التقييم السليم. وتتمثل الأنواع النمطية للبدائل في هذه المرحلة في التحذير من جانب الشرطة مع التحويل إلى العلاج، أو الإجراءات التي يتخذها المدعي العام، بما في ذلك حفظ الدعوى المشروط، (مع التوصية بالتماس العلاج

⁽¹⁸²⁾ Handbook of Basic Principles and Promising Practices on Alternatives to Imprisonment

⁽¹⁸³⁾ المرجع نفسه.

⁽¹⁸⁴⁾ Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System

⁽¹⁸⁵⁾ المرجع نفسه.

أو التحويل قبل المحاكمة إلى برنامج علاجي)، أو الإفراج المشروط (مع اشتراط العلاج) كبديل للاحتجاز السابق للمحاكمة.

4-3-1- التحذير مع التحويل إلى العلاج

التحذير أحد بدائل الحبس أو الملاحقة القضائية. وكثيراً ما يُستخدم التحذير المشروط بحضور دورة تثقيفية أو الخضوع لتقييم و/أو تدخل وجيز أو الخضوع للعلاج بدلاً من توجيه تهمة جنائية. وبصفة عامة، يتعين على المدعى عليه أن يعترف بالجريمة وأن يوافق على توشي الحذر. وعند خرق الشروط، يمكن ملاحقة المدعى عليه قضائياً. وفي عدة بلدان، كثيراً ما يُستخدم التحذير المشروط في حالات حيازة القنب للاستهلاك الشخصي.

مثال: مخططات التحذير بسبب القنب (أستراليا)

مخطط التحذير بسبب القنب هو مخطط تحويلي للبالغين الذين تتبين حيازتهم للقنب للاستهلاك الشخصي. وقد نُقِدَ هذا المخطط في عام 2000، وتستخدمه الشرطة حسب تقديرها. وبموجب هذا المخطط، يمكن لضباط الشرطة الذين يجدون شخصاً في حوزته القنب أن يختاروا توجيه تحذير إليه بدلاً من توجيه تهمة رسمية. ويشمل التحذير إنذاراً بشأن العواقب القانونية والصحية لتعاطي القنب، ويتضمن أرقام الهواتف الخاصة بدائرة معلومات الكحول والمخدرات (ADIS). وتُقَدَّم المعلومات عند التحذير الأول. وعند التحذير الثاني، يُطلب من الشخص الاتصال بالدائرة وحضور دورة تثقيفية بشأن تعاطيه القنب.

4-3-2- تعليق الملاحقة القضائية، حفظ الدعوى المشروط

يجوز للجهة القضائية ذات الصلة (المدعي العام مثلاً) أن تعلق الإجراءات شريطة أن يكمل المدعى عليه العلاج ويمتثل للشروط. وبهذه الطريقة، لا تُحال القضية إلى المحكمة للنظر فيها. وفي معظم البلدان، لا يحدّد صراحةً الحد الأدنى لطول التعليق المشروط، ويختلف الحد الأقصى للطول، على سبيل المثال، من ستة أشهر أو أقل إلى ثلاث سنوات أو أكثر. وقد تشمل هذه الشروط الخضوع للعلاج الطبي و/أو النفسي أو المشاركة في برامج العلاج الخاصة. وعندما يمتثل الجاني للشروط، تُشطب الدعوى. غير أنه يمكن ملاحقة الجاني فيما يخص الجريمة الأصلية عندما لا يمتثل للشروط (مثل الإخلال بالشروط أو ترك العلاج). وكثيراً ما يُستخدم إجراء حفظ الدعوى المشروط في حال عدم وجود سوابق للمتهم في هذا الشأن أو إذا كانت الجريمة بسيطة ويبدو أن تعاطي المخدرات هو الحافز على ارتكابها.

4-3-3- الكفالة المشروطة

في معظم البلدان، يمكن للشرطة احتجاز المشتبه به لمدة لا تزيد على 24 إلى 48 ساعة قبل توجيه الاتهام إليه أو الإفراج عنه. ويمكن الإفراج عنه بكفالة (مشروطة) أو حبسه احتياطياً بعد توجيه الاتهام إليه وأثناء التحقيق معه.

ويمكن أن يكون الخضوع للعلاج هو شرط الإفراج بالكفالة، وهناك أشكال من الكفالة المشروطة أقل تشدداً، مثل الإفراج مقابل تعهد بأداء التزامات محددة، وأشكال أكثر تشدداً، مثل اشتراط العلاج الطويل الأمد داخل مؤسسة إيوائية. ويتولى الأشراف على الامتثال للشروط إما ضباط المراقبة أو جهاز معني بالإشراف السابق للمحاكمة. وإذا لم يمثل المتهم للشروط، فيجوز حبسه قبل محاكمته. وقد يؤدي النجاح في استيفاء الشروط إلى تخفيف العقوبة إذا أدين المتهم.

وعادةً ما يطبق الاحتجاز السابق للمحاكمة لمنع المشتبه فيهم أو المتهمين من عرقلة التحقيق، أو لمنع ارتكابهم جرائم أخرى، أو لضمان مثولهم أمام المحكمة. وتختلف البدائل المتاحة للاحتجاز السابق للمحاكمة واستخدامها اختلافاً كبيراً من بلد إلى آخر.⁽¹⁸⁶⁾ ويمكن رفض الإفراج المشروط لعدة أسباب، مثل احتمال ارتكاب المدعى عليه جرائم أخرى أو تعرّضه للشهود أو هروبه.

وخلافاً للحق الأساسي في الحرية، وافترض البراءة وحظر احتجاز الأشخاص الذين ينتظرون المحاكمة كقاعدة عامة.⁽¹⁸⁷⁾ فإن الإفراط في استخدام الاحتجاز السابق للمحاكمة وطول فتراته من المشاكل المستفحلة في كثير من البلدان.⁽¹⁸⁸⁾ وفي جميع أنحاء العالم، يشكل السجناء غير المدانين جزءاً كبيراً من نزلاء السجون. بل إن عددهم يفوق عدد السجناء المحكوم عليهم في بعض البلدان.⁽¹⁸⁹⁾ وتماشياً مع الإطار القانوني الدولي، وبغية ضمان إمكانية حصول الجناة المزعومين الذين يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات على خدمات العلاج، فإن من الممارسات الجيدة استخدام بدائل الاحتجاز السابق للمحاكمة حيثما كان ذلك ممكناً ومناسباً.⁽¹⁹⁰⁾

4-4- مرحلة المحاكمة/إصدار الحكم

كما ذكر في مقدمة هذا القسم، فإن معظم بدائل الإيداع أو العقاب تكون عند مرحلة إصدار الأحكام.

ويمكن استخدام الإحالة إلى العلاج في مرحلة المحاكمة كبديل للعقاب أو يمكن إضافتها إلى العقاب. ورهنًا بالنتيجة، يتم تأجيل الحكم أو وقف تنفيذه.

وقد تحتاج الجهات الفاعلة القضائية التي تفرض هذه الشروط إلى إنشاء بعض الآليات في المجتمع لضمان استيفاء الشروط التي تحددها.⁽¹⁹¹⁾ وينبغي لها

أيضاً أن تكفل فهم الجاني لعواقب عدم الامتثال لرغبات المحكمة خلال فترة التأجيل/وقف التنفيذ/مراقبة السلوك.

يمكن استخدام الإحالة إلى العلاج في مرحلة المحاكمة كبديل للعقاب أو يمكن إضافتها إلى العقاب. ورهنًا بالنتيجة، يتم تأجيل الحكم أو وقف تنفيذه

Piet Hein van Kempen, ed., Pre-trial Detention: Human Rights, Criminal Procedural Law and Penitentiary Law,⁽¹⁸⁶⁾ Comparative Law, International Penal and Penitentiary Foundation, Book No. 44 (Cambridge, Intersentia, 2012).

⁽¹⁸⁷⁾ المادتان 9 و14 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية.

⁽¹⁸⁸⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحة 35.

⁽¹⁸⁹⁾ Van Kempen, ed., Pre-trial Detention

⁽¹⁹⁰⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحة 108.

⁽¹⁹¹⁾ Handbook of Basic Principles and Promising Practices on Alternatives to Imprisonment

وينبغي للهيئة القضائية، وهي تحدد بدائل العقاب، أن تراعي حاجة الجاني إلى إعادة التأهيل، وحماية المجتمع، وكذلك مصالح المجني عليه، الذي ينبغي استشارته كلما كان ذلك مناسباً.⁽¹⁹²⁾ وتعتمد خيارات التحويل في هذه المرحلة في المقام الأول على خدمات العلاج المقدمة في أماكن العلاج المكثف والمتخصص للمرضى الخارجيين، وبدرجة أقل في أماكن العلاج داخل مؤسسات إيوائية. ويعتمد نوع العلاج وكثافته على التقييم السليم. وينبغي أن يتمثل أحد العناصر الحاسمة في إدارة التعافي (مثل منع الانتكاس).⁽¹⁹³⁾ ويجوز استخدام بعض الخيارات، مثل الأحكام المؤجلة بشروط والأحكام مع وقف التنفيذ، فيما يخص الجرائم الأقل خطورة أو البدائل الفاشلة في مرحلة ما قبل المحاكمة. وقد تكون خياراً معقولاً في الحالات التي لا يبرَّح فيها أن يعاود الجاني الإجرام أو عندما يكون هناك احتمال حقيقي للامتثال للعلاج.

4-4-1- الحكم المؤجل بشروط

يعني "التأجيل" أن القاضي يدين الجاني ولكنه لا يصدر حكماً على الفور، وإن اعتُبرت الوقائع ثابتة. وفي كثير من الأحيان، يُؤجل إصدار الحكم لفترة من الزمن. وخلال تلك الفترة، يمكن تحويل الجاني إلى العلاج: فيخضع للعلاج أثناء وجوده تحت الإشراف القضائي. وفي بعض الأحيان، يمكن أن تسير إجراءات المحاكمة بالتزامن مع برامج العلاج بحيث يمكن متابعة التقدم المحرز في العلاج في مرحلة إصدار الحكم. وتبعاً للنتيجة، قد لا يصدر حكم رسمي. وبناءً على ذلك، وتبعاً للولاية القضائية، لا تقيد الجريمة كسابقة.⁽¹⁹⁴⁾ ويمكن اعتبار الامتثال الناجح للبرنامج العلاجي عاملاً مخففاً يسمح بإصدار أحكام بديلة للسجن. وإذا لم تُستوف شروط التأجيل، تنظر المحكمة في جلسة استماع فيما إذا كانت الشروط قد انتهكت وتُحدّد العقوبة إذا ثبت انتهاكها.

4-4-2- الحكم مع وقف التنفيذ بشروط

في حالة الحكم مع وقف التنفيذ، يصدر القاضي حكماً، ولكن يوقّف تنفيذه لفترة زمنية محددة وبشروط معينة يتعين على المدعى عليه الامتثال لها. وتبعاً للولاية القضائية، يمكن أن يقر المتهم بالذنب، ويقيد الحكم في صحيفة سوابقه ولكنه لا يحرم من الحرية. وقد يكون للتهديد بالسجن أثر رادع. وعندما يخالف شخص الشروط، يُحدّد في جلسة استماع ما إذا كانت الشروط قد انتهكت، ومن المرجح أن يقضي عقوبة الحكم الأصلي.⁽¹⁹⁵⁾ ومع ذلك، ينبغي ألا تُطلق تلقائياً الأحكام الموقوف تنفيذها حيث ينبغي للسلطات أن تقرر في كل حالة على حدة ما إذا كان فرض العقوبة مناسباً.⁽¹⁹⁶⁾

⁽¹⁹²⁾ القاعدة 1-8 من قواعد طوكيو.

⁽¹⁹³⁾ Jeffery N. Kushner, Roger H. Peters and Caroline S. Cooper, A Technical Assistance Guide for Drug Court Judges on Drug Court Treatments Services (May 2014).

⁽¹⁹⁴⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون.

⁽¹⁹⁵⁾ المرجع نفسه.

⁽¹⁹⁶⁾ القاعدة 14 من قواعد طوكيو؛ وانظر الفصل 3 أعلاه.

وهناك أدلة على أن الجناة الذين صدرت بحقهم أحكام مع وقف التنفيذ كانت معدلات معاودتهم الإجرام أدنى مقارنةً بالمشاركين في بعض البدائل الأخرى. وقد أبرزت نتائج البحوث أهمية التدابير الرامية إلى معالجة الشواغل المتعلقة بتطبيق الأحكام مع وقف التنفيذ، مثل القبول العام و"تأثير بدائل الحبس".⁽¹⁹⁷⁾

3-4-4- الإفرج تحت المراقبة

يقصد بالإفرج تحت المراقبة، أن يوضع الشخص المفرج عنه تحت إشراف موظف يراقب سلوكه لفترة زمنية محددة. وحسب البلد، يمكن اعتبار الإفرج تحت المراقبة مساوياً أو مكافئاً للحكم المؤجل بشروط/ الحكم مع وقف التنفيذ بشروط، أو يمكن أن يكون إجراءً قانونياً مستقلاً تماماً.⁽¹⁹⁸⁾ ويترك اختيار شروط مراقبة السلوك لتقدير الجهات المعنية (مثل القاضي أو لجنة مراقبة السلوك) مع مراعاة الاحتياجات الفردية لكل متهم.

وللإفرج تحت المراقبة مفاهيم مختلفة في العالم. ففي كثير من البلدان، نشأت فكرة مراقبة السلوك في سياق الرعاية الاجتماعية حيث تهتم إحدى منظمات الرعاية الاجتماعية بالاحتياجات الاجتماعية للجاني. وفي بلدان أخرى، تهدف مراقبة السلوك في المقام الأول إلى ضمان أن يتبع الجناة الشروط التي تنص عليها المحكمة. وبغض النظر عن التباينات، هناك بعض الممارسات المشتركة بين الدول الأعضاء مثل الإشراف والتوجيه والمساعدة خلال فترة زمنية محددة. وفي معظم الدول الأعضاء، تحدّد تلك الفترة بما بين ستة أشهر إلى سنة كحد أدنى، وما بين ثلاث إلى خمس سنوات كحد أقصى.

وبصفة عامة، فإن تكلفة الإشراف على الجناة في إطار نظام مراقبة السلوك أقل بكثير من تكلفة إيواء سجين. وحتى في البلدان النامية، قد تكون تكلفة الإشراف على الجاني في المجتمع أقل بكثير من تكلفة إيواء شخص في السجن.⁽¹⁹⁹⁾ وقد لا يكون إنشاء دائرة محددة لمراقبة السلوك خياراً قابلاً للتطبيق بالنسبة للبلدان المحدودة الموارد التي يصعب عليها تنفيذ وتعهد نظام لمراقبة السلوك لديه ما يكفي من الموظفين والأموال. وفي ظل تلك الظروف، قد يكون من الأجدى تطوير قدرات الهيكل القائمة والموظفين الموجودين (مثل المحاكم والوكالات الاجتماعية والخدمات المجتمعية) للقيام بمهمة الإشراف.⁽²⁰⁰⁾

إذا كانت الموارد (الموظفون الماليون وموظفو الإشراف) شحيحة، فيمكن التفكير في استحداث المشاريع اللازمة في إطار الهياكل القائمة

وعادةً ما يتطلب الإفرج تحت المراقبة قدراً أكبر من الإشراف على الجناة مقارنةً بالحكم مع وقف التنفيذ وحده. وفي حين أن ذلك قد يؤدي إلى زيادة مراقبة دوائر مراقبة السلوك للجناة، فإنه يتيح أيضاً مجالاً لتقديم المساعدة النفسية والاجتماعية والمادية اللازمة لهم،⁽²⁰¹⁾ إلى جانب إتاحة الفرصة لتجنب ارتكاب المخالفات الفنية للشروط التي تؤدي تلقائياً إلى الحبس، وإن كان ذلك سيتوقف على النهج الذي تتبعه الوكالة المشرفة.⁽²⁰²⁾

⁽¹⁹⁷⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحتان 116 و117.

⁽¹⁹⁸⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون.

⁽¹⁹⁹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، الصفحتان 137 و138.

⁽²⁰⁰⁾ UNODC, "Custodial and non-custodial: alternatives to incarceration", Criminal Justice Assessment Toolkit (Vienna, 2006).

⁽²⁰¹⁾ القاعدة 4-10 من قواعد طوكيو.

⁽²⁰²⁾ فيما يتعلق بالدور المهم للنهج المختلفة في الإشراف على تدابير التصدي لعدم الامتثال، وإن كان ذلك في سياق الإفرج المبكر، انظر: Yvon Dandurand and others, *Conditional Release Violations, Suspensions and Revocations: A Comparative Analysis* (Vancouver, International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy, 2008).

4-5- المحاكم/السجلات الخاصة

من أهم خيارات التحويل إلى العلاج التي خضعت لأكبر قدر من الدراسة نظام المحاكم المختصة ببرامج العلاج من تعاطي المخدرات (محاكم العلاج من المخدرات). ومنذ إنشاء أول محكمة من هذا النوع في مقاطعة "ميامي ديد" بفلوريدا في الولايات المتحدة في عام 1989، طُبِّق عدد متزايد من البلدان هذا النموذج، وتتحرى بلدان أخرى حاليًا إمكانية تطبيقه. وفي حين أن بعض محاكم العلاج من المخدرات في الولايات المتحدة تعمل منذ أكثر من 20 عاماً، فإنها لا تزال في المراحل الأولى من تطورها في معظم البلدان الأخرى.

وقد تم تكييف نموذج محاكم العلاج من المخدرات مع السياقات والاحتياجات المحددة للعديد من الدول الأعضاء. وتختلف معايير الأهلية القانونية، وقضايا المخدرات التي نظرت فيها، وإجراءات الفحص والإحالة، والتنظيم (تبادل المعلومات مثلاً) بين الجهات الفاعلة في مجال العدالة الجنائية والاختصاصيين الصحيين اختلافًا كبيراً من دولة إلى أخرى.⁽²⁰³⁾ وقد يكون نموذج محاكم العلاج من المخدرات قابلاً للتطبيق في البلدان التي تعتمد على كلا النظامين الاختصاصي وغير الاختصاصي من نظم العدالة. ويُعتبر تفضيل أهداف إعادة التأهيل، والدور النشط جدًا للقاضي، والتعاون بين الدفاع والادعاء في النظم غير الاختصاصية عناصر تسهم إسهاماً كبيراً في الأخذ بنموذج محاكم العلاج من المخدرات.⁽²⁰⁴⁾ وقد يكون إدماج العلاج والتحديات التي تواجه إرساء إطار قانوني لتشغيل محاكم العلاج من المخدرات عقبات أمام إمكانية اعتماد النموذج. ومع ذلك، فقد تحققت حتى الآن عدة نتائج واعدة في العمل على تكييف وتنفيذ نماذج محاكم العلاج من المخدرات في النظم غير الاختصاصية.⁽²⁰⁵⁾ وبشكل عام، يوجد نوعان من محاكم العلاج من المخدرات. يوفر النوع الأول برامج ما بعد الفصل في الدعوى/إصدار الأحكام، مما يتطلب من المدعى عليه أن يعترف بالذنب. وفي الولايات المتحدة، تشترط معظم محاكم العلاج من المخدرات أن يعترف المدعى عليه بالذنب وأن تؤجّل الأحكام ضده أو يوقّف تنفيذها من أجل تحويله إلى العلاج. وبعد الانتهاء من إجراءات المحكمة، يمكن إسقاط الحكم أو تخفيفه. ويوفر النوع الثاني برامج للأشخاص الذين يحالون إلى محكمة العلاج من المخدرات قبل إدانتهم. وفي محاكم المخدرات تلك، لا يُشترط الاعتراف بالذنب ولا يلاحق المدعى عليه إلا إذا لم يكمل البرنامج.⁽²⁰⁶⁾ ومع ذلك، يجب على المدعى عليه أن يعترف بإصابته باضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات.

وعلى النقيض من البدائل الأخرى التي يقدمها القاضي على مستوى المحاكمة أو إصدار الأحكام، غالباً ما تحدّد محاكم العلاج من المخدرات درجة تواتر عمليات الإشراف والرصد ونوعها وشدتها. وعلاوة على ذلك، لا تركز محاكم العلاج من المخدرات على معالجة الاضطراب الناشئ عن تعاطي المخدرات فحسب، بل تهدف أيضاً إلى معالجة المشاكل في مجالات الحياة الأخرى المتصلة بالمخدرات. ومن هذا المنطلق، فإن محاكم العلاج من المخدرات تستخدم مجموعة متنوعة من التدخلات العلاجية. وفي الغالب، يتم استخدام العلاج الأكثر كثافة خلال المراحل الأولية من العلاج، تليه مشاركة أقل كثافة في المراحل اللاحقة. وإضافةً إلى ذلك، تُنظّم جلسات متابعة منتظمة في المحاكم لرصد الامتثال ودعم السلوك النافعة للمجتمع. وعند النظر إلى تلك المحاكم في إطار تقييم الخطر والاحتياجات والاستجابة (انظر الفصل 4-1)، فإنها تنهض بدور بالغ الفعالية عندما تستهدف الجناة الأكثر عرضة للخطر والأكثر احتياجاً.⁽²⁰⁷⁾ ولكن من غير المرجح أن تكون فعالة من حيث التكلفة إذا ما اقتصر على التعامل مع الجناة المبتدئين أو غير الخطيرين.

⁽²⁰³⁾ Inter-American Drug Abuse Control Commission, *Technical Report on Alternatives to Incarceration for Drug-related*

Offences

E. Rely Vilčić and others, "Exporting court innovation from the United States to continental Europe: compatibility between the drug court model and inquisitorial justice systems", *International Journal of Comparative and Applied Criminal Justice*, vol. 34, No. 1 (2010), pp. 139-172.

⁽²⁰⁵⁾ Ciska Wittouck and others, "Psychosocial functioning of drug treatment court clients: a study of the prosecutor's files in Ghent, Belgium", *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, vol. 35, No. 3 (2014), pp. 127-140.

⁽²⁰⁶⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون،

الصفحة 128.

⁽²⁰⁷⁾ Douglas B. Marlowe, "Research update on adult drug courts" (December 2010).

4-6- مرحلة ما بعد إصدار الحكم

في مرحلة ما بعد إصدار الحكم، يمكن للجاني تقليص مدة سجنه بأن يختار الإفراج مع الوضع تحت الإشراف أثناء علاجه.

والفترة المحيطة بالإفراج والخروج من السجن بالغة الأهمية، لأنها يمكن أن تتيح للمرء أن يحيا بمنأى عن المخدرات والجريمة في مجتمعه المحلي، ولكنها تتطوي أيضاً على خطر كبير يتمثل في معاودة الإجرام والانتكاس إلى تعاطي المخدرات.⁽²⁰⁸⁾ وترتبط الفترة القصيرة التي تلي الخروج من السجن، وخصوصاً الأسبوعين الأولين، بارتفاع خطر الوفاة بالنسبة للمصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، وخصوصاً المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المؤثرات الأفيونية، ولذلك هناك حاجة إلى إيلاء اهتمام خاص وضمان استمرارية الخدمات خلال تلك الفترة.

في مرحلة ما بعد إصدار الحكم، يمكن تحويل الجاني إلى العلاج إذا كان قد أفرج عنه إفراجاً مشروطاً بالوضع تحت الإشراف وما زال يخضع للإشراف

ويُعتبر التقييم الشامل قبل الإفراج أساسياً لوضع خطة العلاج المناسبة بعد الإفراج.⁽²⁰⁹⁾ وبصفة عامة، ينبغي النظر منذ بداية صدور الحكم في مستقبل السجين بعد الإفراج عنه، وينبغي مواصلة العلاج بعد الإفراج، وتقديم دعم إضافي للسجناء المفرج عنهم، وخصوصاً من يحتاج منهم إلى مساعدة نفسانية وطبية وقانونية وعملية لضمان إعادة إدماجهم في المجتمع بنجاح.⁽²¹⁰⁾

وفي الحالات التي يبدأ فيها العلاج داخل السجن، من المهم مواصلة العلاج دون انقطاع فور الإفراج عن الشخص المحتجز. والتنسيق والتعاون بين مقدمي العلاج في السجن ومقدمي العلاج في المجتمع المحلي مقومان أساسيان لتحقيق أقصى قدر من النجاح في العلاج بعد الإفراج. وقد ثبتت فعالية نماذج "التواصل الداخلي" التي يعمل فيها مقدمو العلاج المجتمعي أو مقدمو الخدمات الصحية مع النزلاء داخل السجن ثم يواصلون تقديم الخدمات لهم بعد الإفراج عنهم.⁽²¹¹⁾

فعلى سبيل المثال، يمكن البدء في العلاج الصياني بالمؤثرات الأفيونية في السجن ومواصلته في المجتمع المحلي بطريقة تقلل من خطر الجرعة الزائدة عند الخروج من السجن، وتقلل من خطر الانتكاس إلى الارتهاق للمؤثرات الأفيونية، وتقلل من النشاط الإجرامي. وتشمل السبل الأخرى لمنع تعاطي جرعات زائدة من المؤثرات الأفيونية تدريب الأقران على كيفية التعامل مع حوادث الجرعات الزائدة الحادة في حالات الطوارئ وتوفير الترياق الشافي منها المصنوع من المؤثرات الأفيونية للسجناء عند الإفراج عنهم.⁽²¹²⁾

وينبغي أن يتمثل عنصر حاسم آخر في إدارة التعافي (مثل منع الانتكاس، والمساعدة في الحصول على عمل وسكن). ويلاحظ أن المجرمين الذين يواظبون على دورات إدارة التعافي بعد العلاج في السجن يقل احتمال تعاطيهم المخدرات وتزداد فرصهم في تحسين أحوالهم الاقتصادية مقارنةً بمن لا يواظبون على تلك الجلسات.⁽²¹³⁾

Carl Leukefeld and others, "Drug abuse treatment beyond prison walls", *Addiction Science and Clinical Practice*, vol. 5, No. ⁽²⁰⁸⁾ 1 (April 2009), pp. 24–30

related service needs", *Crime and Delinquency*, vol. 52, No. 1-abuse-Steven Belenko, "Assessing released inmates for substance ⁽²⁰⁹⁾ use", *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 17, No. 1 (January 2006), pp. 94–113

⁽²¹⁰⁾ انظر المادتين 107 و110 من قواعد نيلسون مانديلا، والقاعدة 47 من قواعد بانكوك.

Thomas Conklin, Thomas Lincoln and Rachel Wilson, *A Public Health Manual for Correctional Health Care*, Kieran ⁽²¹¹⁾ Curran, ed. (Ludlow, Massachusetts, Hampden County Sheriff's Department, 2002); Nickolas D. Zaller and others, "Linkage to treatment and supportive services among HIV-positive ex-offenders in Project Bridge", *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 19, No. 2 (May 2008), pp. 522–531

. WHO, *Community Management of Opioid Overdose* ⁽²¹²⁾

Leukefeld and others, "Drug abuse treatment beyond prison walls"; Daniel J. O'Connell and others, "Working toward ⁽²¹³⁾ recovery: the interplay of past treatment and economic status in long-term outcomes for drug-involved offenders", *Substance Use and Misuse*, vol. 42, No. 7 (2007), pp. 1089–1107

4-6-1- الإفراج المشروط المبكر

يعني الإفراج المشروط المبكر الإفراج عن السجين قبل انتهاء عقوبته بموجب شروط محددة عليه أن يمثل لها لفترة معينة بعد الإفراج. ويمكن الإفراج عن السجين بشروط بعد فترة معينة أو عند انقضاء نسبة ثابتة من الفترة المحكوم عليه بها. ويمكن أن يكون هذا الإفراج المشروط إلزامياً عندما يتم تلقائياً، أو يمكن أن يكون تقديرياً عندما يتعين اتخاذ قرار بشأن الإفراج المشروط عن السجين.⁽²¹⁴⁾

وقد يتوقف الإفراج عن السجناء على عدة شروط. ففي حالة السجناء المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، كثيراً ما يرتبط الشرط بالإحالة إلى العلاج. وكثيراً ما يتطلب تعزيز امتثال الفرد للشرط أن يخضع للإشراف المستمر وإدارة الحالات لضمان معالجة العوامل الأساسية التي قد تحول دون الامتثال - مثل عدم وجود مسكن أو وسائل مواصلات والعلاقات السلبية بين الأقران - على وجه السرعة وقبل أن يتحول عدم الامتثال إلى مشكلة. وعند الإخلال بالشروط، يجوز إلغاء الإفراج المبكر وإعادة الشخص إلى السجن.

في أي نموذج للإفراج المبكر أو المشروط، من الضروري إجراء تقييم شامل قبل الإفراج يتناول مجالات متعددة وعوامل الخطر الدينامية للاسترشاد به في وضع خطط مناسبة لتوفير الخدمات اللازمة الملائمة بعد الإفراج

وعادةً ما تتخذ قرارات الإفراج المبكر المشروط سلطةً مستقلة (أو شبه مستقلة)،

مثل السلطة القضائية أو مجلس الإفراج المشروط، بعد إجراء تقييم شامل للحالة.⁽²¹⁵⁾

وللسلطات أدوار ومهام مهمة⁽²¹⁶⁾ في مساعدة السجين على الاندماج في المجتمع المحلي من جديد والإشراف على تربيته لشروط الإفراج المبكر من أجل نجاحه في الانتقال من الحياة داخل السجن إلى الحياة خارجه. وفي عدة بلدان، لا يوجد لدى السلطات المسؤولة عن هذا الإشراف سوى عدد محدود جداً من الموظفين ومن القدرات التقنية والموارد،⁽²¹⁷⁾ وتقتصر مشاركتها أساساً على تقديم التقارير الدورية.

وتبين الإحصاءات المتعلقة بمعاودة الإجرام المستقاة من عدد من البلدان أن معدل معاودة الإجرام في ظل الإفراج المشروط منخفض مقارنةً بمثيله بعد الإفراج.⁽²¹⁸⁾ غير أن أحد الشواغل الرئيسية التي سلط الضوء عليها فيما يتعلق بتنفيذ نظم الإفراج المشروط المبكر أو الإفراج المشروط هو تزايد معدل إلغاء قرارات الإفراج بسبب مخالفات فنية في عدد من الولايات القضائية. واستجابةً لذلك، وضع المكتب توصيات لخفض عدد الأشخاص العائدين إلى السجن بسبب المخالفات الفنية لشروط الإفراج المبكر.⁽²¹⁹⁾

⁽²¹⁴⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون.
⁽²¹⁵⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون؛ و"Belenko, "Assessing released inmates".

⁽²¹⁶⁾ في كثير من البلدان، تتولى دائرة متخصصة لمراقبة السلوك مسؤولية رصد تلبية الشروط.
⁽²¹⁷⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون، 2013، الصفحة 123.

⁽²¹⁸⁾ المرجع نفسه، الصفحة 120.
⁽²¹⁹⁾ مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، دليل بشأن الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الاكتظاظ في السجون (2014)، الصفحة 125.

7-4- النتائج المستخلصة

خيارات التحويل إلى العلاج كبديل للإدانة أو العقاب أو إضافة إليهما

- 1- على مختلف مستويات نظام العدالة الجنائية - ما قبل المحاكمة، والمحاكمة/المحاكمة، وما بعد إصدار الأحكام - قد يكون لدى البلدان مجموعة واسعة من الخيارات لإخضاع الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات للعلاج كبديل للإدانة أو العقاب.
- 2- يمكن بإحالة المتهم إلى العلاج في مرحلة ما قبل المحاكمة منع احتكاكه غير الضروري بنظام العدالة الجنائية. وينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أن نتائج قضيته ليست يقينية وأن ذنبه لم يثبت قانوناً.
- 3- في الحالات الأكثر خطورة، يمكن توفير خيارات التحويل إلى العلاج في مرحلة إصدار الحكم. ويجوز تأجيل الحكم أو وقف تنفيذه أثناء خضوع المدعى عليه للعلاج تحت إشراف قضائي.
- 4- في مرحلة ما بعد إصدار الحكم، يجوز للسجين أن يختار الالتحاق ببرنامح علاجي كشرط للإفراج المبكر. ويلزم إجراء تقييم شامل لحالته قبل الإفراج عنه لوضع خطة العلاج المناسبة بعد الإفراج.
- 5- إذا كان هناك نقص في الموارد (ما يكفي من الموظفين والتمويل) لتنفيذ المشاريع الجديدة وصيانتها، فقد يكون من الأجدى استخدام المتوافر من الهياكل والموظفين من أجل الإشراف.

الفصل 5- الخلاصة

يلخص هذا الفصل الختامي المبادئ الرئيسية التي نوقشت في الفصول السابقة، والتي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار عند وضع برامج التحويل إلى العلاج لفائدة المصابين بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية.

أ- اعتماد نموذج علمي صحي: يمكن علاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات في إطار موجّه نحو الصحة

- تتراوح أنواع الاضطرابات المختلفة الناشئة عن تعاطي المخدرات بين التعاطي الضار للمخدرات والارتهاق لها.
- لا تؤثر تلك الاضطرابات على رفاه الفرد وقدرته على العمل فحسب، بل أيضاً على رفاه أسرته والمجتمع المحلي (مشاكل العنف المنزلي، وإنتاجية العمل، والأمراض المعدية المرتبطة بتعاطي المخدرات، وما إلى ذلك).
- على الرغم من أن العلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات لا يحتاجه كل من يسعى للحد والتعافي من تعاطي المخدرات، فإنه قد يشكل بالنسبة للبعض أحد المسارات المؤدية للتعافي. غير أن نطاق خدمات العلاج المتاحة محدود للغاية بالمقارنة بعدد من هم بحاجة إليها.
- تتطلب معالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات والمشاكل ذات الصلة وما لذلك من صلة بالإجرام اتباع نهج شاملة ومتعددة القطاعات.
- يفضل العلاج والرعاية وفق نهج شامل إلى نتائج أكثر إيجابية مقارنةً بالتركيز على الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وحدها.
- يظل من حق المصاب باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات التمتع بالصحة حتى وإن ارتكب جريمة، وينبغي عدم معاقبته بسبب حالته الصحية.
- ثمة حاجة إلى توفير خدمات علاجية ميسورة المنال وفعالة ومتنوعة في المجتمع المحلي.

ب- استخدام نظام العدالة الجنائية كمدخل للعلاج: نظام العدالة الجنائية بيئة مهمة للتدخلات المتصلة بالمخدرات

- من المسلّم به على نطاق واسع أن السجن في حد ذاته غير فعال في التصدي لتعاطي المخدرات ومعالجة الاضطرابات الناشئة عن ذلك التعاطي.
- يمكن لنظام العدالة الجنائية أن يكون مدخلاً إلى نهج شامل لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات والمشاكل ذات الصلة وما لذلك من صلة بالإجرام.
- يتيح علاج الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات فرصة فريدة لتعزيز التعافي من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات والحد من تعاطي المخدرات وما يرتبط بذلك من سلوك إجرامي.
- من أجل الاضطلاع بدور حاسم ضمن إطار شامل في علاج المشاكل القائمة، يتعين على نظام العدالة الجنائية أن يستخدم كبدل للإدانة أو العقاب أو إضافةً إليهما على النحو المنصوص عليه في القانون.
- توفير بدائل للإدانة أو العقاب مقوم حاسم للتصدي لبعض الجرائم الجنائية بتدابير متناسبة. ومن شأن تلك البدائل أن تحد من معاودة الإجرام وتساعد على إعادة إدماج الجناة في المجتمع المحلي وتوجيه الأشخاص المحتاجين للعلاج إلى العلاج المناسب.

- يوفر العلاج أفضل بديل لكسر دورة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات/السلوك الإجرامي. ويزداد احتمال الانتكاس إلى تعاطي المخدرات والعودة إلى السلوك الإجرامي لدى الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات الذين لا يخضعون للعلاج مقارنةً بأولئك الذين يخضعون له.
- قد يتيح التحويل من نظام العدالة الجنائية توفير العلاج لأشخاص ربما لم يكونوا ليلتمسوه أو لم يكن باستطاعتهم الاستفادة منه لولا ذلك. فالضغط الخارجي يجعل العلاج أقرب منالاً وكثيراً ما ييسر الخطوات الأولى نحو التعافي والكف عن الإجرام.
- يتطلب العلاج موافقة مستنيرة.

ج- القبول بأن التعافي من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات هو عملية ممتدة: احتمالات الانتكاس

- كثيراً ما تأخذ الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات مسار الاضطراب المزمن والمتكرر الهجوع والانتكاس. وعلى الرغم من أن الانتكاس يحدث في كثير من الأحيان، فإن التعافي ممكن وقابل للتحقيق، على الرغم من أن تحقيق التعافي المستقر قد يستغرق سنوات.
- لذلك، من الأهمية بمكان توشي الواقعية في معايير الأهلية والأهداف والشروط الواجب مراعاتها.
- يلزم اتخاذ تدابير متناسبة لمعالجة عدم الامتثال، مع إيلاء الاعتبار الواجب لطبيعة الجريمة وخطورتها. وينبغي أن يظل السجن تدبيراً يُلجأ إليه كمالأخيراً عند التعامل مع الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات.
- الاستثمار في استمرارية الرعاية وسيلة قيّمة لدعم التعافي المستقر.

د- تنويع العلاج: ليس كل مصاب باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات يتطلب نفس كثافة العلاج

- يهدف العلاج إلى الحد من تعاطي المخدرات أو وقفه وتحسين أداء الشخص الخاضع للعلاج. ويمكن أن يتخذ العلاج العديد من الأشكال المختلفة وأن يحدث في مجموعة متنوعة من السياقات حسب الاقتضاء رهنأ بمدى شدة الإدمان.
- من الأهمية بمكان تحديد الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات الذين يحتاجون إلى العلاج من المخدرات عند كل مستوى من مستويات نظام العدالة الجنائية. وينبغي استبانتهم في أبكر مرحلة ممكنة من مراحل عمليات تحديد الأهلية للمشاركة في برامج العلاج.
- تشكل عمليات الفحص والتقييم الأساس الذي يستند إليه في تحديد نهج فعال مناسب لحالة المصاب من أجل وضع خطة علاجه وإخضاعه لها. ويساوي الكثير من نظم العدالة الجنائية إجراء الفحص بتقرير الأهلية (لتحديد ما إذا كان هناك اضطراب ناشئ عن تعاطي المخدرات)، وإجراء التقييم بتقرير الملاءمة (لتحديد طبيعة الاضطراب الناشئ عن تعاطي المخدرات، ووضع توصيات علاجية محددة لمعالجة هذا الاضطراب).
- بدلاً من الإحالة إلى نهج علاجي موحد، ينبغي النظر في وضع تدخلات تصمم خصيصاً في ضوء نتائج التقييم، حيث لم تثبت فعالية أي تدخل علاجي في علاج جميع المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات بمفرده.
- ينبغي إتاحة مجموعة واسعة من خيارات العلاج القائمة على الأدلة لتلبية الاحتياجات الفريدة للجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات. ذلك أنه ليس كل مصاب باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات يحتاج إلى علاج مستمر ومكثف.
- سيلزم تقديم المزيد من الخدمات المناسبة بمستوى أقل كثافة. ويمكن لهذه الخدمات أن تمنع استفحال الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات لدى المصابين. وعادةً ما تكون هذه الخدمات أقل تخصصاً وأقل تكلفة، مما يجعل نظام العلاج المصمم وفق مبدأ التدرج في كثافة الخدمات، أو ما يعرف بـ "هرم تقديم الخدمات"، أكثر فعالية من حيث التكلفة.
- تحقق نظم العلاج والرعاية نتائج أكثر إيجابية إذا راعت عمليات العلاج وإعادة التأهيل بعض العوامل الأخرى، مثل التعليم والعمل والاحتياجات الاجتماعية الأخرى، وحرصت على استيفائها.

- عدم تخلف أحد عن الركب: إيلاء الاهتمام للفئات الخاصة في نظام العدالة الجنائية عن طريق إجراء تقييم نقدي لأدوات الفحص والتقييم المتاحة، وكذلك إمكانية الحصول على العلاج.

هـ- بدائل الإدانة أو العقاب تتماشى مع الإطار القانوني الدولي

- يتماشى توفير العلاج والرعاية كبديل للإدانة أو العقاب مع الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات التي تنص على قصر العقوبات الشديدة على الجرائم الخطيرة مثل الاتجار بالمخدرات.
- يجب أن يكون العقاب فيما يخص الجرائم ملائماً ومتناسباً مع خطورة الجريمة ومسؤولية الجاني عنها.
- يتمثل أحد أغراض العقوبات في الحد من احتمال معاودة الإجرام، وتشكل بدائل الإدانة أو العقاب أداة مهمة لتحقيق هذا الهدف.
- ينبغي استخدام استراتيجيات العلاج والرعاية لاحترام حق الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات في الصحة ودعم تعافيتهم.
- اللجوء إلى العلاج من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات ليس مجرد بديل ممكن للإدانة أو العقاب، بل هو أمر يمكن تطبيقه أيضاً بالإضافة إلى الإدانة أو العقاب. وينبغي أن تكون عملية البت في تطبيق البدائل وتحديد ماهية تلك البدائل قائمة على معايير مستقرة من قبيل طبيعة الجرم ومدى خطورته وشخصية الجاني وخلفيته، وأغراض الحكم، وحقوق الضحية.
- يمكن اعتبار توفير العلاج والرعاية كبديلين للإدانة أو العقاب أمراً مهماً للاعتراف بحق الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات في الصحة. وللمساعدة على إعمال هذا الحق، يمكن لنظام العدالة الجنائية أن يستخدم صلاحياته القسرية دون أن يجبر، فلا يجوز إرغام الأفراد على الخضوع للعلاج دون موافقتهم.
- يجب احترام الحق في المعاملة وفق الأصول القانونية الواجبة وغيرها من حقوق الجناة المقررة في نظام العدالة الجنائية. ويشمل ذلك افتراض البراءة، والحق في الطعن في القرارات ذات الصلة، والحصول على المساعدة القانونية، وحماية الخصوصية والكرامة.
- ينبغي إبلاغ المتهم بطبيعة البديل الذي سيخضع له ومخاطره وفوائده (وكذلك مخاطر وعواقب الإخلال بشروط البديل)، بما في ذلك التأثير المحتمل على الإجراءات الجنائية الخاصة بذلك الشخص، والمعلومات المتعلقة بالعلاج التي سيكشف عنها أمام المحكمة، واحتمالات إلغاء البديل القضائي في حالة عدم الامتثال لشروطه.
- يجب أن توضع وتنفذ البدائل وفقاً للنظام القانوني لكل بلد على حدة.
- الخيار الذي يتعين القيام به هو إما استعراض التشريعات أو، إن أمكن، ملاءمة تنفيذ البدائل مع الإطار القانوني القائم.

و- التركيز على فرص التحويل

- يمكن تطبيق بدائل الإدانة أو العقاب، التي تتضمن عنصراً من عناصر العلاج من المخدرات، في كل مرحلة من مراحل إجراءات العدالة الجنائية.
- في مراحل الاعتراض المختلفة، يمكن تحديد خيارات لتحويل الجناة تناسب احتياجاتهم ومستويات خطورتهم.
- في مختلف مراحل نظام العدالة الجنائية - ما قبل المحاكمة، والمحاكمة/المحكمة، وما بعد إصدار الأحكام - قد يكون لدى البلدان (بالفعل) مجموعة واسعة من خيارات التحويل تتيح تدابير مصممة خصيصاً بما يناسب الحالة.
- هناك دائماً مجال لاستخدام قدر من السلطة التقديرية، حتى وإن بدا أن القانون القائم لا يسمح بأي سلطة تقديرية في تطبيق أحكامه. وكثيراً ما يكون هناك مجال لاستخدام السلطة التقديرية عند مراحل متعددة من العملية، مثل قرار الضبط والإحضار أو الملاحقة القضائية أو الإدانة، إلخ.

- يمكن أيضاً إدماج خيارات التحويل في التدابير الإدارية. ولئن كانت تلك التدابير تقع خارج نظام العدالة الجنائية، فإنها تندرج أيضاً ضمن التدابير الرسمية للتصدي للجرائم ذات الصلة.
- ينبغي لسلطات الادعاء أن تأخذ زمام المبادرة في تحويل الجناة المؤهلين إلى خارج نظام العدالة الجنائية. ويمكن منع سلطات العدالة الجنائية من مواصلة إجراءاتها بشأن الجاني إذا ما أُبلغت في هذه المرحلة بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات التي يعاني منها وكانت لديها صلاحية الأمر بتحويله إلى العلاج.
- ينبغي أن تكون تحت تصرف المحاكم وغيرها من السلطات المختصة المكلفة بإصدار الأحكام على الجناة أو البت في الإفراج المشروط أو الإفراج المبكر عنهم مجموعة من التدابير غير الاحتجازية، وأن تراعي تلك المحاكم والسلطات احتياجات الجاني من إعادة التأهيل وأن تساعد في إعادة إدماجه في المجتمع في وقت مبكر.
- من المهم تصميم وتنفيذ بدائل للإدانة أو العقاب على نحو يلبي احتياجات الجناة وكذلك نظام العدالة الجنائية والمجتمع، بحيث تشجع سلطات العدالة الجنائية الجناة على المشاركة في هذه البرامج حسب الاقتضاء.

ز- إقامة الشراكات: يمكن لنظام العدالة الجنائية وخدمات العلاج، بل وينبغي لهما، العمل سوياً مع مراعاة وضع تعريف سليم لدور كل منهما واحترام كل منهما لمبادئ الآخر

- بصفة عامة، يستتبع وضع بدائل علاجية لإدانة أو معاقبة الجناة المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات إقامة شراكات جديدة بين الدوائر العلاجية والخدمية ونظام العدالة.
- تختلف أهداف خدمات العلاج ونظام العدالة الجنائية. وعلى الرغم من هذه الاختلافات، يمكن للطرفين أن يجدا أرضية مشتركة.
- ينبغي أن يسعى التعاون إلى تحقيق التفاعل الأمثل بين نظام العدالة الجنائية ونظم العلاج. وينبغي أن تُحدّد الأدوار بوضوح: فلا ينبغي للقضاة أن يتخذوا قرارات بشأن العلاج، ولا ينبغي للاختصاصيين في مجال العلاج أن يتخذوا قرارات تتعلق بنظام العدالة.
- يشكل وضع نُهج وبارامترات تعاونية من أجل إنجاح هذه الشراكة المتعددة التخصصات، بما يحمي حقوق الإنسان لكل فرد والسلامة العمومية للمجتمع، تحدياً مستمراً.
- عند بدء التعاون بين دوائر العلاج والجهات الفاعلة في مجال العدالة الجنائية، يتعين وضع ترتيبات واضحة فيما يتعلق بالاتصال وتبادل المعلومات بين الجهات الفاعلة المعنية، والتنسيق بين الوكالات، وآليات الاتصال بين الاختصاصيين على اختلاف وظائفهم وأدوارهم ومسؤولياتهم. وتعزيز الاتصالات وتبادل المعلومات مقومان على درجة كبيرة من الأهمية لنجاح التعاون.
- يتعين على جميع الجهات الفاعلة المعنية، التي تشارك في عمليات التعاون المشترك بين الوكالات، أن تتزود بمعلومات محدّثة عن الأدوار والمسؤوليات المؤسسية للقطاعات الأخرى مع فهم كاف للعمليات المتعلقة بكل مجال من مجالات التخصص ذات الصلة.
- ينبغي وضع اتفاقات رسمية مكتوبة لإدارة العلاقة، مثل الاتفاق على تحديد إجراءات ومحتوى عمليات تبادل المعلومات.
- ينبغي تزويد أفراد الشرطة والمدعين العامين والقضاة وغيرهم من موظفي العدالة الجنائية بالمعارف الأساسية بشأن نُهج العلاج. وبالمثل، ينبغي لمقدمي العلاج أن يعرفوا أساسيات عملية العدالة الجنائية والجهات الفاعلة المعنية. وينبغي أن يشمل التدريبُ برامج تدريبية شاملة ومتواصلة لضمان أن يوفرّ العلاج اختصاصيون مؤهلون وموظفون مدربون يشاركون في التطوير المهني المستمر.
- إنشاء واستخدام منصات للتعاون بين الوكالات.

ح- توفير بيئة محفزة

- لا توجد فرصة لقبول أو تنفيذ أي خطة للبدائل دون أن يرضى عنها أصحاب المصلحة الرئيسيين. والمجتمع المحلي نفسه هو أيضاً أحد أصحاب المصلحة المهمين. ويلزم تهيئة العقول لقبول بدائل العلاج.
- يتطلب إيجاد عدة بدائل للإدانة أو العقاب توفير ما يكفي من الموظفين والموارد. ويمكن التماس الموارد المالية من الجهة الحكومية المعنية (الوزارة أو قطاع الخدمة العامة) الأكثر استفادة من الإجراء البديل. ويمكن اعتبار الموارد ضرباً من الاستثمار المفيد.
- ينبغي رصد تنفيذ التدابير البديلة عن كثب وتقييمها بصورة منهجية، بما في ذلك تحديد الفئات المستهدفة ورصد مدى إمكانية الوصول إليها.

مراجع إضافية

- يستند هذا المنشور إلى المواد الإرشادية والبحوث القائمة، بما في ذلك المعارف المتاحة على الصعيد الإقليمي، وكذلك الممارسات والخبرات الوطنية.
- وفيما يلي بعض الوثائق الرئيسية التي تقدم إرشادات بشأن مختلف جوانب تطبيق نظم العلاج والرعاية على المصابين باضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات من الأشخاص المحتكين بنظام العدالة الجنائية، وذلك من منظورات وطنية وإقليمية مختلفة، وقد أُشير إليها في جميع أجزاء هذا الدليل الإرشادي:
- المعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات: مسودة للاختبارات البحثية (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة/منظمة الصحة العالمية 2020)
 - "من الإكراه إلى التلاحم: العلاج من الارتهاان للمخدرات بالرعاية الصحية لا بالعقوبة" (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2009)
 - *Handbook of Basic Principles and Promising Practices on Alternatives to Imprisonment*، سلسلة كتيبات العدالة الجنائية (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2007)
 - Study on Alternatives to Coercive Sanctions as Response to Drug Law Offences and Drug-related Crimes <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6e9f22b4-aa5a-11e6-aab7-01aa75ed71a1> (European Commission, 2016)
 - *Alternatives to Punishment for Drug-using Offenders* (EMCDDA 2015)
 - *Technical Report on Alternatives to Incarceration for Drug-related Offenses* (OAS/CICAD, 2015)

UNODC



مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

Vienna International Centre, P.O. Box 500, 1400 Vienna, Austria
Tel.: (+43-1) 26060-0, Fax: (+43-1) 263-3389, www.unodc.org