



E.M.C.D.D.A.

European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

European Legal Database on Drugs

<http://eldd.emcdda.org/>

Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution

Rapport technique élaboré par l'OEDT à la demande
du Secrétariat du Groupe Pompidou

EMCDDA

ELDD Comparative Study

August 2000

Published at

http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_comparative_analyses.cfm

Examen des aspects juridiques internationaux des traitements de substitution

Introduction

Le traitement de la toxicomanie a été considéré comme une mesure visant à réduire l'abus de drogues dès la signature de la Convention unique sur les stupéfiants des Nations Unies, en 1961. Toutefois, le seul principe admis de traitement des toxicomanes mentionné dans la convention était leur désintoxication par un «traitement sans drogue».

Les mesures thérapeutiques antidrogue sous forme de traitements de maintien et de distribution de produits de substitution ne sont pas expressément mentionnées dans les Conventions de l'Onu de 1961, 1971 et 1988.

Des mesures thérapeutiques recourant pour l'essentiel à la distribution de méthadone ou d'autres agonistes aux héroïnomanes fortement dépendants ont cependant été mises à l'essai dans certains pays d'Europe dès la fin des années 60 et dans les années 70, pour ensuite être affinées et étendues au cours des années 80 et 90.

En conséquence, l'examen, dans une perspective internationale, de la légitimité des interventions et des programmes de traitement de substitution se heurte à un obstacle majeur, en ce sens que les conventions des Nations Unies¹, bien qu'elles entendent réglementer la production et la consommation de drogues illicites, ne régissent pas expressément la distribution de stupéfiants en vue de réduire l'abus de drogues ou les dommages qui en découlent.

Fins médicales et scientifiques

Le principal objectif des Conventions des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961 et de 1971 était de créer un système international de contrôle pour surveiller la production de stupéfiants et de substances psychotropes, en interdisant tout usage sans autorisation préalable des autorités nationales. Pour l'essentiel, ces conventions limitent exclusivement à des «fins médicales et scientifiques» l'emploi, la détention, la production, etc. de substances répertoriées (article 4.c de la Convention de 1961; article 5.2 de la Convention de 1971).

Nous pouvons déduire de la Convention de 1961 que l'intention du législateur était d'interdire l'abus de drogues, autorisant uniquement leur emploi pour des «raisons médicales» visant principalement à «soulager la douleur».

Le préambule de la Convention unique de 1961 reconnaît en fait «que l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin». L'article 4.c confirme que «la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants» doivent être limités «exclusivement aux fins médicales et scientifiques».

¹. Convention unique sur les stupéfiants, New York, 1961, telle que modifiée par le Protocole du 25 mars 1972. Convention sur les substances psychotropes, New York, 1971.

Il est donc évident que le législateur, tout en construisant un système fondé sur une approche générale d'interdiction des drogues, voulait assurer la disponibilité de «certaines» de ces substances pour les utiliser dans le traitement de la douleur. Cependant, les conventions n'explicitent pas la notion de «fins médicales et scientifiques» et ne précisent pas quelles substances peuvent déroger à la règle d'interdiction totale, même pour des raisons médicales.

Substances contrôlées

Les drogues et substances psychotropes sont recensées dans huit tableaux (quatre dans chaque convention – 1961 et 1971), en fonction de leur intérêt thérapeutique, des risques d'abus et des dangers pour la santé. L'article 2 de la Convention des Nations Unies de 1961 prévoit des mesures de contrôle à l'égard des stupéfiants énumérés dans ces tableaux.

Les stupéfiants figurant au tableau I (à savoir, entre autres, la méthadone, l'opium, l'héroïne, la morphine, la cocaïne, le cannabis) «sont soumis à toutes les mesures de contrôle applicables aux stupéfiants visés par la présente convention».

Pour les tableaux II et III, les contrôles sont moins stricts en raison des propriétés thérapeutiques des substances recensées: le tableau II contient la codéine, le propiram, etc., et le tableau III les préparations dérivées de l'opium, de la morphine, de la codéine, etc.

Le tableau IV reprend les drogues les plus dangereuses déjà inscrites au tableau I, qui sont particulièrement nuisibles et ont une valeur médicale et thérapeutique extrêmement limitée, dont la désomorphine, le cannabis et l'héroïne.

Concernant la question du commerce et de la distribution des stupéfiants, la convention prévoit un système de contrôle fondé sur des autorisations et des licences: autorisation de certaines transactions internationales individuelles, tenue de registres détaillés, système limitant les quantités des drogues disponibles par fabrication ou importation licites, et obligation d'une ordonnance médicale pour dispenser ou fournir à des particuliers des drogues contrôlées.

L'article 30 dispose que si les pays estiment que les prescriptions médicales sont «nécessaires ou souhaitables», même pour les substances du tableau I, ils doivent demander qu'elles «soient écrites sur des formules officielles qui seront fournies [...] par les autorités administratives officielles ou par les associations professionnelles autorisées» [article 30.2.b.ii].

Nous pouvons déduire de cet article que la possibilité de prescrire ou non de la méthadone ou d'autres drogues contrôlées se trouve couverte par l'expression «nécessaires ou souhaitables». Si un pays estime que la prescription d'une drogue contrôlée est «nécessaire» et n'est pas contraire à l'esprit général de la convention, la seule exigence consiste à appliquer des règles strictes telles que l'utilisation de formulaires officiels, la tenue de registres et d'autres mesures de contrôle.

Néanmoins, en ce qui concerne les stupéfiants inscrits au tableau IV (notamment l'héroïne), et compte tenu de ce que les régimes de contrôle prévus par la convention varient d'un tableau à l'autre, les pays «devront adopter toutes les mesures spéciales de contrôle qu'[ils] jugeront nécessaires en raison des propriétés particulièrement

dangereuses des stupéfiants visés» (article 2, paragraphe 5.a). L'utilisation de l'héroïne à des fins médicales et sa délivrance contrôlée aux toxicomanes, quoiqu'elles ne soient pas expressément interdites par la convention, sont des pratiques controversées parmi les pays européens.

Traitement thérapeutique

La Convention de 1961 des Nations Unies invite les Etats membres à prendre «toutes les mesures possibles» pour traiter les personnes qui abusent de drogues afin de réduire l'abus des stupéfiants.

L'article 38 reconnaît en fait l'importance des mesures de lutte contre l'abus des stupéfiants, invitant les pays signataires à «[prendre] toutes les mesures possibles pour le prévenir et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées».

Toutefois, la convention ne précise pas quelles sont ces mesures, laissant toute latitude aux Etats membres pour les définir.

La seule référence au traitement, dans le cadre de la convention, est faite dans la Résolution II de la Conférence des Nations Unies pour l'adoption de la Convention unique de 1961, annexée à cette dernière: «La conférence [...] déclare que l'une des méthodes les plus efficaces de traitement des toxicomanes est celle qui peut être appliquée dans des établissements hospitaliers, dans lesquels le toxicomane ne peut plus se procurer de stupéfiants.»

Il semble évident que, si le législateur entend favoriser le traitement des toxicomanes, il laisse le choix aux Etats membres d'appliquer «toutes les mesures possibles» qui ne sont pas contraires aux dispositions de la convention, y compris l'administration de substances contrôlées pour des raisons médicales. La résolution recommandant un traitement sans drogues n'exclut pas le recours à d'autres «mesures possibles», au sens de l'article 38.

Les dispositions de la Convention de 1988 doivent être lues à la lumière des Conventions de 1961 et de 1971. Chaque Partie à la Convention de 1988 est tenue d'adopter les mesures nécessaires pour conférer à certains actes le caractère d'infractions pénales conformément à son droit interne. Ces infractions concernent des actes interdits en vertu de la Convention de 1961 et de celle de 1971, tels que la fabrication, la distribution ou la vente illicites de toute drogue ou substance psychotrope. La Convention de 1961 permettant expressément, moyennant autorisation, la fourniture et l'emploi, à des fins médicales et scientifiques, de drogues, dont l'héroïne, la Convention de 1988 ne l'interdit pas à de telles fins.

Traitement de substitution

Si le traitement de substitution apparaît ainsi comme un type de traitement répondant à l'objectif de l'article 38, qui est de réduire l'abus des stupéfiants, il n'est pas expressément envisagé par les conventions de l'Onu. En ce qui concerne la prescription médicale d'une substance contrôlée, la Convention de 1961 autorise les pays à «[exiger] que les stupéfiants ne soient fournis ou dispensés à des particuliers que sur ordonnance

médicale», même pour les drogues inscrites au tableau I (article 30.2.b.i²), à moins que cette disposition ne soit contraire aux objectifs généraux de la convention.

Quant à savoir si l'expression «à des fins médicales et scientifiques» permet l'utilisation de drogues contrôlées, les conventions ne semblent renvoyer «expressément» qu'au soulagement de la douleur, bien que l'article 30 affirme que la prescription de drogues peut être autorisée dans certaines conditions et en utilisant des formulaires officiels. D'où la possibilité d'étendre l'interprétation de l'expression «à des fins médicales et scientifiques» au traitement des toxicomanies.

Etats membres européens

Le traitement de substitution s'est développé en Europe durant les années 70 et 80, dans un paysage juridique relativement lacunaire à cet égard. C'est seulement au cours de ces dernières années que les pays européens semblent avoir pris officiellement position sur l'efficacité et la nécessité des programmes de traitement de substitution, reconnaissant une situation dans laquelle la prescription de produits de substitution à base de méthadone ou d'autres agonistes des opiacés était acceptée par les médecins et les décideurs, et souvent légalisée par des lois appropriées.

Toutefois, bien que les traitements de substitution soient généralement reconnus comme une mesure efficace pour réduire la criminalité liée aux comportements à risque et à la drogue, améliorant ainsi le bien-être social et la santé, les mesures concrètes adoptées par les différents pays de l'UE varient considérablement.

Les substances autorisées comme produits de substitution, les acteurs autorisés à les prescrire et à contrôler les prescriptions, les buts et les modalités d'exécution, les critères d'accès, le choix des substances prescrites, etc. sont en effet très variables.

Dans certains Etats membres, les traitements de substitution sont très récents alors que dans d'autres, ils existent depuis assez longtemps³. Comme l'a fait remarquer l'OEDT dans le dernier numéro de sa revue *Insight*, «Review of the Current Practice in Drug Substitution Treatment in Europe» (Examen de la pratique actuelle en matière de

2. Convention de 1961 des Nations Unies, article 30 – Commerce et distribution

1. [...]

2. En outre, les parties:

a. empêcheront aussi l'accumulation, en la possession des commerçants, des distributeurs, des entreprises d'Etat, ou des personnes dûment autorisées visées ci-dessus, de quantités de stupéfiants et de paille de pavot excédant celles qui sont nécessaires au fonctionnement normal de l'entreprise, compte tenu de la situation du marché;

b.i. exigeront que les stupéfiants ne soient fournis ou dispensés à des particuliers que sur ordonnance médicale. Cette disposition n'est pas nécessairement applicable aux stupéfiants que des particuliers peuvent légalement obtenir, utiliser, dispenser ou administrer à l'occasion de l'exercice dûment autorisé de leurs fonctions thérapeutiques; et

ii. si les parties jugent ces mesures nécessaires ou souhaitables, elles exigeront que les ordonnances prescrivant des stupéfiants du tableau I soient écrites sur des formules officielles qui seront fournies sous la forme de carnet à souches par les autorités administratives compétentes ou par les associations professionnelles autorisées.

3. (...)

4. (...)

5. (...)

6. (...)

3. Année officielle de mise en place de traitements à la méthadone: Suède, 1967; Royaume-Uni et Pays-Bas, 1968; Danemark, 1970; Finlande, 1974; Italie, 1975; Portugal, 1977; Espagne, 1983; Autriche, 1987; Luxembourg, 1989; Allemagne et Irlande, 1992; Grèce, 1993; France, 1995; Belgique, 1997. Rapport annuel 2000 de l'OEDT.

traitements de substitution en Europe⁴), pendant longtemps, la seule option thérapeutique possible au regard de la loi a été la désintoxication basée sur une approche stricte. La méthadone ou d'autres opiacés ne pouvaient être administrés à un toxicomane que s'il remplissait des critères d'indication très précis ou pour traiter la douleur.

Dans de nombreux pays, les années 70 et 80 furent dominées par une adhésion stricte au dogme de l'abstinence. Le respect de l'idéal thérapeutique de l'abstinence totale pour tous les consommateurs d'opiacés était considéré comme un préalable à toute aide concrète à la survie et comme le seul critère valable de réussite d'un traitement contre la drogue. Les traitements de substitution rencontraient une opposition générale, notamment parmi les hommes politiques, les professionnels et les institutions de la santé, et le traitement de maintien à la méthadone était considéré comme une erreur médicale.

Petit à petit, l'efficacité des thérapies de maintien dans d'autres pays et une sensibilisation accrue aux facteurs de risque comme la contamination par le VIH ont modifié l'attitude des milieux médicaux et politiques vis-à-vis de ce type de traitement. Dans de nombreux pays, au cours des années 80, est apparue une demande pour des nouvelles approches, privilégiant les mesures de réduction des dommages; il en est résulté une acceptation progressive des programmes de maintien à la méthadone pour soigner les toxicomanes fortement dépendants.

Ces nouveaux programmes ont souvent commencé sous la forme d'expériences thérapeutiques ou de projets pilotes, hors de tout cadre juridique officiel, et souvent malgré l'opposition d'une partie de l'opinion publique, du corps médical et de la classe politique.

C'est l'efficacité de ces programmes pilotes en termes de réduction des risques liés à la drogue et au HIV ainsi que de la criminalité liée à la drogue, mais aussi en termes d'amélioration de l'état de santé général des toxicomanes, qui a ouvert la voie à une réforme de la législation reconnaissant officiellement les traitements de substitution à la méthadone ou à d'autres agonistes des opiacés.

A l'heure actuelle, tous les pays de l'UE se sont dotés de dispositions juridiques ou de lignes directrices concernant l'administration aux toxicomanes de méthadone ou d'autres agonistes des opiacés. Toutefois, l'organisation des programmes de traitement de substitution, le nombre de places disponibles, les ressources et financements nécessaires, ainsi que les substances autorisées pour des raisons médicales, sont encore largement subordonnés à l'opinion publique et aux choix politiques.

4. L'OEDT a récemment réalisé une étude sur les traitements de substitution: voir Insights n° 3 «Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment Europe». De plus, une nouvelle étude, lancée en septembre 2000, analysera la légitimité, dans une perspective internationale des initiatives nationales en matière de traitements de substitution; les résultats devraient en être connus à la mi-2001.

Références bibliographiques

- OEDT, *Insights* n°3, «Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment in Europe»
- Convention unique sur les stupéfiants, New York, 1961, telle que modifiée par le protocole du 25 mars 1972
- Convention sur les substances psychotropes, New York, 1971
- Institut suisse de droit comparé: AVIS 99-121c, «Use of Narcotic Drugs in Public Injection Rooms under Public International Law»
- Commission des stupéfiants, «Effets de la prescription de stupéfiants aux toxicomanes sur les individus, la société et le contrôle international des drogues», Vienne, 40^e session, 1997 – E/CN.7/1997/7 (version électronique, URL: http://www.odccp.org/pdf/document_1997-01-21_2.pdf)
- Rapport annuel 2000 de l'OEDT sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, chapitre 4: «Selected Issues, Substitution Treatment»