

OCTOBRE 2015

LES EFFETS NÉGATIFS DU CONTRÔLE DES DROGUES SUR LA SANTÉ PUBLIQUE :

LA CRISE MONDIALE DES SOUFFRANCES INUTILES



COMMISSION GLOBALE
DE POLITIQUE EN
MATIÈRE DE DROGUES

REMERCIEMENTS

COORDINATION TECHNIQUE

Niamh Eastwood
Edward Fox
Maria Phelan
Khalid Tinasti

RÉVISION D'EXPERTS

Marine Buissonnière
Jude Byrne
Ann Fordham
Rick Lines
Diederik Lohman
Katherine Pettus
Willem Scholten

SECRÉTARIAT DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

Beatriz Alqueres
Miguel Darcy
Zara Snapp
Ilona Szabo de Carvalho
Khalid Tinasti

SOUTIEN

FIFHC – Fundação Instituto
Fernando Henrique Cardoso
Open Society Foundations
Virgin Unite

www.globalcommissionondrugs.org

Contact:

secretariat@globalcommissionondrugs.org

MEMBRES DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES :



GCDP/September 2014.

Kofi Annan

Président de la Fondation Kofi Annan et ancien Secrétaire général des Nations Unies, Ghana

Louise Arbour

Ancienne Haut-commissaire aux droits de l'Homme des Nations Unies, Canada

Pavel Bém

Ancien maire de Prague, République tchèque

Richard Branson

Entrepreneur, philanthrope, fondateur du groupe Virgin, cofondateur de The Elders, Royaume-Uni

Fernando Henrique Cardoso

Ancien président du Brésil (*président*)

Maria Cattau

Ancienne secrétaire générale de la Chambre de commerce internationale, Suisse

Ruth Dreifuss

Ancienne présidente de la Confédération Suisse et ancienne conseillère fédérale cheffe du Département fédéral de l'intérieur, Suisse

César Gaviria

Ancien président de la Colombie

Anand Grover

Ancien Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, Inde

Asma Jahangir

Ancienne Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, Pakistan

Michel Kazatchkine

Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le VIH/sida en Europe de l'Est et en Asie centrale, ancien directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, France

Alexander Kwasniewski

Ancien président de la Pologne

Ricardo Lagos

Ancien président du Chili

Olusegun Obasanjo

Ancien président du Nigéria

George Papandreou

Ancien premier ministre de la Grèce

Jorge Sampaio

Ancien président du Portugal

George Schultz

Ancien secrétaire d'État, États-Unis (*président honoraire*)

Javier Solana

Ancien haut représentant de l'Union européenne pour la politique étrangère et la politique de sécurité commune, Espagne

Thorvald Stoltenberg

Ancien ministre des Affaires étrangères et Haut-commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, Norvège

Mario Vargas Llosa

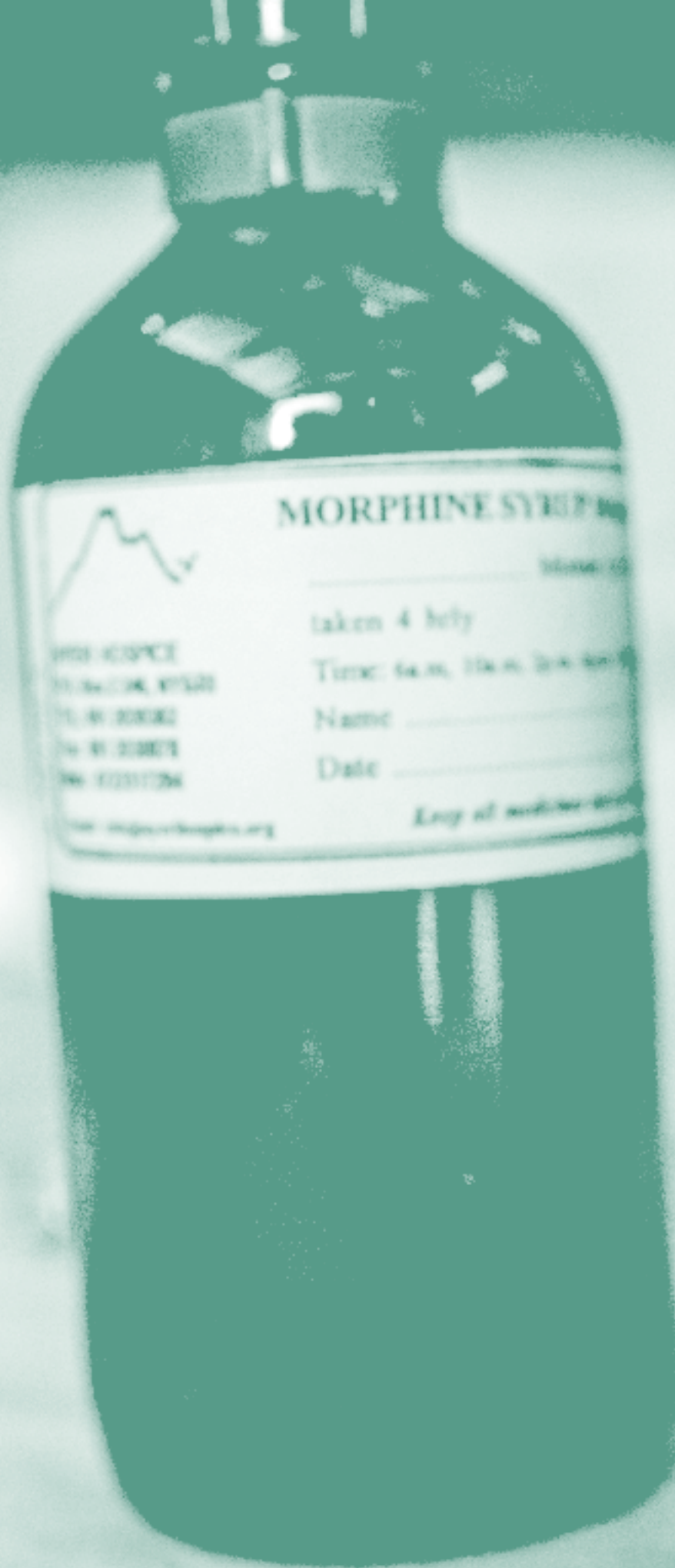
Écrivain et intellectuel, Pérou

Paul Volcker

Ancien président de la Réserve fédérale américaine et du Conseil pour la reconstruction économique, États-Unis

Ernesto Zedillo

Ancien président du Mexique



MORPHINE SYRUP



PHYSICIAN
HOSPITAL, 6150
ST. LUCAS
ST. LUCAS
ST. LUCAS

taken 4 hrly

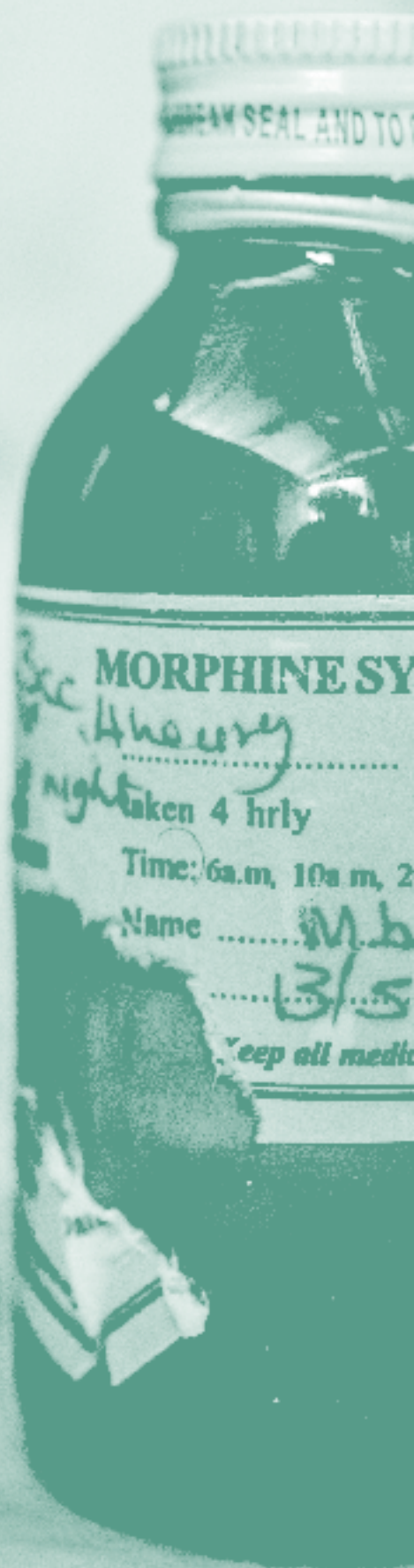
Time: 6a.m, 10a.m, 2p.m, 6p.m

Name

Date

<http://www.hopkins.org>

Keep all medicines...



MORPHINE SYRUP

4 hourly
night

taken 4 hrly

Time: 6a.m, 10a.m, 2p.m

Name M.B.

13/5

Keep all medicines...

RÉSUMÉ

Le système international de contrôle des drogues alimente une crise mondiale d'inégalité d'accès aux médicaments contrôlés. Sur la planète, 5,5 milliards de personnes n'auraient pas accès, ou souffriraient d'un accès très restreint, aux analgésiques opioïdes, et en particulier à la morphine, les exposant ainsi à des douleurs et des souffrances qu'on sait pourtant prévenir. Selon les dernières estimations, 92 % de la morphine produite mondialement serait consommée par seulement 17 % de la population, et principalement dans les pays du Nord.

Les patients en phase terminale du cancer ou du sida et les femmes qui accouchent sans aide médicamenteuse contre la douleur figurent parmi les groupes les plus touchés ; l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que ces personnes sont des dizaines de millions à souffrir chaque année de douleurs non prises en charge, faute d'accès à ces médicaments placés sous contrôle. De plus, toujours à l'échelle mondiale, une fraction seulement des usagers de drogues injectables sont en mesure d'accéder à des médicaments contrôlés pour traiter leur dépendance aux opioïdes.

Pourtant, en vertu du droit international relatif au contrôle des drogues et des droits humains, les États doivent s'assurer que leurs populations ont accès aux médicaments contrôlés, et toute restriction à cet accès constitue une infraction au droit à la santé. Si un certain nombre d'autres facteurs peuvent limiter cet accès, comme la faiblesse des systèmes de santé et la formation insuffisante des cliniciens de première ligne par exemple, le système international de contrôle des drogues est le premier responsable de la pénurie permanente de ces médicaments.

Leur indisponibilité a pour origine la priorité donnée, par les gouvernements comme par les agences des Nations Unies, à la prévention du détournement de ces substances à des fins illicites plutôt qu'à leur accessibilité dans le cadre médical et scientifique. Par exemple, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) sont censés

s'assurer tout à la fois de garantir l'accès à ces médicaments et de prévenir les détournements. Ces structures ont pourtant historiquement privilégié cette deuxième obligation. Au niveau national, plusieurs gouvernements persistent à mettre l'accent sur une approche pénale du contrôle des drogues, au détriment d'une approche de santé publique, ce qui nuit à l'accessibilité des médicaments contrôlés.

Dans certains cas, des réglementations extrêmement contraignantes, parfois liées aux conventions de l'ONU sur les drogues, encadrent la prescription des médicaments sous contrôle et instaurent pour les médecins un climat de peur et d'incertitude quant à ce qui est légal ou pas. Par conséquent, nombreux sont ceux qui redoutent de prescrire ces médicaments, à cause du risque de poursuites ou d'accusations de faute professionnelle s'ils ne respectent pas ces règles strictes. De plus, un tel climat influence fortement la perception de l'ensemble de la société et renforce la stigmatisation des personnes utilisant des substances sous contrôle, licites ou illicites.

L'OICS et l'ONUDD ont commencé à prendre des mesures pour lutter contre les flagrantes inégalités d'accès à travers le monde, et l'engagement croissant de l'OMS depuis dix ans pour y parvenir constitue un grand pas dans la bonne direction. Cependant, il reste beaucoup à faire pour réparer les dommages causés par près d'un demi-siècle de focalisation du contrôle des drogues sur les mesures anti-détournement.

Alors qu'un nombre accru d'États et d'entités des Nations Unies attirent l'attention sur les difficultés d'accès aux médicaments contrôlés, nous approchons d'un moment crucial, en particulier avec la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) sur les drogues en 2016. Il est temps d'agir. Une nouvelle stratégie mondiale doit être élaborée, et davantage de responsabilités et de moyens doivent être confiés à l'OMS afin que l'agence prenne les devants et mette un terme aux inégalités d'accès aux médicaments. Si rien n'est fait, des millions de personnes continueront à souffrir inutilement.

RECOMMANDATIONS

- 1** Les États et les agences des Nations Unies doivent profiter de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) sur les drogues de 2016 pour reconnaître les difficultés profondes d'accès aux médicaments sous contrôle, en particulier aux opioïdes utilisés pour soulager la douleur, et doivent s'attaquer énergiquement à ce problème. Plus de 75 % de la population mondiale ne dispose que de peu, ou pas, d'accès à ces médicaments. Ainsi, des millions de personnes subissent des douleurs et des souffrances qui pourraient être évitées. Le fait que le système international de contrôle des médicaments nuit à l'accessibilité de ceux sous contrôle doit être reconnu.
- 2** Les États doivent reconnaître leur obligation, en vertu du droit international, de garantir l'accès aux médicaments sous contrôle à leurs populations. Cette obligation est contenue implicitement dans la Convention unique sur les stupéfiants de l'ONUUDC, traité qui constitue la pierre angulaire du système international de contrôle des drogues. Elle est également au cœur du droit à bénéficier du meilleur état de santé physique et mentale possible, lui-même inclus au niveau international dans les droits humains.
- 3** Les organismes de contrôle des drogues des Nations Unies et les États doivent reconnaître que les politiques en matière de drogues, tant au niveau national qu'international, sont déséquilibrées, l'accent étant placé sur la prévention du détournement des substances sous contrôle, au dépens de la sécurisation de leur accessibilité pour des usages médicaux. Ce déséquilibre a des conséquences profondes sur la santé publique et les droits humains dans le monde.
- 4** La priorité doit être le traitement de la douleur physique et morale en garantissant l'accès aux médicaments sous contrôle, y compris les médicaments à base d'opiacés, pour soulager la douleur, offrir des soins palliatifs et des anesthésies, soulager les dépendances, et toutes les autres formes de souffrances. Les États sont obligés de produire ou d'importer ces médicaments – surtout s'ils figurent sur la Liste modèle des médicaments essentiels (LMME) de l'OMS – en quantités suffisantes, et l'OMS, l'ONUUDC et l'OICS doivent apporter aux gouvernements le soutien technique et financier nécessaire pour qu'ils y parviennent.
- 5** Les gouvernements devraient débloquer les fonds requis pour un renouvellement du programme international, supervisé par l'OMS, en partenariat avec l'ONUUDC et l'OICS, qui garantirait un accès suffisant et abordable aux médicaments sous contrôle là où ils sont indisponibles.

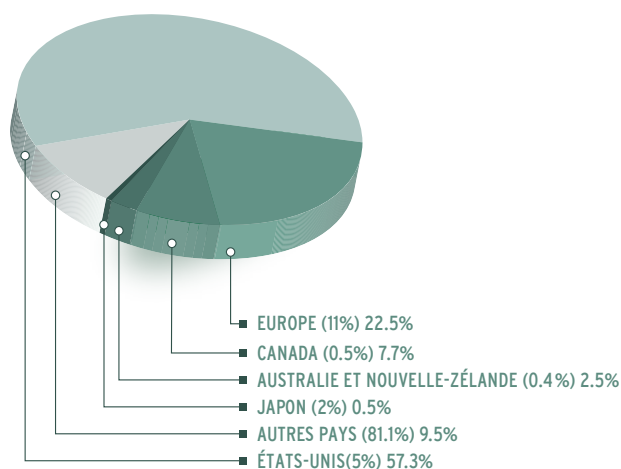
- 6 L'élargissement du spectre de traitement de la dépendance aux opioïdes doit être une priorité, tout en respectant la dignité humaine et en offrant la possibilité de prescrire des médicaments sous contrôle tels que la méthadone et la buprénorphine (incluses dans la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS) ou la diamorphine. Cela peut être réalisé conformément au Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA de l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA. Les États et les agences des Nations Unies concernés doivent travailler main dans la main pour que les nombreux pays qui n'ont pas mis en œuvre des traitements de substitution aux opiacés (TSO) pour les personnes dépendantes y parviennent.
- 7 Les gouvernements devraient établir des plans clairs pour éliminer les obstacles qui empêchent l'accès aux médicaments sous contrôle, tels que : les politiques nationales des drogues ancrées dans une approche pénale, au lieu d'une approche de santé publique et de droits humains ; les cadres réglementaires nationaux écrasants ; les mentalités et comportements sociaux stigmatisants encourageant la peur de prescrire des opioïdes pour soulager la douleur et traiter la dépendance à ces substances ; la méconnaissance de ces médicaments par les professionnels de la santé et les régulateurs ; et leur coût prohibitif.
- 8 L'OICS doit se montrer plus déterminé dans son travail avec les pays qui échouent invariablement à garantir un accès adéquat aux médicaments sous contrôle et devrait s'assurer que les gouvernements et les autorités de santé nationales fournissent des estimations fondées sur des preuves de leur besoin de médicaments sous contrôle.
- 9 Les gouvernements et les organismes de contrôle des drogues de l'ONU devraient reconnaître et remédier aux lacunes et aux occasions manquées d'utilisation des substances sous contrôle dans le cadre médical, ainsi que pour la recherche, notamment en ce qui concerne le cannabis. Ils devraient réviser les tableaux des conventions sur les drogues de 1961 et 1971 à la lumière des nouvelles données scientifiques et accorder la priorité à l'exploration des bienfaits médicaux des substances sous contrôle en s'appuyant sur les recommandations du Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'OMS.
- 10 Les Nations Unies et la communauté internationale doivent résoudre d'urgence le problème de l'accès insuffisant aux médicaments sous contrôle et en faire une priorité de santé mondiale. La demande pour ces médicaments n'est pas motivée par l'opportunisme politique, mais par la vulnérabilité de tous les êtres humains face à la maladie et à la douleur. Nous ne pouvons attendre que les États parviennent à un consensus sur une réforme globale de la politique en matière de drogues. Il faut agir immédiatement.

Le besoin de garantir un meilleur accès partout dans le monde aux médicaments sous contrôle est urgent

Le système international de contrôle des drogues alimente une crise mondiale de l'accès aux médicaments sous contrôle, causant des douleurs et des souffrances qui auraient pu être évitées chez de nombreuses personnes tout autour du globe. Ces médicaments contrôlés sont utilisés dans divers champs de la médecine, tels que la neurologie, la psychiatrie et l'anesthésie. Le présent rapport examine en profondeur la situation actuelle en matière d'accès au traitement de la douleur et de dépendance aux opioïdes.

Selon les estimations², 75 % de la population mondiale, soit 5,5 milliards de personnes, ont peu accès – ou n'ont pas accès – aux analgésiques opioïdes, qui sont réglementés en vertu du traité fondateur du système international de contrôle des drogues, soit la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 des Nations Unies (ci-après, « la Convention unique »). La morphine, par exemple, est un analgésique essentiel pour traiter les douleurs modérées à fortes. Or 92 % de la morphine mondiale est utilisée par seulement 17 % de la population,

FIGURE 1:
MORPHINE:
RÉPARTITION DE LA CONSOMMATION, 2013



Note: Les chiffres entre parenthèses indiquent les pourcentages correspondants de la population mondiale (c'est à dire de la population de tous les pays déclarants).

Source: OICS

essentiellement des habitants des pays du Nord. En 2014, les opiacés et les opioïdes forts étaient pratiquement absents de plus de 150 pays³.

Les médicaments à base d'opioïdes ou qui en contiennent sont essentiels, non seulement pour soulager la douleur, mais aussi pour soigner la dépendance aux opioïdes. La méthadone et la buprénorphine sont utilisées principalement dans les TSO, qui s'adressent aux personnes souffrant de dépendance aux opioïdes, et sont toutes deux placées sous contrôle en vertu des traités des Nations Unies sur les drogues.⁴ Ces substances, à l'instar de la morphine, figurent dans la LMME de l'OMS⁵, qui sert de guide principal aux instances et aux gouvernements nationaux pour déterminer les médicaments qui devraient être disponibles dans le cadre du système de santé.

Il est inscrit dans le Préambule de la Convention unique que l'usage médical des substances sous contrôle « demeure indispensable pour soulager la douleur » et que « les mesures voulues doivent être prises pour s'assurer que des stupéfiants soient disponibles en quantité suffisante »⁶, une exigence que de nombreux pays n'ont pas réussie à satisfaire. En effet, la peur de la dépendance à des opioïdes sous contrôle et de leur détournement vers le marché clandestin des stupéfiants l'a emporté sur la préoccupation de leur disponibilité. Cela, malgré les travaux de recherche qui, quoique peu nombreux, ont établi que chez les patients sans antécédents de « mésusage » (utilisation inappropriée) traités avec des analgésiques opioïdes, seuls 0,43 % ont un usage inapproprié de leurs médicaments, et 0,05 % développent une dépendance.⁷

Aux États-Unis, premier pays consommateur de ces analgésiques dans le monde, le signal d'alarme a été tiré en raison d'une hausse de la mortalité liée au mésusage entre 1999 et 2011⁸, qui suggérait un lien de cause à effet probable entre l'accessibilité à grande échelle et le mésusage. Cependant, des études récentes ont montré que le seul facteur prédictif commun du mésusage de médicaments antidouleur était l'existence d'un usage problématique de drogues illicites au cours de la dernière année.⁹ Leurs conclusions permettent de souligner qu'en l'absence d'antécédents, la probabilité de mésusage ou de développer une dépendance aux analgésiques opioïdes est faible.

Que sont les médicaments essentiels sous contrôle ?

Les substances placées sous contrôle en vertu des lois internationales sont régulièrement utilisées dans les systèmes de soins de santé, plus précisément dans divers domaines de la médecine tels que l'analgésie, l'anesthésie, le traitement de la dépendance aux drogues, la santé maternelle, la santé mentale, la neurologie et les soins palliatifs. L'OMS a inclus douze médicaments qui contiennent des substances placées sous contrôle international dans sa LMME ; ces médicaments devraient être accessibles pour toute personne qui en a le besoin.

Malheureusement, les patients ayant des antécédents de consommation ou d'abus de stupéfiants ont souvent des difficultés à se procurer des médicaments contenant des opioïdes pour soulager leurs douleurs, en partie parce qu'on craint qu'ils soient plus susceptibles que les autres de devenir dépendants. Cette peur ne devrait jamais justifier un refus de traitement ; les analgésiques opioïdes devraient être prescrits chaque fois que le besoin clinique est établi.¹⁰

Le manque d'accès aux médicaments sous contrôle a engendré une crise de santé publique et de droits humains, dont souffrent – littéralement – des millions de personnes

Le soulagement de la douleur par l'administration de médicaments sous contrôle est une composante essentielle des soins médicaux pour certains patients, au nombre desquelles les patients atteints de cancer ou de sida en phase terminale, les femmes qui accouchent sans prise en charge de la douleur et les

personnes blessées suite à un accident ou un acte de violence. Plus des deux tiers des patients atteints de cancer et la moitié des patients à un stade avancé de l'infection par le VIH¹¹, dont beaucoup n'ont pas accès à un traitement antirétroviral, ou alors tardivement, souffrent de douleurs de modérées à fortes. Le soulagement de la douleur peut aussi être nécessaire pendant un accouchement ou en contexte chirurgical et postchirurgical.

L'OMS estime que chaque année, des dizaines de millions de personnes ne voient pas leurs douleurs soulagées à cause du manque d'accès aux médicaments sous contrôle¹², en particulier les opioïdes.

L'accès aux analgésiques opioïdes et aux soins palliatifs – spécialité médicale dont l'objectif principal est le soulagement de la douleur et l'amélioration de la qualité de vie de patients atteints de maladies limitant l'espérance de vie – revêt une grande importance pour les patients cancéreux dans les pays à revenu faible et intermédiaire : ceux-ci reçoivent souvent leur diagnostic à un stade avancé de maladie¹³, ou n'ont pas accès à la chimiothérapie et à la radiothérapie à cause de l'infrastructure de soin insuffisante.¹⁴ Le manque de services de soins palliatifs disponibles dans ces pays signifie que neuf personnes sur dix qui ont besoin de ces soins dans le monde ne les reçoivent pas.¹⁵

« Les faits parlent d'eux-mêmes : les pays qui intègrent la santé publique dans leurs efforts de lutte contre la drogue ont de meilleurs résultats en santé et sur le plan social tout en améliorant le respect de la loi et la sécurité. La priorité doit être de promouvoir des réponses basées sur la santé qui proposent des soins aux consommateurs de drogues. Nous devons garantir un accès aux substances contrôlées essentielles dans un cadre médical. »¹

Jan Eliasson, Vice-Secrétaire général de l'ONU (2015)

Le déficit grave de l'offre et de l'accès aux analgésiques a des implications physiques, sociales et économiques plus larges que l'incapacité à soulager la douleur dans l'immédiat ; par exemple, les patients privés de l'accès aux médicaments sous contrôle peuvent perdre des forces et leur mobilité.¹⁶ Pour ce qui est des effets sociaux et économiques, la non-garantie de l'accès aux analgésiques peut entraîner une incapacité ultérieure de travailler ou de prendre soin d'enfants comme il se doit et exposer les membres de la famille à une angoisse injustifiée. Dans certains cas graves, les patients privés de médicaments antidouleur sous contrôle en vont jusqu'au suicide.¹⁷

Il existe d'autres avantages au soulagement de la douleur par l'administration d'analgésiques opioïdes. Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS du 2015, le professeur Chris Baggoley, médecin-chef de gouvernement de l'Australie, a fait part de son expérience, soulignant que le contrôle médical de la douleur « a non seulement réconforté les patients (...), mais aussi permis de diagnostiquer et de traiter plus vite et avec davantage de justesse leurs problèmes de santé ».

Les implications de santé publique liées à l'accès insuffisant aux médicaments sous contrôle ne se limitent pas à un mauvais soulagement de la douleur ; les TSO, utilisés contre la dépendance aux opioïdes, ne sont disponibles que dans 80 pays et territoires.¹⁸ Pire encore, des estimations mondiales récentes indiquent que seulement 6 à 12 % des usagers de drogues injectables bénéficieraient de ces traitements¹⁹, malgré leur efficacité prouvée à enrayer la propagation des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC).

Malgré les immenses progrès de la médecine au siècle dernier, aucune alternative aux opioïdes puissants n'existe actuellement pour traiter les douleurs modérées ou fortes. Cela confirme l'importance d'en augmenter les stocks mondiaux, pour venir à bout de la persistance injustifiée de ces souffrances touchant certaines des populations les plus vulnérables. La communauté internationale a les capacités de remédier au grave manque d'opioïdes médicaux disponibles, mais elle en a été jusqu'à présent incapable pour une multitude de raisons. Tout en reconnaissant l'importance de cette dynamique, ce rapport se penche sur l'influence limitante du système

international de contrôle des drogues sur l'accessibilité des médicaments sous contrôle et sur la priorité accordée de manière injustifiée aux composantes « disciplinaires » du système, souvent contraires aux droits humains énoncés dans le droit international.

Les états sont tenus, en vertu des lois internationales, de garantir l'accès aux médicaments sous contrôle

La promotion de l'accès aux médicaments sous contrôle est prévue dans le Préambule de la Convention unique, qui reconnaît que « les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin [médicale] »²⁰. D'après ce traité, le principe doit être appliqué au moyen d'obligations et de mécanismes conçus pour veiller à ce que les États disposent de quantités suffisantes de médicaments sous contrôle. Le préambule de la Convention unique établit non seulement l'obligation pour les états de s'approvisionner en quantité suffisante, mais aussi l'obligation de rendre ces médicaments disponibles pour leurs populations. Cette dernière obligation, implicite dans le droit international des stupéfiants, est explicite dans le droit international des droits humains : le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a précisé que l'accès aux « médicaments essentiels » fait partie du droit qu'a toute personne de jouir de la meilleure qualité physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre (ci-après « le droit à la santé ») en vertu de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)²¹. Dans le cadre de ce droit, défini pour la première fois dans la Constitution de l'OMS de 1946²², les États parties sont clairement tenus d'assurer la mise en œuvre du droit à la santé²³, qui suppose la disponibilité des médicaments. Ces dispositions incluent notamment les substances placées sous contrôle, conformément aux conventions de contrôle des drogues et aux lois nationales d'application de ces conventions ; le fait qu'une substance soit comprise dans le cadre d'une de ces conventions ne dégage pas les États de leur obligation de rendre cette substance accessible à leurs populations à des fins médicales.

Un dangereux précédent : soumettre la kétamine au contrôle international

La kétamine, substance présente sur la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, est le seul anesthésique disponible pour effectuer des chirurgies vitales dans la plupart des régions rurales des pays à revenu faible et intermédiaire, où vivent plus de deux milliards de personnes³⁴. À la différence d'autres médicaments essentiels dont il est question dans ce rapport, elle n'est pas placée sous contrôle international en vertu des conventions sur les stupéfiants des Nations Unies. Cependant, avant la 58e session de la CDS de 2015, la Chine – inquiète du mésusage de cette substance – a fait pression pour qu'elle soit placée sous contrôle dans le cadre de la Convention sur les substances psychotropes de 1971.

Placer la kétamine sous contrôle international, à l'instar des opioïdes, engendrerait une crise de santé publique et une atteinte aux droits de la personne humaine qui se répercuterait parmi les populations de nombreux pays en développement. Le Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'OMS a recommandé à trois occasions distinctes – en 2006, 2012 et 2014 – que la CDS ne place pas la kétamine sous contrôle international, faisant remarquer dans son examen de 2014 que l'inscription de celle-ci à dans la Convention « limiterait l'accès à des chirurgies essentielles et urgentes (...) dans des pays où aucun autre moyen d'anesthésie abordable n'est disponible »³⁵. La Chine a finalement retiré sa proposition et le vote de la Commission sur la question a été repoussé, au moins pour le moment.

La possibilité que ce vote ait tout de même lieu est néanmoins préoccupante. Premièrement, si la décision de soumettre la kétamine au contrôle international était prise, elle accentuerait le déséquilibre des traités sur les drogues de l'ONU en permettant à la peur du mésusage et à la prévention des détournements de supplanter l'accessibilité de cette substance, absolument nécessaire à des fins médicales et scientifiques. Deuxièmement, le refus de certains États d'interpréter correctement les recommandations de l'OMS relatives à la kétamine établirait un délicat précédent, ce qui confirme le besoin de placer les questions d'accès mondial aux médicaments essentiels, sous contrôle ou autres, sous mandat de l'OMS.

En effet, les obligations prévues par la Convention unique et le PIDESC sont complémentaires et se renforcent mutuellement²⁴. Néanmoins, un trop grand nombre de pays les négligent, contrevenant ainsi au droit à la santé et fournissant des exemples d'infractions aux droits perpétrés au nom de la lutte antidrogue.

Ces infractions sont bien documentées : elles vont de la détention dans des centres dits de « réadaptation »²⁵, qui offrent peu de soins médicaux pour traiter la toxicomanie (mais pratiquent fréquemment des formes de torture et de traitements cruels)²⁶, au maintien de la peine de mort pour des délits liés aux drogues, sanction qui enfreint les lois internationales²⁷. Il est reproché à la Convention unique, qui exprime pourtant le souci de « la santé physique et morale de l'humanité » dans son Préambule, de ne pas mentionner la Déclaration

universelle des droits de l'Homme de 1948, une absence qui a en partie permis de faire passer la lutte antidrogue avant les obligations de respect des droits humains auxquelles les États sont tenus²⁸. Cette action est exacerbée par l'article 39, qui autorise les États à « adopter des mesures de contrôle plus strictes ou plus sévères que celles qui sont prévues par la présente Convention »²⁹.

Les observateurs et les agences des Nations Unies n'ont pas cessé de dénoncer la violation des droits humains que constituent les restrictions d'accès aux médicaments, mais sans grand succès. En 2008, par exemple, deux rapporteurs spéciaux nommés par le Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies ont envoyé une lettre commune à la Commission des stupéfiants (CDS)³⁰, organe des Nations Unies chargé de l'élaboration des politiques de lutte contre la drogue, rappelant aux gouvernements leurs

« obligations essentielles minimales au titre du droit à la santé », qui consistent notamment à fournir des médicaments sous contrôle à leurs populations, et ont demandé que le problème de l'inaccessibilité de ces médicaments soit « énergiquement traité dans la prochaine stratégie de dix ans en matière de drogues »³¹. Les progrès, cependant, et même s'ils ont été en progression constante dans certains pays depuis 2008, ont été lents, voire nuls, dans de nombreux autres.

Le système international de contrôle des drogues n'opère pas de manière indépendante des droits internationaux de la personne humaine : au contraire, les deux régimes légaux s'appliquent simultanément, conformément aux engagements juridiques internationaux. Par conséquent, le respect des obligations des États dictées par les traités sur les drogues doit être assuré conformément aux obligations concomitantes concernant les droits humains³².

L'OICS, organe d'experts indépendants veillant sur les trois traités internationaux de contrôle des drogues, a toujours défendu les conventions sur les stupéfiants en les jugeant conformes aux normes des droits de la personne humaine et a recommandé que les États accordent « toute l'attention voulue » à ces normes, autant qu'à leur obligation de garantir l'accès aux médicaments sous contrôle³³. Cependant, cette formulation n'a pas la force qu'elle devrait avoir pour que les États remplissent leurs obligations prévues par le droit international. Elle est au cœur du problème fondamental qui concerne le système international de contrôle des drogues et les instances qui en sont garantes : donner implicitement la priorité aux restrictions d'accès, plutôt que garantir cet accès à des fins de santé publique.

Le système international de contrôle des drogues penche foncièrement en faveur des approches punitives, au lieu de garantir l'accès aux médicaments sous contrôle

Concrètement, les lois qui portent sur le contrôle des drogues ont fait de l'accès aux médicaments sous contrôle une préoccupation secondaire par rapport à la prévention du détournement de ces substances³⁶. Pendant la rédaction de la Convention unique, l'attention était concentrée sur la lutte contre le trafic de stupéfiants et la toxicomanie, qualifiée de « fléau » dans le Préambule. Ce souci premier d'éviter les détournements est évident dans les obligations du traité, qui prévoient que les États pénalisent divers actes, dont la culture, la fabrication, la vente et la possession de substances sous contrôle. Réciproquement, ce genre de dispositions spécifiques, brillent par leur absence quand il s'agit d'assurer l'accès aux médicaments sous contrôle. Ainsi, « il existe un profond déséquilibre dans le texte [de la Convention] »³⁷.

La reconnaissance de ce déséquilibre et du rôle implicite joué par chaque organe de contrôle des drogues de l'ONU dans son renforcement est très insuffisante, tous comme les efforts accomplis pour le corriger. La CDS, pour commencer, s'est montrée historiquement inactive sur la question de l'accès aux médicaments, les résolutions pour le faciliter n'ayant pas été adoptées avant 2010 et 2011³⁸. Bien que ces résolutions constituent un geste d'ouverture, les décennies de silence qui les ont précédées témoignent de la prédominance importante des éléments de contrôle des drogues dans les conventions.

Dans sa résolution de 2011, la CDS a appelé l'ONUDC à passer en revue ses lois types et à les modifier si nécessaire pour rétablir l'équilibre entre la garantie d'accès et la prévention des détournements. Ces lois ont été jugées « excessivement rigides » et critiquées pour leur manque d'incitation à appliquer des lois nationales ouvrant l'accès aux médicaments³⁹. La révision des lois types sur le contrôle des drogues de l'ONUDC est donc bienvenue. Cependant, quatre ans après la demande de la CDS, elle n'est pas achevée et les modifications proposées, d'après des retours fournies pendant le processus de rédaction, risquent de donner encore raison aux critiques. Finalement, cela laisse un vide considérable en matière d'aide aux États pour appliquer des lois nationales équilibrées. L'OICS, quant à lui, a nettement contribué à mettre en lumière le manque d'accès aux médicaments sous contrôle depuis 1989. Toutefois, ses déclarations n'ont pas été assorties d'actions concrètes pour résoudre ce problème. L'organe a souvent accusé les seuls



Photo: Nyeri Hospice, part of KEHPCA, Kenya Hospices and Palliative Care Association.
© Sven Torfinn for the Open Society Foundations

L'Initiative hôpital sans douleur au Kenya

« La douleur est réelle, et je n'aurai pas peur de la morphine si mon patient ou ma patiente souffre de douleurs aiguës », a déclaré une professionnelle de santé participant à l'Initiative hôpital sans douleur (IHSD). Le Kenya, hôte de l'initiative, a réalisé des efforts considérables pour améliorer l'accès aux analgésiques opioïdes. L'IHSD s'attache à combler les lacunes en matières de connaissances et de formation sur le traitement de la douleur à travers des cours s'adressant aux patients et au personnel soignant. Ces cours visent à s'assurer que les cliniciens suivent régulièrement des séances de formation pour accroître leurs connaissances en matière de soulagement de la douleur. De plus, le programme de l'IHSD fait en sorte que l'approvisionnement en médicaments placés sous contrôle soit suffisant⁴².

gouvernements nationaux pour ce manque, sans produire en même temps une critique globale des écueils créés par le système international de contrôle des drogues. Il a donc omis de reconnaître son propre rôle dans le déséquilibre causé par la priorité accordée à la répression et à la lutte contre le trafic de drogue⁴⁰. De manière historique, l'importance accordée par de nombreux gouvernements nationaux à la réglementation, jusqu'à la surréglementation, vient des éléments prohibitionnistes que leur ont instillés la Convention unique et les entités clés de l'ONU.

Au niveau opérationnel, l'OICS n'a pas réussi à utiliser de manière adéquate son influence pour affaiblir les barrières systémiques engendrées par la Convention unique. La raison principale est ici le régime des évaluations utilisé par l'organe. Selon ce régime, il est demandé aux pays de fournir des chiffres annuels exprimant leurs besoins de substances sous contrôle à des fins scientifiques et médicales, avant de pouvoir importer ces substances. (Ce système sera évalué ultérieurement dans ce rapport.)

Les actions de l'OICS, pour attirer l'attention internationale sur le problème au fil des ans, sont louables. Néanmoins, l'organe ne pèse pas de tout son poids pour promouvoir une approche équilibrée et efficace, entretenant ainsi les nombreux obstacles qui empêchent les populations de bénéficier des médicaments sous contrôle en quantité suffisante.

L'accès aux médicaments sous contrôle est gravement perturbé par un certain nombre de facteurs clés, en plus du système international de contrôle des drogues

Un certain nombre de facteurs s'ajoutent au système international de contrôle des drogues pour entraver

« La tendance générale à criminaliser l'usage de la drogue est responsable d'un accès sévèrement limité aux opiacés, voire d'une pénurie complète, dans certains États, à cause de la peur qu'ils soient éventuellement détournés pour des usages illicites (...). L'incapacité d'offrir un accès aux opiacés dans le cadre d'un traitement médical justifié constitue une violation du droit à la santé, qui doit être considérée comme telle dans les États qui ont aboli, ou strictement limité, leur administration⁵¹. »

Navi Pillay, ancienne Haut-commissaire aux droits de l'Homme (2014)

Human Rights Watch : « Tout ce que je peux faire, c'est pleurer » – Le cancer et la lutte pour l'accès aux soins palliatifs en Arménie

L'Arménie a l'un des régimes de prescription des opioïdes les plus contraignants d'Europe. La morphine administrée par voie orale n'est pas disponible, seules des formes injectables le sont. De plus, la prise de médicaments placés sous contrôle international, telle la morphine, est restreinte aux personnes atteintes de cancer dont le diagnostic est confirmé par une biopsie. Les oncologues ont l'exclusivité du droit de prescrire, et aucune ordonnance ne peut être émise sans que le cas soit étudié par une commission permanente composée de nombreux membres, qui doivent rendre visite au malade à son domicile avant d'accepter que des opioïdes soient administrés. L'ordonnance, qui ne permet généralement de se procurer des opioïdes que pour 24 à 48 h, doit être estampillée par quatre administrations différentes. De plus, les prescripteurs sont tenus de partager des détails confidentiels sur leurs patients avec la police, en violation des droits des personnes à la vie privée et à la confidentialité, des principes fondamentaux du droit à la santé. Ce régime laisse des milliers de personnes souffrir de douleurs qui pourraient être soulagées et les patients atteints de cancer qui pourraient obtenir des opioïdes sont nombreux à mourir avant d'avoir eu accès à ces médicaments antidouleurs à cause des lourdeurs bureaucratiques⁵⁷.

- En Géorgie, les pharmacies qui vendent des opioïdes sont situées dans des postes de police, où les patients doivent donc se rendre pour recevoir leurs médicaments⁶¹.
- Dix États africains limitent les prescriptions d'analgésiques opioïdes à deux semaines au maximum, et au Ghana, à deux jours seulement⁶².

notamment l'accès aux médicaments sous contrôle. Les systèmes de santé sous-financés, ne bénéficiant que de moyens limités, constituent un problème fondamental, qui influence inévitablement la disponibilité de ces médicaments.

De plus, le manque de formation et d'expérience chez les professionnels de santé est un sérieux obstacle à l'utilisation adéquate des médicaments sous contrôle, en particulier des analgésiques opioïdes. Des millions de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et de responsables du contrôle des drogues ont été très peu formés au soulagement de la douleur ou aux soins palliatifs ou en ont une compréhension sommaire. La résolution 67.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé a souligné cette lacune et recommandé que les États améliorent la formation des professionnels de santé concernés par les soins palliatifs et de ceux qui travaillent auprès de patients atteints d'affections potentiellement mortelles ; cela implique la garantie d'accès aux médicaments sous contrôle destinés au soulagement de la douleur⁴¹.

La plupart de ces obstacles ne peuvent pas être considérés indépendamment des lois nationales sur les drogues, car ils sont en partie déterminés par le fait que l'usage ou la possession des versions illicites de médicaments sous contrôle sont criminalisés dans la majorité des pays. L'amalgame des produits médicinaux licites et des substances illicites contribue à un environnement hostile à toutes les substances, dans lequel les médicaments sous contrôle sont diabolisés, malgré leur caractère indispensable pour les établissements de soin. Une explication de cet amalgame peut être que les médicaments sous contrôle sont catégorisés dans certains pays comme des « poisons »⁴³ ou des « drogues dangereuses »⁴⁴ par les instances gouvernementales chargées de leur contrôle et de leur diffusion. Cela peut influencer les façons de faire et de voir des professionnels de la santé, des patients et des membres de leur famille et peut entraîner la peur de prescrire le traitement antidouleur ou le refus de prendre ce traitement par les patients ou des membres de leur famille⁴⁵.

Au final, tout ceci influence des conceptions et des comportements très répandus dans les sociétés, qui jouent un rôle majeur dans la limitation de l'accès. Les patients, leurs familles et les prescripteurs sont souvent réticents face aux médicaments sous contrôle, à cause du stigmatisme associé à leur prise et de la peur que celle-ci mène inévitablement à la

dépendance, malgré les preuves scientifiques du contraire⁴⁶.

Enfin, le coût et l'acquisition des médicaments sont aussi des facteurs limitants à l'utilisation de substances contrôlées : de nombreux facteurs font grimper les prix de médicaments initialement bon marché et rendent cette question complexe à analyser, les pays peu consommateurs se retrouvant souvent confrontés aux prix les plus élevés⁴⁷. Bien que la morphine ne soit pas brevetée et qu'elle ne coûte pas cher à synthétiser et à produire, les surréglementations nationales, les systèmes d'import-export « kafkaïens », l'incertitude quant à l'existence d'un marché dans les pays où les opioïdes médicaux sont très fréquemment indisponibles et les marges de profit minimales escomptées finissent par rendre coûteuse cette substance pour les consommateurs des pays qui ne subventionnent pas son importation ou qui n'en sont pas producteurs. Aux Philippines, par exemple, un mois de morphine orale à libération immédiate coûte un mois du salaire minimum⁴⁸. Bien que de nombreux gouvernements subventionnent des médicaments et des préparations plus chers que la morphine, seuls une poignée – ceux qui se sont engagés à assurer la disponibilité des médicaments sous contrôle pour soulager la douleur et administrer des soins palliatifs – subventionne son importation et la distribue eux-mêmes⁴⁹.

La Commission globale considère que ces facteurs constituent des obstacles majeurs à l'accès aux médicaments et encourage les gouvernements nationaux et les entités des Nations Unies à adopter une démarche concernée pour surmonter ces obstacles. Les recommandations sur les substances sous contrôle de l'OMS, qui fournissent aux gouvernements une orientation pour équilibrer leurs politiques et leurs législations sur la disponibilité, l'accessibilité et l'abordabilité des médicaments⁵⁰, ainsi que la Résolution 67.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé devraient servir de ressources au cours de ce processus.

Les gouvernements limitent l'accès aux médicaments sous contrôle en privilégiant l'approche pénale, au lieu d'une approche de santé publique ancrée dans la réalité et respectueuse des droits humains

Pendant des décennies, l'OICS comme l'ONUDC ont très peu commenté l'action des États, qui étaient obnubilés par leur devoir d'empêcher le détournement des substances à des fins illicites et qui ont manqué à leur obligation légale d'assurer l'accès aux médicaments sous contrôle. L'échec des États à ce sujet est évident dans les rapports annuels de l'OICS et dans le Rapport mondial sur les drogues annuel de l'ONUDC. Dans le Rapport mondial sur les drogues 2015, par exemple, le « problème mondial de la drogue » est toujours placé exclusivement dans le contexte de la production, l'offre et la consommation de substances illicites, le manque d'accès aux médicaments sous contrôle faisant uniquement l'objet d'une brève mention dans la préface⁵³. La question de ce manque est absente de neuf des douze rapports publiés depuis le premier en 2004.

L'OICS n'a pris que récemment des mesures en vue de corriger le déséquilibre entre assurer l'accès aux médicaments et prévenir les détournements en vertu des traités, et ce, malgré son mandat de surveillance de la conformité à cette double obligation⁵⁴. À la lumière de cette disparité historique, de nombreux commentateurs ont signalé l'attention « déséquilibrée » de l'OICS, l'ONUDC et la CDS et des États, voire des conventions elles-mêmes, une

disproportion préjudiciable à l'usage médical de certaines substances sous contrôle⁵⁵.

C'est donc dans ce contexte de déséquilibre que les gouvernements nationaux ont mis en œuvre des réglementations lourdes et complexes d'approvisionnement en médicaments sous contrôle, souvent accompagnées de mesures allant au-delà de ce qui est exigé par les traités internationaux relatifs aux drogues⁵⁶.

Les obstacles réglementaires varient grandement d'un pays à l'autre et influent directement sur la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle, en particulier les analgésiques opioïdes. Ces obstacles comprennent^{58 59 60} :

- des restrictions du nombre de jours pour lesquels un analgésique peut être prescrit ;
- des limites de dose ;
- la restriction du droit de prescrire, certains pays n'autorisant que des médecins exerçant certaines spécialités à le faire ;
- des procédures « spéciales » pour la prescription des opioïdes (y compris des formes « spécifiques » difficiles à obtenir) qui rendent coûteux le processus pour s'en procurer ou l'obligation de remplir de multiples formulaires ;
- l'obligation de s'inscrire à un registre ou de recevoir une permission spéciale pour être admissible à un traitement antidouleur ;
- des pénalités excessives pour les erreurs de prescription ou de « erreurs de manipulations » des opioïdes ;
- le petit nombre de pharmacies capables ou désireuses de fournir des opioïdes ;
- des exigences de stockage déraisonnables.

De tels obstacles sont à la fois inacceptables et inutiles. Ils créent un climat de peur chez les

« L'existence d'une politique nationale de réduction des risques [incluant les TSO] ne signifie pas automatiquement qu'une réponse quantitativement et qualitativement adéquate est fournie⁷². »

Harm Reduction International, 2014

FIGURE 2:
SUFFISANCE DE LA CONSOMMATION D'ANALGÉSIFIQUES OPIOÏDES (2010)



Les frontières, ainsi que les noms et appellations indiqués sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur la carte représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.
Source des données : OMS.

© OMS 2012

médecins, qui sont alors nombreux à craindre de ne pas respecter la réglementation et d'être la cible de poursuites. Pour les patients, ces restrictions très contraignantes peuvent être aggravées par d'autres facteurs dans les pays à revenu faible et intermédiaire, notamment en milieu rural, où il faut se déplacer jusqu'en ville pour obtenir des opioïdes, alors que les patients n'ont pas toujours les moyens matériels de le faire.

Un certain nombre de pays imposent des conditions coûteuses pour fabriquer et distribuer des médicaments sous contrôle et exposent de surcroît les détenteurs de permis à des sanctions sévères en cas d'infraction, même mineure, telle une erreur de mise à jour de dossiers. Par conséquent, les compagnies pharmaceutiques se détournent du marché des médicaments sous contrôle dans ces pays, et les patients n'y ont plus accès.

De nombreux États ont des organismes nationaux chargés de faire respecter la double obligation dictée par les traités internationaux sur les drogues. Cependant, le déséquilibre entre ces deux versants des traités, découlant du système international de contrôle des drogues, a souvent pour conséquence une concentration des ressources et du personnel dans la lutte contre le trafic de substances sous contrôle.

Étant donné que ces organismes nationaux ont tendance à ne gérer les différents visages du commerce des substances sous contrôle que

sous l'angle criminel, les États devraient créer une organisation axée sur la santé publique, sous la tutelle du ministère de la Santé ou d'un autre ministère pertinent, qui assumerait le rôle de garant de l'accès aux médicaments sous contrôle. Les entités des Nations Unies compétentes devraient appuyer ce processus en faisant la promotion d'un modèle de santé public basé sur des faits, tandis que l'OMS et la branche nationale ou régionale de l'ONUDC fourniraient un soutien technique. Les États doivent vérifier que leurs lois nationales sont en accord avec les obligations de la législation internationale et défendent le droit à la santé.

Le système d'évaluation mondial ne permet pas d'assurer un accès adéquat aux médicaments placés sous contrôle. L'OICS doit prendre des mesures énergiques pour corriger ses manquements

Le caractère intrinsèquement déséquilibré du système international de contrôle des drogues apparaît dans les paragraphes de la Convention unique qui mettent l'accent sur les lois prohibitionnistes et répressives, tout en omettant de fournir des recommandations sur la manière dont les pays pourraient garantir l'accès aux médicaments sous contrôle. Les seules

Le succès de la prescription médicale d'héroïne en Suisse

En 1988, 74 % de la population suisse citait les drogues illicites comme étant le deuxième problème le plus préoccupant du pays. Suite à la constatation de nombreux actes publics liés à la consommation de drogues, la Suisse a mené une étude scientifique sur la prescription médicale d'héroïne visant à évaluer :

- la pertinence de cette méthode thérapeutique pour les personnes dépendantes de l'héroïne qui n'ont pas répondu à d'autres traitements ;
- les effets de cette méthode sur la santé et ses résultats sociaux.

L'étude souhaitait également évaluer si les patients retrouvaient une meilleure santé, retournaient au travail, évitaient de consommer des substances non prescrites et s'abstenaient de commettre des actes de délinquance.

Répondant aux recommandations de l'OICS, la Suisse a demandé à l'OMS de mettre sur pied un groupe d'experts internationaux indépendants pour procéder à une évaluation.

Les principales conclusions, par domaines, de cette étude et de l'évaluation ont été les suivantes :

- Santé : L'amélioration notable de l'état de santé des patients et les taux élevés de rétention des participants figurent parmi les résultats les plus marquants.
- Sécurité publique : Des améliorations significatives en matière d'emploi et de comportement criminel ont été réalisées. Une chute globale de 68 % des contacts avec la police a été mise en évidence.
- Rentabilité : Les bénéfices financiers compensent largement les coûts de traitement, le rendement des sommes dépensées étant nettement positif dans le domaine du comportement légal (avec une baisse du nombre de jours de détention et l'amélioration de l'état de santé des participants).

En 1998, la prescription médicale d'héroïne est devenue disponible en tant que traitement régulier, mais reste sujette à restrictions selon les critères d'admissibilité suivants :

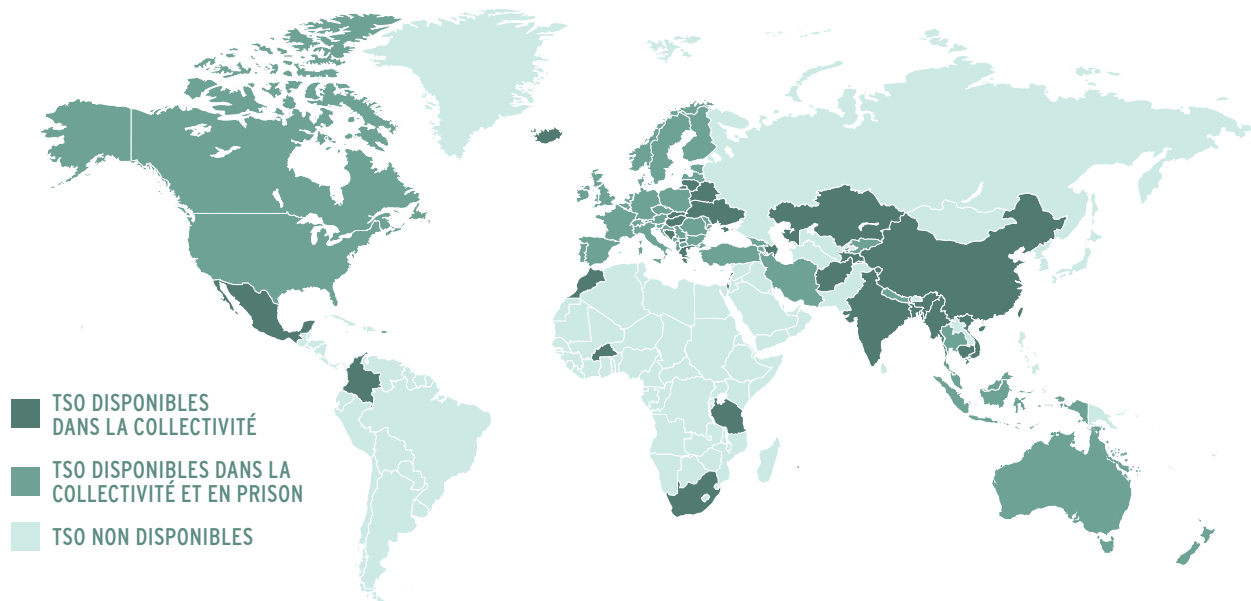
- Être âgé d'au moins 18 ans.
- Souffrir de dépendances aux opiacés depuis au moins deux ans.
- Ne pas avoir répondu à deux tentatives de traitement au moins.
- Avoir des carences médicales, psychologiques ou sociales causées par la dépendance.

Lors d'un référendum national en 1999, l'électorat suisse a confirmé la prescription médicale d'héroïne avec une majorité de 54,4 %.

En 2008, après un second référendum national, il a accepté, avec une majorité de 68,1 %, de l'ancrer dans la loi fédérale suisse sur les stupéfiants en tant qu'option de traitement.

Source : Diane Steber Büchli, Office fédéral de la santé publique, Suisse

FIGURE 3:
DISPONIBILITÉ MONDIALE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES
DANS LA COLLECTIVITÉ ET EN PRISON



Source: HRI

dispositions qui ont trait au principe de la garantie d'accès sont les articles 12, 19 ; elles prévoient le système d'évaluation et la nécessité de communiquer une évaluation de la consommation de médicaments sous contrôle⁶³.

Malheureusement, les pays adressent régulièrement à l'OICS des estimations qui ne couvrent pas leurs besoins médicaux. Certains pays ne soumettent pas de chiffres du tout. Le système ne parvient pas à remplir son objectif d'un approvisionnement correct des États, car les estimations annuelles sont souvent basées sur la consommation nationale de médicaments sous contrôle de l'année précédente. L'approvisionnement reste alors insuffisant et inadéquat d'année en année. Au cours de son histoire, l'OICS n'a pas suffisamment exercé de pressions sur les gouvernements pour que ceux-ci augmentent leurs estimations et répondent à leurs besoins médicaux évidents, alimentant un cycle sans fin de sous-évaluation.

Par exemple, les chiffres de 2006 de consommation mondiale d'équivalents de la morphine indiquaient que la quantité consommée cette année-là aurait dû être six fois plus importante pour que les mesures mondiales soit à un niveau adéquat⁶⁴. Un déficit saisissant, bien qu'il ne soit pas aussi important qu'en 2006, persiste et il doit être comblé.

L'OICS travaille de concert avec l'OMS et a pris des mesures ces dernières années pour s'attaquer à ce problème, en publiant notamment le Guide sur

l'évaluation des besoins de substances placées sous contrôle international en 2012⁶⁵. Cette publication vise à aider les autorités nationales compétentes à mieux calculer et préparer les estimations des quantités de substances sous contrôle requises à des fins médicales et scientifiques qu'elles soumettent à l'OICS. La Commission insiste auprès de l'OICS pour qu'il continue, en collaboration avec l'OMS et l'ONUDC, à prendre des mesures fermes qui encouragent les États à produire des estimations réalistes. Si de telles mesures ne sont pas appliquées, le risque est réel de voir persister cette sous-estimation chronique.

Le traitement de la dépendance aux opioïdes par des médicaments sous contrôle est bénéfique pour la santé publique et s'avère rentable. L'accès à ces médicaments doit être élargi

La méthadone et la buprénorphine sont les médicaments sous contrôle les plus couramment prescrits dans les TSO et figurent sur la LMME. Certains pays offrent parfois des alternatives telles que la morphine et la codéine à libération lente ou la prescription médicale d'héroïne.

Quand un conflit bloque l'accès aux médicaments : Diminution des TSO à l'est de l'Ukraine

L'expédition de médicaments sous contrôle international vers la région de Donbass en Ukraine est compromise par des restrictions sécuritaires et des contrôles réglementaires établis par le décret présidentiel no 875 de novembre 2014, annonçant des « mesures urgentes pour stabiliser la situation socioéconomique dans les régions de Donetsk et Luhansk ». Le gouvernement a suspendu le financement de tous les établissements de santé (y compris les salaires du personnel) qui sont demeurés dans la zone non contrôlée par le gouvernement, de peur que cette part du budget national ne tombent entre les mains de groupes armés. La méthadone et la buprénorphine, en particulier, considérées comme des « stupéfiants » et des « armes potentielles », sont visées par des procédures réglementaires spécifiques et complexes. Malgré les efforts répétés de la communauté internationale, notamment la proposition de Médecins sans frontières à Donetsk de surveiller la distribution et l'utilisation de la méthadone pour apaiser les inquiétudes du gouvernement ukrainien, ces médicaments n'ont pas pu être livrés via les convois humanitaires de l'ONU. D'après les données recueillies par l'Alliance internationale VIH/SIDA en Ukraine, depuis juillet 2015, plus de 1 000 patients résidant à Donbass n'ont plus accès aux TSO en raison de la pénurie de médicaments et de la fermeture des lieux d'administration.

Les TSO réduisent ou éliminent les pratiques d'injection chez les consommateurs de drogues et diminuent de ce fait les risques de transmission du VIH et de l'hépatite C dans ce groupe. Ce résultat est confirmé par un grand nombre de données probantes⁶⁶. L'accès aux TSO, en raison de leur efficacité, est approuvé par les agences des Nations Unies, les organisations de recherche scientifique et de nombreux gouvernements partout dans le monde⁶⁷.

En plus de prévenir la propagation du VIH et l'infection par le virus de l'hépatite C, lorsqu'ils sont accessibles à grande échelle, ils entraînent une réduction du nombre d'overdoses, de la mortalité associée aux drogues et de la criminalité⁶⁸. De plus, il a été démontré qu'ils sont une composante importante de l'amélioration de l'observance des traitements antirétroviraux et antituberculeux⁶⁹. Le rendement des sommes dépensées pour les TSO est estimé à quatre fois le coût de traitement⁷⁰; selon l'Institut national de lutte contre l'abus des drogues des États-Unis, le traitement par la méthadone « fait partie des traitements les plus rentables, produisant des économies de 3 à 4 dollars par dollar dépensé »⁷¹.

Malgré l'abondance des données probantes en faveur des TSO, leur disponibilité globale dans le monde est très faible, le traitement n'étant offert que dans la moitié environ des pays qui déclarent connaître des pratiques d'usage de drogues injectables. Pire encore, ce relevé mondial ne témoigne pas de la qualité de

la couverture thérapeutique au niveau national ; dans certains pays, les TSO sont disponibles dans les centres de désintoxication ou de réadaptation uniquement, et les ressources appropriées sont typiquement concentrées dans les pays à haut revenu, reproduisant le schéma de l'accès inéquitable aux médicaments analgésiques sous contrôle international.

Les taux de couverture nationaux des TSO tombent souvent très en dessous des valeurs prônées par les recommandations internationales⁷³; En Asie, par exemple, cinq pays – l'Afghanistan, l'Inde, le Myanmar, le Sri Lanka et le Vietnam – font état d'un taux de couverture de moins de 20 %, ce qui est très peu selon les standards requis dans les recommandations internationales.

L'un des facteurs clés de ce problème d'accès est l'environnement stigmatisant créé par l'interprétation des traités sur les drogues qui, tel qu'expliqué précédemment, met l'accent sur le besoin d'éradiquer la « toxicomanie », décrite dans le Préambule de la Convention unique comme un « fléau » que les États ont le « devoir (...) de prévenir et de combattre »⁷⁴. La peur de la dépendance, et la stigmatisation des consommateurs de drogues qui en résulte, ont conduit les pays à trop investir dans un modèle réglementaire qui préfère se concentrer sur la prévention des détournements au détriment de l'accès au TSO. Certains pays tendent d'ailleurs à « hiérarchiser » les patients qui ont besoin de

médicaments sous contrôle, en accordant la priorité aux patients atteints de cancer et faisant passer les patients souffrant de dépendance aux opioïdes en second, ces derniers étant considérés comme suspects, répréhensibles et méritants moins d'avoir accès au traitement pharmacologique.

Même quand l'accès aux TSO est autorisé, les personnes qui se prévalent de ces services s'exposent au harcèlement policier ou à des arrestations autour des centres de traitement et arrêtent par conséquent de participer aux programmes de TSO. Pour certains groupes tels que les femmes et les jeunes, des obstacles supplémentaires ont été signalés, notamment des restrictions en fonction de l'âge⁷⁵, le manque de services adaptés au sexe et la peur de perdre la garde légale d'enfants⁷⁶.

La faiblesse des systèmes de soins de santé nuit significativement à l'accessibilité des TSO, comme à celle des analgésiques sous contrôle international. Cet impact négatif est renforcé par le manque de moyens financiers spécifiquement alloués aux traitements substitutifs : selon les estimations, 160 millions (USD), soit seulement 7 % des moyens requis, sont actuellement investis dans les programmes de réduction des risques à l'échelle mondiale. Étant donné que l'estimation couvre la gamme complète des interventions de réduction des risques⁷⁷, le montant total engagé dans les seuls TSO est vraisemblablement très inférieur. Pour comparer, 100 milliards (USD) sont dépensés annuellement en mesures répressives dans la lutte contre la drogue⁷⁸. Un rééquilibrage des dépenses permettrait de s'éloigner de l'application des lois pour se rapprocher d'une approche de santé publique et est donc vital.

L'OICS a rarement – voire jamais – critiqué les États pour leur incapacité à garantir un accès médical

satisfaisant aux TSO, malgré l'obligation claire de le faire en vertu du droit international des stupéfiants et des droits humains⁷⁹. Avec l'ONUDC, il devrait jouer un rôle déterminant pour que les États proposent à leurs populations à une offre suffisante de TSO à des fins médicales, car jusqu'à présent, son enthousiasme pour ce volet de son mandat a été tiède au mieux.

En vertu du cadre actuel, les organes de contrôle des drogues de l'ONU doivent jouer un rôle équilibré, proactif et coordonné pour aider les pays à garantir l'accès aux médicaments sous contrôle.

Pendant des décennies, l'OICS a été perçu comme étant concentré sur les faiblesses potentielles du système international de contrôle des drogues, et jusqu'à récemment, il est souvent demeuré silencieux face aux violations des droits humains commises au nom de la lutte antidrogue⁸⁰, contribuant ainsi à la situation en matière d'accès aux médicaments sous contrôle telle que nous la connaissons .

Son refus de critiquer des pays comme la Russie, dont les atteintes aux droits humains des usagers de drogues sont notoires, en est l'un des exemples. En effet, la Russie interdit les TSO et n'a mis en place aucun programme d'échange d'aiguilles et de seringues (PEAS), ce qui a entraîné une hausse du

« Le contrôle des drogues ne devrait pas être abordé comme un objectif en soi, mais plutôt comme un outil d'optimisation de la santé publique. Il faudrait centrer l'attention, d'une part, sur la prévention des abus et de la dépendance, d'autre part, sur la manière d'éviter les dommages collatéraux. Les résultats doivent être jugés aussi bien par les méfaits liés aux abus empêchés que par le mal causé en raison, notamment, du manque d'accès. »

OMS (2011)⁸⁵

nombre de cas d'infection par le VIH de 80 % dans le pays entre 2004 et 2014⁸¹. D'ici cinq ans, 3 millions de personnes pourraient être infectées par le VIH en Russie⁸². En gardant le silence, l'OICS échoue à reconnaître une infraction au droit à la santé prévu par le droit international de la personne humaine, y compris le PIDESC, que la Russie a ratifié et s'est engagée à respecter.

Il existe des mécanismes pour résoudre ces problèmes ; l'article 14 de la Convention unique autorise l'OICS à entamer un processus de consultation, exiger des explications et fournir des recommandations aux États signataires pour que ceux-ci adaptent leurs politiques si « les buts de la présente Convention sont sérieusement compromis du fait qu'une Partie ou un pays ou territoire n'exécute pas les dispositions de la présente Convention »⁸³.

Pourtant, l'OICS n'a jamais utilisé un tel mécanisme pour s'attaquer à la négligence d'un pays à fournir des estimations correctes ou à son refus catégorique de donner accès aux médicaments sous contrôle à sa population. L'organe devrait invoquer l'article 14, ainsi que l'article 14 bis, pour fournir une aide technique et financière aux pays qui persistent à enfreindre la Convention unique⁸⁴.

Par ailleurs, l'OICS devrait reconnaître le rôle important qu'il pourrait assumer dans la dénonciation des violations des droits humains perpétrées dans le cadre du système international de contrôle des drogues, et notamment l'incapacité d'offrir des médicaments sous contrôle aux populations, sans pour autant s'y limiter.

L'ONUDC, qui dispose de davantage de ressources que l'OICS et d'équipes nationales ou régionales sur le terrain, pourrait sans doute jouer un rôle plus important et aider les pays à améliorer leur offre de médicaments sous contrôle en fournissant une aide technique pour évaluer si les lois nationales empêchent l'accès à ces médicaments. Bien qu'il soit difficile d'estimer les degrés actuels de l'aide apportée en la matière, des données empiriques suggèrent que les ressources – humaines, techniques et économiques – sont consacrées de manière disproportionnée au renforcement des capacités d'organisations chargées d'appliquer des lois prohibitionnistes. Sachant cela, l'ONUDC devrait partager de manière transparente des données indiquant les opérations de terrain à privilégier et les endroits où les ressources devraient être déployées.

De plus, l'ONUDC, qui héberge le secrétariat de la CDS, devrait s'assurer que les ressources sont utilisées pour aider les pays à remplir toutes leurs obligations prévues par les traités de contrôle des drogues et le droit international des droits humains.

L'OICS et l'ONUDC doivent quant à eux respecter toutes les exigences de leurs mandats et répartir équitablement leurs efforts entre la prévention des détournements de substances sous contrôle et la garantie d'accès aux médicaments sous contrôle, conformément aux obligations internationales relatives aux droits de la personne humaine. Il est impératif que cet équilibre soit au cœur de tous les aspects de leur travail, en tout lieu, y compris dans les bureaux nationaux ou régionaux de l'ONUDC. En collaboration avec l'OMS, les deux entités doivent mettre en œuvre une approche équilibrée, proactive et coordonnée garantissant l'accès aux médicaments sous contrôle.

Les gouvernements devraient financer un programme international renouvelé, conduit par l'OMS, pour garantir l'accès équitable aux médicaments sous contrôle.

L'OMS a reconnu le besoin de mettre en place un modèle plus équilibré pour garantir l'accès aux médicaments, et a exprimé ouvertement sa conviction que le contrôle des drogues doit être au service de la santé publique ; sa participation au projet est une nécessité. En effet, ces dernières décennies, son rôle s'est étendu avec le lancement en 2007 du Programme d'accès aux médicaments sous contrôle, une initiative établie en coopération avec l'OICS qui fournit une aide technique aux gouvernements souhaitant identifier et surmonter les principaux obstacles qui freinent l'accès à ces médicaments.

Cependant, bien que ce programme ait été déterminant dans de nombreuses avancées majeures –notamment dans l'élaboration des Lignes directrices sur les substances sous contrôle de l'OMS et du Guide sur l'évaluation des besoins

de substances placées sous contrôle international de l'OMS et de l'OICS précédemment cités –, son efficacité a été profondément limitée par le manque de financements. Concrètement, l'OMS n'est plus en mesure de le financer depuis 2008, et bien qu'une solution financière temporaire eut été offerte par la Commission européenne et le gouvernement danois, dans les faits, le programme s'est arrêté ces dernières années.

La Commission globale réitère les recommandations de son rapport de 2014, Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues : l'OMS, coopérant avec l'ONUDC et l'OICS, devrait prendre les choses en main pour garantir l'accès des populations aux médicaments sous contrôle.

À l'heure actuelle, l'OMS ne dispose pas de ressources matérielles et humaines suffisantes pour superviser une nouvelle initiative internationale. Ce manque doit être corrigé d'urgence ; la capacité de l'organisation devrait être accrue en vue d'assurer l'accès aux médicaments sous contrôle. Les gouvernements doivent dégager des financements et établir un plan clair d'élimination des obstacles nationaux et internationaux à l'approvisionnement, avec des échéances et des buts précis. Un tel plan pourrait inclure une aide apportée par les bureaux locaux de l'OMS ou de l'ONUDC aux gouvernements nationaux afin que ces derniers puissent avancer dans une démarche de santé publique, en éliminant les obstacles à l'accessibilité des médicaments sous contrôle.

Le système international de contrôle des drogues participe à la criminalisation des personnes qui consomment du cannabis à des fins médicales

Des millions de personnes utilisent le cannabis à des fins médicales dans le monde et, bien qu'il ne s'agisse pas d'un médicament sous contrôle, il est synthétisé par des compagnies pharmaceutiques pour des applications cliniques. Ces produits pharmaceutiques ont poussé de nombreux législateurs à étendre la loi sur le cannabis, en les classant dans une classe

de substances à part. Dans de nombreux pays, le cannabis est classé en tant que substance « sans effet thérapeutique »⁸⁶, un résultat de son inscription dans le cadre de la Convention unique.

Cette convention classe les substances en trois catégories⁸⁷, auxquelles correspondent divers degrés de contrôle, en fonction du risque de préjudice et/ou de mésusage et de l'intérêt thérapeutique des substances. Le Tableau I contient les substances « qui provoquent une forte dépendance et se prêtent à des abus »⁸⁸ et sont soumises « à toutes [soulignement ajouté] les mesures de contrôle applicables aux stupéfiants visés par la présente Convention »⁸⁹. Certaines substances inscrites au Tableau I figurent également dans le Tableau IV, où elles sont jugées « particulièrement dangereuses »⁹⁰ et sans valeur thérapeutique notable⁹¹. Le cannabis fait partie de ses substances.

Le cannabis a une valeur considérable pour son potentiel à traiter toute une gamme de conditions médicales. Des études ont suggéré que les différents ingrédients actifs dans cette substance pourrait être efficaces contre un certain nombre d'affection, notamment la douleur, l'hypertonie spastique (sclérose en plaques), les troubles anxieux, les troubles épileptiques (y compris l'épilepsie), les psychoses, la dépendance, l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) et les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDAH)⁹².

De nombreux consommateurs de cannabis à des fins médicales confirment que la substance atténue leurs douleurs et soulage significativement les symptômes de maladies telles que la sclérose en plaques et l'épilepsie. Certains d'entre eux sont en mesure d'obtenir des produits pharmaceutiques à base de cannabis, mais la grande majorité de ceux qui se soignent eux-mêmes n'ont pas d'autre choix que de risquer d'enfreindre la loi, en cultivant leurs propres plants ou en achetant du cannabis sur le marché illégal. Il est tragique que des personnes qui ont besoin de médicaments risquent l'emprisonnement pour atténuer leur souffrance.



Les conventions sur les drogues de l'ONU contribuent à restreindre la recherche sur les bienfaits médicaux potentiels d'autres substances sous contrôle

Le LSD, la MDMA, la cathinone et la psilocybine sont des substances qui sont toutes assujetties au contrôle le plus strict prévu par la Convention sur les substances psychotropes de 1971. En vertu du Tableau I, elles sont réputées présenter « un risque d'abus élevé », constituer « une menace particulièrement grave pour la santé publique » et n'avoir « aucune valeur thérapeutique notable »⁹³.

Ces idées se retrouvent dans la législation de nombreux pays, qui considèrent également que ces substances n'ont pas d'effets thérapeutiques. Par conséquent, les obstacles réglementaires limitent la recherche et rendent ces substances extrêmement chères à l'achat sous forme médicale. Au Royaume-Uni, par exemple, la réglementation permet aux hôpitaux de détenir un permis pour les substances du Tableau II – telles que la morphine ou la cocaïne –, mais ceux qui souhaitent mener des recherches sur les substances du Tableau I doivent recevoir un permis du ministère de l'Intérieur⁹⁴ ; une étude datant de 2013 a révélé que seulement trois hôpitaux sur des milliers dans le pays avaient un tel permis⁹⁵.

Les écueils réglementaires ne sont pas l'apanage du Royaume-Uni ; il a fallu quatre ans à des chercheurs canadiens pour importer de la MDMA de Suisse afin d'étudier ses applications thérapeutiques dans le traitement de l'ÉSPT⁹⁶. En plus des difficultés d'ordre réglementaire, le coût prohibitif de ces substances les rend hors de portée des chercheurs. Une compagnie a ainsi déjà facturé 12 000 dollars (USD) pour un gramme de psilocybine⁹⁷!

Les bienfaits médicaux de ces substances commencent à être découverts, grâce à des travaux de recherche modestes, mais avant-gardistes. Des études ont porté sur l'administration de MDMA en complément de la psychothérapie, dont une étude menée aux États-Unis avec des patients souffrant d'« ÉSPT réfractaire au traitement »⁹⁸. Les résultats ont été impressionnants : 80 % des patients ont présenté des progrès cliniques dans le groupe de traitement, contre 20 % dans le groupe témoin⁹⁹. L'autisme et la maladie de Parkinson sont d'autres exemples de maladies contre lesquelles la MDMA pourrait avoir des effets bénéfiques¹⁰⁰.

Photo: Nyeri Hospice, part of KEHPCA, Kenya Hospices and Palliative Care Association.
© Sven Torfinn for the Open Society Foundations

REFERENCES

- 1 Vice-Secrétaire général des Nations Unies, « Multi-Sector Approach, Integrating Public Health into Substance Control Efforts Key to Winning 'War on Drugs', Deputy Secretary-General Tells General Assembly », 2015, <http://www.un.org/press/en/2015/dsgsm865.doc.htm>
- 2 Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), Rapport 2014, Nations Unies, New York, 2015.
- 3 Commission globale de politique en matière de drogues, Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues, 2014, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- 4 La buprénorphine est sous contrôle en vertu de la Convention sur les substances psychotropes de 1971 des Nations Unies, et la méthadone, en vertu de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 des Nations Unies.
- 5 Organisation mondiale de la Santé (OMS), 19th WHO Model List of Essential Medicines (April 2015), 2015, http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf
- 6 Nations Unies, Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf
- 7 M. Noble et coll., « Long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 35, no 2(2008), p. 214 à 228.
- 8 L. Chen, H. Hedegaard et M. Warner, « Drug-poisoning Deaths Involving Opioid Analgesics: United States, 1999–2011 », *NCHS Data Brief*, no 166, 2014, <http://www.cdc.gov/nchs/data/data-briefs/db166.pdf>
- 9 O. Mowbray et A. Quinn, « Prescription pain reliever misuse prevalence, correlates, and origin of possession throughout the life course », *Addictive Behaviors*, vol. 50, 2015, p. 22 à 27.
- 10 Joint Formulary Committee, *British National Formulary 63*, BMA & Royal Pharmaceutical Society, Londres, 2012, p. 274.
- 11 OMS, Assurer l'équilibre dans les politiques nationales sur les substances sous contrôle: Orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle, OMS, Genève, 2011, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/GLs_Ens_Balance_NOCP_sanend_FR.pdf
- 12 Ibid.
- 13 Human Rights Watch (HRW), *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right*, HRW, New York, 2011, <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>
- 14 A. Taylor, « Addressing the Global Tragedy of Needless Pain: Rethinking the United Nations Single Convention on Narcotic Drugs », *The Journal of Law Medicine and Ethics*, vol. 35, no 4(2007), p. 556 à 570.
- 15 OMS et Alliance mondiale pour les soins palliatifs, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life (Atlas mondial des soins palliatifs en fin de vie)*, OMS, 2014, http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- 16 HRW, *Global State of Pain Treatment*
- 17 T. Cooper, *Dispatches: In Russia, Don't Tell the Living About the Dead*, HRW, 2015 <http://www.hrw.org/news/2015/03/22/dispatches-russia-don-t-tell-living-about-dead>
- 18 Harm Reduction International (HRI), *The Global State of Harm Reduction 2014*, HRI, Londres, 2014.
- 19 Mathers et coll., « HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage », *The Lancet*, vol. 375, no 9719(2010), p. 1014 à 1028.
- 20 Nations Unies, *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*.
- 21 Comité des Droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, *Observation générale No 14 (2000) : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, document des Nations Unies E/C.12/2000 du 11 août 2000, par. 12 a) et 17.
- 22 OMS, *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, OMS, 1946.
- 23 *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)*, 16 décembre 1966, Nations Unies, *Recueil des traités*, vol. 993, p. 3, art. 2(1) et 12.
- 24 L'obligation de donner accès aux médicaments est également considérée comme une composante du droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible en vertu de la Convention internationale des droits de l'enfant. Comité des droits de l'enfant, *Observation générale no 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (art. 24)*, document des Nations Unies C/GC/15 du 17 avril 2013, par. 73 b) et E 2 a).
- 25 *Fondations Open Society (OSF), Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation*, OSF, New York, 2011, <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatedwithcruelty.pdf>
- 26 R. Elliott, R. Lines, R. Schleifer et A. Symington, *Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers*, OSF, New York, 2011, <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatment-or-torture-20110624.pdf>
- 27 P. Gallahue et coll., *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2012 Tipping the Scales for Abolition*, HRI, Londres, 2012, http://www.ihra.net/files/2014/08/06/HRI_-_2012_Death_Penalty_Report_-_FINAL.pdf
- 28 D. Barrett, D. Bewley-Taylor, R. Elliott, R. Lines et R. Schleifer, *Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy*, Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2008, http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/04/HR_IDP_Mar08-ENG.pdf
- 29 Nations Unies, *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*.
- 30 Le rapporteur spécial de l'ONU sur la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et le rapporteur spécial sur le droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale.
- 31 Nations Unies, *Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Mandate of the Special Rapporteur on the question of torture*, 2008, http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/12.10.2008%20Letter%20to%20CND%20fromSpecial%20Rapporteurs.pdf

- 32 Assemblée générale des Nations Unies, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 18 décembre 2014 – 69/201. Coopération internationale face au problème mondial de la drogue, Nations Unies, New York, 2015, http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/201
- 33 OICS, Rapport 2014.
- 34 Fact Sheet on the Proposal to Discuss International Scheduling of Ketamine at the 58th CND (Fiche d'information sur la proposition d'examiner l'inscription de la kétamine lors de la 58e réunion de la CDS), 2015, <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Ketamine-fact-sheet.pdf>
- 35 Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'OMS, Ketamine: Update review report, 36e réunion, OMS, Genève, 2014, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/6_2_Update.pdf
- 36 C. Hallam, Le régime international de contrôle des drogues et d'accès aux médicaments placés sous contrôle, Transnational Institute (TNI) et International Drug Policy Consortium (IDPC), série sur la réforme législative des politiques des drogues, no 26, 2014, <https://www.tni.org/files/download/dlr26-fr.pdf>
- 37 Ibid.
- 38 Commission des stupéfiants (CDS), Promoting adequate availability of internationally controlled licit drugs for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, Résolution 53/4, 2010, http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2010-2019/2010/CND_Res-53-4.pdf; CDS, Promoting adequate availability of internationally controlled narcotic drugs and psychotropic substances for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, Résolution 54/6, 2011, http://www.mccabecentre.org/downloads/Resolution_54-6.pdf
- 39 S. Husain Asra, M. Skemp Brown et Maurer, « Do national drug control laws ensure the availability of opioids for medical and scientific purposes? », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, vol. 92, 2013, p. 108 à 116, <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-121558/en/>
- 40 A. Taylor, « Addressing the Global Tragedy of Needless Pain ».
- 41 Assemblée mondiale de la Santé, Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie, Résolution WHA67.19, Genève, 2014, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-fr.pdf
- 42 KEHPCA, Pain Free Hospital Initiative in Kenya, 2015, <http://kehPCA.org/pain-free-hospital-initiative-in-kenya/>
- 43 HRW, Needless Pain: Government Failure to Provide Palliative Care for Children in Kenya, HRW, New York, 2010. Voir note 120 en bas de la page 48.
- 44 La loi des Philippines (loi sur les « drogues dangereuses » de 2002) définit les substances utilisées pour des « besoins médicaux légitimes » comme des « drogues dangereuses ». Pour un complément d'information, consulter : Pain and Policy Studies Group, Improving Global Opioid Availability for Pain & Palliative Care: A Guide to a Pilot Evaluation of National Policy, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, 2013, <http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Global%20evaluation%202013.pdf>
- 45 E.L. Krakauer et coll., « Opioid Inaccessibility and Its Human Consequences: Reports from the Field », Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, vol. 24, 2010, p. 239 à 243, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19901en/s19901en.pdf>
- 46 M. Noble et coll., « Long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain », 2008 ; HRW, « S'il vous plaît, ne nous laissez plus souffrir... L'accès au traitement de la douleur est un droit humain », HRW, New York, 2009.
- 47 OMS, Assurer l'équilibre dans les politiques nationales sur les substances sous contrôle, 2011; HRW, « S'il vous plaît, ne nous laissez plus souffrir... ».
- 48 Association internationale pour les soins aux mourants et les soins palliatifs, Opioid Price Watch Project, <http://hospicecare.com/opioids/reports/map/>
- 49 L. De Lima et coll., « Cross-Sectional Pilot Study to Monitor the Availability, Dispensed Prices, and Affordability of Opioids Around the Globe », Journal of Pain and Symptom Management, vol. 48, no 4(2014), p. 649 à 659.
- 50 OMS, Assurer l'équilibre dans les politiques nationales sur les substances sous contrôle.
- 51 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Side event: World Drug Problem on Human Rights, Nations Unies, 2014, <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14712&LangID=E>
- 52 The University of Wisconsin Pain & Policy Studies Group, « Do International Model Drug Control Laws Provide for Drug Availability? », Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, vol. 23, no 2(2009), p. 145 à 152.
- 53 ONUDC, Rapport mondial sur les drogues 2015, Nations Unies, Vienne, 2015, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
- 54 C. Hallam, Le régime international de contrôle des drogues et d'accès aux médicaments placés sous contrôle.
- 55 R. Piana, « Dying without Morphine », New York Times, 2014, http://www.nytimes.com/2014/10/01/opinion/dying-without-morphine.html?_r=0; C. Hallam, Le régime international de contrôle des drogues et d'accès aux médicaments placés sous contrôle.
- 56 ONUDC, Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse: Striking then right balance to achieve the optimal public health outcome, Nations Unies, Vienne, 2011.
- 57 HRW, "All I can do is cry": Cancer and the Struggle for Palliative Care in Armenia (« Tout ce que je peux faire, c'est pleurer »: Le cancer et l'absence de soins palliatifs en Arménie), HRW, New York, 2015, <https://www.hrw.org/news/2015/07/14/armenia-needless-pain-end-life>
- 58 D.E. Joranson, K.M. Ryan et M.A. Maurer, Opioid policy, availability and access in developing and Nonindustrialized Countries, University of Wisconsin-Madison Pain and Policy Studies Group, 2010, http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Joranson_2010_Bonica%20Chapter%2016.pdf
- 59 B. Reville et A.M. Foxwell, « The global state of palliative care — progress and challenges in cancer care », Ann Palliat Med, vol. 3, no 3(2014), p. 129 à 138, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25841689>
- 60 ONUDC, Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse.
- 61 B. Reville et A.M. Foxwell, « The global state of palliative care — progress and challenges in cancer care ».
- 62 Ibid.
- 63 Ibid.

- 64 « Pour les chiffres sur la consommation réelle, nous avons utilisé les données de 2006 de l'OICS pour tous les opioïdes puissants pertinents et cumulé leurs consommations en équivalent morphine, c.-à-d. le dosage de la substance considérée qui fournit la même puissance analgésique que 1 mg de morphine orale. La méthadone était exclue » (traduction). Tiré de M.-J. Seya et coll., « A First Comparison Between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional, and Global Levels », *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, vol. 25, no 1(2011), p. 6 à 18, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17976en/s17976en.pdf>
- 65 OICS et OMS, Guide sur l'évaluation des besoins de substances placées sous contrôle international, Nations Unies, New York, 2012.
- 66 Voir, par exemple, la série spéciale de Lancet en 2010 sur l'infection par le VIH chez les usagers de drogues injectables.
- 67 Voir, par exemple, la série Evidence for action (« Des preuves pour agir ») de l'OMS : www.who.int/hiv/pub/idu/en/; Banque mondiale, *The Global HIV Epidemics among People Who Inject Drugs*, The World Bank, Washington DC, 2013.
- 68 OMS, Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical paper and policy brief, OMS, Genève, 2005.
- 69 Wolfe et coll., « Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward », *The Lancet*, vol. 376, no 9738(2010), p. 355 à 366.
- 70 OMS, ONUDC et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV prevention, Nations Unies, Genève, 2014.
- 71 Centre for Substance Abuse Treatment, « Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programmes », Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, no 43, publication du département de la Santé et des Services sociaux no SMA 12-4214, Direction des services de la santé mentale et de la prévention et du traitement de l'abus de drogues, Rockville, Maryland, 2005.
- 72 HRI, *The Global State of Harm Reduction 2014*.
- 73 OMS, ONUDC et ONUSIDA, Guide Technique Destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA, OMS, Genève, 2009.
- 74 Nations Unies, Convention unique sur les stupéfiants de 1961.
- 75 D. Barrett, Hidden in plain sight. Children and injecting drug use, a global snapshot of the available data, HRI, 2013.
- 76 J. Flavin et L. Paltrow, « The Policy and Politics of Reproductive Health – Arrests of and Forced Interventions on Pregnant Women in the United States, 1973-2005: Implications for Women's Legal Status and Public Health », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 38, no 2(2013), p. 299 à 343.
- 77 OMS, ONUDC et ONUSIDA, Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA.
- 78 S. Rolles, D. Kushlick, M. Powell et G. Murkin, *The War on Drugs: Wasting Billions and Undermining Economies, Count the Costs*, 2012, <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Economics-briefing.pdf>
- 79 J. Csete et D. Wolfe, *Closed to Reason: The International Narcotics Control Board and HIV/AIDS*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Open Society Institute (Institut pour une société ouverte), 2007, http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/closed_20070226.pdf
- 80 Kasia Malinowska-Sempruch, *The International Narcotics Control Board Strains its Limited Credibility*, LSE Ideas, 2013, <http://blogs.lse.ac.uk/ideas/2013/03/the-international-narcotics-control-board-strains-its-limited-credibility/>
- 81 Centre scientifique et méthodologique fédéral de prévention et de contrôle du sida, Bulletin sur l'infection par le VIH (traduction), no 39, Service fédéral de surveillance de la protection des droits des consommateurs et du bien être des personnes, Moscou, 2014.
- 82 Agence France-Presse, « Russian HIV-Aids epidemic worsening under Kremlin policies, says expert », 2015, <http://www.theguardian.com/world/2015/may/15/russian-hiv-aids-epidemic-worsening-under-kremlin-policies-says-expert>
- 83 OMS, Guidelines for the WHO Review of Dependence-Producing Psychoactive Substances for International Control, WHO/EDM/QSM/2000.5, 2000, cité par A. Taylor dans *Addressing the Global Tragedy of Needless Pain*, p. 567.
- 84 Nations Unies, Convention unique sur les stupéfiants de 1961.
- 85 OMS, Assurer l'équilibre dans les politiques nationales sur les substances sous contrôle.
- 86 Voir, par exemple, la loi sur le mésusage des drogues du Royaume-Uni (Misuse of Drug Act 1971) et la loi sur les substances sous contrôle des États-Unis (Controlled Substances Act 1970).
- 87 Nations Unies, Les Conventions internationales relatives au contrôle des drogues – Tableaux de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, au 25 septembre 2013, Nations Unies, New York, 2013, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/1961_Schedules/ST-CND-1-Add1_F.pdf
- 88 C. Hallam, D. Bewley-Taylor et M. Jelsma, Scheduling in the International Drug Control System, TNI et IDPC, série sur la réforme législative des politiques des drogues, no 25, 2014, http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf
- 89 Nations Unies, Convention unique sur les stupéfiants de 1961, art. 2. 1).
- 90 Nations Unies, Convention unique sur les stupéfiants de 1961, art. 2. 5).
- 91 C. Hallam, D. Bewley-Taylor et M. Jelsma, Scheduling in the International Drug Control System.
- 92 D.J. Nutt, L.A. King et D.E. Nichols, « Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation », *synthèse de Nature sur les neurosciences*, vol. 14, 2013, p. 577 à 585, <http://www.nature.com/nrn/journal/v14/n8/full/nrn3530.html>
- 93 C. Hallam, D. Bewley-Taylor et M. Jelsma, Scheduling in the International Drug Control System.
- 94 Misuse of Drugs Act 1971 du Royaume-Uni, art. 7.
- 95 D.J. Nutt, L.A. King et D.E. Nichols, « Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation ».
- 96 Ibid.
- 97 C.S. Grob et coll., « Pilot Study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced stage cancer », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 68, 2011, p. 71 à 78; cité par D.J. Nutt, L.A. King et D.E. Nichols, « Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation ».
- 98 D.J. Nutt, L.A. King et D.E. Nichols, « Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation ».
- 99 Ibid.
- 100 Ibid.

RESSOURCES ADDITIONNELLES

Count the Costs

www.countthecosts.org

Cupihd

www.cupihd.org

Drug Policy Alliance

www.drugpolicy.org

Commission globale de politique en matière de drogues

www.globalcommissionondrugs.org

Commission mondiale sur le VIH et le droit (constituée par le PNUD)

www.hivlawcommission.org

Harm Reduction International

www.ihra.net

Human Rights Watch

www.hrw.org

Igarapé Institute

www.igarape.org.br

Intercambios

www.intercambios.org.ar

Centre international pour la science en matière de politique des drogues (ICSDP)

www.icsdp.org

International Doctors for Healthier Drug Policies

www.idhdp.com

International Drug Policy Consortium

www.idpc.net

Réseau international des consommateurs de drogues (INPUD)

www.inpud.net

Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)

www.incb.org

Talking Drugs

www.talkingdrugs.org

Transform Drug Policy Foundation

www.tdpf.org.uk

Transnational Institute

Ressources sur les réformes des lois liées aux drogues

www.druglawreform.info

Fondation Beckley

www.beckleyfoundation.org

Office des Nations Unies contre la

drogue et le crime (ONUDC)

www.unodc.org

Bureau de Washington pour l'Amérique latine

Programmes des politiques de la drogue

www.wola.org/program/drug_policy

Commission ouest-africaine sur les drogues

www.wacommissionondrugs.org

Organisation mondiale de la Santé :

Programme d'accès aux médicaments sous contrôle

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_cmp/en/

Organisation mondiale de la Santé :

Médicaments essentiels

http://www.who.int/topics/essential_medicines/fr/

RAPPORTS DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

- La guerre aux drogues (2011)
- La guerre aux drogues face au VIH/sida
Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale (2012)
- L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé
publique l'épidémie cachée d'hépatite C (2013)
- Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues (2014)

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

La commission globale de politique en matière de drogues vise à ouvrir, au niveau international, un débat éclairé et scientifique sur des moyens humains et efficaces de réduire les préjudices causés par les drogues aux personnes et aux sociétés.

OBJECTIFS

- Examiner les fondements idéologiques, l'efficacité et les conséquences de l'approche de la « guerre aux drogues ».
- Évaluer les risques et les avantages des différentes approches face aux drogues mises en œuvre au niveau national.
- Formuler des recommandations factuelles pour réformer de façon constructive les lois et pratiques en matière de drogues.