



ORGANE INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS



Disponibilité des drogues placées sous contrôle international:

**assurer un accès adéquat à des fins  
médicales et scientifiques**

*Indispensables et dûment disponibles,  
sans restrictions injustifiées*



NATIONS UNIES

## **Rapports publiés par l'Organe international de contrôle des stupéfiants en 2015**

Le *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2015* (E/INCB/2015/1) est complété par les rapports suivants:

*Disponibilité des drogues placées sous contrôle international: assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques* (E/INCB/2015/1/Supp.1)

*Stupéfiants: Évaluations des besoins du monde pour 2016 — Statistiques pour 2014* (E/INCB/2015/2)

*Substances psychotropes: Statistiques pour 2014 — Prévisions des besoins annuels médicaux et scientifiques concernant les substances des Tableaux II, III et IV de la Convention sur les substances psychotropes de 1971* (E/INCB/2015/3)

*Précurseurs et produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes: Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2014 sur l'application de l'article 12 de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988* (E/INCB/2015/4)

Les listes à jour des substances sous contrôle international, comprenant les stupéfiants, les substances psychotropes et les substances fréquemment utilisées dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, figurent dans les dernières éditions des annexes aux rapports statistiques annuels (“Liste jaune”, “Liste verte” et “Liste rouge”) publiées également par l'OIICS.

## **Comment contacter l'Organe international de contrôle des stupéfiants**

Il est possible d'écrire au secrétariat de l'OIICS à l'adresse suivante:

Centre international de Vienne  
Bureau E-1339  
Boîte postale 500  
1400 Vienne  
Autriche

Le secrétariat peut aussi être contacté par:

Téléphone: (+43-1) 26060  
Fax: (+43-1) 26060-5867 or 26060-5868  
Courrier électronique: [secretariat@incb.org](mailto:secretariat@incb.org)

Le texte du présent rapport est également disponible sur le site Web de l'OIICS ([www.incb.org](http://www.incb.org)).



ORGANE INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS

Disponibilité des drogues placées sous  
contrôle international: assurer un accès adéquat  
à des fins médicales et scientifiques

*Indispensables et dûment disponibles,  
sans restrictions injustifiées*



NATIONS UNIES  
New York, 2016

E/INCB/2015/1/Supp. 1

PUBLICATION DES NATIONS UNIES  
eISBN: 978-92-1-057766-3

# Préface

Il y a plusieurs dizaines d'années, la communauté internationale s'est solennellement engagée, par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972<sup>1</sup> et la Convention sur les substances psychotropes de 1971<sup>2</sup>, de faire le nécessaire pour assurer, sans restriction injustifiée, la disponibilité des drogues jugées indispensables à des fins médicales et scientifiques. Ces dernières décennies, cette promesse n'a pas été complètement tenue. Trop de gens souffrent encore ou meurent encore dans la douleur ou n'ont toujours pas accès aux médicaments dont ils ont besoin. Les souffrances inutiles qui sont le résultat d'un manque de médicaments adaptés, lui-même dû à l'inaction et à des formalités administratives excessives, nous font honte à tous.

Environ 5,5 milliards de personnes n'ont toujours, au mieux, qu'un accès limité aux médicaments contenant des stupéfiants tels que la codéine ou la morphine, ce qui signifie que 75 % de la population mondiale ne peut bénéficier d'une prise en charge de la douleur digne de ce nom. Environ 92 % de la morphine consommée dans le monde l'est dans des pays où vivent 17 % seulement de la population mondiale, à savoir principalement aux États-Unis d'Amérique, au Canada, en Europe occidentale, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Cet accès insuffisant est contraire à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>3</sup>, notamment au droit de recevoir des soins médicaux, dont les soins palliatifs font partie.

Le déséquilibre observé dans la disponibilité des analgésiques opioïdes est particulièrement troublant, les données les plus récentes indiquant que de nombreuses affections nécessitant une prise en charge de la douleur, en particulier le cancer, sévissent et progressent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire<sup>4</sup>. Parallèlement, on a constaté ces dernières années une augmentation de l'abus de médicaments soumis à prescription et des décès par surdose qui en découlent dans les pays présentant un niveau élevé de consommation d'analgésiques opioïdes par habitant.

Outre le cancer, beaucoup d'autres états de santé nécessitent une prise en charge de la douleur. Dans plusieurs régions du monde, la prescription de médicaments destinés à la soulager reste peu courante. D'autres substances placées sous contrôle international, comme la méthadone et la buprénorphine, sont utilisées dans le traitement de la toxicomanie, mais leur usage demeure lui aussi limité dans certains pays où le taux de prévalence de l'abus d'héroïne est pourtant élevé.

Le présent rapport aborde aussi, en plus de celle des stupéfiants, la disponibilité des substances psychotropes inscrites aux Tableaux de la Convention de 1971. La consommation et l'accessibilité de ces substances indispensables au traitement de toute une série d'affections graves suscitent de grandes inquiétudes. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les troubles de la santé mentale touchent des centaines de millions de personnes et leurs familles, mais dans la plupart des pays, les ressources disponibles pour les traiter sont insuffisantes. Les fonds consacrés à la santé mentale représentent dans la grande majorité des pays moins de 2 % du budget alloué au secteur de la santé, et plus de 75 % de la population de nombreux pays à revenus faible ou intermédiaire n'ont pas accès à ce type de traitement. Ce problème ne reçoit pas toute l'attention qu'il mérite. Les niveaux de consommation des substances psychotropes, qui servent à traiter les troubles mentaux et neurologiques tels que l'anxiété, l'insomnie et l'épilepsie, varient toujours considérablement d'un pays et d'une région à l'autre. Cette situation traduit, d'une part, la diversité des pratiques médicales et des habitudes de prescription qui y sont associées et, d'autre part, un manque de données précises, tant quantitatives que qualitatives, sur la consommation de ces substances.

---

<sup>1</sup>Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 976, n° 14152.

<sup>2</sup>Ibid., vol. 1019, n° 14956.

<sup>3</sup>Résolution 217 A (III) de l'Assemblée générale.

<sup>4</sup>Organisation mondiale de la Santé et Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

Remédier au problème de la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques est l'une des obligations que les conventions internationales relatives au contrôle des drogues imposent aux États. En 1961, la communauté internationale s'est engagée à faire le nécessaire pour assurer la disponibilité des stupéfiants destinés à soulager la douleur et les souffrances. Simultanément, les Parties à la Convention conclue cette année-là ont pris acte du problème de la dépendance aux stupéfiants. Ces deux préoccupations sont exprimées dans le préambule de la Convention unique, et c'est cette double responsabilité qui est au centre du débat sur l'efficacité et les perspectives du régime international de contrôle des drogues qui occupe actuellement les États Membres.

De la même manière, les Parties à la Convention de 1971, tout en se déclarant déterminées à prévenir et combattre l'abus et le trafic de substances psychotropes, ont reconnu que celles-ci étaient indispensables à des fins médicales et scientifiques et que leur disponibilité dans ce cadre ne devait faire l'objet d'aucune restriction injustifiée.

Depuis sa création, l'OICS a soulevé à plusieurs reprises la question de la disponibilité, à laquelle il a consacré des rapports spéciaux en 1989, 1995 et 2010. Dans le dernier de ces rapports<sup>5</sup>, il formulait, en se fondant sur les informations que lui avaient communiquées les États Membres, un certain nombre de recommandations sur la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes, leur utilisation appropriée, les systèmes de contrôle nationaux et la prévention du détournement et de l'abus.

L'usage inégal d'analgésiques opioïdes ne semble pas être lié à un manque de matières premières. À l'échelle mondiale, la production de matières premières opiacées dépasse la demande depuis de nombreuses années, ce qui a pour effet de faire grossir les stocks, quoique de manière fluctuante. Ces 20 dernières années, la consommation mondiale d'opioïdes a plus que triplé. Les données disponibles indiquent que la quantité de matières premières opiacées susceptibles de servir à fabriquer des stupéfiants destinés au soulagement de la douleur est plus que suffisante pour répondre à la demande actuelle, selon les estimations qu'en font les gouvernements. S'agissant des substances psychotropes, la question de l'offre est plus complexe. Elle est traitée de manière approfondie au chapitre consacré ci-après à ces substances.

Les obstacles et barrières pouvant influencer négativement sur la disponibilité comprennent des facteurs touchant à la réglementation, aux comportements, aux connaissances, à l'économie et à l'approvisionnement. En 2010, les obstacles les plus souvent cités par les pays concernaient la crainte de créer une addiction, la réticence à prescrire ou à stocker les substances en question et la formation insuffisante des professionnels de la santé. Les lois par trop restrictives et les réglementations contraignantes étaient aussi couramment perçues comme contribuant pour beaucoup à limiter la disponibilité des opioïdes. Quelques gouvernements signalaient que les difficultés liées à la distribution, à l'offre et au coût de ces substances constituaient d'importants obstacles à leur disponibilité.

Pour aider les gouvernements, l'OICS a décidé de publier, cinq ans après le précédent, un nouveau rapport sur le sujet. Le présent document a été établi avec le concours de diverses parties prenantes. Les États Membres ont reçu en 2014 un questionnaire, auquel plus d'une centaine d'entre eux ont répondu en donnant de précieuses informations sur les politiques et pratiques suivies au niveau national. Des organisations intergouvernementales comme l'OMS, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ont été consultées et ont fourni des données et informations complémentaires. Plusieurs organisations de la société civile représentant des patients, des familles, des professionnels de la santé et d'autres personnes concernées ont également communiqué des données et

---

<sup>5</sup>Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la disponibilité des drogues placées sous contrôle international: assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques (E/INCB/2010/1/Supp.1).

informations et fait part de leurs points de vue. En outre, un certain nombre de chercheurs ont livré leurs analyses et idées sur la question.

L'analyse des données les plus récentes concernant la consommation de stupéfiants révèle que, si de graves inégalités persistent, des progrès considérables ont été faits en matière de disponibilité des analgésiques opioïdes à usage médical. Il ressort que la quantité moyenne d'analgésiques opioïdes consommés en 2011-2013 était bien supérieure aux chiffres de 2000-2003. Par ailleurs, une comparaison des réponses fournies par les États Membres aux enquêtes menées en 1995, 2010 et 2014 fait apparaître que la crainte de créer une addiction et les obstacles législatifs sont en recul, et que les pays jugent nécessaire de s'attaquer à d'autres facteurs clefs comme le manque de formation théorique et pratique, la rationalisation de l'offre, les coûts et les ressources financières limitées.

Tout cela confirme qu'il est possible, dans le cadre des conventions internationales, d'améliorer la disponibilité des drogues placées sous contrôle international. Pour y parvenir, il importe de se doter de législations rationnelles et de bon sens qui permettent à la fois de s'assurer que les patients ont des médicaments à leur disposition et de protéger leur santé, grâce à des professionnels de la santé formés aux pratiques de prescription responsables et rationnelles et conscients des risques que présentent la surprescription et l'abus.

Les données relatives aux substances psychotropes attestent de disparités entre les pays et les régions en ce qui concerne la consommation. Tant la disponibilité insuffisante de traitements médicaux et l'accès restreint à ceux-ci que la disponibilité excessive et médicalement infondée de substances psychotropes posent problème eu égard au contrôle et à l'usage de celles-ci.

L'OICS adresse le présent rapport aux États Membres dans l'espoir que les analyses et recommandations qui y figurent les aideront à concevoir des politiques et systèmes de contrôle nationaux leur permettant d'atteindre les objectifs fixés dans les conventions internationales relatives au contrôle des drogues en ce qui concerne la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes. Les États Membres ont déjà insisté sur l'importance de cette question dans diverses résolutions et déclarations politiques adoptées par la Commission des stupéfiants. Ils y ont aussi fait référence dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles<sup>6</sup> et dans la résolution WHA67.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé, relative au renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie<sup>7</sup>. L'OICS adresse également le présent rapport à la communauté internationale dans la perspective de la session extraordinaire que l'Assemblée générale doit consacrer au problème mondial de la drogue en 2016, et il espère que cette contribution aidera les États Membres à délibérer. Alors que les pays débattent de ce que le système international de contrôle des drogues a rendu possible, l'OICS voudrait rappeler que les conventions internationales en la matière ont pour objectif général le bon fonctionnement, aux niveaux national et international, d'un système de gestion de la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes qui suppose de fournir, en toute sécurité et de manière rationnelle, les meilleurs médicaments à un prix abordable aux patients qui en ont besoin et, parallèlement, d'en prévenir le détournement à des fins d'abus.

Le Président de l'Organe international  
de contrôle des stupéfiants



<sup>6</sup>Résolution 66/2 de l'Assemblée générale.

<sup>7</sup>Consultable à l'adresse [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67-RECI/A67\\_2014\\_RECI-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-RECI/A67_2014_RECI-fr.pdf).





# Table des matières

	<i>Pages</i>
Préface .....	<i>iii</i>
Résumé.....	<i>viii</i>
Remerciements.....	<i>xi</i>
<i>Chapitre</i>	
I. Introduction .....	<b>1</b>
A. Le rôle des conventions internationales relatives au contrôle des drogues .....	1
B. La disponibilité des drogues placées sous contrôle international et l'accès à ces substances dans le cadre du droit à la santé et des droits de l'homme.....	2
C. Mesures que l'OICS a prises pour assurer une disponibilité adéquate des drogues .....	4
D. Méthode .....	6
II. Stupéfiants.....	<b>9</b>
A. Offre et demande de matières premières opiacées et d'opioïdes .....	9
B. Disponibilité des analgésiques opioïdes .....	11
C. Obstacles à la disponibilité des stupéfiants .....	28
III. Substances psychotropes .....	<b>37</b>
A. Offre de substances psychotropes visées par la Convention de 1971.....	37
B. Disponibilité des substances psychotropes.....	42
C. Obstacles à la disponibilité des substances psychotropes .....	63
IV. Disponibilité des drogues placées sous contrôle international aux fins du traitement de la dépendance aux opioïdes.....	<b>69</b>
V. Assurer la disponibilité des drogues placées sous contrôle dans les situations d'urgence.....	<b>75</b>
VI. Conclusions et recommandations .....	<b>77</b>
A. Législation et systèmes réglementaires .....	77
B. Système de santé .....	78
C. Des médicaments abordables .....	78
D. Formation des professionnels de la santé.....	79
E. Formation et sensibilisation .....	79
F. Évaluations, prévisions et communication d'informations .....	79
G. Points de référence en matière de consommation de substances placées sous contrôle international ..	80
H. Communauté internationale .....	80
 <i>Annexe*</i>	
Questionnaire envoyé en 2014 aux autorités nationales compétentes des États Membres concernant la disponibilité des substances placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques.....	81

<sup>\*</sup>L'annexe ne figure pas dans la version imprimée du présent rapport, mais elle peut être téléchargée depuis le site Web de l'Organe international de contrôle des stupéfiants ([www.incb.org](http://www.incb.org)).

## Résumé

Indispensables et dûment disponibles à des fins médicales et scientifiques: ces deux principes fondamentaux ont été énoncés dans la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972. Par la suite, les substances psychotropes ont elles aussi été qualifiées d'indispensables à des fins médicales et scientifiques. Dans la Convention sur les substances psychotropes de 1971, les Parties sont également convenues que ces substances ne devraient faire l'objet d'autre restriction injustifiée.

Dans le présent supplément à son Rapport annuel pour 2015, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) analyse l'accès aux stupéfiants et aux substances psychotropes dans le monde. Il examine aussi les caractéristiques et tendances relatives à la consommation, ainsi que les informations communiquées par les États Membres concernant les politiques et pratiques suivies au niveau national en matière de disponibilité de ces substances placées sous contrôle et les obstacles rencontrés à cet égard.

Les Conventions de 1961 et de 1971 énoncent le souci premier qu'à la communauté internationale de protéger la santé physique et morale de l'humanité en mettant à disposition ces substances indispensables à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant le détournement ou l'abus. Elles établissent un régime de contrôle qui poursuit précisément ce double objectif. Plusieurs dizaines d'années après leur entrée en vigueur, ce but essentiel est loin d'être atteint partout dans le monde. Plusieurs instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et toute une série de résolutions de la Commission des stupéfiants, de l'Assemblée mondiale de la Santé et d'organisations intergouvernementales régionales soulignent également à quel point il importe de mettre ces substances à la disposition de ceux qui en ont besoin.

Au fil des ans, l'OICS a appelé l'attention des États Membres sur cet aspect majeur du système international de contrôle des drogues. En 2010, il a publié un rapport intitulé *Disponibilité des drogues placées sous contrôle international: assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques*, dans lequel il faisait le point de la situation mondiale eu égard à la consommation de substances placées sous contrôle international. S'il avait déjà produit des rapports analogues en 1989 et 1995, il étendait en 2010 la portée de son analyse aux substances psychotropes. Cinq ans plus tard, il passe aujourd'hui la situation en revue et présente aux États Membres et à la communauté internationale un bilan actualisé et une série de recommandations visant à faire face au problème de la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes.

## Stupéfiants

Les analgésiques opioïdes tels que la morphine sont indispensables au soulagement de la douleur causée par le cancer, le VIH/sida, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le diabète, l'accouchement, les interventions chirurgicales, les blessures et d'autres états ou affections. L'OICS estime que 92 % de la morphine consommée l'est dans des pays où ne vivent que 17 % de la population mondiale (États-Unis, Canada, pays d'Europe occidentale, Australie et Nouvelle-Zélande). Par ailleurs, 75 % de celle-ci, vivant principalement dans des pays à faible revenu, n'a, au mieux, qu'un accès limité à une prise en charge de la douleur digne de ce nom. Il semble que l'augmentation de la consommation mondiale d'analgésiques opioïdes observée depuis 1991 ait été le fait principalement de l'Amérique du Nord, de l'Europe, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, où l'abus de médicaments soumis à prescription est de plus en plus préoccupant.

Les faibles niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes enregistrés dans certains pays et régions ne paraissent pas découler d'une offre insuffisante de matières premières opiacées et d'opioïdes. Les données dont dispose l'OICS indiquent que la demande mondiale est pleinement satisfaite — et que, d'après les évaluations qui lui ont été soumises, elle devrait continuer de

l'être — par la production mondiale de matières premières opiacées, la fabrication croissante de stupéfiants et les stocks en hausse.

Même si des progrès ont été faits, les niveaux de consommation d'opioïdes restent faibles en Afrique, en Asie, en Amérique centrale et dans les Caraïbes, ainsi que dans certaines parties de l'Amérique du Sud, de l'Europe orientale et du Sud-Est et de quelques petits États insulaires d'Océanie. Si l'on examine la prévalence des problèmes de santé requérant des soins palliatifs, on s'aperçoit qu'il manque souvent, pour y faire face, une infrastructure adéquate de traitement aux opioïdes et de soins palliatifs. Lorsqu'on rapproche les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes des chiffres du cancer, la consommation de ces substances apparaît insuffisante dans certaines parties de l'Afrique, de l'Asie, de l'Amérique centrale et des Caraïbes, de l'Europe orientale et du Sud-Est et de quelques petits États insulaires d'Océanie. Il semble que la disponibilité d'opioïdes destinés à la prise en charge de la douleur causée par le sida soit très insuffisante dans les pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie. Par ailleurs, même en présence de hauts niveaux de consommation à l'échelle nationale, il se peut que l'accès de certains secteurs de la population (populations rurales et défavorisées) à ces substances soit restreint du fait de l'offre limitée de services de soins palliatifs.

Les obstacles à la disponibilité les plus souvent cités par les États Membres concernaient les connaissances ou la formation insuffisantes des professionnels de la santé, la crainte de créer une addiction, les ressources financières limitées, les problèmes d'approvisionnement, les préjugés culturels et la crainte des détournements. La comparaison de ces données avec celles issues de précédentes enquêtes de l'OICS révèle que la crainte de l'addiction et les réglementations contraignantes posent beaucoup moins problème qu'en 1995.

Les connaissances et la formation inadéquates des professionnels de la santé en matière de douleur et de soulagement de celle-ci, de prescription rationnelle et d'usage sûr des analgésiques opioïdes peuvent entraîner une prescription et une administration insuffisantes de ces substances. La crainte de créer une addiction semble être liée à un manque de connaissances et de formation, ainsi qu'à des préjugés culturels. L'accès dépend non seulement de la disponibilité physique et de l'accessibilité pratique des substances, mais aussi de leur prix abordable ou non. Des ressources limitées peuvent restreindre la capacité des gouvernements à fournir des médicaments ou à en subventionner la fourniture et celle des patients à se les procurer. Il se peut aussi que les médicaments soient chers en raison de coûts liés à la réglementation, à un régime de licence, à la taxation, à l'importation, à la médiocrité des systèmes de distribution, à l'absence de remboursement des patients et à la disponibilité limitée de formulations bon marché. Il est possible que les fabricants et les importateurs ou exportateurs ne produisent pas de formulations bon marché de drogues placées sous contrôle international ou n'en importent ou exportent pas s'ils considèrent ne pas pouvoir en tirer de profits suffisants. Enfin, des évaluations non réalistes et des formalités réglementaires par trop fastidieuses, ainsi que des lenteurs dans la chaîne d'approvisionnement, peuvent aussi être causes de pénuries.

L'accès aux substances placées sous contrôle international peut en outre faire l'objet de restrictions injustifiées par crainte de détournements vers les circuits illicites, ainsi que par crainte de poursuites ou de sanctions. Cette dernière peut être exacerbée en cas de législation peu claire ou stigmatisante, de connaissances juridiques insuffisantes au sein des professions de santé, ou de peines sévères applicables aux violations non intentionnelles. Parmi les règles qui vont bien au-delà des exigences posées par les traités relatifs au contrôle des drogues et qui sont susceptibles de décourager la prescription, la dispensation et l'emploi de stupéfiants figurent la courte durée de validité des ordonnances, les formulaires spéciaux de prescription à feuillets multiples, les impératifs coûteux de tenue de registres et l'accès par trop restreint aux formulaires de prescription, aux prescripteurs ou dispensateurs et aux stupéfiants (souvent particulièrement limité en zones rurales). De surcroît, rares sont les pays ou territoires qui autorisent les infirmiers à prescrire des stupéfiants ou le dispensateur à renouveler un traitement en l'absence de nouvelle ordonnance. Ces règles peuvent réduire l'accès aux stupéfiants là où l'infrastructure de soins est insuffisante.

## Substances psychotropes

L'accès aux substances psychotropes semble particulièrement insuffisant ou inadapté dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où, selon les estimations, les quatre cinquièmes environ des personnes nécessitant un traitement pour troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'abus de substances ne le reçoivent pas. En ce qui concerne l'offre et la consommation des substances placées sous contrôle en vertu de la Convention de 1971 et qualifiées par l'Organisation mondiale de la Santé de médicaments essentiels (buprénorphine, diazépam, lorazépam, midazolam et phénobarbital), les situations varient. Les chiffres de la fabrication déclarée et les niveaux de la consommation calculée de buprénorphine destinée au soulagement de la douleur et au traitement de la dépendance aux opioïdes dans le monde ont considérablement augmenté ces 10 dernières années. Si la consommation est très élevée dans certains pays (d'Europe en particulier), le niveau de consommation calculée demeure inférieur à 0,1 S-DDD<sup>8</sup> pour 1 000 habitants et par jour dans la majorité des pays et régions, ce qui dénote un accès insuffisant à ce médicament.

Entre 2004 et 2013, s'agissant des benzodiazépines, les chiffres de la fabrication déclarée ont fluctué en ce qui concerne le midazolam, un sédatif hypnotique, et le diazépam, un anxiolytique, tandis qu'ils sont restés relativement stables pour ce qui est du lorazépam, un anxiolytique également. Au cours de la même période, les taux moyens de consommation de diazépam, de lorazépam et de midazolam à l'échelle mondiale ont diminué respectivement de 20 %, 13,4 % et 0,4 %; les chiffres de la consommation étaient inférieurs à la moyenne mondiale en Afrique et en Asie, ainsi qu'en Océanie en ce qui concerne le lorazépam et le midazolam. La consommation déclarée de phénobarbital, un antiépileptique, a fluctué entre 2004 et 2013, pour chuter vers la fin de la période. La consommation mondiale de cette substance a reculé de 12 %, l'Europe et les Amériques restant les régions où la consommation moyenne était la plus élevée, tandis que l'Asie, l'Afrique et l'Océanie affichaient des chiffres inférieurs à la moyenne mondiale.

De même que dans le cas des stupéfiants, les États Membres ont cité les connaissances et la formation insuffisantes comme premier obstacle à la disponibilité des substances psychotropes. Les problèmes d'approvisionnement, la crainte des détournements et la crainte de poursuites ou de sanctions étaient comparativement plus mentionnés eu égard aux substances psychotropes qu'ils ne l'étaient en rapport avec les stupéfiants. Les décideurs n'accordaient pas toujours aux soins de santé mentale la priorité que ceux-ci méritaient, en particulier lorsque les ressources étaient limitées et que les troubles de la santé mentale et l'usage de substances psychotropes qui y est lié étaient stigmatisés. Certains pays ont aussi signalé que la disponibilité des substances psychotropes se heurtait à des problèmes financiers. En outre, des réglementations excessivement contraignantes restreignaient parfois indûment cette disponibilité.

## Disponibilité de drogues placées sous contrôle international aux fins du traitement de la dépendance aux opioïdes

Une analyse des niveaux de consommation de méthadone et de buprénorphine, ainsi que des services de traitement de substitution aux opiacés, fait apparaître que l'accès à ces services est soit inexistant, soit insuffisant dans les pays où la prévalence de l'usage de drogues par injection est élevée. Cette situation peut être due au fait que l'efficacité de ces services n'est pas reconnue, à une résistance d'ordre culturel, à un manque de moyens économiques ou structurels ou à l'inaction du personnel politique.

---

<sup>8</sup>Dose quotidienne déterminée à des fins statistiques.

## Assurer une disponibilité suffisante des drogues placées sous contrôle international en cas d'urgence

La plupart des stupéfiants et une bonne partie des substances psychotropes placés sous contrôle en vertu des traités internationaux sont indispensables à la pratique de la médecine. Des mesures de contrôle simplifiées ont été conçues pour que les médicaments soumis au contrôle international soient disponibles aux fins des soins médicaux d'urgence. Les autorités nationales compétentes peuvent autoriser l'exportation de telles substances à destination de pays touchés par une situation d'urgence même en l'absence d'autorisations d'importation ou d'évaluations des besoins.

### Recommandations

L'accès déficient et insuffisant aux substances placées sous contrôle international semble être la conséquence d'un manque de formation et de connaissances parmi les professionnels de la santé, les décideurs et la population dans son ensemble (d'où une sous-utilisation, des craintes et une réglementation excessive), de problèmes d'approvisionnement, de ressources limitées et d'une infrastructure inadaptée. Un accès effectif à ces substances n'est pas synonyme d'abus et de détournement, mais un juste milieu doit être trouvé entre, d'une part, le contrôle et, d'autre part, la disponibilité et l'accessibilité.

Pour ce faire, la coopération et l'assistance internationales, l'implication de la collectivité dans son ensemble et l'engagement des gouvernements et des organisations sont indispensables. L'OICS recommande de revoir la législation et les systèmes de réglementation afin d'en supprimer les dispositions excessivement contraignantes tout en empêchant les détournements et en facilitant l'accès aux substances, par exemple en autorisant un ensemble plus vaste de professionnels de la santé à prescrire des médicaments contenant des substances placées sous contrôle international lorsque c'est nécessaire. Toute infrastructure adaptée et dotée des ressources voulues doit permettre d'assurer la mise à disposition et la distribution de stupéfiants et de substances psychotropes, y compris en zones rurales. Les financements publics et les régimes de remboursement peuvent contribuer, en plus de la mise sur le marché par les entreprises pharmaceutiques de formulations à un prix abordable, à faire tomber les obstacles financiers. L'amélioration de la formation des professionnels de la santé et une sensibilisation accrue au sujet peuvent réduire les craintes, les idées fausses, la stigmatisation et les préjugés qui entravent l'accès aux substances placées sous contrôle international et leur emploi, tout en limitant les détournements et l'abus. Enfin, il convient de donner aux autorités nationales compétentes plus de moyens, et de renforcer ceux dont elles disposent, pour établir des évaluations et prévisions exactes des besoins en ces substances.

### Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration du présent rapport. L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) exprime ses vifs remerciements à tous ceux qui, de différentes manières, ont apporté des éléments, des suggestions, des idées, des informations et des données lui ayant permis de se représenter plus précisément la situation.

Il tient à remercier plus particulièrement les personnes et organisations suivantes:

Stefano Berterame, Beate Hammond, Juliana Erthal, Levent Canturk, Nabil Katkhouda, Francis Chazhoor, Johnny Thomas, Janna Shrestha et Mina Balooch, de la Section du contrôle des stupéfiants et des évaluations du secrétariat de l'OICS, ainsi que Vera Skruzny et Sarah Fellner, stagiaires à la Section.

Eva Fernandez-Santis, Hanifa Rebbani, Ha Fung Cilla Ng, Darmen Zhumadil, Paramita Doubek et Lilian Sandouk, de la Section du contrôle des substances psychotropes, ainsi que Daniela Ettehad et Stefano Ricci, stagiaires à la Section.

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime: Section du VIH/sida et Section de la prévention, du traitement et de la réadaptation du Service de la prévention de la toxicomanie et de la santé; et Section des statistiques et des enquêtes du Service de la recherche et de l'analyse des tendances.

Organisation mondiale de la Santé: Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale; Département Santé mentale et abus de substances psychoactives; Médicaments essentiels et produits de santé; et Centre international de recherche sur le cancer.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

Union internationale contre le cancer, Worldwide Palliative Care Alliance, International Association for Hospice and Palliative Care, McCabe Centre for Law and Cancer, Pain and Policies Study Group et Human Rights Watch.

L'OICS tient également à remercier ses anciens membres qui ont consacré du temps et de l'énergie à l'élaboration de ce rapport: Galina Korchagina, Lochan Naidoo et Rajat Ray.

Ses membres sont actuellement les suivants:

Werner Sipp, Président

Sri Suryawati, Première Vice-Présidente

Jagjit Pavadia, Deuxième Vice-Présidente et Présidente du Comité permanent des évaluations

Bernard Leroy, Rapporteur

Alejandro Mohar Betancourt, Vice-Président du Comité permanent des évaluations

Raymond Yans, Président du Comité des questions financières et administratives

Wei Hao, Membre du Comité permanent des évaluations et du Comité des questions financières et administratives

Richard P. Mattick, Membre du Comité permanent des évaluations

Ahmed Kamal Eldin Samak, Membre du Comité permanent des évaluations

Viroj Sumyai, Membre du Comité permanent des évaluations

Jallal Toufiq, Membre du Comité permanent des évaluations

David T. Johnson, Membre du Comité des questions financières et administratives

Francisco E. Thoumi, Membre du Comité des questions financières et administratives

# Chapitre premier

## Introduction

1. “Pharmakon” signifie “drogue” en grec ancien. Ce mot est fréquemment traduit par “remède” ou “poison”, même s’il a aussi d’autres significations qui ne correspondent pas exactement à ces deux sens principaux.

2. Ce double sens illustre bien le problème auquel de nombreuses cultures et sociétés se sont heurtées au cours de l’histoire s’agissant de drogues. Certaines substances présentes dans la nature ou, pour d’autres apparues plus récemment, synthétisées à partir de substances naturelles ou artificielles ont le pouvoir de traiter ou de soulager des problèmes de santé. Leur usage est donc largement répandu. Toutefois, absorbées en quantités dépassant une certaine limite, elles peuvent produire des effets néfastes et nuire à la santé de la personne qui les consomme. Elles peuvent en outre avoir des conséquences fâcheuses sur la famille du consommateur et sur la collectivité d’une manière plus générale.

3. Trouver le subtil équilibre entre “remède” et “poison” est un problème qui se pose de longue date dans nombre de sociétés. C’est celui qui a donné lieu à la mise en place du régime international de contrôle des drogues, comme il ressort de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972<sup>10</sup> et de la Convention sur les substances psychotropes de 1971<sup>11</sup>. Dans le préambule de ces textes, les Parties ont exprimé le souci premier qu’avait la communauté internationale de protéger la santé physique et morale de l’humanité en veillant à ce que ces substances indispensables soient disponibles aux fins médicales et scientifiques mais ne fassent

l’objet d’aucun détournement ou abus. Les conventions ont établi un régime de contrôle qui sert ce double objectif.

### A. Le rôle des conventions internationales relatives au contrôle des drogues

4. Tout en reconnaissant que la toxicomanie était un fléau pour l’individu et constituait un danger économique et social pour l’humanité, les Parties à la Convention de 1961 ont expressément reconnu que “l’usage médical des stupéfiants demeure[ait] indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues [devaient] être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin”.

5. De même, tout en se déclarant préoccupées par le problème de santé publique et le problème social qui résultaient de l’abus de certaines substances psychotropes et déterminées à prévenir et à combattre l’abus de ces substances et le trafic illicite auquel il donnait lieu, les Parties à la Convention de 1971 ont reconnu que “l’utilisation des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques [était] indispensable et que la possibilité de se procurer des substances à ces fins ne devrait faire l’objet d’aucune restriction injustifiée”.

6. Depuis l’entrée en vigueur des trois conventions internationales relatives au contrôle des drogues<sup>12</sup>, ces

<sup>9</sup>Michael Rinella, *Pharmakon: Plato, Drug Culture, and Identity in Ancient Athens* (Lexington Books, 2010).

<sup>10</sup>Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 976, n° 14152.

<sup>11</sup>Ibid., vol. 1019, n° 14956.

<sup>12</sup>Le troisième de ces instruments est la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 (Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1582, n° 27627), qui porte plus particulièrement sur les mesures visant le trafic illicite.

principes ont été réaffirmés dans différentes résolutions adoptées par la Commission des stupéfiants puis par le Conseil économique et social. Il y a peu, la Commission a adopté les résolutions 53/4 et 54/6<sup>13</sup>, qui visent à favoriser une disponibilité suffisante de substances placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur abus. Dans la première, elle décidait, entre autres, d'inscrire à son ordre du jour un point consacré spécifiquement à l'examen des obstacles qui limitent cette disponibilité et des mesures à prendre pour empêcher le détournement et l'abus de ces substances.

7. L'importance de la mise à disposition des drogues placées sous contrôle international aux fins médicales et scientifiques est également mentionnée dans la Déclaration politique et le Plan d'action de 2009 sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue<sup>14</sup> et dans la Déclaration ministérielle conjointe issue de l'examen de haut niveau auquel la Commission des stupéfiants a procédé en 2014 sur l'application par les États Membres de la Déclaration politique et du Plan d'action<sup>15</sup>.

## B. La disponibilité des drogues placées sous contrôle international et l'accès à ces substances dans le cadre du droit à la santé et des droits de l'homme

8. La nécessité d'avoir accès aux médicaments essentiels est également mise en avant dans d'autres instruments juridiques internationaux<sup>16</sup>, en relation avec la notion de droit à la santé énoncée à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>17</sup>:

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la

<sup>13</sup>Voir E/2010/28-E/CN.7/2010/18, chap. I, sect. C, et E/2011/28-E/CN.7/2011/15, chap. I, sect. C, respectivement.

<sup>14</sup>Voir *Documents officiels du Conseil économique et social, 2009, Supplément n° 8 (E/2009/28)*, chap. I, sect. C.

<sup>15</sup>Voir *ibid.*, 2014, *Supplément n° 8 (E/2014/28)*, chap. I, sect. C.

<sup>16</sup>Christopher Hallam, "The international drug control regime and access to controlled medicines", Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 26, Transnational Institute and International Drug Policy Consortium (décembre 2014).

<sup>17</sup>Résolution 217 A (III) de l'Assemblée générale.

sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

9. Le préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme mentionne également "la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables". Le droit à la santé a été considéré pour la première fois comme faisant partie intégrante des droits fondamentaux en 1946, dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dont le préambule pose que "la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Ce préambule précise également:

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

10. Le droit à la santé a en outre été reconnu comme un droit fondamental en 1966, dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>18</sup>.

11. Dans le rapport qu'il a adressé au Conseil des droits de l'homme à sa septième session, le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants déclarait:

Le déni d'accès de facto aux antalgiques ou analgésiques, s'il se traduit par des douleurs et des souffrances sévères, constitue une peine ou un traitement inhumain ou dégradant.

Il ajoutait:

Étant donné que l'impossibilité d'accéder aux traitements de la douleur et aux analgésiques opioïdes pour les patients qui en ont besoin risque de constituer un traitement cruel, inhumain et dégradant, toutes les mesures devraient être prises pour assurer le plein accès aux traitements et pour lever les obstacles résultant actuellement de la réglementation, de l'éducation et des comportements afin de permettre à ces patients d'accéder pleinement aux soins palliatifs<sup>19</sup>.

12. De même, dans un rapport publié en 2011<sup>20</sup>, Human Rights Watch estimait que, selon le droit international des

<sup>18</sup>Résolution 2200 A (XXI) de l'Assemblée générale, annexe.

<sup>19</sup>A/HRC/10/44, par. 72 et 74 e.

<sup>20</sup>Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right* (2011).



droits de l'homme, "les gouvernements ont l'obligation d'agir face aux souffrances inutiles qui sont couramment causées par la disponibilité insuffisante de soins palliatifs dans le monde".

13. Outre les conventions internationales relatives au contrôle des drogues et les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, la communauté internationale a conçu toute une série d'instruments juridiques au sein de l'Assemblée mondiale de la Santé.

14. Par ailleurs, l'OMS a dressé une liste des médicaments essentiels qui doivent répondre aux besoins prioritaires de la population en matière de santé et qui sont sélectionnés compte tenu de la prévalence des maladies, des preuves de leur efficacité et de leur innocuité, et de leur rapport coût-efficacité<sup>21</sup>. Plusieurs stupéfiants et substances psychotropes placés sous contrôle international figurent sur cette liste et sont donc considérés comme essentiels pour répondre aux besoins de santé prioritaires de la population.

15. Dans sa résolution WHA55.14 de 2002, sur l'accès aux médicaments essentiels, l'Assemblée mondiale de la Santé invitait instamment les États Membres:

à réaffirmer leur volonté de développer l'accès aux médicaments et de traduire cet engagement par une réglementation spécifique au niveau des pays, en particulier par l'application d'une politique pharmaceutique nationale et l'établissement d'une liste des médicaments essentiels fondée sur des données factuelles et se référant à la liste modèle de l'OMS, ainsi que par des activités destinées à encourager une politique pharmaceutique, l'accès aux médicaments ainsi que leur qualité et leur usage rationnel dans le système de santé national et à réaffirmer, dans le cadre de la politique pharmaceutique nationale, le concept OMS de médicaments essentiels, c'est-à-dire de médicaments correspondant aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé, en reflétant aussi la disponibilité, la qualité, les prix et la possibilité de les fournir et en insistant de nouveau sur les données factuelles nécessaires pour un débat national.

16. Dans cette même résolution, l'Assemblée mondiale de la Santé priait le Directeur général de l'OMS "d'explorer toutes les voies diplomatiques et politiques pour surmonter les obstacles à l'accès aux médicaments essentiels, en collaborant avec les États Membres pour mettre ces

médicaments à la disposition de ceux qui en ont besoin à un prix abordable".

17. Dans sa résolution WHA58.22 de 2005, sur la prévention et la lutte anticancéreuses, elle invitait instamment les États Membres à "assurer la disponibilité à des fins médicales d'analgésiques opioïdes conformément aux traités internationaux et aux recommandations de l'OMS et de l'Organe international de contrôle des stupéfiants et dans le cadre d'un système efficace de surveillance et de contrôle". Elle y priait en outre le Directeur général de l'OMS "d'examiner conjointement avec l'Organe international de contrôle des stupéfiants la possibilité de disposer d'un mécanisme d'assistance propre à faciliter le traitement satisfaisant de la douleur à l'aide d'analgésiques opioïdes".

18. Plus récemment, le 24 mai 2014, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA67.19, sur le renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément du traitement intégré à toutes les étapes de la vie<sup>22</sup>, dans laquelle elle estimait que les besoins en soins palliatifs continueraient de croître, en partie du fait de la progression des maladies non transmissibles et du vieillissement des populations partout dans le monde.

19. S'agissant des soins palliatifs, l'organisation Human Rights Watch précisait dans son rapport intitulé *Global State of Pain Treatment*:

Selon le droit international des droits de l'homme, les gouvernements doivent assurer l'égalité de tous devant le droit à la santé et prendre des mesures raisonnables pour protéger tout le monde contre les traitements inhumains et dégradants. En conséquence, les politiques de santé devraient répondre aux besoins des personnes qui nécessitent des soins palliatifs; les professionnels de la santé devraient posséder au moins des connaissances et compétences élémentaires en la matière; les médicaments tels que la morphine devraient être disponibles dans tout le pays; et la réglementation relative aux drogues ne devrait pas empêcher les patients souffrant de douleurs fortes d'obtenir un traitement adapté. L'absence de mesures allant dans ce sens entraînerait probablement une violation du droit à la santé.

<sup>21</sup>Organisation mondiale de la Santé, définition des "médicaments essentiels" disponible (en anglais) à l'adresse [www.who.int/medicines/services/essmedicines\\_def](http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def) (page consultée le 22/09/2014).

<sup>22</sup>L'OMS définit les soins palliatifs comme "une approche qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille lorsqu'ils sont confrontés aux problèmes inhérents à une maladie potentiellement mortelle, et consiste à prévenir et à soulager la souffrance en identifiant précocement et en évaluant et traitant correctement la douleur et d'autres problèmes, qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels". Disponible en anglais à l'adresse [www.who.int/cancer/palliative/definition](http://www.who.int/cancer/palliative/definition) (page consultée le 22/09/2014).

20. Par ailleurs, le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020 que l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en mai 2013 mentionne les soins palliatifs dans les options proposées aux États Membres pour réduire les souffrances causées par ces maladies.

21. La Déclaration mondiale sur le cancer de 2013, adoptée par des acteurs concernés du monde entier à l'initiative de l'Union internationale contre le cancer et dans le prolongement du Plan d'action mondial, vise à réduire considérablement les décès prématurés dus au cancer et à améliorer la qualité de vie et le taux de survie des patients touchés. Elle comporte neuf objectifs à atteindre avant la fin de 2025, dont l'un consiste à assurer une disponibilité universelle des services de prise en charge de la douleur et de la souffrance.

22. La Déclaration énumère aussi diverses mesures que toutes les parties prenantes, en particulier les gouvernements, devraient prendre pour se rapprocher de ces objectifs. Elle les engage notamment à :

- Faire le nécessaire pour lever les obstacles à une prise en charge optimale de la douleur;
- Collaborer avec tous acteurs concernés, dont les gouvernements, la société civile et les entités intéressées du secteur privé, pour remédier à la surréglementation des antidouleurs;
- Coopérer avec les organismes internationaux, dont l'OMS, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) pour que les conventions internationales relatives au contrôle des drogues soient appliquées à l'échelle mondiale de telle sorte qu'un équilibre soit trouvé entre la disponibilité des médicaments antidouleurs destinés aux patients atteints du cancer et la prévention du mésusage de ces médicaments.

23. Un certain nombre d'organisations régionales ont elles aussi souligné l'importance que revêtait la disponibilité de drogues placées sous contrôle international pour la médecine. Dans sa stratégie antidrogue pour la période 2013-2020, l'Union européenne considère la nécessité d'assurer et d'améliorer l'accès aux médicaments délivrés sur ordonnance comme l'un des nouveaux défis apparus ces dernières années<sup>23</sup>. En 2012, les ministres de l'Union africaine chargés de la lutte contre la drogue réunis en conférence ont adopté une position commune sur les substances placées sous contrôle et l'accès aux

médicaments destinés à la prise en charge de la douleur. Cette position a été transcrite dans le Plan d'action de l'Union africaine sur la lutte contre la drogue (2013-2017), qui compte parmi ses principaux objectifs le renforcement des capacités à faciliter la circulation licite des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques. Au nombre des produits clefs devant permettre d'atteindre cet objectif figure la levée des obstacles limitant la disponibilité des stupéfiants placés sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques<sup>24</sup>. De son côté, la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'Organisation des États américains a adopté, à sa quarante-septième session, une Stratégie panaméricaine de lutte contre la drogue dans laquelle elle indique :

Les mesures de contrôle prises pour limiter l'usage des stupéfiants aux seules fins médicales et scientifiques devraient également permettre de veiller à la disponibilité voulue de ces substances. On parle de disponibilité lorsqu'une substance se trouve en quantités suffisantes et qu'elle est accessible conformément aux traités internationaux<sup>25</sup>.

### C. Mesures que l'OICS a prises pour assurer une disponibilité adéquate des drogues

24. Cela fait plus de cinquante ans que la communauté internationale s'est donné pour objectif d'assurer une disponibilité adéquate, sans restrictions injustifiées, des drogues placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques, et il faut avouer que, s'agissant de la mise en œuvre des dispositions des Conventions de 1961 et de 1971 au niveau national, tous les pays ne sont pas parvenus à élaborer en matière de distribution de ces substances des politiques et procédures administratives qui reposent sur cet objectif fondamental.

25. En devenant parties aux conventions internationales relatives au contrôle des drogues, les États s'obligent à en incorporer les dispositions dans leur législation nationale et à les appliquer. L'OICS est l'organe qui a été établi par la Convention de 1961 pour vérifier si les gouvernements respectent ces conventions et pour leur apporter un appui à cet égard.

<sup>23</sup>Stratégie antidrogue de l'Union européenne (2013-2020), *Journal officiel de l'Union européenne*, C 402/1, 29 décembre 2012.

<sup>24</sup>Plan d'action de l'Union africaine sur la lutte contre la drogue (2013-2017) présenté pour examen par la cinquième session de la Conférence des ministres de l'Union africaine en charge de la lutte contre la drogue.

<sup>25</sup>Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'Organisation des États américains, Stratégie panaméricaine de lutte contre la drogue (adoptée le 3 mai 2009), par. 37.

26. Conformément à l'article 9 de la Convention de 1961, l'OIICS a pour mission d'assurer la disponibilité des stupéfiants aux fins médicales et scientifiques. Il est mieux placé que quiconque pour surveiller la culture des plantes nécessaires ainsi que la production, la fabrication, l'importation, l'exportation et la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes.

27. Au fil des ans, il a rappelé aux gouvernements les obligations qui leur incombent en la matière. Il a fait part à plusieurs reprises des préoccupations que lui inspiraient les niveaux disparates et inadéquats qui étaient enregistrés dans le monde s'agissant de l'accès aux substances placées sous contrôle aux fins médicales et scientifiques. Il a maintes fois soulevé ce problème dans ses rapports annuels et y a consacré plusieurs rapports spéciaux.

28. Dans sa résolution 1989/15 du 22 mai 1989, le Conseil économique et social a prié l'OIICS "d'évaluer, dans diverses régions du monde, les besoins légitimes d'opiacés qui n'[avaient] pu être satisfaits [jusque-là] du fait de carences d'ordre sanitaire, d'une situation économique difficile ou pour d'autres raisons". Comme suite à cette demande, l'OIICS a établi un rapport spécial intitulé *Demande et offre des opiacés pour les besoins médicaux et scientifiques*<sup>26</sup>.

29. Dans ce rapport, il parvenait à la conclusion que les besoins médicaux en opiacés, notamment pour soulager la douleur cancéreuse, n'étaient pas pleinement satisfaits. Il recommandait aux gouvernements:

- D'examiner de très près leurs méthodes d'évaluation des besoins nationaux en opiacés à des fins médicales ainsi que de collecte et d'analyse de données, de façon que ces évaluations traduisent les besoins réels;
- De déterminer la mesure dans laquelle les systèmes de santé et les lois et règlements permettaient l'utilisation des opiacés à des fins médicales;
- D'évaluer les obstacles à cette utilisation;
- De mettre au point des plans d'action pour faciliter l'offre et la disponibilité de ces substances pour toutes les indications pertinentes.

30. Dans ses résolutions 1990/31 et 1991/43, le Conseil économique et social a prié l'OIICS de s'attacher en priorité à surveiller la mise en œuvre de ces recommandations. En 1994, l'OIICS a évalué l'utilité des conventions dans un supplément à son rapport annuel intitulé *Efficacité des traités*

*internationaux relatifs au contrôle des drogues*<sup>27</sup>. Il concluait que l'objectif des traités consistant à assurer une offre adéquate de stupéfiants, en particulier d'opiacés utilisés à des fins médicales, n'avait pas été universellement atteint.

31. En 1995, il a établi un autre rapport spécial, intitulé *Disponibilité des opiacés pour les besoins médicaux*<sup>28</sup>, dans lequel il constatait que la plupart des gouvernements n'avaient pas répondu au questionnaire qu'il leur avait adressé en vue de se faire une idée de la suite donnée aux recommandations de 1989, mais jugeait que celles-ci étaient loin d'avoir été appliquées, même si certains gouvernements avaient pris des mesures. Il formulait une nouvelle série de recommandations à l'intention des gouvernements, du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, de la Commission des stupéfiants, de l'OMS, des organisations internationales et nationales sanitaires, humanitaires et de contrôle des drogues, des établissements d'enseignement et des organisations non gouvernementales du secteur de la santé, dont l'Association internationale pour l'étude de la douleur et d'autres.

32. L'OIICS a ensuite fait porter le premier chapitre de son rapport annuel pour 1999 sur la disponibilité des analgésiques narcotiques. Puis, comme certains pays signalaient une consommation excessive de substances placées sous contrôle international, qui entraînait un abus de médicaments soumis à prescription et d'autres problèmes connexes, il a consacré le premier chapitre de son rapport annuel pour 2000 à la surconsommation de ces substances et recommandé l'adoption d'une approche équilibrée en la matière.

33. Pour déterminer si les pays ont amélioré le niveau de disponibilité ou s'ils sont au moins conscients du problème et ont l'intention d'y remédier, l'OIICS peut analyser les évaluations des besoins en stupéfiants que ceux-ci sont tenus de lui communiquer. Il prend régulièrement contact avec les pays qui ne présentent pas d'évaluations ou dont les évaluations sont particulièrement basses afin de s'assurer que la disponibilité des opioïdes destinés au traitement de la douleur y est suffisante. Cette pratique est devenue systématique en novembre 1999, lorsque l'OIICS a commencé à recenser certains groupes de pays qui présentaient un faible niveau de consommation d'analgésiques opioïdes (principalement de morphine) et d'autres caractéristiques communes. Il a porté la question à l'attention des gouvernements à plusieurs reprises, dans des lettres circulaires envoyées à tous les pays et des lettres adressées spécifiquement à certains d'entre eux. En août 2001, le

<sup>26</sup>E/INCB/1989/1/Supp.

<sup>27</sup>E/INCB/1994/1/Supp.1.

<sup>28</sup>E/INCB/1995/1/Supp.1.

Président de l'OIICS et celui du Groupe des Nations Unies pour le développement ont écrit une lettre conjointe à tous les coordonnateurs résidents du système des Nations Unies au niveau national, les priant notamment d'être attentifs à la sous-consommation et à l'insuffisance de médicaments disponibles pour le traitement de la douleur forte dans de nombreux pays en développement.

34. Ils ont réitéré leur demande en février 2005, dans une nouvelle lettre conjointe. En avril 2006, le Président de l'OIICS a adressé à tous les pays une lettre dans laquelle il soulignait les difficultés qu'éprouvaient les patients qui en avaient besoin à se procurer des stupéfiants et des substances psychotropes, et encourageait les gouvernements à prendre des mesures pour que l'utilisation rationnelle des médicaments fasse partie des sujets inscrits au programme d'étude des facultés concernées des universités.

35. En 2010, l'OIICS a publié son rapport intitulé *Disponibilité des drogues placées sous contrôle international: assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques*, dans lequel il analysait la situation mondiale en matière de consommation de substances placées sous contrôle international, en étendant son étude aux substances psychotropes.

36. Une fois de plus, l'OIICS énumérait dans ce rapport les principaux obstacles à une disponibilité adéquate des drogues et formulait des recommandations précises à l'intention de divers acteurs. Il constatait qu'en réponse à de précédentes recommandations touchant à la disponibilité des stupéfiants, beaucoup de gouvernements avaient revu à la hausse les évaluations de leurs besoins annuels de manière à pouvoir répondre à la demande du secteur médical, adopté des politiques nationales propres à améliorer l'usage médical des stupéfiants, soutenu des programmes éducatifs et examiné si leurs systèmes de soins de santé, lois et réglementations faisaient obstacle à cette disponibilité.

37. Il notait des améliorations dans de nombreux pays en ce qui concernait l'offre de certains stupéfiants et substances psychotropes, mais s'inquiétait des aggravations relevées ailleurs. Si les avancées les plus importantes étaient enregistrées dans les pays très industrialisés, les reculs étaient observés essentiellement dans les régions qui affichaient les niveaux les plus faibles de disponibilité des drogues placées sous contrôle international. L'OIICS concluait que, malgré les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs visés par les conventions, assez peu de pays disposaient d'un système satisfaisant de gestion de l'offre et de mécanismes permettant une évaluation fiable des besoins fondée sur des données factuelles ainsi qu'un accès équitable à des médicaments au prix abordable.

38. Il pointait les carences de la gestion de l'offre de médicaments, qui étaient toujours dues à un manque de ressources financières, à une infrastructure inadaptée, au faible rang de priorité accordé aux soins de santé, au manque d'autorité du gouvernement, à l'insuffisance de l'enseignement et de la formation professionnelle et à des connaissances dépassées, facteurs qui, conjugués, nuisaient à la disponibilité non seulement des substances soumises à contrôle, mais aussi de tous les autres médicaments.

39. En 2012, un *Guide sur l'évaluation des besoins de substances placées sous contrôle international*<sup>29</sup> a été publié, qui voulait donner aux autorités nationales compétentes des outils pratiques leur permettant de mieux évaluer leurs besoins nationaux.

40. À sa cent huitième session, en novembre 2013, l'OIICS a décidé d'établir un rapport spécial qui serait publié en 2016 comme supplément à son rapport annuel pour 2015 et qui porterait plus particulièrement sur l'application par les gouvernements des recommandations qu'il avait formulées dans son rapport de 2010 intitulé *Disponibilité des drogues placées sous contrôle international: assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques*.

41. Rédigé comme suite à cette décision, le présent rapport brosse un tableau actualisé de la situation en matière de disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques par comparaison avec 2010.

## D. Méthode

### 1. Données relatives à la consommation

42. Les données que les pays communiquent à l'OIICS éclairent un aspect de la question de la disponibilité, à savoir les quantités de substances dont les autorités nationales compétentes estiment qu'elles seront consommées et dont elles déclarent qu'elles l'ont été. De tels chiffres existent pour un grand nombre de pays sur plusieurs années. Cela étant, la qualité de l'information variant d'un pays à l'autre, ils ne sont pas toujours fiables, même si l'OIICS peut les vérifier à l'aide des données qui figurent dans les notifications d'exportation et d'importation. Pour évaluer la consommation, l'OIICS l'exprime en "doses

<sup>29</sup>Organe international de contrôle des stupéfiants et Organisation mondiale de la Santé, *Guide sur l'évaluation des besoins de substances placées sous contrôle international* (New York, 2012).

quotidiennes déterminées à des fins statistiques”, ce qui lui permet de juger du degré de sur- ou sous-prescription.

43. Le terme “doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques” (S-DDD) remplace le terme “doses quotidiennes déterminées” que l’OICS employait précédemment. La dose quotidienne déterminée à des fins statistiques est une unité technique de mesure destinée à l’analyse statistique, et non une dose qu’il serait recommandé de prescrire. Cette définition, non dénuée de tout arbitraire, prend acte du fait qu’il n’existe pas de dosage standard convenu sur le plan international pour les stupéfiants et les substances psychotropes, que ces drogues sont utilisées pour différents traitements ou selon différentes pratiques médicales, et que les S-DDD doivent donc être considérées comme une unité de mesure indicative servant à comparer les niveaux de consommation dans différents pays. S’agissant des stupéfiants, les niveaux de consommation exprimés en S-DDD par million d’habitants et par jour sont calculés comme suit: on déduit de la consommation annuelle la quantité utilisée pour la fabrication de préparations inscrites au Tableau III de la Convention de 1961, et on divise par 365 jours; on divise ensuite le résultat obtenu par le nombre d’habitants, en millions, que comptait le pays ou territoire au cours de l’année considérée, puis par la valeur de la dose quotidienne déterminée fixée pour chaque substance<sup>30</sup>.

44. La Convention de 1971 ne prévoyant pas la communication à l’OICS de données relatives à la consommation des substances psychotropes, celui-ci calcule chaque année les niveaux de consommation à partir des statistiques que les gouvernements lui fournissent au sujet de la fabrication, de l’usage industriel, des stocks et des échanges internationaux. Il exprime cette consommation en S-DDD pour 1 000 habitants et par jour. Par ailleurs, il a retenu aux fins du présent rapport des moyennes sur trois ans, afin de tenir compte de la non-présentation occasionnelle de statistiques annuelles et de la pratique suivie par certains gouvernements, qui ne fabriquent et n’importent de substances psychotropes que de manière intermittente lorsque leurs stocks leur permettent de couvrir les besoins internes pendant plusieurs années.

45. L’analyse de la disponibilité des substances psychotropes proposée dans le présent rapport se fonde sur les niveaux de consommation de groupes entiers de substances. Ces niveaux de consommation exprimés en S-DDD sont calculés comme suit: on ajoute à la quantité

<sup>30</sup>Il se peut que, pour certains pays, la consommation calculée en S-DDD pour la période 2001-2003 excède celle des périodes successives vu qu’il était alors difficile de faire la distinction entre les quantités d’opioïdes consommées aux fins du soulagement de la douleur et celles utilisées pour fabriquer des préparations inscrites au Tableau III de la Convention de 1961.

fabriquée les stocks détenus à la fin de l’année précédente, puis on en déduit les quantités exportées et celles utilisées à des fins industrielles, ainsi que les stocks détenus à la fin de l’année considérée, et on divise par 365 jours; le résultat obtenu est ensuite divisé par le nombre d’habitants, en milliers, que comptait le pays ou territoire au cours de l’année considérée, puis par la valeur de la dose quotidienne déterminée. Certains niveaux élevés de consommation calculée peuvent s’expliquer par une augmentation de la fabrication de substances destinées à être exportées, associée éventuellement à un défaut de déclaration des exportations, des stocks des fabricants ou d’importants stocks détenus par les grossistes.

46. L’OICS a déterminé les niveaux de consommation qu’il jugeait insuffisants (consommation d’analgésiques opioïdes se situant entre 100 et 200 S-DDD par million d’habitants et par jour) ou très insuffisants (100 S-DDD ou moins). Il n’a toutefois pas encore fixé de tels niveaux pour les substances psychotropes.

47. Il n’a pas tenu compte de la méthadone ni de la buprénorphine dans son analyse de la consommation d’analgésiques opioïdes exprimée en S-DDD considérant qu’il ne pouvait pas distinguer l’usage visant le soulagement de la douleur de celui visant le traitement de la toxicomanie.

## 2. Enquête auprès des États Membres

48. Au troisième trimestre de 2014, l’OICS a envoyé des questionnaires — l’un portant sur les stupéfiants, l’autre sur les substances psychotropes — aux autorités nationales compétentes pour leur demander des informations sur la disponibilité des drogues placées sous contrôle international aux fins médicales et scientifiques. Au total, 107 pays et territoires<sup>31</sup>, où vivent 75 % de la population

<sup>31</sup>Afrique du Sud, Algérie, Allemagne, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bélarus, Belgique, Belize, Bénin, Bhoutan, Bolivie (État plurinational de), Bosnie-Herzégovine, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burundi, Cabo Verde, Canada, Chili, Chine, Chypre, Colombie, Costa Rica, Côte d’Ivoire, Croatie, Danemark, Dominique, Égypte, El Salvador, Équateur, Espagne, Estonie, États-Unis d’Amérique, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Ghana, Guatemala, Guinée-Bissau, Haïti, Honduras, Hongrie, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d’), Iraq, Irlande, Jamaïque, Jordanie, Kazakhstan, Kirghizistan, Koweït, Lettonie, Liban, Libéria, Lituanie, Malaisie, Malte, Maroc, Mexique, Micronésie (États fédérés de), Myanmar, Namibie, Nicaragua, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Ouzbékistan, Palaos, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Qatar, République arabe syrienne, République de Corée, République de Moldova, République tchèque, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d’Irlande du Nord, Sainte-Lucie, Sénégal, Serbie, Sierra Leone, Slovaquie, Suède, Suisse, Swaziland, Tadjikistan, Togo, Tunisie, Turkménistan, Turquie, Ukraine, Vanuatu, Venezuela (République bolivarienne du) et Zimbabwe, ainsi que Bermudes; Hong Kong (Chine); Macao (Chine); Montserrat; Nouvelle-Calédonie; et Sainte-Hélène.

mondiale, ont répondu et fourni d'importantes informations qui sont commentées dans le présent rapport.

### 3. Autres sources d'information

49. Si l'OICS a besoin des données qui lui sont communiquées pour mesurer (en S-DDD) les résultats obtenus par les pays en termes de disponibilité des drogues placées sous contrôle international à des fins médicales, il doit aussi prendre en compte d'autres sources d'informations pour évaluer la situation. Ainsi, il a également analysé des données relatives aux états de santé pris en charge au moyen de telles drogues afin de rapprocher les chiffres de la consommation déclarée de ceux de la prévalence de problèmes de santé donnés.

50. L'OMS et l'organisation Worldwide Palliative Care Alliance l'ont renseigné sur les états de santé nécessitant des soins palliatifs et sur le niveau de développement de

ces services. Le Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS lui a fourni des données fondamentales tirées de sa base GLOBOCAN sur la prévalence du cancer. Des informations sur la prévalence du sida lui sont parvenues du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). L'ONU DC l'a renseigné sur le nombre d'usagers de drogue par injection, qui lui a ensuite servi à mesurer la disponibilité spécifique des drogues placées sous contrôle international et utilisées dans le traitement de la dépendance aux opioïdes (méthadone et buprénorphine), comparée au nombre de personnes susceptibles de suivre un tel traitement.

51. En outre, différentes organisations de la société civile représentant les patients, les familles, les professionnels de la santé et d'autres parties prenantes ont aussi communiqué des données et des informations, et donné leur avis. Des chercheurs ont fait part d'analyses et de réflexions.

# Chapitre II

## Stupéfiants

### A. Offre et demande de matières premières opiacées et d'opioïdes

52. La mauvaise répartition de la consommation d'analgésiques opioïdes dans le monde n'est pas due à une offre insuffisante de matières premières et d'opioïdes. Bien au contraire, l'OICS s'inquiète de ce que la production de ces substances augmente alors que la consommation n'évolue pas en conséquence, ce qui conduit à un accroissement des stocks.

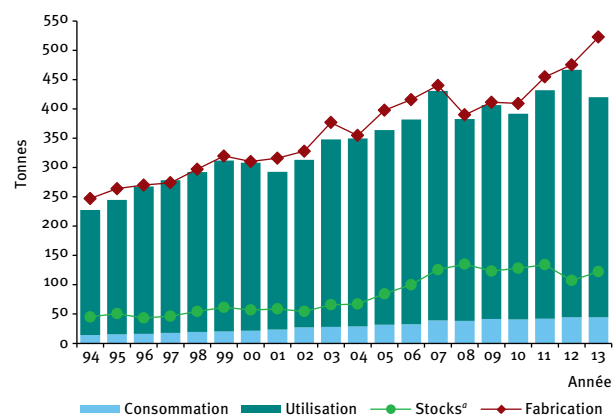
53. Les opiacés consommés par des patients qui suivent un traitement médical proviennent de matières premières opiacées (opium, paille de pavot et concentré de paille de pavot). Pour que les opiacés utilisés à des fins médicales et scientifiques soient disponibles en quantités adéquates, il est par conséquent indispensable d'assurer la disponibilité des matières premières requises pour leur fabrication.

54. Conformément à la Convention de 1961 et aux résolutions pertinentes de la Commission des stupéfiants et du Conseil économique et social, l'OICS examine régulièrement les faits nouveaux qui ont des incidences sur l'offre et la demande de matières premières opiacées. Il s'attache, en coopération avec les gouvernements, à maintenir un équilibre durable entre l'offre et la demande. Pour que la disponibilité d'opiacés à des fins médicales et scientifiques soit assurée en cas de chute inattendue de la production due, par exemple, à des conditions météorologiques défavorables dans les pays producteurs, il faudrait que les stocks mondiaux de matières premières soient tels qu'ils permettent de satisfaire la demande mondiale pendant un an environ<sup>32</sup>.

<sup>32</sup>Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2014 (E/INCB/2014/1), par. 90.

55. À la fin de 2013, les stocks mondiaux de matières premières opiacées riches en morphine étaient suffisants pour répondre à la demande mondiale pendant 14 mois; ceux de matières premières opiacées riches en thébaïne correspondaient à 12 mois de demande mondiale. En 2014, la production mondiale de matières premières opiacées riches en morphine a été supérieure à leur utilisation; l'offre mondiale (production et stocks) a pleinement suffi à satisfaire la demande.

Figure 1. Morphine: fabrication, stocks, consommation et utilisation dans le monde, 1994-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

<sup>a</sup>Stocks au 31 décembre de chaque année.

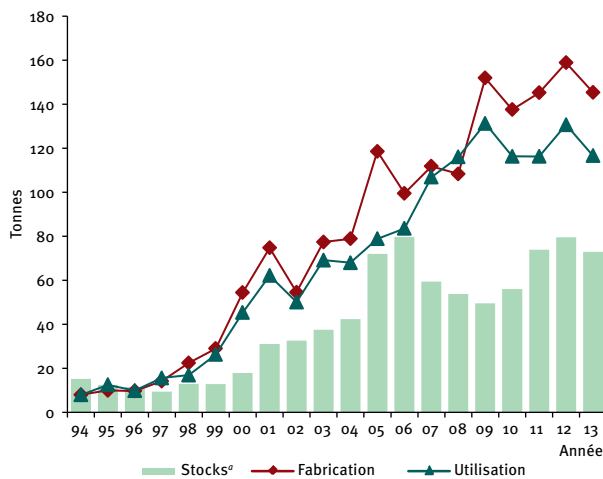
56. La figure 1 présente la fabrication, les stocks, la consommation et l'utilisation<sup>33</sup> de morphine entre 1994

<sup>33</sup>Par "consommation", on entend la quantité de drogue consommée directement dans le cadre d'un usage médical et scientifique à l'échelle nationale, tandis que l'"utilisation" désigne la quantité utilisée pour fabriquer d'autres drogues, des préparations inscrites au Tableau III de la Convention de 1961 ou des substances non visées par cette convention.

et 2013. La fabrication mondiale de cette substance a doublé au cours de cette période, pour passer d'environ 247,1 tonnes en 1994 à 522,6 tonnes en 2013, une quantité encore supérieure aux 475,3 tonnes enregistrées en 2012. Environ 70 % de la morphine fabriquée dans le monde est transformée en d'autres stupéfiants ou en des substances non visées par la Convention de 1961. Le reste est directement consommé à des fins médicales.

57. Jusque dans les années 90, la thébaïne, l'autre des principaux alcaloïdes extraits du pavot à opium, était essentiellement fabriquée à partir de l'opium; depuis 1999, elle l'est surtout à partir de la paille de pavot. Elle peut également être obtenue par transformation de l'oripavine ou à partir d'opioïdes semi-synthétiques, comme l'hydrocodone. La thébaïne elle-même n'a pas d'usage thérapeutique, mais elle constitue une matière de base importante pour la fabrication d'un certain nombre d'opioïdes, essentiellement la codéine, la dihydrocodéine, l'étorphine, l'hydrocodone, l'oxycodone, l'oxymorphone (substances toutes placées sous contrôle en vertu de la Convention de 1961) et la buprénorphine (placée sous contrôle en vertu de la Convention de 1971). À l'échelle mondiale, la fabrication de thébaïne a fortement augmenté depuis la fin des années 90, par suite de l'accroissement de la demande d'oxycodone et d'autres drogues et substances qui peuvent en être dérivées (voir fig. 2).

Figure 2. Thébaïne: fabrication, utilisation et stocks dans le monde, 1994-2013



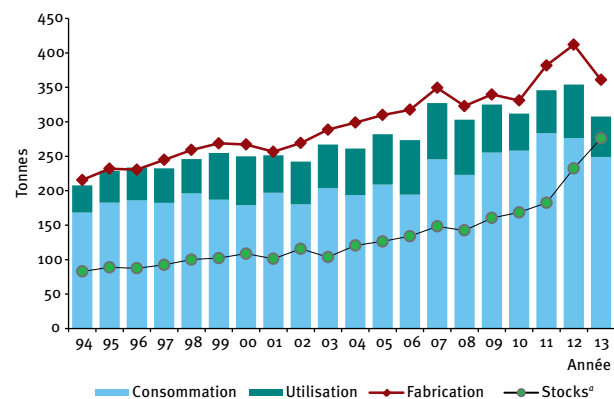
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.  
<sup>a</sup>Stocks au 31 décembre de chaque année.

58. Selon les informations dont dispose l'OICS, la production mondiale de matières premières opiacées riches en thébaïne a dépassé la demande mondiale en 2014. Les stocks totaux de ces matières premières étaient suffisants pour répondre à la demande pendant environ un an. D'après les projections des pays producteurs, la

production devrait être légèrement inférieure à la demande en 2015. Les stocks totaux devraient par conséquent diminuer. L'offre (production et stocks) de ces matières premières continuera d'être suffisante pour satisfaire pleinement la demande à l'échelle mondiale.

59. Bien que la codéine soit un alcaloïde naturel du pavot à opium, elle est actuellement obtenue pour l'essentiel à partir de la morphine selon un procédé semi-synthétique. La culture de la variété de pavot à opium riche en codéine a augmenté, tout comme la fabrication de concentré de paille de pavot riche en codéine dont est aussi extrait l'alcaloïde. Au niveau mondial, l'utilisation de ce concentré s'est établie en 2013 à 24,6 tonnes, quantité minimale comparée à l'utilisation de morphine. La codéine est utilisée principalement pour fabriquer des préparations inscrites au Tableau III de la Convention de 1961 et, dans une moindre mesure, d'autres stupéfiants (dihydrocodéine et hydrocodone notamment). La fabrication, la consommation, l'utilisation et les stocks de codéine dans le monde au cours de la période 1994-2013 sont présentés dans la figure 3.

Figure 3. Codéine: fabrication, stocks, consommation et utilisation dans le monde, 1994-2013

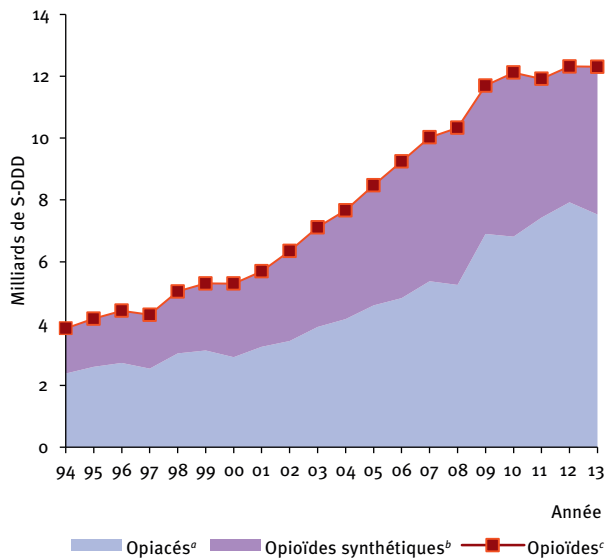


Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.  
<sup>a</sup>Stocks au 31 décembre de chaque année.

60. La demande mondiale de matières premières opiacées riches en morphine et riches en thébaïne devrait croître à l'avenir. On prévoit que celle d'opiacés et de matières premières opiacées continuera aussi d'augmenter. La figure 4 illustre la consommation d'opiacés et d'opioïdes synthétiques, y compris de buprénorphine et de pentazocine (opioïdes placés sous contrôle au titre de la Convention de 1971), au cours des 20 années comprises entre 1994 et 2013, dans le monde. Afin que les chiffres relatifs à la consommation de substances aux puissances différentes puissent être additionnés entre eux, les niveaux de consommation sont exprimés en milliards de S-DDD.



Figure 4. Consommation d'opioïdes dans le monde, 1994-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

<sup>a</sup>Y compris la buprénorphine, opiacé placé sous contrôle en vertu de la Convention de 1971.

<sup>b</sup>Y compris la pentazocine, opioïde synthétique placé sous contrôle en vertu de la Convention de 1971.

<sup>c</sup>Opiacés et opioïdes synthétiques.

61. Ces 20 dernières années, la consommation mondiale d'opioïdes a plus que triplé. La consommation d'opiacés exprimée en pourcentage de la consommation totale d'opioïdes a fluctué entre 62 % en 1994 et 52 % en 2006, pour remonter à 61 % en 2013. La part des opioïdes synthétiques, utilisés pour les mêmes indications que les opiacés, est donc passée de 38 % en 1994 à 48 % en 2008, avant de retomber à 39 % en 2013. Entre 2010 et 2013, la part relative des opiacés et des opioïdes synthétiques dans la consommation s'est stabilisée autour de 60 % pour les premiers et 40 % pour les seconds. Tout au long de cette période, l'offre de matières premières opiacées dont sont dérivés les opiacés a été suffisante pour répondre à la demande croissante. On s'attend que la demande d'opiacés augmente de nouveau à l'avenir, même si la part de ces substances dans la consommation totale d'opioïdes pourrait baisser, en raison de la croissance attendue de la consommation d'opioïdes synthétiques.

62. Globalement, les données dont on dispose indiquent que la quantité de matières premières opiacées disponible pour la fabrication de stupéfiants destinés au soulagement de la douleur est plus que suffisante pour satisfaire la demande à son niveau actuel, selon les évaluations qu'en font les gouvernements. De plus, la production et les stocks continuent tous deux de croître.

## B. Disponibilité des analgésiques opioïdes

63. Les analgésiques opioïdes sont des médicaments essentiels pour les soins palliatifs<sup>34</sup>. Ils sont prescrits principalement en cas de cancer, mais ils sont aussi nécessaires dans d'autres situations requérant une prise en charge de la douleur (comme les interventions chirurgicales ou les accouchements) et dans le cas d'affections chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le VIH/sida et le diabète.

64. Chaque année, environ 5,5 millions de patients atteints du cancer en phase terminale, 1 million atteints du VIH/sida en phase terminale et 800 000 ayant subi des blessures mortelles du fait d'accidents ou de violences, ainsi que des patients atteints de maladies chroniques, d'autres se remettant d'actes chirurgicaux, des parturientes et des patients de services pédiatriques souffrent de douleurs modérées à fortes qui ne sont qu'insuffisamment traitées, ou pas du tout. Au total, l'OMS estime que des dizaines de millions de personnes souffrent chaque année sans recevoir de traitement adéquat<sup>35</sup>.

65. On estime qu'environ 80 % des 20 millions de personnes nécessitant des soins palliatifs en fin de vie se trouvent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire<sup>36</sup>. Selon l'organisation Worldwide Palliative Care Alliance, ce sont 100 millions de personnes au bas mot qui devraient bénéficier chaque année de tels soins; or, moins de 8 % de ceux qui en ont besoin y accèdent. D'après la Commission sur l'accès à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs dans le monde mise en place par l'organisme Harvard Global Equity Initiative et la revue *Lancet*, l'absence de soins palliatifs va à l'encontre des efforts déployés en faveur du bien-être de l'humanité et met en péril de nombreuses interventions visant à réduire les souffrances et à renforcer les systèmes de santé<sup>37</sup>.

<sup>34</sup>Organisation mondiale de la Santé, liste modèle des médicaments essentiels, dix-neuvième édition (avril 2015, modifiée en juin 2015). Disponible en anglais à l'adresse [www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines).

<sup>35</sup>Organisation mondiale de la Santé, *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle: Orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle* (Genève, 2011).

<sup>36</sup>Rapport du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé sur le renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément du traitement intégré à toutes les étapes de la vie.

<sup>37</sup>F. Knaut *et al.*, "Closing the divide: the Harvard Global Equity Initiative-Lancet Commission on Global Access to Pain Control and Palliative Care", *The Lancet* (8 mars 2015).

66. Dans beaucoup de pays, en particulier des régions les moins développées, les possibilités de prévenir, traiter et guérir le cancer au plus tôt sont fortement limitées par divers facteurs, dont l'absence de politiques de dépistage et de prévention précoces et les contraintes des systèmes de santé. Dans bien des cas, l'administration de soins palliatifs peut être le seul moyen de prendre en charge un nombre croissant de patients.

67. D'autres drogues placées sous contrôle international, comme la méthadone et la buprénorphine (un analgésique opioïde qui est visé par la Convention de 1971 et dont l'usage dans le cadre de traitements de substitution ne cesse de croître), peuvent aussi être utilisées pour soulager la douleur mais servent principalement à traiter la toxicomanie. Il n'en demeure pas moins que leur usage est également limité dans certains pays où la prévalence de l'abus d'héroïne est pourtant élevée.

68. Bien que les problèmes de santé susmentionnés soient courants dans toutes les régions, les médicaments destinés au soulagement de la douleur ne sont pas disponibles en quantités suffisantes, sont difficiles à se procurer à cause de procédures inutilement restrictives et ne sont pas prescrits du fait que les professionnels de la santé, par manque de formation et de connaissances sur le sujet ou par peur de créer une addiction, y sont peu enclins.

69. En conséquence, la douleur forte ne fait souvent l'objet d'aucune prise en charge, alors que les professionnels de la santé ont, la plupart du temps, les moyens de la soulager. Non traitée, la douleur diminue la qualité de vie des patients, de leur famille, de leurs amis et de leur entourage et peut entraîner des dommages plus importants pour la société<sup>38</sup>.

## 1. Schémas de la consommation d'analgésiques opioïdes dans le monde

### a) Accès inadéquat

70. Les données dont dispose l'OICS font apparaître pour la période 2011-2013 une hausse de la consommation déclarée exprimée en S-DDD par rapport à 2001-2003 (voir cartes 1 et 2). Les progrès sont

particulièrement remarquables en ce qui concerne l'Amérique latine et le Moyen-Orient. Dans cette première région, la consommation d'analgésiques opioïdes pourrait même avoir été supérieure aux chiffres communiqués vu que la méthadone (qui n'entre pas dans le calcul de la consommation mondiale exprimée en S-DDD du fait qu'elle est beaucoup employée pour le traitement de substitution aux opiacés) y sert plus souvent qu'ailleurs à soulager la douleur. Elle n'est que très peu utilisée pour le traitement de la toxicomanie étant donné que la prévalence de l'abus d'héroïne est relativement faible et que les services de traitement de substitution aux opiacés sont donc peu courants.

71. De légères améliorations sont notées en Fédération de Russie et dans certains pays d'Asie centrale. La situation reste en revanche problématique sur la majeure partie du continent africain et dans certains endroits d'Asie.

72. Aux États-Unis, au Canada, en Australie et dans quelques pays d'Europe occidentale, les niveaux de consommation ont dépassé les 10 000 S-DDD par million d'habitants et par jour. Dans certains de ces pays, l'abus de médicaments soumis à prescription a considérablement augmenté, et les gouvernements ont pris des mesures pour y mettre un frein sans toutefois limiter l'accès des personnes qui en ont besoin aux médicaments antidouleurs.

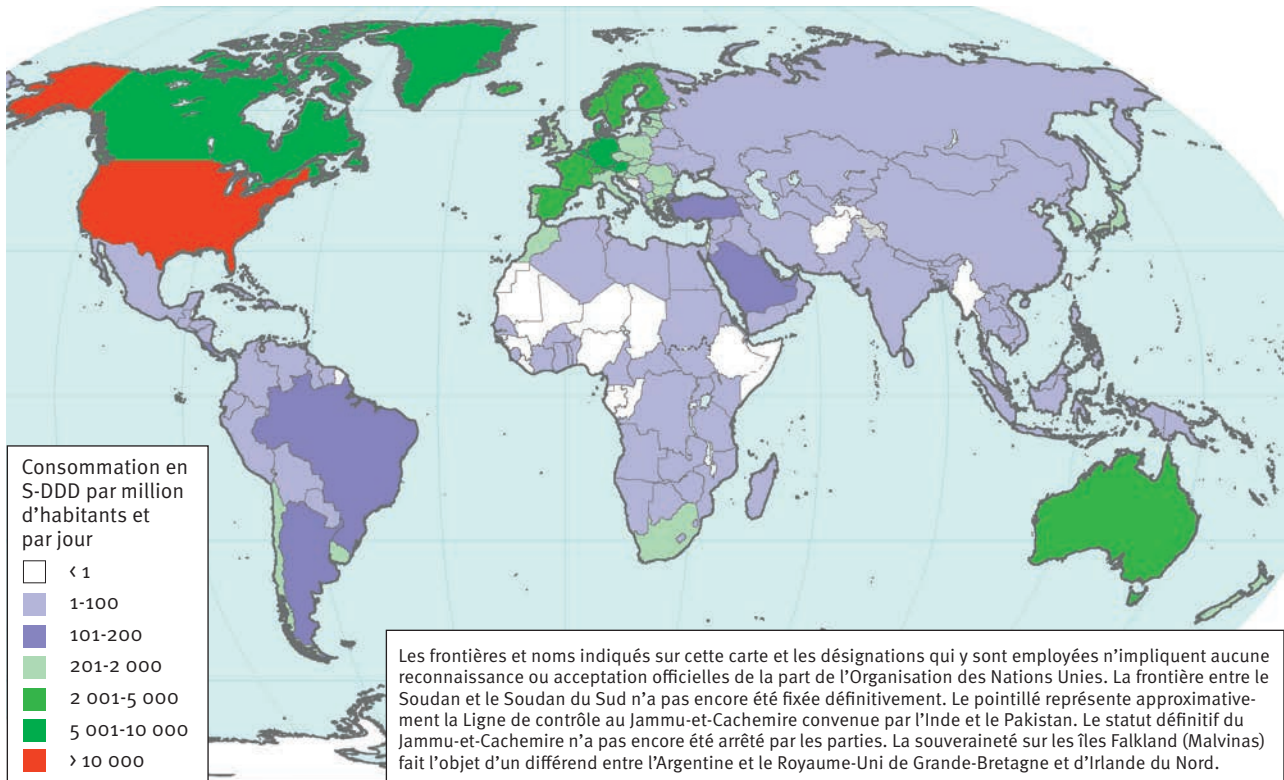
73. Dans l'ensemble, des progrès encourageants ont été réalisés pour ce qui est d'assurer la disponibilité des analgésiques opioïdes et d'accroître l'accès à ces substances, mais cet objectif reste loin d'être atteint dans un grand nombre de pays.

### b) Évolution de la consommation d'analgésiques opioïdes dans le temps

74. Ces 20 dernières années, la consommation mondiale d'analgésiques opioïdes exprimée en S-DDD a considérablement augmenté. Sur le long terme, l'évolution serait globalement de 618 % entre 1991-1993 et 2011-2013 (voir fig. 5). Cette progression a été particulièrement prononcée au début de la période considérée puisqu'elle a été de 240 % entre 1991-1993 et 2001-2003 mais n'a plus atteint que 84 % entre 2001-2003 et 2007-2009. Le rythme de croissance s'est encore ralenti entre 2007-2009 et 2011-2013, pour s'établir à 14 %. L'augmentation de la consommation s'explique avant tout par celle de fentanyl et, dans une moindre mesure, de morphine. La consommation mondiale de codéine et de péthidine aux fins du traitement de la douleur a, elle, diminué.

<sup>38</sup>N.I. Cherny *et al.*, "The Global Opioid Policy Initiative (GOPI) project to evaluate the availability and accessibility of opioids for the management of cancer pain in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean, and the Middle East: introduction and methodology", *Annals of Oncology*, vol. 24, Suppl. n° 11 (2013), p. xi7 à xi13.

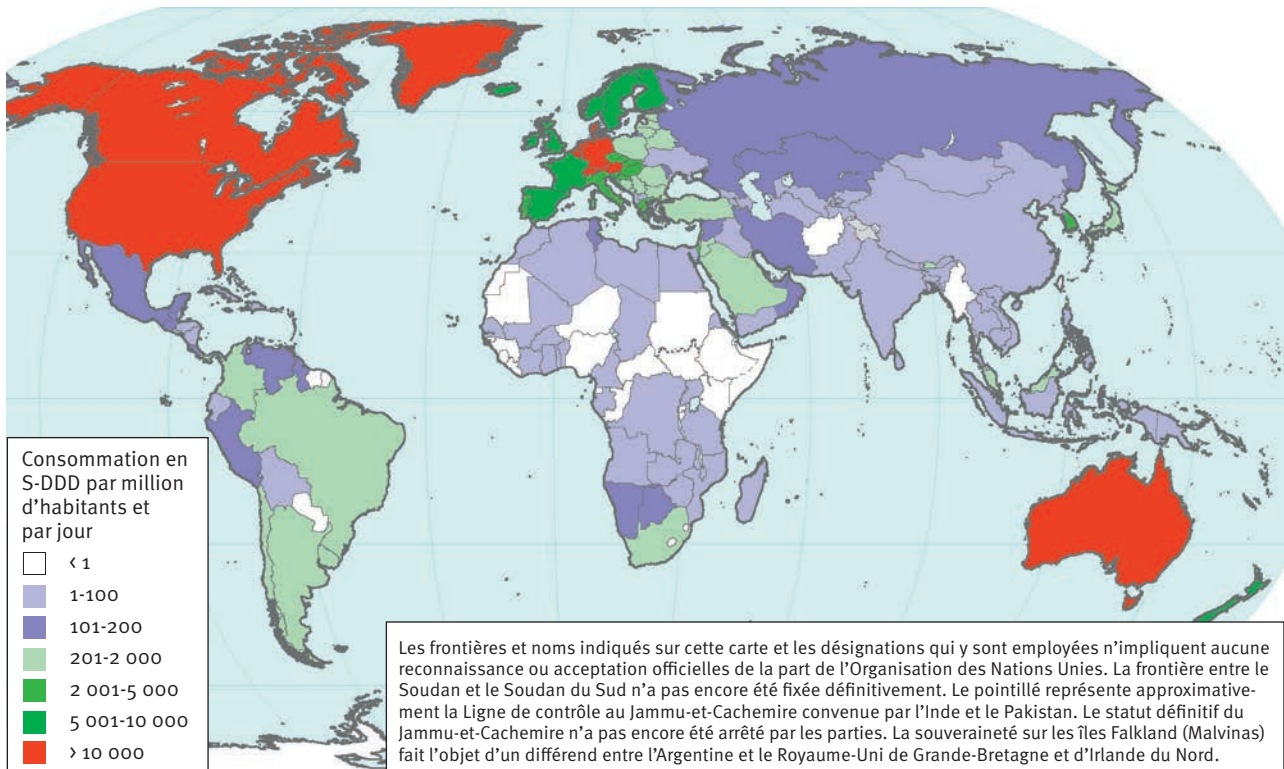
Carte 1. Disponibilité des opioïdes destinés à la prise en charge de la douleur (moyenne de la période 2001-2003)



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Note: Par "opioïdes", on entend la cétobémidone, la codéine, le dextropropoxyphène, la dihydrocodéine, le fentanyl, l'hydrocodone, l'hydromorphone, la morphine, l'oxycodone, la péthidine, la tilidine et la trimépéridine.

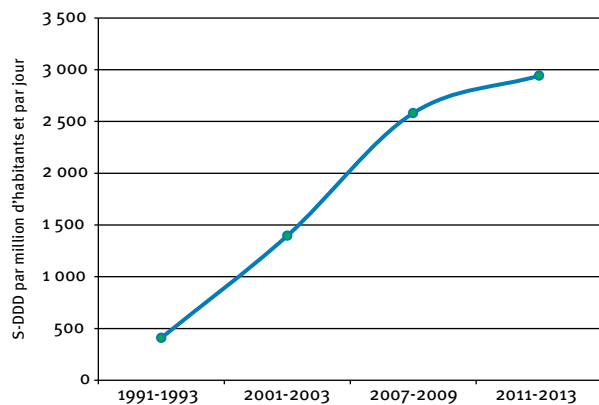
Carte 2. Disponibilité des opioïdes destinés à la prise en charge de la douleur (moyenne de la période 2011-2013)



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Note: Par "opioïdes", on entend la cétobémidone, la codéine, le dextropropoxyphène, la dihydrocodéine, le fentanyl, l'hydrocodone, l'hydromorphone, la morphine, l'oxycodone, la péthidine, la tilidine et la trimépéridine.

Figure 5. Tendence de la consommation d'opioïdes analgésiques dans le monde, moyennes des périodes 1991-1993, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

75. La hausse de la consommation d'analgésiques opioïdes observée depuis 1991 est irrégulière selon les régions. Elle est entraînée en premier lieu par l'Amérique du Nord, mais aussi par l'Europe et l'Océanie, soit les trois plus grandes régions consommatrices (voir fig. 6 à 17).

76. En Asie, la situation est mitigée. Si la plupart des pays ont enregistré une augmentation de la consommation ces 10 dernières années, les tendances varient au niveau sous-régional. Ainsi, une hausse modérée a été notée en Asie de l'Est et du Sud-Est et en Asie occidentale, tandis qu'une baisse a été constatée en Asie du Sud, où le niveau de consommation demeure le plus faible au monde. Cette réduction s'explique probablement par la chute de la consommation d'analgésiques opioïdes qui a suivi l'adoption de lois restrictives en Inde. Ces restrictions ont récemment été levées, mais il faudra encore du temps avant que le retard ne soit rattrapé.

77. En Afrique, la situation est problématique et la consommation reste très faible, même si elle a progressé dans quelques pays. Les schémas varient considérablement, à la fois dans les pays où les niveaux de consommation sont les plus élevés et dans ceux où ils sont les plus bas, ce qui pourrait bien être dû à l'incapacité des autorités nationales compétentes à évaluer correctement les besoins internes.

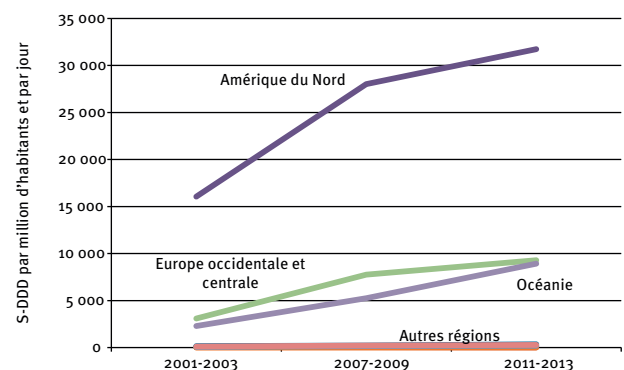
78. En Amérique centrale et dans les Caraïbes, la tendance générale est à la hausse, mais la situation est très différente d'un pays à l'autre; la consommation reste inférieure au niveau considéré comme suffisant. En Amérique

du Sud, la plupart des pays avaient augmenté leur consommation en 2011-2013, mais certains avaient enregistré des reculs dans les périodes qui avaient précédé. Les données relatives à ces deux sous-régions, surtout à l'Amérique du Sud, sont toutefois quelque peu faussées du fait que la méthadone, bien qu'elle soit utilisée dans certains pays de la région comme antidouleur plutôt que comme traitement de substitution (l'abus d'héroïne y étant peu courant), est exclue du calcul de la consommation mondiale exprimée en S-DDD.

79. En Europe, la tendance générale est à la hausse, ou à la stabilisation dans certains pays.

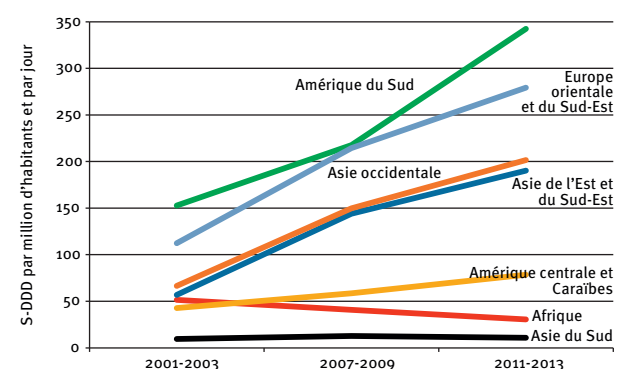
80. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont augmenté leur consommation, et les chiffres de l'Océanie tout entière s'en sont ressentis.

Figure 6. Tendence de la consommation, par région, 1991-2013



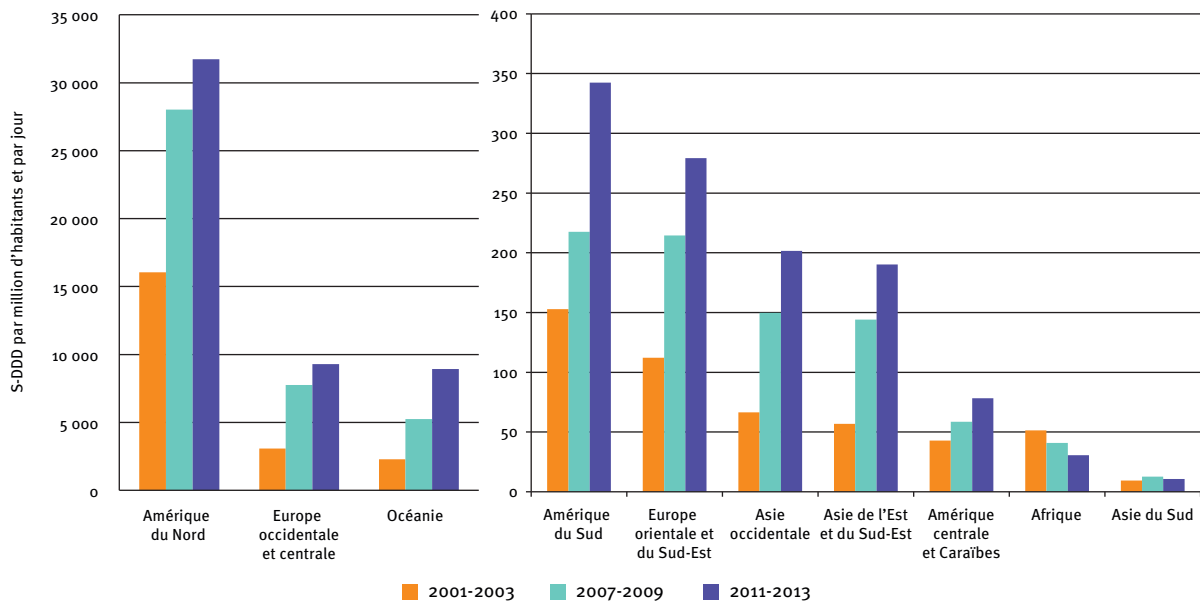
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 7. Tendence de la consommation dans certaines régions, 2001-2013



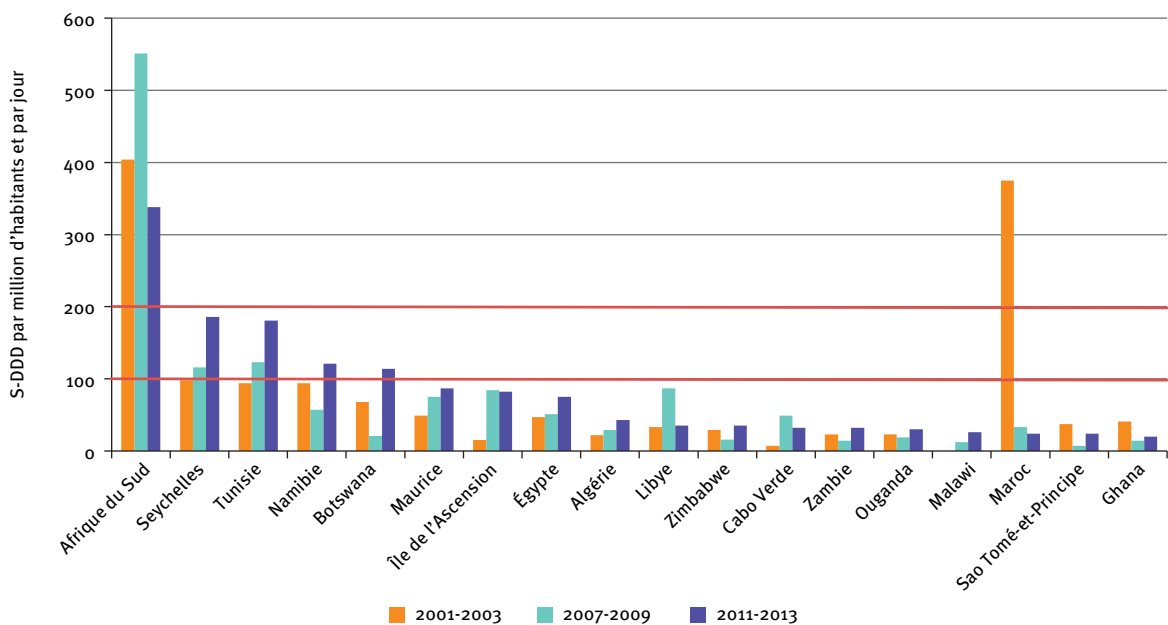
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 8. Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes dans toutes les régions, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

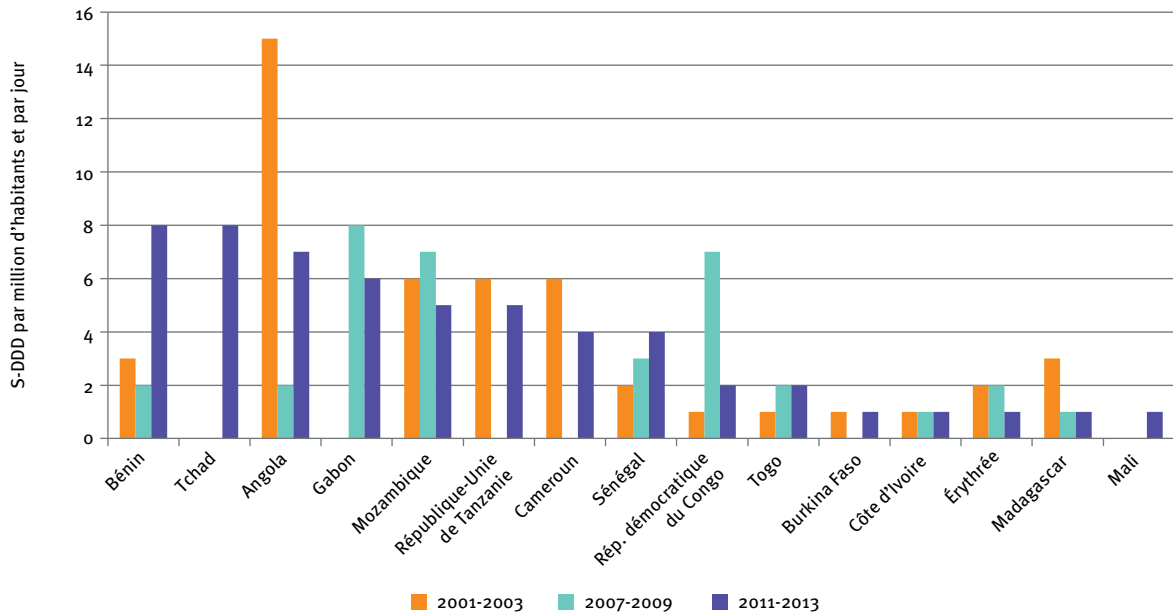
Figure 9. Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes dans les pays et territoires africains où elle est la plus élevée, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

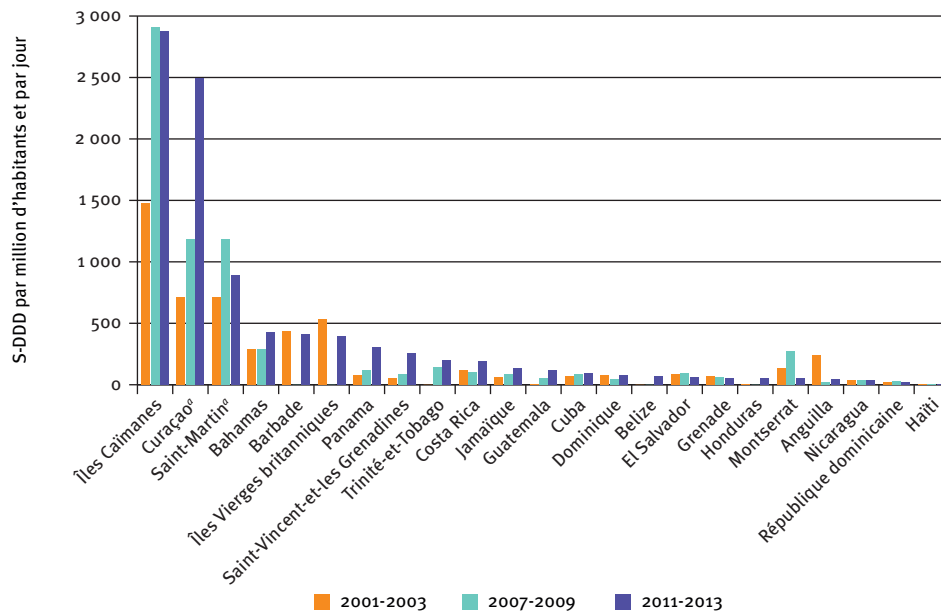
Note: Les lignes rouges font ressortir certains niveaux de consommation; une consommation inférieure à 200 S-DDD est considérée comme insuffisante, et une consommation inférieure à 100 S-DDD, comme très insuffisante. Pour de plus amples informations sur les niveaux de consommation que l'OICS juge insuffisants ou très insuffisants, voir le paragraphe 46 ci-dessus.

Figure 10. Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes dans les pays africains où elle est la plus basse, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

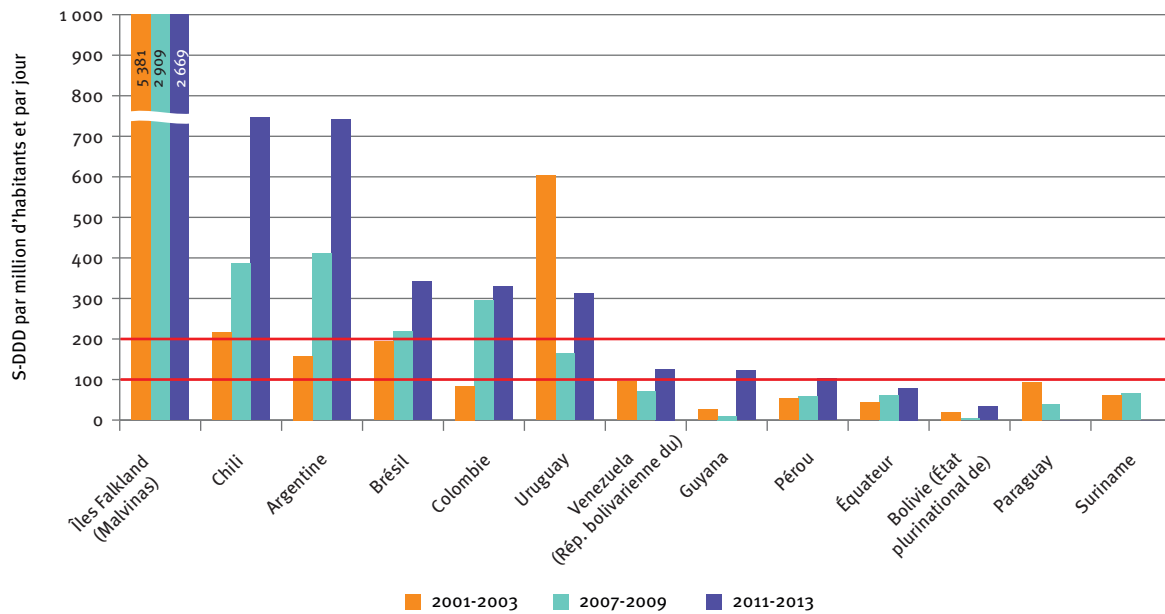
Figure 11. Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes en Amérique centrale et dans les Caraïbes, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

<sup>a</sup>Les Antilles néerlandaises ont été dissoutes le 10 octobre 2010, donnant naissance à deux nouvelles entités constitutives, Curaçao et Saint-Martin.

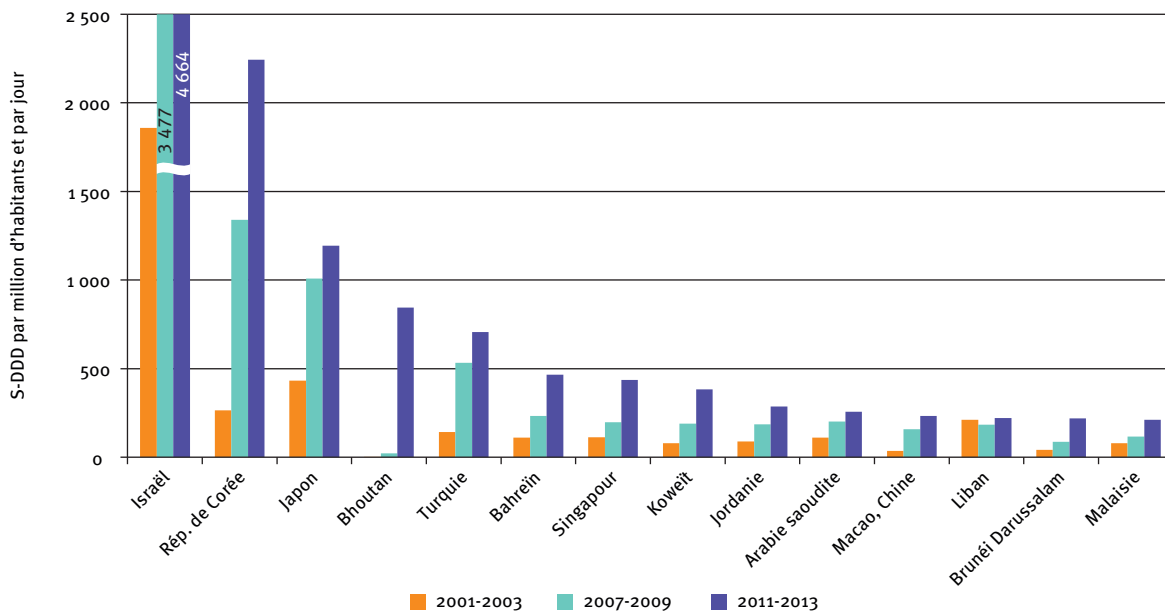
Figure 12. Consommation moyenne d’analgésiques opioïdes en Amérique du Sud, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

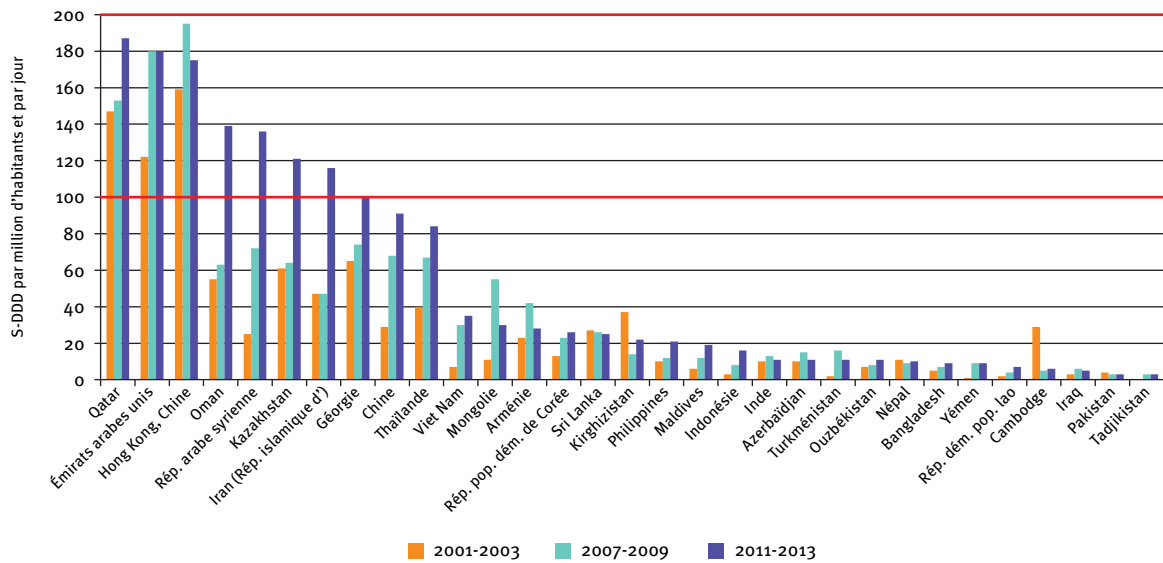
Note: Les lignes rouges font ressortir certains niveaux de consommation; une consommation inférieure à 200 S-DDD est considérée comme insuffisante, et une consommation inférieure à 100 S-DDD, comme très insuffisante. Pour de plus amples informations sur les niveaux de consommation que l’OICS juge insuffisants ou très insuffisants, voir le paragraphe 46 ci-dessus.

Figure 13. Consommation moyenne d’analgésiques opioïdes dans les pays et territoires asiatiques où elle est la plus élevée, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

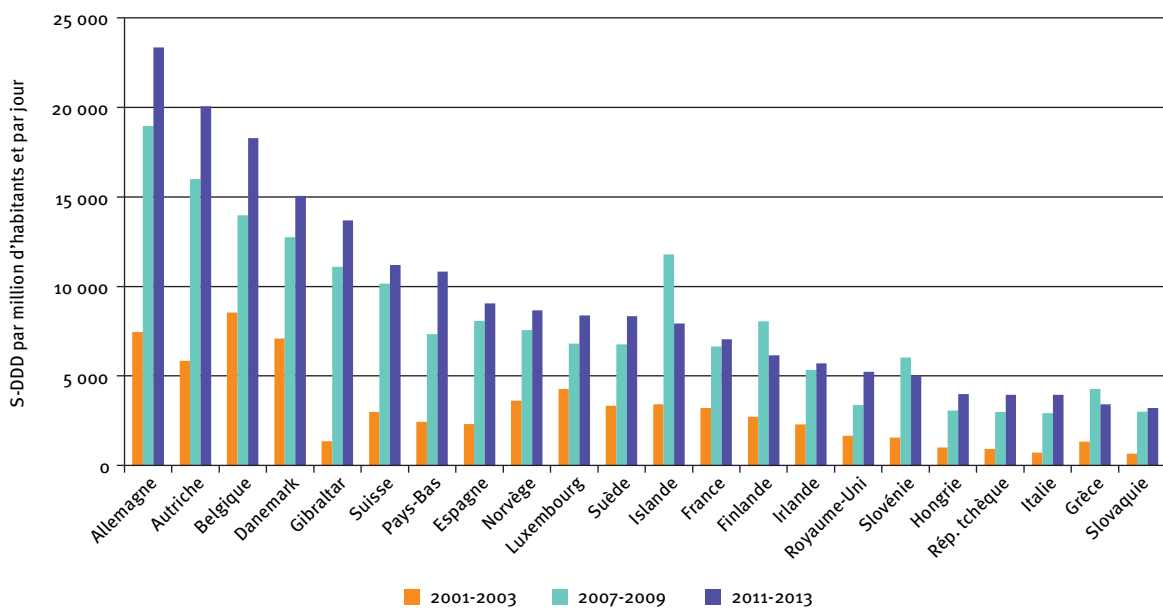
Figure 14. Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes dans les pays et territoires asiatiques où elle est la plus basse, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Note: Les lignes rouges font ressortir certains niveaux de consommation; une consommation inférieure à 200 S-DDD est considérée comme insuffisante, et une consommation inférieure à 100 S-DDD, comme très insuffisante. Pour de plus amples informations sur les niveaux de consommation que l'OICS juge insuffisants ou très insuffisants, voir le paragraphe 46 ci-dessus.

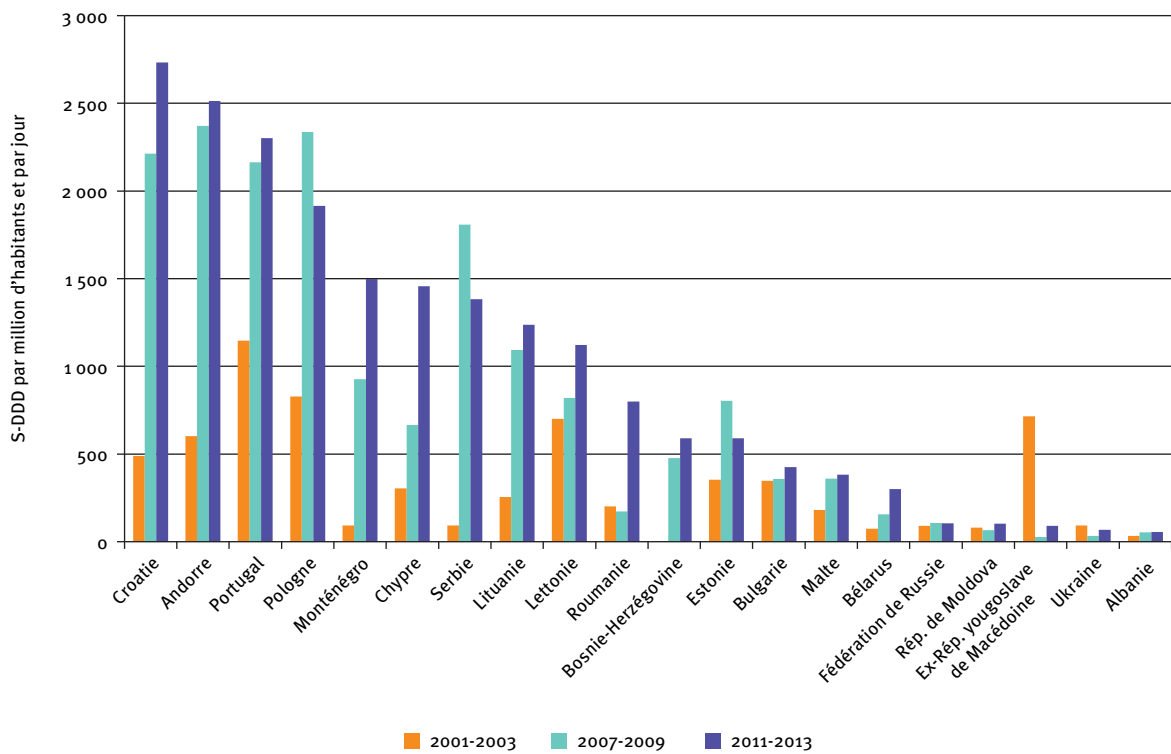
Figure 15. Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes dans les pays et territoires européens où elle est la plus élevée, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

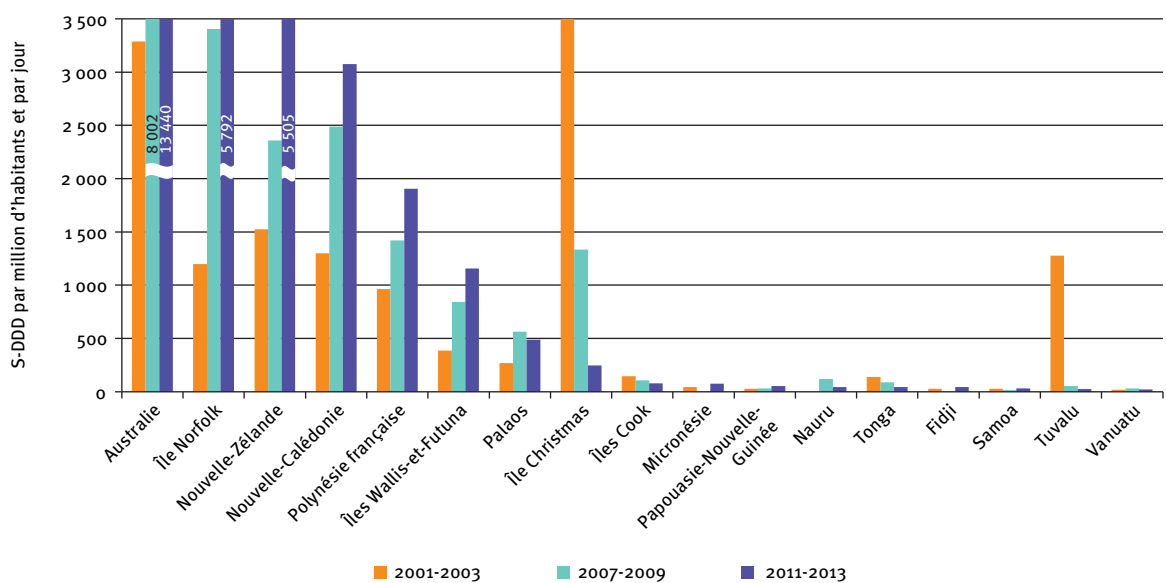


Figure 16. Consommation moyenne d’analgésiques opioïdes dans les pays européens où elle est la plus basse, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 17. Consommation moyenne d’analgésiques opioïdes en Océanie, 2001-2003, 2007-2009 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

### c) Surconsommation et abus de médicaments soumis à prescription

81. Si l'accès insuffisant aux analgésiques opioïdes dans certaines régions est source de préoccupation, il ne faut pas oublier que, dans d'autres où les niveaux de consommation sont élevés, l'abus de médicaments soumis à prescription, qui excède parfois celui de drogues illicites, est de plus en plus inquiétant du point de vue de la santé publique.

82. De nombreux facteurs contribuent à cette évolution, dont les premiers sont la large disponibilité des médicaments soumis à prescription et l'idée erronée que ceux-ci sont moins susceptibles de faire l'objet d'abus que les drogues illicites. L'usage hors prescription de ces médicaments aux fins d'automédication exacerbe le problème.

83. L'ONUDC<sup>39</sup> a comparé les chiffres de la consommation d'analgésiques opioïdes et ceux de leur usage

<sup>39</sup>Rapport mondial sur les drogues 2014, publication des Nations Unies, numéro de vente: E.14.XI.7.

impropre. Ce dernier est important dans certains pays dont le revenu peut être élevé<sup>40</sup>, comme l'Australie, le Canada et les États-Unis, ou faible à intermédiaire, comme le Nigéria et le Pakistan, qui enregistrent les niveaux de consommation d'opioïdes à des fins médicales par habitant les plus bas au monde (voir fig. 18 et 19)<sup>41</sup>. Il en ressort, selon l'ONUDC, que l'usage impropre d'opioïdes soumis à prescription n'est pas forcément en relation avec le fait de rendre les opioïdes accessibles ou disponibles à des fins médicales<sup>42</sup>.

<sup>40</sup>D'après le classement par niveau de revenu et de développement établi par la Banque mondiale.

<sup>41</sup>La prévalence de l'usage impropre d'opioïdes soumis à prescription au cours de l'année est de 3,1% en Australie, 1% au Canada, 3,6% au Nigéria, 1,5% au Pakistan et 5,2% aux États-Unis.

<sup>42</sup>Rapport mondial sur les drogues 2014.

Figure 18. Consommation d'opioïdes analgésiques par habitant, 2011

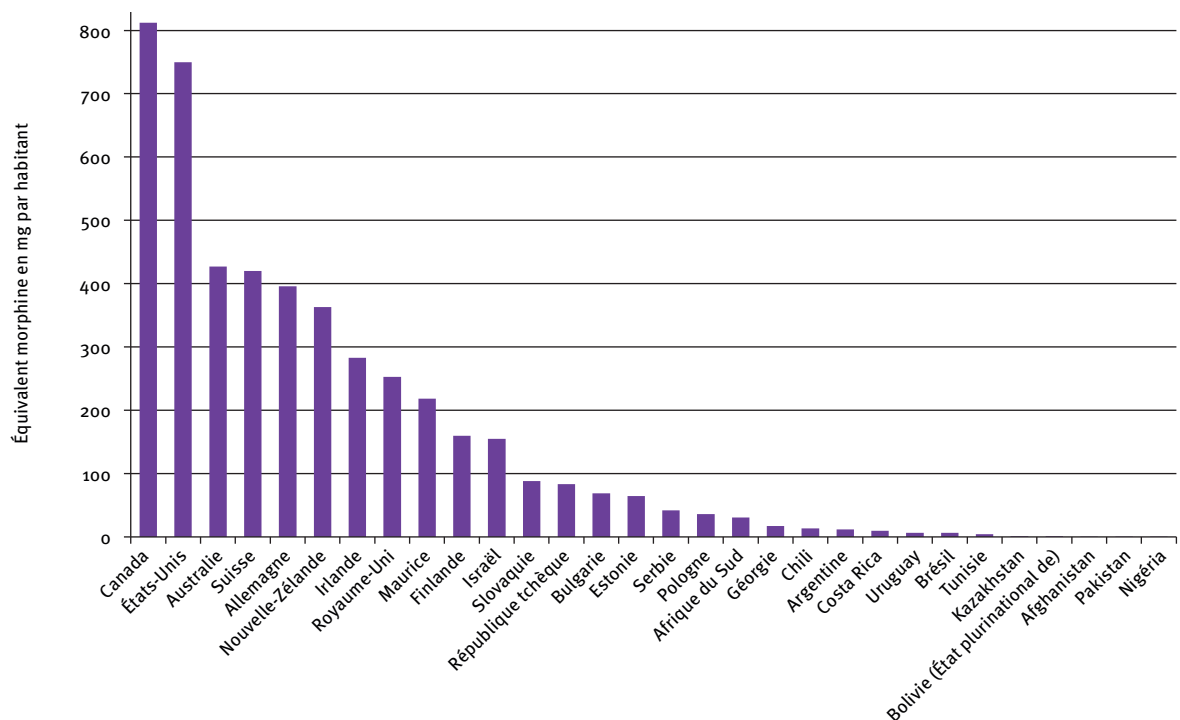
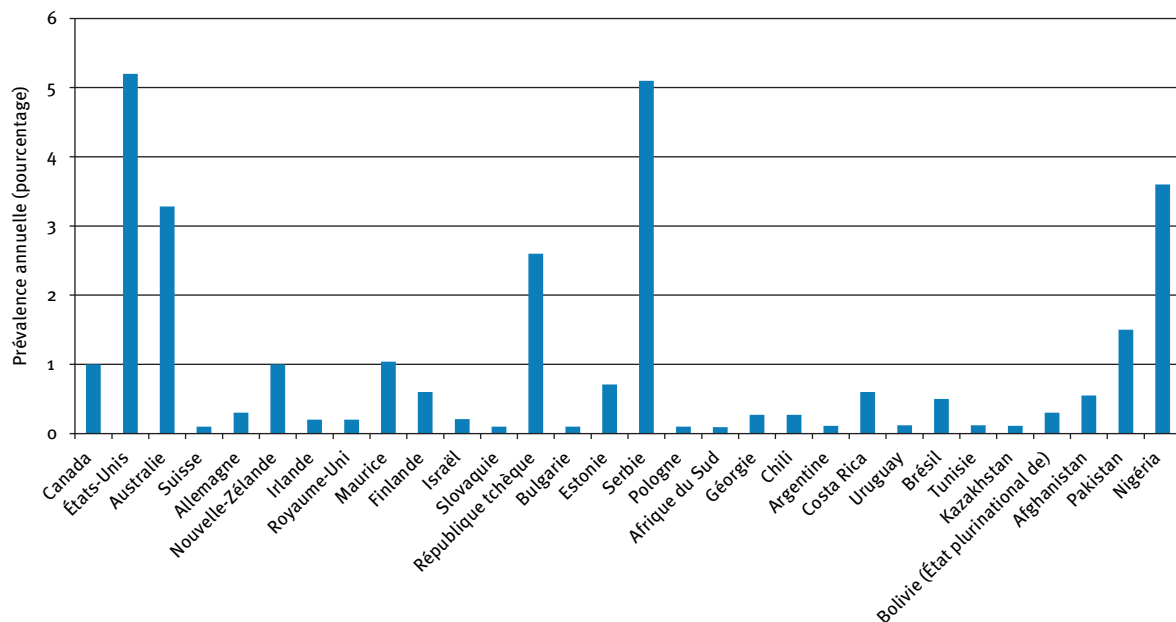


Figure 19. Prévalence de l'usage impropre d'opioïdes soumis à prescription en population générale, 2013 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles



Source: ONUDC.

84. Pour remédier au problème, les pays doivent concevoir une stratégie globale qui s'attaque aux causes profondes de l'offre excessive de ce type de médicaments, à savoir la surprescription par les professionnels de la santé, le "nomadisme médical" et l'insuffisance des contrôles sur la délivrance et l'exécution des prescriptions. En outre, les responsables de santé publique pointent comme l'une des principales sources de détournement la présence dans les foyers de médicaments soumis à prescription qui ne sont plus nécessaires ou utilisés à des fins médicales. Les études sur la prévalence de cet abus qui ont été menées dans plusieurs pays ont révélé qu'un fort pourcentage des personnes concernées avaient obtenu ces médicaments la première fois auprès d'un ami ou d'un membre de leur famille qui se les était lui-même procuré légalement.

85. Face à ce problème, les États ont de plus en plus recours, notamment, à des dispositifs prévoyant le retour et l'élimination en toute sécurité des médicaments psychoactifs, en particulier de ceux qui contiennent des stupéfiants ou des substances psychotropes, dans le cadre par exemple de journées de collecte des médicaments délivrés sur ordonnance. En beaucoup d'endroits, la mise en place de telles campagnes a produit des résultats appréciables, pour un coût relativement modique.

86. L'importance de ces mesures a été reconnue par la communauté internationale, y compris par la Commission des stupéfiants. Ainsi, celle-ci a adopté en mars 2013 sa résolution 56/8, qui porte sur la promotion d'initiatives en faveur du retour approprié, dans des conditions de

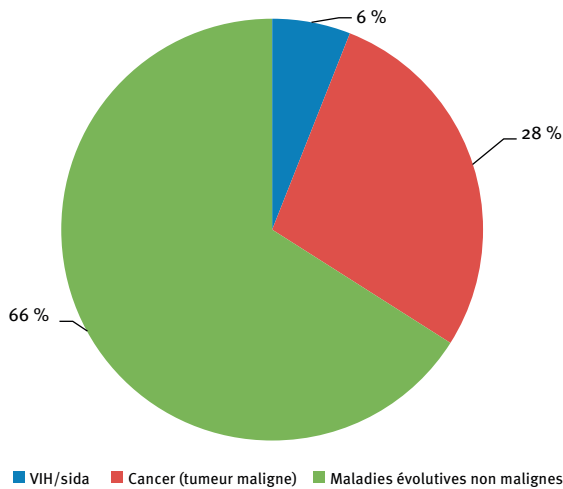
sûreté et de sécurité, des médicaments soumis à prescription, en particulier de ceux contenant des stupéfiants et des substances psychotropes placés sous contrôle international, en vue de leur élimination.

87. Dans cette résolution, la Commission encourageait les États à envisager de prendre diverses dispositions pour lutter contre l'abus de médicaments soumis à prescription, en coopération avec différents acteurs concernés, comme les responsables de santé publique, les pharmaciens, les fabricants et distributeurs de produits pharmaceutiques, les médecins, les associations de défense des consommateurs et les services de détection et de répression, afin de mieux informer le public des risques liés à l'usage non médical de ces médicaments, en particulier de ceux qui contiennent des stupéfiants ou des substances psychotropes.

#### d) Consommation d'analgésiques opioïdes et besoins en matière de soins palliatifs

88. Les chiffres de la consommation d'analgésiques opioïdes exprimée en S-DDD ou en milligrammes par habitant ne renseignent que sur un aspect de la question. Pour savoir si le niveau de consommation est satisfaisant, il faut le rapprocher de la prévalence des états de santé requérant des soins palliatifs, qui comprennent le cancer mais aussi d'autres états. Or, si la consommation d'analgésiques opioïdes est concentrée dans quelques pays, les états nécessitant l'usage de ces substances sont beaucoup plus répandus.

Figure 20. Décès dus à des maladies nécessitant des soins palliatifs en fin de vie, par type de maladie, 2011



Source: Organisation mondiale de la Santé et Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Atlas mondial des soins palliatifs en fin de vie) (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

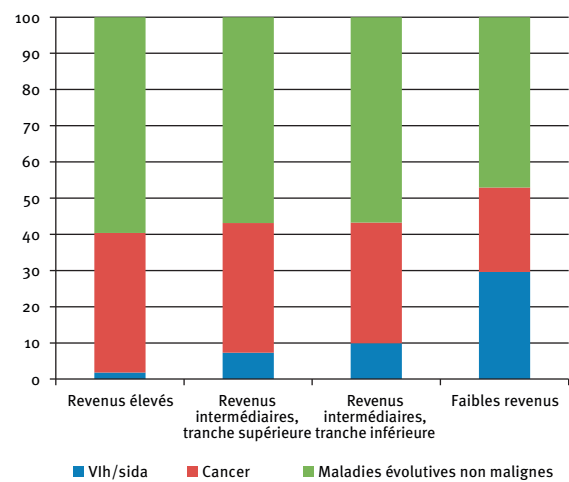
89. Des données tirées de la publication réalisée par l'OMS et l'organisation Worldwide Palliative Care Alliance et intitulée *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Atlas mondial des soins palliatifs en fin de vie)<sup>43</sup> font apparaître que le cancer est à l'origine de 28 % des décès d'adultes ayant nécessité des soins palliatifs, dont la majorité (66 %) sont dus à des maladies évolutives non malignes<sup>44</sup>. Les 6 % restant sont liés au sida (voir fig. 20).

90. Dans tous les pays sauf ceux à faible revenu, la part des patients cancéreux parmi les adultes nécessitant des soins palliatifs reste plus ou moins constante, autour de 33-38 %; elle tombe à 23 % environ dans les pays à faible revenu (voir fig. 21). Dans toutes les régions, la majorité des personnes nécessitant de tels soins sont atteintes de maladies évolutives non malignes. La part des patients atteints du sida parmi ceux qui ont besoin de soins palliatifs est d'un tiers dans les pays à faible revenu, mais elle ne dépasse pas 10 % dans les pays à revenu élevé.

<sup>43</sup>Organisation mondiale de la Santé et Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

<sup>44</sup>Sont considérées comme des maladies évolutives non malignes chez l'adulte la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence, les maladies cardiovasculaires (hors morts subites), la bronchopneumopathie chronique obstructive, la cirrhose du foie, le diabète sucré, la sclérose en plaques, les maladies du rein, la maladie de Parkinson, la polyarthrite rhumatoïde et la tuberculose (multirésistante et ultrarésistante uniquement).

Figure 21. Distribution des adultes nécessitant des soins palliatifs en fin de vie, par niveau de revenus et type de maladie, 2011

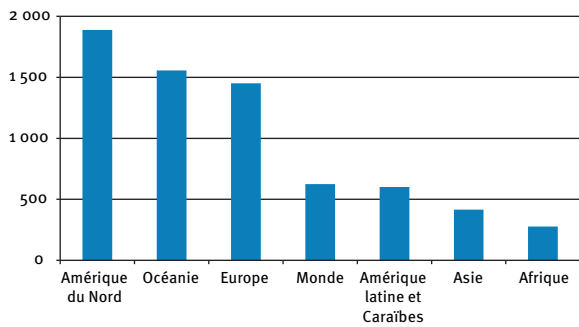


Source: Organisation mondiale de la Santé et Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Atlas mondial des soins palliatifs en fin de vie) (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

91. Les données les plus récentes qui émanent du Centre international de recherche sur le cancer, le centre de l'OMS spécialisé dans la recherche sur cette maladie, montrent que la charge mondiale du cancer représentait 14,1 millions de nouveaux cas et 8,2 millions de décès en 2012, comparés à 12,7 millions de nouveaux cas et 7,6 millions de décès en 2008. Selon les estimations établies pour 2012, il vivait cette année-là 32,6 millions de personnes âgées de plus de 15 ans chez qui un cancer avait été diagnostiqué au cours des cinq années précédentes (voir fig. 22). D'après des projections reposant sur les estimations qui ont été présentées dans le cadre du projet GLOBCAN pour 2012, on s'attend à une augmentation significative des nouveaux cas de cancer, qui pourraient atteindre 19,3 millions par an d'ici à 2025, du fait de l'accroissement et du vieillissement de la population mondiale.

92. En 2012, plus de la moitié des cas de cancer (56,8 %) et des décès dus au cancer (64,9 %) ont été enregistrés dans les régions les moins développées du monde. Ces proportions grossiront encore d'ici à 2025. Le cancer est souvent vu comme une maladie touchant les populations des pays riches ou développés; en réalité, 70 % des décès qui y sont imputables surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Sans une action de longue haleine, l'incidence de cette maladie devrait continuer d'augmenter dans ces pays d'ici à 2030. Le cancer touche le monde entier, mais les pays qui ne possèdent pas l'infrastructure de santé voulue pour faire face au nombre croissant de patients qui en sont atteints se trouvent plus particulièrement affectés.

Figure 22. Prévalence des diagnostics de cancer au cours des cinq années écoulées, pour 100 000 habitants, 2012



Source: Base de données GLOBOCAN.

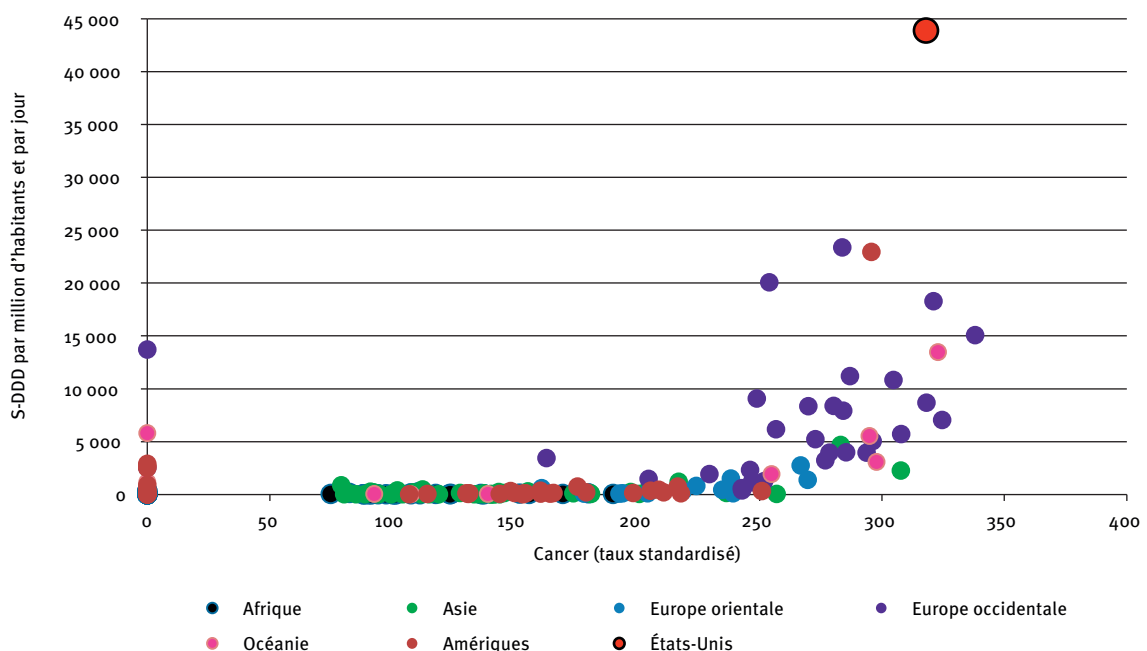
93. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les moyens de prévention et de dépistage précoce du cancer sont limités, la maladie n'est souvent détectée qu'à un stade avancé. Il n'existe alors plus beaucoup de solutions de traitement, et les soins palliatifs s'imposent. Les analgésiques opioïdes destinés à la prise en charge du cancer sont donc indispensables dans ces pays.

94. Un rapprochement entre les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes et le taux standardisé de

cancer<sup>45</sup> confirme le déséquilibre qui existe à l'échelle mondiale, les États-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les pays d'Europe occidentale et centrale enregistrant de hauts niveaux de consommation, qui correspondent à un taux standardisé de cancer élevé. Il est difficile de faire une comparaison à l'échelle mondiale étant donné que la plupart des pays sont regroupés en queue de classement du fait de la forte consommation de quelques autres (voir fig. 23). Si l'on examine de plus près la situation qui prévaut dans chaque région, on arrive à se faire une meilleure idée des différences qui caractérisent la situation mondiale.

<sup>45</sup>La base GLOBOCAN contient des données relatives au cancer exprimées en taux standardisé, une mesure synthétique de la situation qui serait celle d'une population ayant une pyramide des âges standard. Il est indispensable de procéder à une standardisation pour pouvoir comparer plusieurs populations aux structures d'âge différentes, l'âge influant très fortement sur le risque de cancer. Le taux standardisé est une moyenne pondérée des taux par âge, et les facteurs de pondération sont fonction de la distribution des âges d'une population standard. La population standard la plus couramment utilisée est la population mondiale standard. Le taux d'incidence ou de mortalité est calculé pour 100 000 personnes et est alors appelé taux standardisé d'incidence ou de mortalité (monde). Ce calcul se fonde sur 10 groupes d'âge (0-14, 15-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74 et plus de 75 ans). Le résultat peut s'écarter légèrement de celui obtenu à partir des traditionnelles tranches de cinq ans.

Figure 23. Relation entre l'incidence du cancer, 2012, et la consommation de stupéfiants, 2011-2013



95. En Amérique du Nord, l'écart est considérable entre le Mexique d'un côté et les États-Unis et le Canada de l'autre (voir fig. 24).

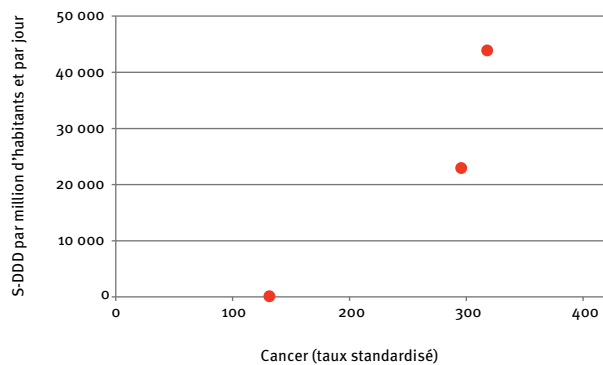
96. En ce qui concerne l'Amérique centrale, l'Amérique du Sud et les Caraïbes, la distribution des pays donne à penser que ceux d'Amérique du Sud ont augmenté leur consommation d'analgésiques opioïdes comme suite à une hausse du taux de cancer (voir fig. 25). En Amérique centrale et aux Caraïbes, certains pays affichent des taux de cancer relativement élevés mais des niveaux de consommation de stupéfiants dans le cadre de soins palliatifs inférieurs à ce qui serait adéquat.

97. En Afrique, il semble que beaucoup de pays enregistrent des taux standardisés de cancer de 100, voire plus

pour certains, tandis que la consommation d'analgésiques opioïdes reste très en deçà du niveau de 200 S-DDD par million d'habitants et par jour (voir fig. 26).

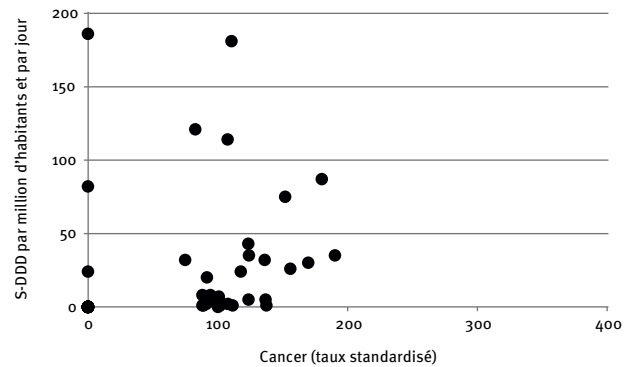
98. En Asie, la consommation exprimée en S-DDD par million d'habitants et par jour est plus élevée, mais les taux de cancer également. En Europe occidentale, la consommation est forte et semble proportionnelle à la prévalence de la maladie. En Europe orientale et en Europe du Sud-Est, les taux de cancer sont comparables à ceux de l'Europe occidentale, mais les niveaux de consommation de médicaments antidouleurs sont très inférieurs. Les niveaux de consommation de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande sont très élevés, tandis que ceux des autres pays d'Océanie, plus petits, sont bien moindres (voir fig. 27 à 30).

Figure 24. Relation entre le taux standardisé de cancer, 2012, et la consommation de stupéfiants, 2011-2013, Amérique du Nord



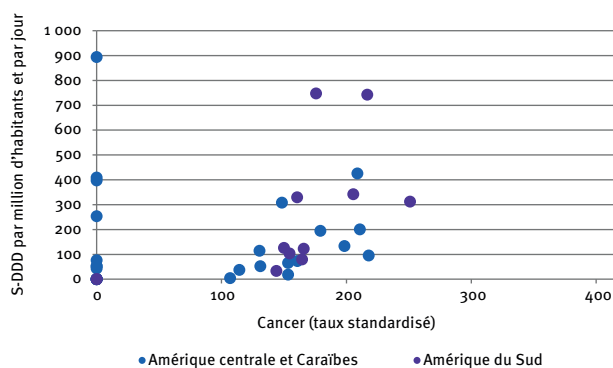
Source: Base de données GLOBOCAN et Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 26. Relation entre l'incidence du cancer, 2012, et la consommation de stupéfiants, 2011-2013, Afrique



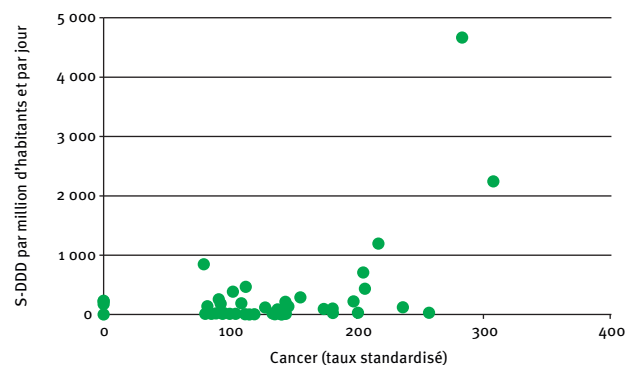
Source: Base de données GLOBOCAN et Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 25. Relation entre le taux standardisé de cancer, 2012, et la consommation de stupéfiants, 2011-2013, Amérique centrale et Caraïbes, et Amérique du Sud



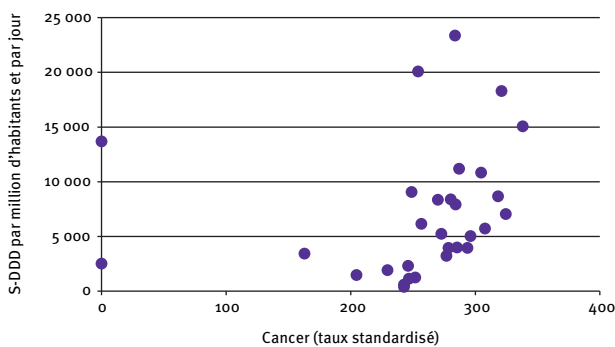
Source: Base de données GLOBOCAN et Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 27. Relation entre l'incidence du cancer, 2012, et la consommation de stupéfiants, 2011-2013, Asie



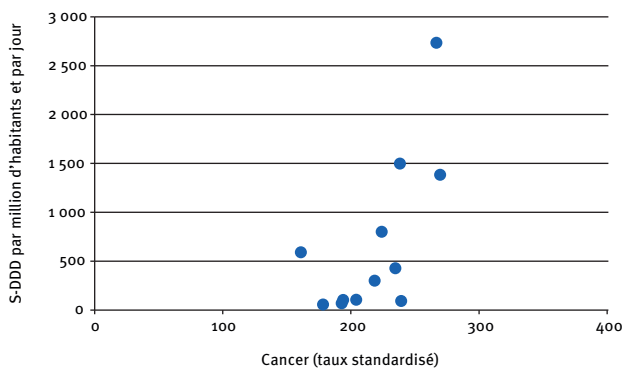
Source: Base de données GLOBOCAN et Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 28. Relation entre l'incidence du cancer, 2012, et la consommation de stupéfiants, 2011-2013, Europe occidentale



Source: Base de données GLOBOCAN et Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 29. Relation entre l'incidence du cancer, 2012, et la consommation de stupéfiants, 2011-2013, Europe orientale et du Sud-Est



**Tableau 1. Nombre estimatif de décès dus au sida, 2013, par rapport à la consommation d'analgésiques opioïdes, 2011-2013**

Pays	Nombre estimatif de décès dus au sida en 2013	S-DDD par million d'habitants et par jour, 2011-2013
Nigéria	210 000	0
Afrique du Sud	200 000	338
Inde	130 000	11
Mozambique	82 000	5
République-Unie de Tanzanie	78 000	5
Zimbabwe	64 000	35
Ouganda	63 000	30
Kenya	58 000	0
Malawi	48 000	26
Éthiopie	45 000	0
Cameroun	44 000	4
République démocratique du Congo	30 000	2
Indonésie	29 000	16
Côte d'Ivoire	28 000	1
Zambie	27 000	32

Source: Organe international de contrôle des stupéfiants et Observatoire mondial de la Santé de l'OMS.

101. S'il ressort bien du tableau ci-dessus que le sida est l'un des principaux états de santé nécessitant des soins palliatifs, c'est toutefois par les besoins liés aux maladies dites évolutives non malignes que la demande de tels soins est alimentée en premier lieu, dans toutes les régions du monde. Cela dit, vu qu'il n'existe aucun chiffre fiable concernant la prévalence de ces maladies au niveau mondial, il est impossible de faire un rapprochement avec la consommation d'analgésiques opioïdes.

### e) Consommation d'analgésiques opioïdes et niveau de développement des soins palliatifs

102. La capacité des systèmes de santé à prescrire et dispenser des analgésiques opioïdes dans le cadre de

services de soins palliatifs adaptés est un aspect important de la disponibilité de ces substances. Dans leur publication *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, l'OMS et l'organisation Worldwide Palliative Care Alliance classent les pays dans six catégories en fonction du niveau de développement de ces services:

- Niveau 1: aucune activité connue;
- Niveau 2: renforcement des capacités;
- Niveau 3a: prestation de services isolés;
- Niveau 3b: prestation de services généralisés;
- Niveau 4a: début de l'intégration au système de santé;
- Niveau 4b: intégration avancée au système de santé.

103. Si l'on regarde la carte illustrant les niveaux de développement des soins palliatifs (voir carte 3) et celle montrant les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes exprimée en S-DDD (voir carte 4), on constate certes une corrélation généralement positive entre les deux, mais aussi certaines anomalies.

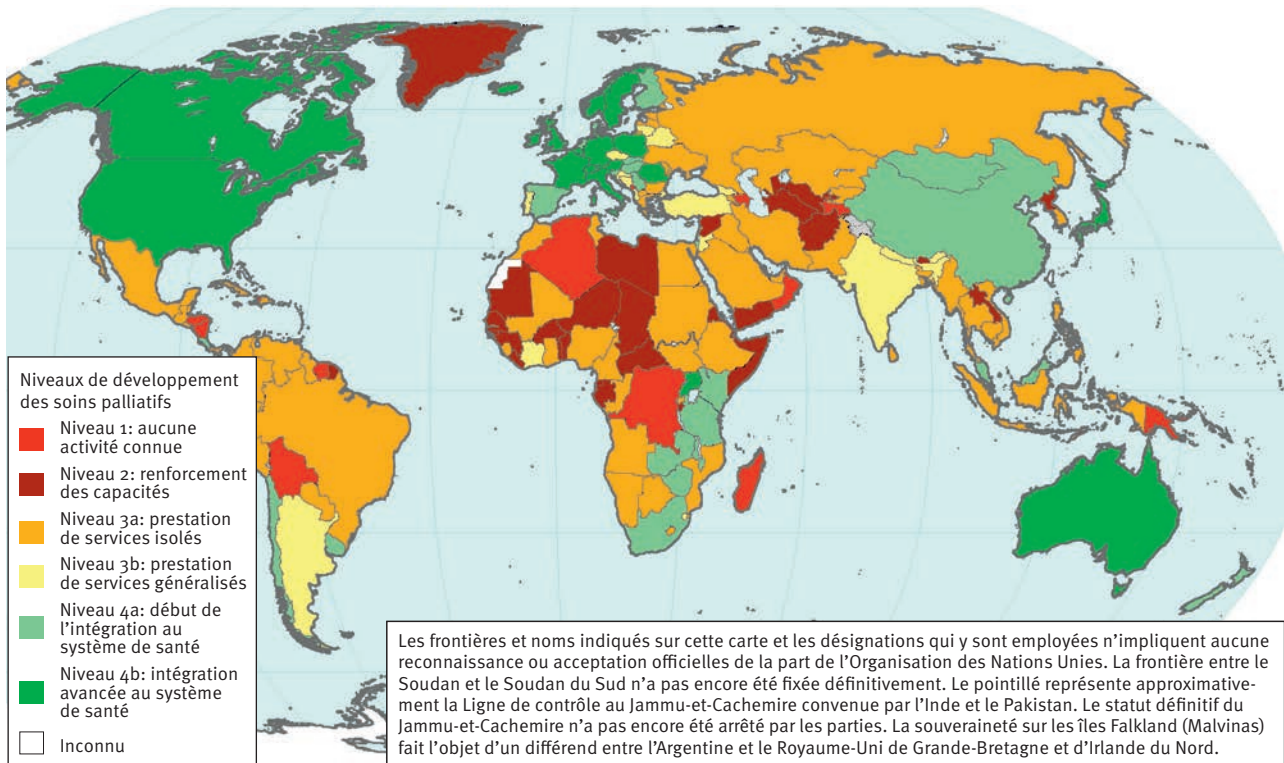
104. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, par exemple, plusieurs pays sont classés au niveau 4a (Afrique du Sud, Kenya, Malawi, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) ou 4b (Ouganda), mais ils signalent tous (hormis l'Afrique du Sud) une consommation d'analgésiques opioïdes plutôt faible.

105. En Amérique du Sud, si l'on exclut le Chili et l'Uruguay, qui sont classés au niveau 4a, et l'Argentine, au niveau 3b, la plupart des pays sont au niveau 3a (Colombie, Brésil, Pérou, Équateur, Guyana et Paraguay) ou 2 (Bolivie (État plurinational de) et Suriname), mais la région n'en affiche pas moins des niveaux de consommation relativement élevés. Cette apparente incohérence pourrait être le signe que la forte consommation est concentrée dans quelques zones restreintes ou privilégiées.

106. Le développement des services de soins palliatifs est crucial pour que les opioïdes analgésiques, lorsqu'ils sont mis à disposition, puissent effectivement être prescrits de manière efficace et rationnelle.

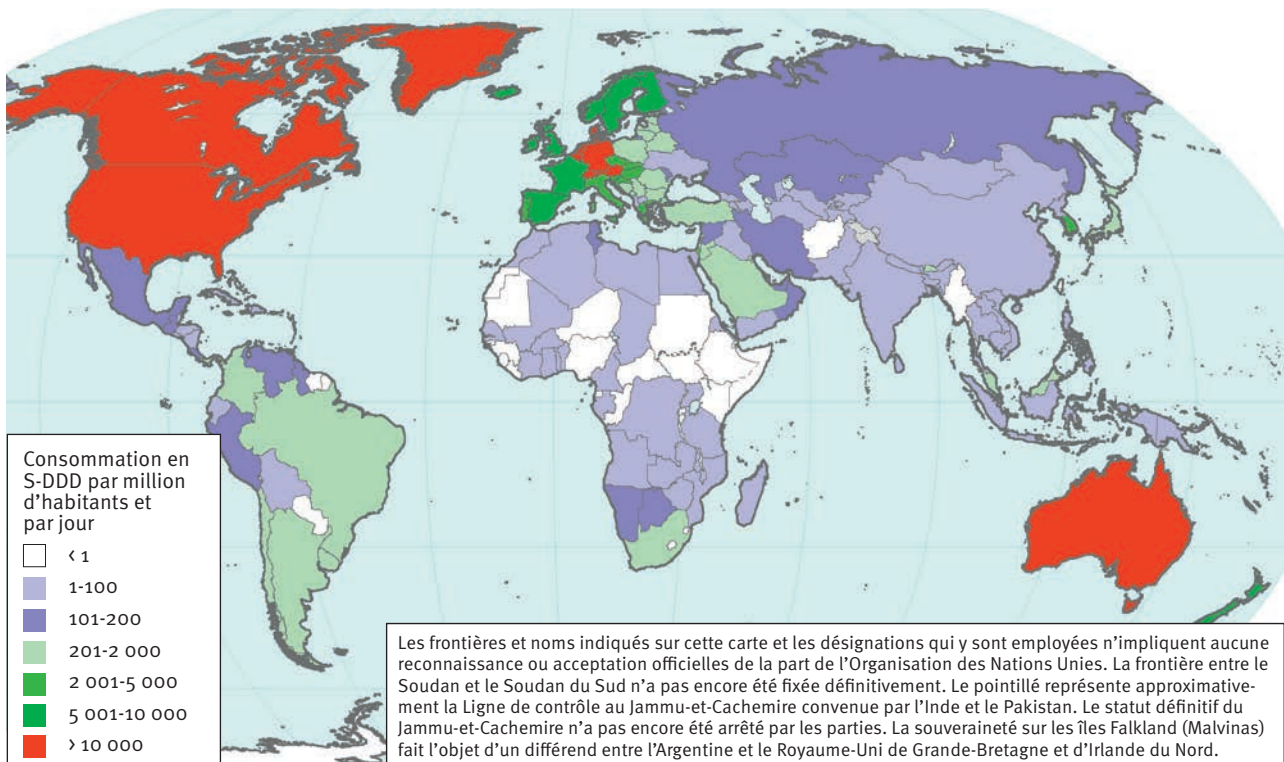


Carte 3. Niveaux de soins palliatifs dans le monde, 2014



Source: Organisation mondiale de la Santé et Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Atlas mondial des soins palliatifs en fin de vie) (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

Carte 4. Consommation d'opioïdes destinés à la prise en charge de la douleur, 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Note: Par "opioïdes", on entend la cétobémidone, la codéine, le dextropropoxyphène, la dihydrocodéine, le fentanyl, l'hydrocodone, l'hydromorphone, la morphine, l'oxycodone, la péthidine, la tilidine et la trimépéridine.

## C. Obstacles à la disponibilité des stupéfiants

107. En 2014, l'OIICS a mené une enquête dans le cadre de laquelle il a demandé aux pays des informations sur les politiques et pratiques suivies au niveau national en application des dispositions de la Convention de 1961 pour assurer la disponibilité des stupéfiants aux fins médicales et scientifiques. Il a reçu de 107 pays des réponses qui sont analysées dans les paragraphes ci-après, où l'accent est mis plus particulièrement sur les facteurs que les autorités nationales compétentes considèrent comme des obstacles<sup>47</sup>.

108. Il ressort de l'analyse des réponses que, ces dernières années, les États Membres ont pris des mesures pour améliorer la disponibilité des stupéfiants. Il est probable que cela ait contribué à la hausse de la consommation d'analgésiques opioïdes exprimée en S-DDD par million d'habitants et par jour dont il est fait état ci-dessus. Les réponses montrent qu'un grand nombre de pays qui accordent une certaine attention à la question de la disponibilité et qui se sont employés à surmonter les obstacles d'ordre juridique, administratif et autres sont parvenus à accroître l'accès aux stupéfiants destinés à des usages médicaux et à améliorer la qualité de vie des personnes nécessitant des soins palliatifs.

109. C'est la conclusion qui découle de l'analyse des schémas de consommation exposée plus haut, mais aussi de l'auto-évaluation que les pays ont faite de leur action en matière de disponibilité des stupéfiants. Comme l'illustre la figure 31, les deux tiers des pays jugeaient leur situation satisfaisante ou pleinement satisfaisante (ils sont 46 % et 22 % dans ce cas, respectivement), tandis que les autres estimaient qu'elle nécessitait certaines (22 %) ou d'importantes (7 %) améliorations. Ces auto-évaluations doivent bien entendu être confrontées à la réalité, mais elles donnent déjà une idée de la manière dont les pays perçoivent leur propre action et, par conséquent, de leur intention de poursuivre ou non leurs efforts.

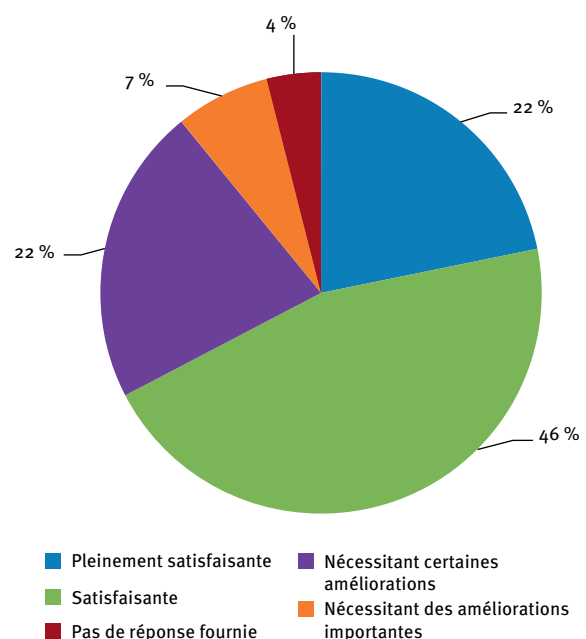
110. Les États Membres ont fait part à l'OIICS des principaux facteurs qui limitaient indûment la disponibilité des stupéfiants nécessaires à des fins médicales et scientifiques (voir fig. 32). Sur 96 réponses valides, 36 % des

pays mentionnaient comme obstacle important le manque de connaissances ou de formation des professionnels de la santé concernant l'usage des stupéfiants; suivaient la crainte de créer une addiction (34 %) et les ressources financières limitées (32 %).

111. L'OIICS a également examiné les obstacles signalés par les chercheurs et les organisations de la société civile présentes dans le secteur de la santé et des soins palliatifs. Les obstacles cités et l'ordre dans lequel ils étaient classés ne correspondaient pas toujours aux réponses données par les autorités nationales compétentes. Ainsi, la société civile et les universitaires considéraient souvent que le cadre réglementaire contraignant, les mesures de contrôle strictes et les problèmes d'approvisionnement faisaient partie des causes de l'accès limité aux médicaments antidouleurs. Les pays, eux, mentionnaient comme premiers problèmes le manque de connaissances ou de formation et la crainte de l'addiction.

112. Pour certains de ces facteurs, les résultats peuvent être comparés à ceux des enquêtes que l'OIICS avait menées en 1995 et 2010. La crainte de créer une addiction, par exemple, était considérée comme un obstacle par 64 % des pays en 1995, mais par seulement 47 % d'entre eux en 2010; dans la dernière enquête en date, ce pourcentage a encore diminué, pour s'établir à 34 %. De même, le cadre réglementaire contraignant et les restrictions d'ordre juridique ont été beaucoup moins mentionnés, comme il ressort de la figure 33.

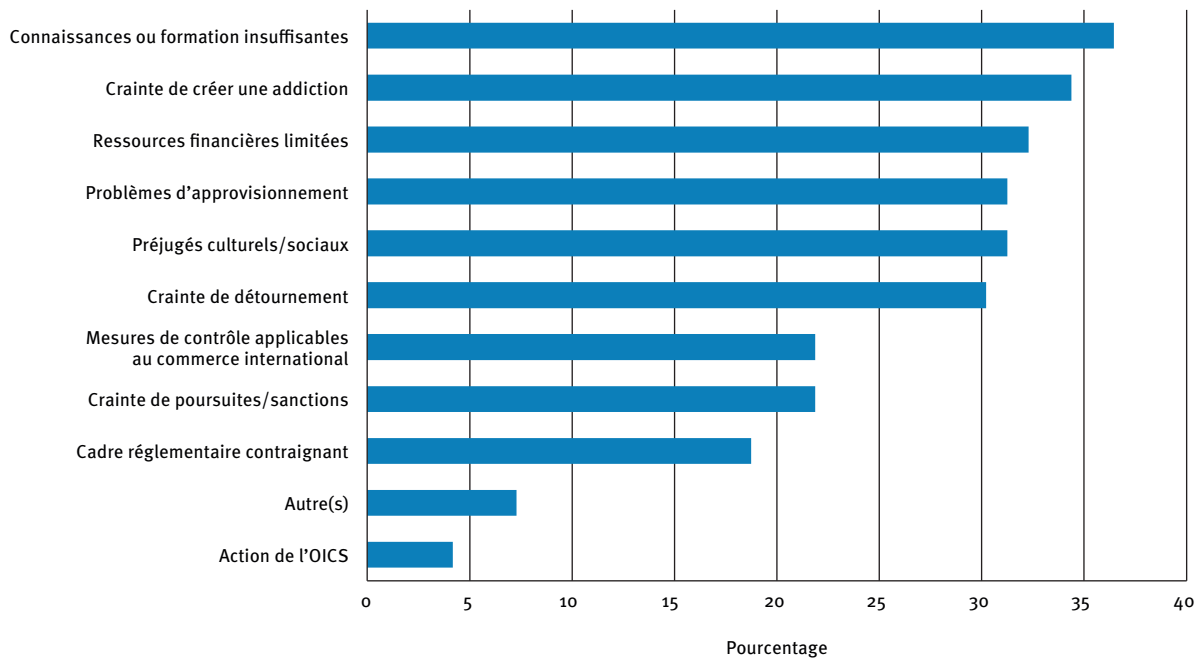
Figure 31. Disponibilité des stupéfiants, selon les évaluations des pays eux-mêmes, 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

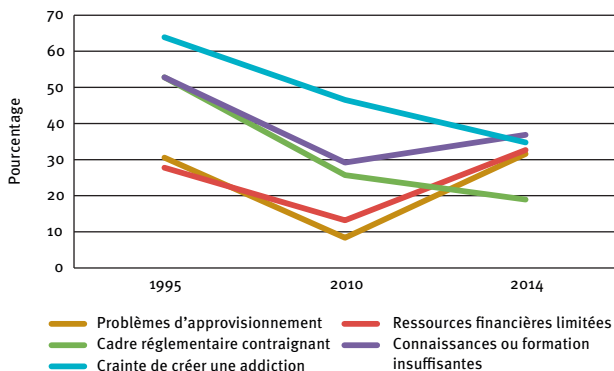
<sup>47</sup>Les chiffres apparaissant dans les figures se fondent sur les réponses des États Membres au questionnaire sur la disponibilité que l'OIICS leur a adressé. Le nombre de réponses prises en considération pour le calcul des pourcentages étant fonction du nombre total de réponses valides pour chaque question, il est variable. Il se peut que la somme de tous les pourcentages ne soit pas égale à 100 dans certaines figures vu que les pays pouvaient sélectionner une ou plusieurs réponses en cas de question à choix multiple.

Figure 32. Obstacles à la disponibilité des stupéfiants



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 33. Obstacles à la disponibilité, 1995-2014



Source: Enquêtes 1995, 2010 et 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

113. Le manque de formation et de connaissances parmi les professionnels de la santé était moins vu comme un obstacle en 2010 qu'en 1995, mais cette tendance s'est inversée depuis, à tel point que c'était l'obstacle le plus mentionné, par 36% des pays, dans l'enquête de 2014. L'évolution a été similaire en ce qui concerne les problèmes d'approvisionnement ou l'insuffisance de l'offre: si 31% des pays les considéraient comme un obstacle en 1995, ils n'étaient plus que 8% dans ce cas en 2010, mais de nouveau 31% en 2014.

114. Des fluctuations du même type sont observées pour ce qui est du coût des médicaments ou du manque

de ressources financières: ce facteur était mentionné dans 28% des réponses en 1995, 13% en 2010 et 32% en 2014.

115. Les paragraphes ci-après proposent une analyse des réponses des pays à l'enquête de 2014. Les obstacles à la disponibilité y sont abordés dans l'ordre décroissant du nombre de mentions.

### 1. Connaissances ou formation insuffisantes parmi les professionnels de la santé

116. Le manque de connaissances ou de formation parmi les professionnels de la santé était l'obstacle le plus souvent cité dans les réponses reçues des États Membres. Un certain nombre d'études et d'analyses confirment que ce facteur pose problème. Dans plusieurs pays, les professionnels de la santé ne possèdent peut-être pas une connaissance suffisante de la douleur et de sa prise en charge. Ils peuvent nourrir des craintes excessives quant aux effets secondaires des opioïdes et au risque que les patients ne deviennent dépendants. Les médecins peuvent douter de la douleur dont se plaignent les patients, ou n'accorder d'un faible degré de priorité à la prise en charge de celle-ci. Cette situation pourrait être le résultat de l'attention limitée accordée aux soins palliatifs dans le programme d'enseignement des écoles de médecine. Il se peut aussi que les médecins soient peu enclins à prescrire des analgésiques opioïdes parce qu'ils n'ont pas

confiance dans la capacité des patients ou de leurs familles à gérer ces substances en toute sécurité.

117. Par manque de formation théorique et pratique aux soins palliatifs, les médecins sous-estiment parfois le degré de soulagement qu'une prise en charge adaptée peut procurer, et la mesure dans laquelle la douleur est insuffisamment traitée. Il arrive aussi qu'ils sous-estiment la nécessité de recourir à des opioïdes puissants, comme la morphine, en présence de douleurs fortes ou qu'ils ne soient pas capables d'établir, ou habitués à établir, des relations interpersonnelles qui les aideraient à trouver le traitement pharmacologique le mieux adapté et à personnaliser les prescriptions en fonction des besoins des patients et de leur état de santé du moment.

118. De surcroît, les infirmiers peuvent dans certains pays n'être pas assez formés à la prise en charge de la douleur et au soutien à apporter aux patients, et peuvent avoir au sujet des opioïdes des idées fausses et des préjugés comparables à ceux des médecins (voir ci-dessus). Dans certains cas, ils peuvent administrer des doses inférieures à celles qui sont nécessaires ou ne rien administrer du tout, ou convaincre le patient d'attendre et de supporter son état sans antidouleurs adaptés.

119. Dans l'enquête de 2014, 70 pays ont signalé que le programme de formation des médecins abordait la question de la prescription et de l'utilisation rationnelles des stupéfiants. Parmi eux, 73 % (soit 51 pays) avaient enregistré une augmentation de la consommation par habitant entre 2007-2009 et 2011-2013.

120. Sur les 61 pays qui ont indiqué mettre en œuvre des mesures pour sensibiliser les professionnels de la santé aux pratiques responsables en matière de prescription de stupéfiants, 45 (soit 74 % du total) ont constaté une hausse de la consommation en S-DDD par million d'habitants et par jour. Les mesures en question prenaient la forme d'ateliers, de séminaires et d'activités de formation ou de suivi spécialisées, de la diffusion de supports d'information et de la constitution de groupes de travail faisant intervenir des pharmaciens, des représentants de l'industrie pharmaceutique et des associations de médecins.

## 2. Crainte de créer une addiction

121. Trente-trois pays (soit 34 % du total) considéraient la crainte de créer une addiction comme un obstacle à la disponibilité; c'était le deuxième des facteurs mentionnés dans l'enquête de 2014. Parmi ces pays, 18 (55 % d'entre eux) affichaient des niveaux de consommation inférieurs au minimum jugé adéquat.

122. Selon l'organisation Human Rights Watch, la réticence des professionnels de la santé à prescrire des analgésiques opioïdes serait plus liée à la crainte de créer chez le patient une addiction ou une détresse respiratoire qu'à celle d'être poursuivi ou sanctionné<sup>48</sup>. C'est ce qui ressort également de l'enquête de 2014, puisque 34 % des pays mentionnaient la crainte de l'addiction et 21 % la crainte de poursuites ou de sanctions.

123. Il semble que la crainte de créer une addiction soit liée à un manque de sensibilisation et de formation, ainsi qu'à des préjugés culturels. Tant les patients que les professionnels de la santé peuvent hésiter à prendre et prescrire des stupéfiants par manque de connaissance des propriétés de ces substances et des moyens de les prescrire en toute sécurité, et à cause d'idées reçues quant à leur usage.

## 3. Ressources financières limitées

124. Trente et un pays (soit 32 % du total) considéraient que les problèmes financiers faisaient obstacle à la disponibilité des stupéfiants. Le manque de ressources peut être particulièrement handicapant lorsque les stupéfiants coûtent cher. Alors que certaines formulations, comme la morphine à administrer par voie orale, peuvent être produites à peu de frais, les prix des stupéfiants peuvent être tirés à la hausse par la réglementation, le régime de licence et les taxes imposés par le gouvernement, mais aussi par des systèmes de distribution qui laissent à désirer (comme ceux qui supposent des déplacements longs et coûteux pour se procurer les médicaments), entre autres<sup>49</sup>. Ainsi, l'Association latino-américaine pour les soins palliatifs a signalé que, dans un pays d'Amérique centrale, le prix d'un mois de traitement au moyen de morphine injectable représentait plus du double du salaire mensuel minimum national. Dans de telles circonstances, la disponibilité dépend de la capacité des patients à payer les stupéfiants qui leur sont prescrits. Il importe donc de savoir s'il est attendu des patients qu'ils prennent à leur charge, dans sa totalité ou en majeure partie, le coût de ces médicaments, ou s'il est prévu de leur apporter un soutien financier au moyen de la sécurité sociale ou de systèmes nationaux d'assurance maladie. En réponse à cette question (voir fig. 34), les pays ont indiqué en premier lieu que les stupéfiants étaient payés par les patients (83 %), puis par l'État (72 %) et par des systèmes d'assurance maladie (63 %).

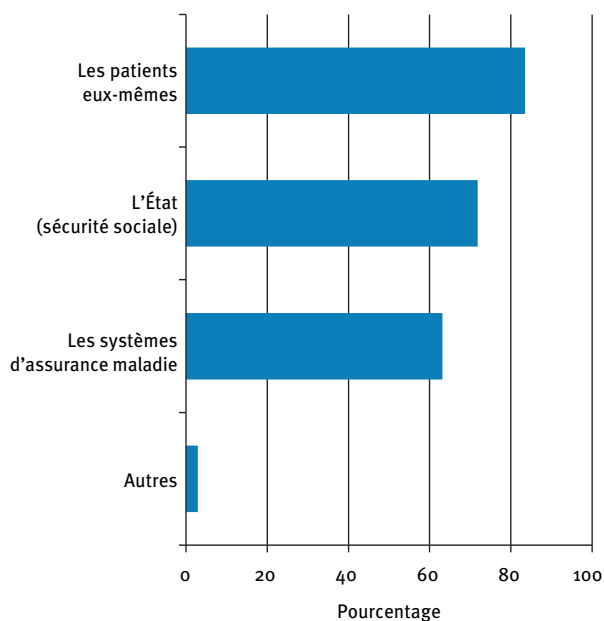
<sup>48</sup>Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right* (2011), chap. II.

<sup>49</sup>Ibid.

125. Une étude transversale réalisée en 2014 porte à croire que les surcoûts dus aux formalités réglementaires pouvaient être directement répercutés au niveau des patients, en particulier dans les pays n'ayant que des ressources limitées pour subventionner les analgésiques opioïdes ou mettre en place des mécanismes de remboursement. L'étude a aussi révélé que le prix de la morphine à libération immédiate sous forme solide à administrer par voie orale était 5,8 fois supérieur dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à ce qu'il était dans les pays à revenu élevé. Cette différence de prix à la dispensation peut s'expliquer par le fait que le prix d'autres formulations plus coûteuses (fentanyl) est artificiellement maintenu à un bas niveau grâce à d'importantes subventions, ce qui place la morphine à libération immédiate sous forme solide à administrer par voie orale dans une position économiquement désavantageuse<sup>50</sup>.

126. Les obstacles à la fixation de prix abordables peuvent donc découler d'un manque de ressources, de cadres réglementaires nationaux et de mesures de contrôle du commerce international restrictifs, et de politiques défavorables, notamment de l'absence de mécanisme public de remboursement des frais de santé.

Figure 34. Qui paie pour les stupéfiants prescrits? 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

<sup>50</sup>Liliana De Lima *et al.*, "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, n° 4 (octobre 2014).

#### 4. Problèmes d'approvisionnement liés aux entreprises ou aux importations

127. De nombreux pays ont signalé des problèmes d'approvisionnement. Certaines formulations à base de stupéfiants, comme la morphine par voie orale, ne sont pas toujours disponibles en quantités suffisantes étant donné que les fabricants et les importateurs ou exportateurs, en particulier dans les pays peu peuplés ou en cas de faible demande du marché, peuvent préférer ne produire et n'acheter ou vendre que des formulations plus chères. Les modalités de la commercialisation de ces formulations, associées aux subventions accordées en rapport avec certains produits (le fentanyl par exemple), peuvent expliquer pourquoi l'analyse des données fait apparaître une augmentation beaucoup plus nette de la consommation de fentanyl que de morphine.

128. Dans plusieurs pays, les entreprises pharmaceutiques locales ne voient aucun intérêt à fabriquer de la morphine par voie orale, en partie parce que les médecins ne prescrivent que trop peu d'opioïdes et que la demande émanant des hôpitaux n'est pas suffisante pour justifier la production. Dans certains pays en développement, la seule morphine disponible est celle qui est importée en provenance d'entreprises pharmaceutiques internationales, qui pratiquent des prix inabornables pour l'État et la population. Enfin, pour certaines entreprises pharmaceutiques locales, les coûts liés aux mesures de sécurité à prendre pour produire des médicaments à base d'opioïdes et les risques juridiques qui y sont associés en rendent la fabrication inintéressante.

129. Outre l'absence de production locale, les difficultés d'approvisionnement liées à l'importation des stupéfiants fait aussi obstacle à leur disponibilité. Plusieurs pays ont expliqué que les lenteurs de la chaîne d'approvisionnement dues à des formalités réglementaires longues et fastidieuses (octroi de licences pour l'importation et l'exportation, par exemple) créaient des pénuries de médicaments. L'offre de stupéfiants pouvait aussi être limitée par des évaluations nationales inadéquates, des obligations de communication d'informations gourmandes en temps et des difficultés de gestion.

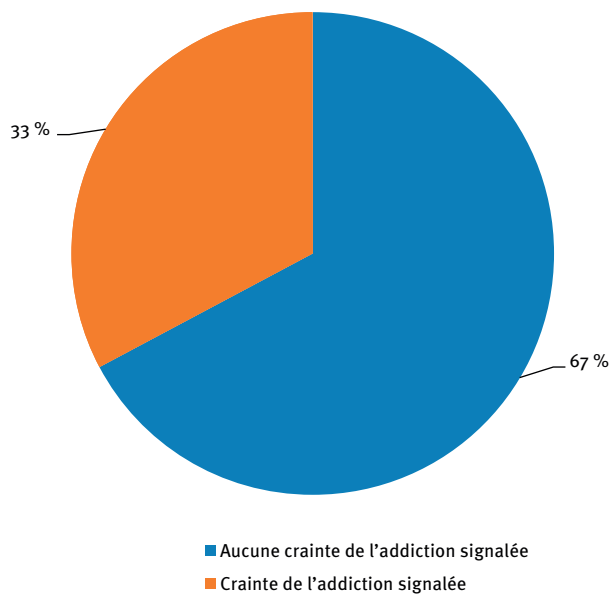
#### 5. Préjugés culturels et sociaux relatifs au traitement de la douleur

130. Parmi les obstacles tenant aux préjugés et aux connaissances, signalés par 31% des pays, figuraient les convictions des médecins, des patients et de leur famille, ainsi que celles des décideurs. Il arrive que ce soit les patients eux-mêmes qui refusent toute prise en charge de la douleur parce qu'ils ne veulent pas se plaindre ou n'acceptent pas l'idée de prendre des opioïdes. Certains patients

ou leur famille peuvent s'inquiéter des effets secondaires de ces substances et tenter d'en réduire les doses. Ils peuvent aussi craindre la stigmatisation associée à l'usage d'opiacés ou de médicaments antidouleurs. Certains peuvent éviter de prendre des opioïdes à cause de leurs effets sédatifs, parce qu'ils veulent rester conscients, en particulier lorsqu'ils sont en phase terminale de la maladie et qu'ils ont peur de couper la relation avec leur famille.

131. Une bonne proportion (67 %) des 61 pays qui avaient pris des mesures pour sensibiliser les professionnels de la santé ne voyaient pas dans la crainte de l'addiction un obstacle à la disponibilité (voir fig. 35). Cela pourrait signifier que favoriser une meilleure compréhension des pratiques responsables de prescription des stupéfiants parmi les professionnels de la santé peut aider à surmonter les obstacles découlant de la crainte de l'addiction et d'autres préjugés touchant aux analgésiques opioïdes et à la prise en charge de la douleur.

Figure 35. Crainte de créer une addiction signalée par les pays et territoires ayant mis en place des mesures de sensibilisation, 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

## 6. Crainte de détournements vers des circuits illicites

132. Sur 96 pays ayant répondu à la question, 29 (soit 30 % du total) déclaraient que la crainte de détournements constituait un obstacle à la disponibilité des stupéfiants. Parmi eux, 20 (69 %) affichaient des niveaux de consommation inférieurs à 200 S-DDD par million d'habitants et par jour, c'est-à-dire moins que ce que l'OICS juge adéquat.

133. La crainte de détournements peut être liée au fait que des pays ont vu l'apparition de marchés parallèles non réglementés. Parmi ceux qui signalaient cette crainte comme un obstacle, 41 % déclaraient aussi avoir eu des problèmes de marchés parallèles. Un pays a indiqué que la disponibilité était limitée en raison de mesures réglementaires strictes qui avaient été adoptées alors qu'Internet était utilisé pour acheter et vendre des analgésiques opioïdes en l'absence d'ordonnance.

## 7. Crainte de poursuites ou de sanctions

134. Sur 99 répondants, 81 pays (soit 82 % du total) signalaient l'existence de sanctions en cas de mauvaise tenue de registres. Les sanctions citées allaient des amendes aux peines d'emprisonnement, en passant par les retraits de licence. Il ressort de rapports établis dans le cadre du projet sur l'accès aux médicaments opioïdes en Europe<sup>51</sup> et par l'organisation Human Rights Watch<sup>52</sup> que la crainte de sanctions peut survenir lorsque la législation est peu claire, souvent stigmatisante, que les professionnels de la santé n'ont pas suffisamment de connaissances juridiques et que les sanctions prévues, y compris en cas de violation non intentionnelle, sont lourdes. Les 21 pays ayant signalé au nombre des obstacles à la disponibilité la crainte de poursuites ou de sanctions mentionnaient presque tous l'existence de sanctions, et les trois quarts d'entre eux affichaient des niveaux insuffisants de consommation exprimée en S-DDD (c'est-à-dire des niveaux inférieurs à 200 S-DDD par million d'habitants et par jour).

## 8. Mesures de contrôle applicables au commerce international

135. Les politiques, règles et réglementations visant la production, l'importation et l'exportation de substances placées sous contrôle ont été établies au niveau international par l'OICS, qui en assure aussi le suivi. Les pays peuvent ne pas avoir les moyens d'évaluer les quantités de médicaments soumis à contrôle dont ils ont besoin, certains manquant des capacités et des ressources nécessaires, et avoir donc besoin d'un appui technique et logistique.

136. Des pays ont déclaré rencontrer des difficultés en ce qui concerne la délivrance de permis d'importation ou d'exportation, ainsi que d'autres mesures de contrôle international supposant de longues procédures

<sup>51</sup>Access to Opioid Medication in Europe, *Final Report and Recommendations to the Ministries of Health*, Lukas Radbruch et al. (sous la direction de) (Bonn, Allemagne, Pallia Med Verlag, novembre 2014).

<sup>52</sup>Global State of Pain Treatment, chap. II.

et susceptibles par là même d'être sources de lenteurs et de pénuries.

## 9. Cadre réglementaire contraignant

137. Parmi les 53 pays ayant indiqué avoir pris des mesures législatives ou réglementaires ces 10 dernières années pour améliorer la disponibilité des stupéfiants à des fins médicales, 37 (soit 70 %) avaient connu une augmentation du niveau de consommation exprimée en S-DDD depuis 2007-2009. Les mesures en question consistaient notamment à favoriser la prescription et la dispensation de stupéfiants, ce qui pouvait impliquer de supprimer les carnets de prescription obligatoires pour les médecins et d'étendre la validité des ordonnances; à autoriser les infirmiers et les sages-femmes à prescrire et administrer des stupéfiants; à faciliter l'accès des patients au traitement; à simplifier la tenue de registres; et à publier des dépliants d'information sur les emplois des médicaments à base de stupéfiants, leurs effets secondaires, les avertissements à garder à l'esprit et les précautions à prendre.

138. Au niveau national, certains pays ont mis en place, par crainte des détournements et des risques d'addiction, des systèmes réglementaires qui vont au-delà des exigences des traités relatifs au contrôle des drogues, créant ainsi des obstacles inutiles qui ne sont pas totalement conformes aux recommandations émises par l'OMS et l'OICS.

139. Les règles qui nuisent au bon fonctionnement des mécanismes de prescription d'opioïdes sont notamment les suivantes: exigence de permis spéciaux pour les patients concernés; limitation du pouvoir qu'ont les médecins de prescrire des opioïdes, même aux patients atteints de cancer et souffrant de douleurs fortes; imposition de doses plafonds qui limitent la possibilité d'ajuster la dose aux besoins individuels des patients; imposition de limites rigoureuses concernant la durée de validité des ordonnances; restrictions touchant la dispensation d'opioïdes, qui compliquent aux patients l'accès à ces médicaments; lourdeurs administratives accrues par l'utilisation de formulaires de prescription complexes ou peu accessibles ou par des obligations d'information complexes; et existence de sanctions juridiques disproportionnées qui ont un effet dissuasif sur les prestataires de soins de santé et les pharmaciens.

140. Dans certains pays, la réglementation empêche les médecins de prescrire des substances adaptées et des doses suffisantes, de telle sorte qu'ils doivent voir très souvent leurs patients parce que ceux-ci ne peuvent pas obtenir d'ordonnance de morphine pour plus de 7 ou 10 jours, par exemple. Seuls 21 % des pays répondants ont indiqué autoriser, dans certaines circonstances, les renouvellements de traitement sans nouvelle ordonnance.

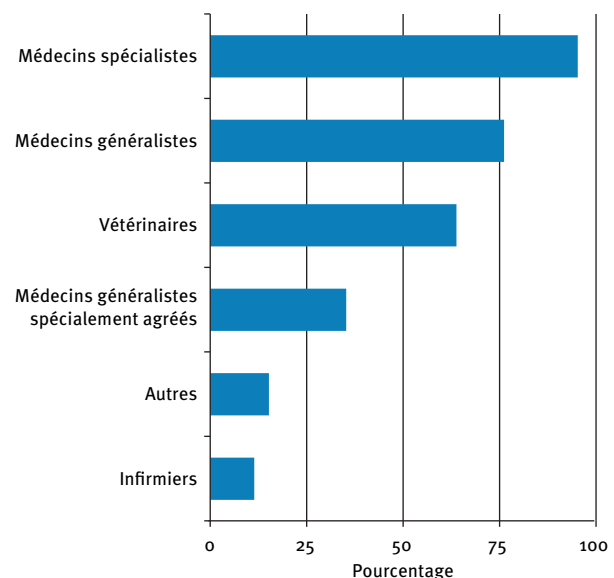
141. Dans certains pays à faible revenu plus particulièrement, seul un petit nombre de médecins, qui doivent se soumettre à une procédure d'agrément spéciale, peuvent prescrire de la morphine et d'autres opioïdes puissants. Il arrive que même les spécialistes des maladies nécessitant des soins palliatifs ne soient pas habilités à en prescrire d'eux-mêmes.

142. Parmi les autres obstacles d'ordre réglementaire figurent les formulaires spéciaux à trois feuillets que les médecins doivent remplir mais qu'ils peuvent avoir du mal à obtenir ou qu'ils peuvent devoir payer. D'après l'OMS, l'obligation d'utiliser de telles ordonnances à feuillets multiples, en règle générale, "réduit de 50 % au moins la prescription des drogues concernées"<sup>53</sup>.

143. Dans 75 % des 102 pays répondants, les prescripteurs étaient légalement tenus de garder une trace des ordonnances concernant des stupéfiants. Cette situation est susceptible de décourager le stockage d'analgésiques opioïdes en raison des coûts et des longues procédures qui y sont associés, voire des craintes de poursuites et de sanctions. Il doit être possible de trouver un moyen de veiller à ce que des registres soient tenus tout en faisant en sorte que cette exigence fondamentale ne devienne pas trop contraignante pour les prescripteurs.

144. Comme l'illustre la figure 36, il est rare que les infirmiers soient autorisés à prescrire des stupéfiants. Cet état de fait peut aussi nuire à la disponibilité des substances, en particulier dans les pays où les systèmes et l'infrastructure de santé posent problème.

Figure 36. Prescripteurs de stupéfiants, 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

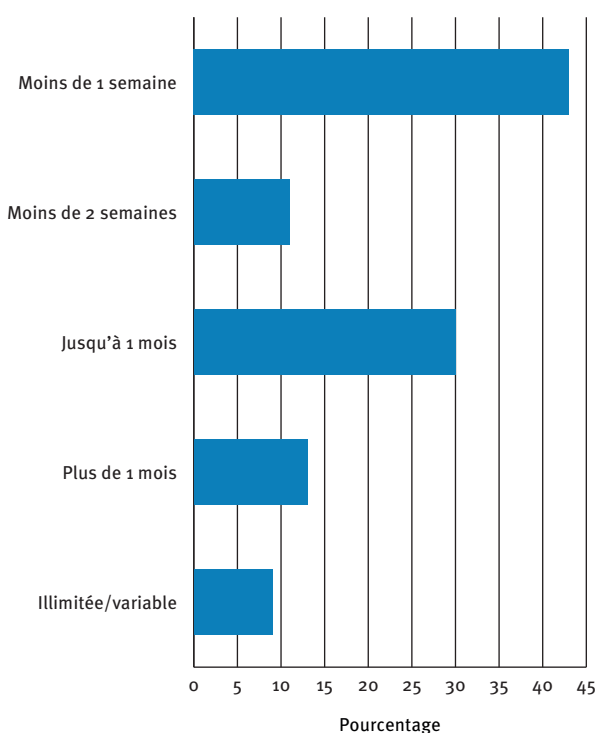
<sup>53</sup>Organisation mondiale de la Santé, *Cancer Pain Relief. With a Guide to Opioid Availability*, deuxième édition (1996), partie 2.

145. Certains pays qui sont parvenus ces 20 dernières années à améliorer considérablement leur niveau de consommation exprimée en S-DDD par million d'habitants et par jour ont expliqué que les sages-femmes étaient aussi autorisées à prescrire des stupéfiants. La question des douleurs de l'accouchement est généralement passée sous silence lors des débats, alors même qu'elle se pose partout, ce qui justifierait que quelque chose soit fait pour assurer une prise en charge adéquate, y compris au moyen de stupéfiants.

146. La durée de validité des ordonnances varie considérablement d'un pays à l'autre (voir fig. 37). Quarante-trois pour cent des pays mentionnaient sept jours maximum, et 30% d'entre eux deux semaines à un mois.

147. Les systèmes centralisés risquent de limiter encore la distribution, les opioïdes n'étant alors disponibles, bien souvent, que dans les grandes villes et n'étant pas livrés en zones rurales. Il arrive que les médecins doivent se rendre dans des grandes villes pour se procurer des médicaments et même des formulaires de prescription, ou que les patients doivent s'en charger. Dans certains pays, la livraison de médicaments à base d'opioïdes des centres urbains jusque dans les zones rurales peut prendre plus d'un mois.

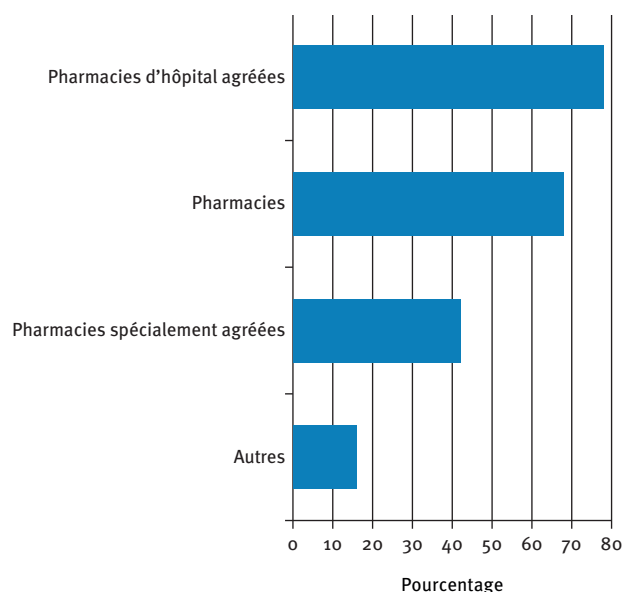
Figure 37. Durée de validité des ordonnances de stupéfiants, 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

148. Les États Membres ont fait savoir que les stupéfiants étaient dispensés principalement dans les pharmacies d'hôpital (75%). Dans un peu plus de la moitié (54%) des pays ayant répondu à la question, ces substances pouvaient être dispensées par de simples pharmacies (voir fig. 38).

Figure 38. Structures habilitées à délivrer les stupéfiants prescrits, 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

149. Les restrictions relatives au nombre de pharmacies autorisées à dispenser des substances placées sous contrôle peuvent aussi influencer négativement sur la disponibilité de celles-ci. Les formalités administratives associées à leur dispensation en pharmacie constituent parfois un frein supplémentaire. Dans certains pays, les pharmaciens doivent recueillir toute une série d'informations: le nom du patient, son adresse et sa date de naissance; la drogue dispensée, la date du jour, la quantité et la forme pharmaceutique, le nombre de jours de traitement couverts et le nombre de renouvellements; et le nom du prestataire de soins de santé du patient. Ils doivent aussi conserver ces informations dans une base de données centrale pendant plusieurs années. Ces formalités nécessitent des ressources humaines, du temps et un accès à des moyens techniques spécifiques pour le suivi et la collecte de données. Cent un des 103 pays répondants (soit 98%) ont indiqué que les dispensateurs étaient obligés par la loi de tenir des registres.

150. Dans beaucoup de pays, une seule institution ou seules quelques pharmacies sont autorisées à détenir des stocks de médicaments opioïdes. Elles doivent pour ce faire déposer une demande auprès des services de



réglementation concernés, selon une procédure fastidieuse. Même dans les hôpitaux de soins aigus, la morphine ne figure pas forcément sur la liste des médicaments destinés aux urgences. Par ailleurs, certaines pharmacies situées dans des zones peu sûres hésitent à vendre des opioïdes à cause des risques de cambriolage.

## 10. Autres obstacles

151. Un petit nombre de pays (7) ont cité d'autres obstacles, qui vont de l'offre insuffisante due au manque de certaines préparations à base d'opioïdes, à l'augmentation inattendue de la demande d'une drogue particulière et aux décisions d'ordre économique prises par les entreprises et les importateurs de stupéfiants. Ont également été mentionnés le manque de sensibilisation des patients, des évaluations et statistiques inadaptées, et l'existence de marchés illégaux.

## 11. Action de l'OICS

152. L'une des réponses à la question des obstacles proposées aux pays dans le formulaire d'enquête était l'action de l'OICS. Seuls quatre pays ont coché la case correspondante.

153. Les pays étaient en outre invités à proposer des mesures que l'OICS pourrait prendre pour améliorer la disponibilité des stupéfiants à des fins médicales et scientifiques. La plupart ont mentionné l'offre aux autorités et aux acteurs concernés de formations et d'informations sur

différents sujets: les intérêts des stupéfiants, leur prescription rationnelle et leur usage; la gestion, la distribution et le contrôle des stupéfiants; les évaluations et les prévisions; et les programmes de sensibilisation destinés à réduire les craintes que soulèvent la prescription ou la dispensation des stupéfiants.

154. D'autres pays ont estimé que l'OICS devait, pour faciliter l'approvisionnement en stupéfiants, confirmer de manière rapide et souple les évaluations et les évaluations supplémentaires des besoins, et mettre en place un système en ligne d'autorisation des importations et des exportations. Il était également souhaité que l'OICS joue un rôle plus actif en demandant aux fabricants de livrer les médicaments requis en temps voulu, en priant les gouvernements de mettre à disposition les ressources humaines et financières nécessaires et en facilitant la disponibilité de petites quantités de substances en tant qu'échantillons pour essai ou étalons de référence. Quelques pays ont estimé qu'il fallait étudier de plus près la question de la disponibilité, formuler des recommandations visant à améliorer l'accès aux substances et créer un laboratoire pour le contrôle de la qualité des stupéfiants.

155. Le niveau de connaissance, parmi les pays répondants, des procédures de présentation des évaluations et des évaluations supplémentaires était élevé (97%), tout comme la connaissance des supports de formation produits par l'OICS (82%) et celle des lignes directrices émises conjointement par l'OICS et l'OMS (87%) au sujet de l'établissement des évaluations.



# Chapitre III

## Substances psychotropes

156. Cent vingt-cinq substances psychotropes<sup>54</sup> sont actuellement placées sous contrôle international au titre de la Convention 1971. La plupart d'entre elles entrent dans la composition de préparations pharmaceutiques agissant sur le système nerveux central: stimulants, déprimeurs, analgésiques et antidépresseurs.

157. Les substances psychotropes sont regroupées dans quatre tableaux en fonction de leur intérêt thérapeutique, de leur potentiel toxicomanogène et des risques d'abus ou de dommages en matière de santé publique qui y sont associés. La Convention de 1971 prévoit un régime de contrôle différent pour chacun de ces tableaux. La portée des mesures de contrôle appliquées aux substances varie selon le niveau de danger ou de risque correspondant.

158. Cinq des substances psychotropes<sup>55</sup> placées sous contrôle international figurent aussi sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS (dernière version en date)<sup>56</sup>, qui comprend une liste principale et une liste complémentaire.

159. L'OMS définit la liste principale comme énumérant les médicaments minimums nécessaires à un système de soins de santé de base. Il s'agit des médicaments les plus efficaces, les plus sûrs et les plus économiques qui existent pour traiter les maladies prioritaires, qualifiées de telles en fonction du poids qu'elles représentent ou représenteront,

d'après les estimations, en termes de santé publique, et des possibilités de traitement sûr pour un bon rapport coût-efficacité. Le diazépam, le lorazépam, le midazolam et le phénobarbital sont inscrits sur cette liste. Par ailleurs, la liste complémentaire présente des médicaments essentiels pour le traitement de maladies prioritaires nécessitant des dispositifs de diagnostic ou de suivi spécifiques ou des formations spécialisées; la buprénorphine y est inscrite.

160. Les mesures de contrôle que les gouvernements doivent prendre en application de la Convention de 1971 ont pour objet de protéger la santé et l'intérêt publics. En adoptant cet instrument, la communauté internationale a reconnu que l'abus de substances psychotropes comportait de grands risques pour la santé des personnes et pouvait menacer les structures sociales et économiques normales, et que les dangers de la toxicomanie et du trafic de drogues ne pouvaient être combattus avec succès que grâce à des mesures coordonnées aux niveaux national et international. Des disparités subsistent en ce qui concerne les niveaux de consommation des substances psychotropes d'un pays et d'une région à l'autre. Les problèmes liés au contrôle et à l'emploi de ces substances sont une disponibilité inadéquate et un accès réduit aux traitements médicaux nécessaires, ainsi qu'une disponibilité excessive et un usage médicalement injustifié.

### A. Offre de substances psychotropes visées par la Convention de 1971

161. Pour l'OMS, l'usage rationnel des médicaments suppose que les patients "reçoivent des médicaments adaptés à leur état clinique, dans des doses qui conviennent à leurs besoins individuels, pendant une période adéquate

<sup>54</sup>Neuf ont été placées sous contrôle international (par leur inscription aux Tableaux I et II de la Convention de 1971) au cours de la cinquante-huitième session de la Commission des stupéfiants, en mars 2015.

<sup>55</sup>Buprénorphine, diazépam, lorazépam, midazolam et phénobarbital.

<sup>56</sup>Organisation mondiale de la Santé, liste modèle des médicaments essentiels, dix-neuvième édition (avril 2015, modifiée en juin 2015). Disponible en anglais à l'adresse <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines>.

et au coût le plus bas pour eux-mêmes et leur collectivité.” En conséquence, l’usage irrationnel peut tenir à un manque d’accès aux médicaments essentiels ou à un usage inapproprié de médicaments accessibles et disponibles. La prestation de soins de santé dans le monde dépend pour beaucoup des systèmes nationaux de santé et de la disponibilité de ressources suffisantes. Selon l’OMS, le fardeau de la morbidité est dû à 14 % à des troubles mentaux, neurologiques et liés à l’abus de substances, qui sont enregistrés pour les trois quarts dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Dans ces pays, sur cinq personnes nécessitant des soins, environ quatre n’en reçoivent pas. Les ressources disponibles à cette fin sont insuffisantes.

162. Dans le même temps, une offre et une disponibilité excessives de substances psychotropes placées sous contrôle international, associées à des mesures de contrôle réglementaire peu rigoureuses ou inadaptées, risquent de donner lieu à un usage impropre et un abus. La disponibilité excessive de substances psychotropes découlant d’une offre non régulée et l’usage inapproprié ou non médical de ces drogues préoccupent tout autant l’OICS que l’offre insuffisante de celles-ci.

163. L’adoption de stratégies de commercialisation précisément ciblées et la conduite de campagnes publicitaires massives de la part de certaines entreprises, et de l’industrie pharmaceutique dans son ensemble, ainsi que la mise sur le marché de produits plus compétitifs (médicaments génériques), peuvent contribuer à l’offre et la disponibilité excessives de substances psychotropes. Cela est particulièrement vrai dans les pays développés, mais vaut également pour les pays en développement. Une disponibilité excessive entraîne souvent une surconsommation, qui est elle-même cause de dépendance et de trafic illicite de substances.

164. Lorsque les ressources et connaissances nécessaires pour déterminer les besoins médicaux et ajuster l’offre en conséquence sont insuffisantes, l’équilibre entre disponibilité et consommation est menacé. De plus, l’expérience montre que, dans de nombreux pays développés, l’offre effective de drogues tend à excéder les besoins. Dans ces pays, les facteurs d’ordre social, culturel et psychologique qui influent sur la consommation faussent la perception et l’évaluation des besoins médicaux réels.

## 1. Offre d’analgésiques

165. Les analgésiques placés sous contrôle au titre de la Convention de 1971 sont la buprénorphine, la léfétamine et la pentazocine. La fabrication mondiale de buprénorphine, un analgésique opioïde inscrit au Tableau III de cette Convention, a commencé à augmenter progressivement à la fin des années 90, à mesure que la substance était

utilisée à doses croissantes pour le traitement de la douleur et celui de la dépendance aux opioïdes. En 2013, elle a atteint un nouveau record, à près de 9 tonnes (soit 1,1 milliard de S-DDD), déclarées par neuf pays. Le volume des échanges internationaux a lui aussi augmenté, puisque plus d’une soixantaine de pays signalaient en avoir importé cette année-là.

166. La fabrication et les échanges de pentazocine n’ont pas été si importants, la première ayant fluctué entre un maximum de 8 tonnes et un minimum de 1 tonne par an ces 10 dernières années. On ne peut pas parler de progression régulière.

167. La léfétamine est à la fois un stimulant et un analgésique, aux effets comparables à ceux de la codéine. Dans les années 90, on s’est aperçu qu’elle était moins efficace que la buprénorphine pour désintoxiquer les patients traités à la méthadone. Sa fabrication et sa consommation ont donc cessé à la fin de la décennie.

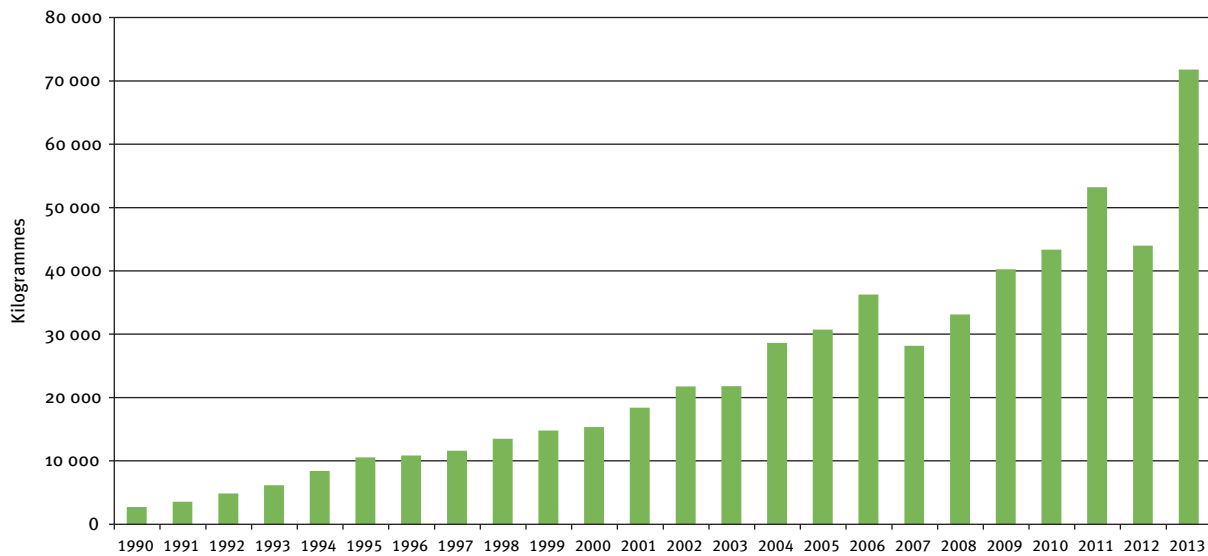
## 2. Offre de stimulants

168. Contrairement à ce qui est le cas pour d’autres substances psychotropes, aucun des stimulants du système nerveux central placés sous contrôle au titre de la Convention de 1971 n’est considéré par l’OMS comme faisant partie des médicaments minimums nécessaires à un système de soins de santé de base; ils ne sont donc pas inscrits sur la liste modèle des médicaments essentiels. C’est ce qui expliquerait pour l’essentiel la quasi-absence de ces substances sur les marchés des pays en développement et à faible revenu.

169. Les amphétamines et le méthylphénidate sont les seuls stimulants du Tableau II à être fabriqués et échangés en grandes quantités. Ils sont même fabriqués en très grosses quantités aux États-Unis et dans quelques pays européens. Ils sont utilisés principalement pour traiter le trouble déficitaire de l’attention avec hyperactivité (TDAH) et, s’agissant des amphétamines, dans le cadre de procédés industriels. Ces 20 dernières années, la fabrication de trois grandes substances de ce groupe, à savoir l’amfétamine, la dexamfétamine et le méthylphénidate, a progressé de manière continue et significative.

170. Si les États-Unis ont toujours été le premier fabricant des substances de ce groupe, celles-ci sont aussi fabriquées dans certains pays européens, dont l’Allemagne, la France, la Hongrie et le Royaume-Uni, qui répondent ainsi à la demande intérieure croissante. Quarante-sept tonnes d’amphétamines ont été fabriquées en 2013, et trois pays (États-Unis, Canada et Australie) ont absorbé 88 % des importations mondiales.

Figure 39. Quantités de méthylphénidate fabriquées dans le monde, 1990-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

171. Les quantités de méthylphénidate fabriquées dans le monde ont progressivement augmenté ces 20 dernières années, comme il ressort de la figure 39. En 2013, la production mondiale a atteint un record, à près de 72 tonnes. Le nombre de pays importateurs est resté stable, une centaine de pays déclarant des importations allant de quelques grammes à plusieurs tonnes. En 2013, sept pays<sup>57</sup> d'Europe et des Amériques ont absorbé plus de 70 % des importations mondiales.

172. La production mondiale des stimulants inscrits au Tableau IV, qui sont utilisés principalement comme anorexigènes pour traiter l'obésité, a été stable ces 10 dernières années, à 90 tonnes par an en moyenne. Au cours de la même période, les importations se sont élevées au total à 21 tonnes par an en moyenne. En 2013, cinq pays de trois régions différentes (Amériques, Europe et Océanie) ont absorbé plus de 80 % des importations mondiales.

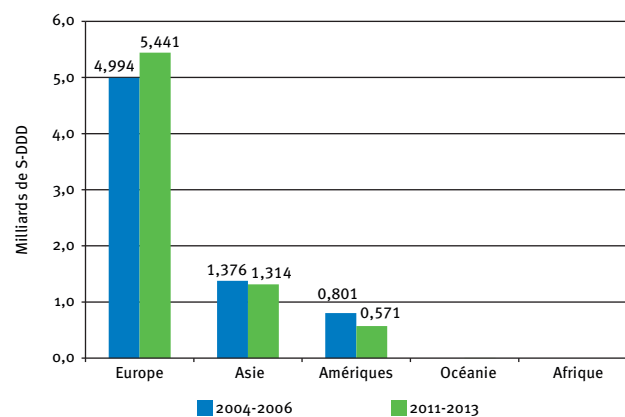
### 3. Offre de benzodiazépines

173. Les 35 benzodiazépines actuellement placées sous contrôle international appartiennent aux catégories des anxiolytiques et des sédatifs hypnotiques et sont utilisées en médecine pour la prise en charge ponctuelle de l'insomnie et pour la prémédication et l'induction de l'anesthésie générale.

#### a) Offre de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine

174. Ces 10 dernières années, les pays qui indiquaient fabriquer des sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine étaient entre 11 et 16, situés pour l'essentiel en Europe (Allemagne, Italie et Suisse détenaient à elles trois les deux tiers des stocks mondiaux en 2013), tandis que des pays d'Asie (Chine, Inde et Japon) et des Amériques (Brésil, Canada et États-Unis) assuraient ensemble un quart de la production mondiale. La figure 40 fait apparaître qu'au cours de cette période la part de l'Europe dans l'offre de ces substances s'était accrue, alors que celle de l'Asie et des Amériques avait diminué. Aucun pays d'Afrique ni d'Océanie n'avait contribué à l'offre de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine pendant ces années (si l'on excepte 6 kg de nitrazépam fabriqués par la Nouvelle-Zélande en 2012).

Figure 40. Fabrication totale de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine déclarée, par région, 2004-2006 et 2011-2013

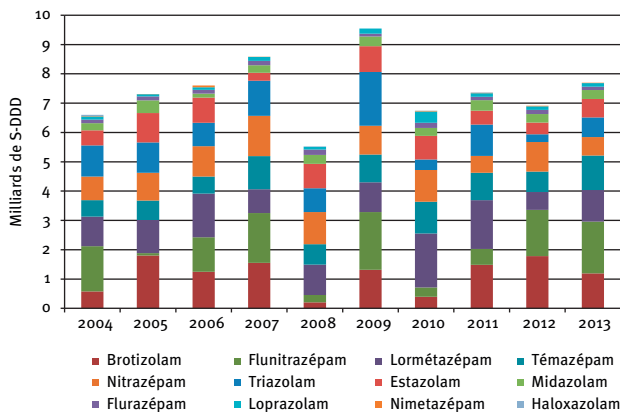


Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

<sup>57</sup>Suisse, Allemagne, Espagne, Canada, Brésil, Pays-Bas et Royaume-Uni (dans l'ordre décroissant des quantités importées).

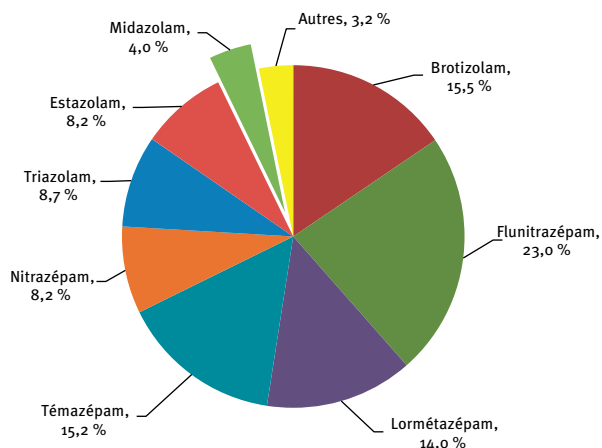
175. Ces 10 dernières années également, la fabrication déclarée de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine dans le monde s'établissait chaque année à quelque 7,4 milliards de S-DDD en moyenne (voir fig. 41). Des 12 substances de ce groupe (qui comprend le brotizolam, l'estazolam, le flunitrazépan, le flurazépan, l'haloxazolam, le loprazolam, le lormétazépan, le midazolam, le nimétazépan, le nitrazépan, le témazépan et le triazolam), seul le midazolam est inscrit sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS. Bien que celui-ci n'ait représenté que 4% de l'offre totale des substances de ce groupe en 2013 (voir fig. 42), il était, de toutes, la plus couramment échangée et la plus largement disponible géographiquement, puisque 134 pays ont signalé en avoir importé. Comme le montre la figure 43, l'Europe et l'Asie demeurent des fournisseurs nets de midazolam.

Figure 41. Fabrication totale de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine déclarée, par substance, 2004-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 42. Distribution de la fabrication totale de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine déclarée, par substance, 2013



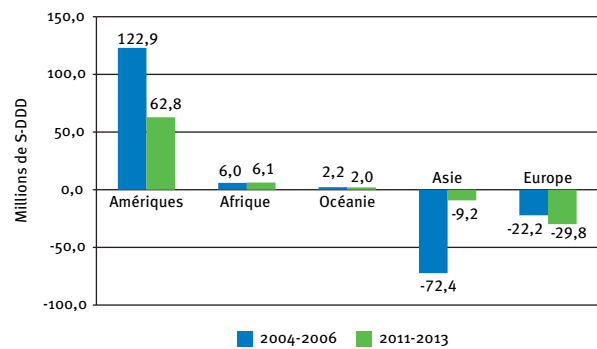
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

### b) Offre d'anxiolytiques de type benzodiazépine

176. Ces 10 dernières années, de 16 à 20 pays déclaraient avoir fabriqué des anxiolytiques de type benzodiazépine. Comme dans le cas des sédatifs hypnotiques du même type, l'offre de ces substances était assurée par l'Europe, l'Asie et les Amériques (voir fig. 44), Italie en tête, ce pays ayant assuré 44% de la production mondiale en 2013.

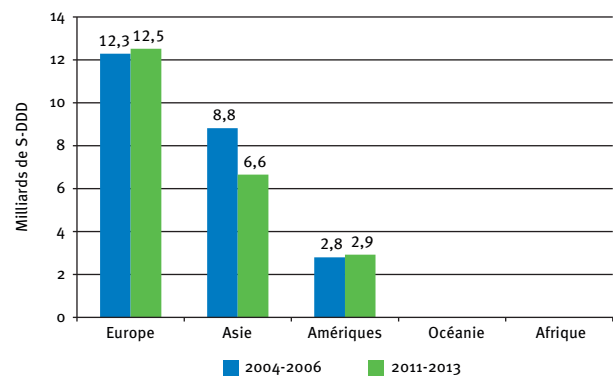
177. Au cours de la même période, la fabrication mondiale déclarée a fluctué entre 18,3 et 29,9 milliards de S-DDD, pour une moyenne annuelle de 22 milliards (voir fig. 45). Vingt-deux benzodiazépines sont généralement rangées dans la catégorie des anxiolytiques. Deux d'entre elles, à savoir le diazépam et le lorazépan, sont inscrites

Figure 43. Moyenne annuelle nette des importations de midazolam, par région, 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

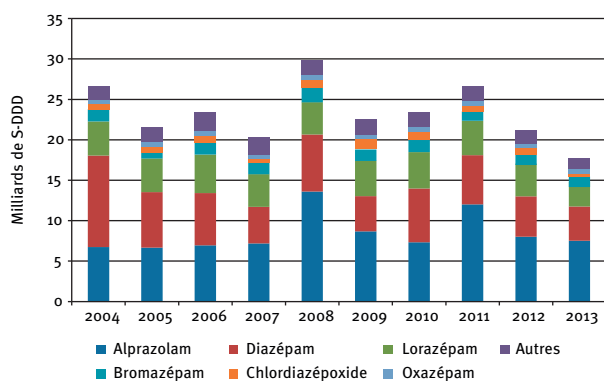
Figure 44. Fabrication totale d'anxiolytiques de type benzodiazépine déclarée, par région, 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

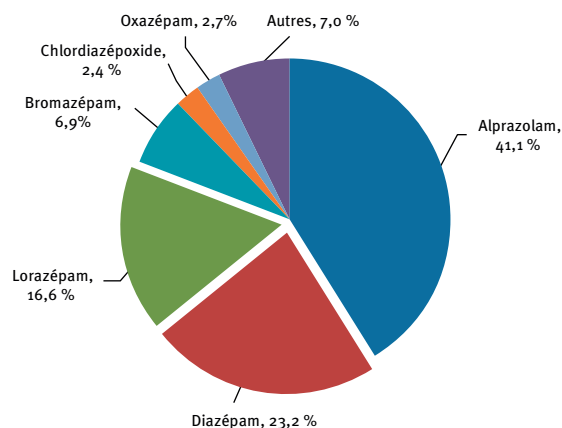
sur la liste modèle des médicaments essentiels de l’OMS; entre 2004 et 2013, elles représentaient 26 % et 18 %, respectivement, de l’offre mondiale des substances de ce groupe. La part de chacune de celles-ci dans la fabrication totale déclarée pour 2013 est présentée à la figure 46. Le diazépam, l’alprazolam et le lorazépam, dont 137, 118 et 102 pays, respectivement, ont signalé l’importation sont les substances les plus largement disponibles. La tendance en ce qui concerne les importations nettes (importations moins exportations) de diazépam et de lorazépam, dont les pays d’Europe et d’Asie demeurent les principaux fournisseurs, est illustrée par les figures 47 et 48. Les principales évolutions intervenues ces 10 dernières années sont une augmentation notable des importations de diazépam dans les pays africains, et une augmentation des importations nettes de lorazépam dans les pays des Amériques.

Figure 45. Fabrication totale d’anxiolytiques de type benzodiazépine déclarée, par substance, 2004-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 46. Distribution de la fabrication totale d’anxiolytiques de type benzodiazépine déclarée, par substance, 2013



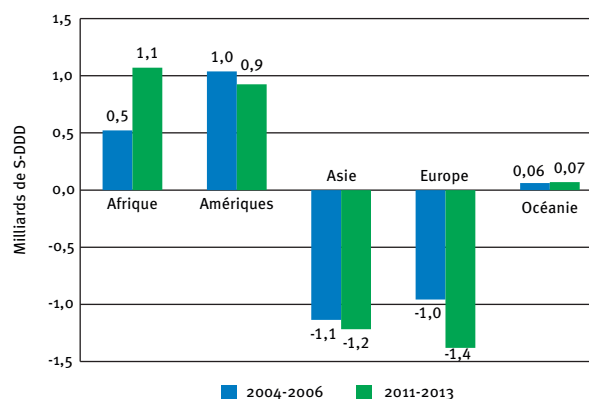
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

#### 4. Offre d’antiépileptiques

178. La fabrication et les échanges d’antiépileptiques de type barbiturique (phénobarbital et méthylphénobarbital) et de type benzodiazépine (clonazépam) inscrits au Tableau IV de la Convention de 1971 ont évolué de manière divergente ces 10 dernières années. Le phénobarbital figure sur la liste des médicaments essentiels de l’OMS.

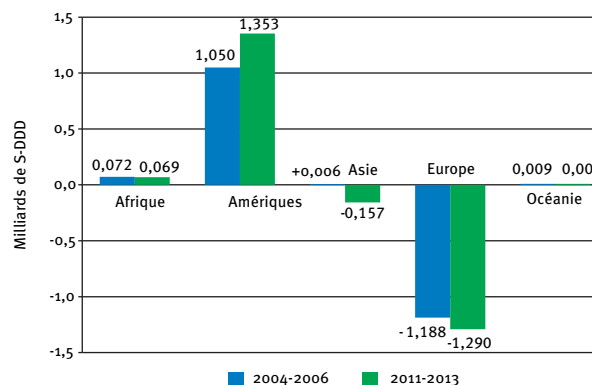
179. La fabrication mondiale de phénobarbital, qui avait fluctué entre 7,1 milliards et 9,7 milliards de S-DDD pendant la période 2004-2012, est tombée au niveau exceptionnellement bas de 3,0 milliards de S-DDD en 2013. Cette baisse est imputable principalement à une forte réduction de la production en Chine, premier fabricant

Figure 47. Moyenne annuelle nette des importations de diazépam, par région, 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 48. Moyenne annuelle nette des importations de lorazépam, par région, 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

mondial. En outre, la Hongrie et l'Inde (deux autres grands fabricants) n'ont pas produit et n'ont pas communiqué de données sur la production pour 2013, entraînant encore plus vers le bas les chiffres de l'offre mondiale déclarée. Les échanges de phénobarbital concernaient en moyenne 140 pays chaque année; c'est l'une des substances psychotropes dont le commerce est le plus important. En 2013, la Chine, la Hongrie, l'Inde et la Suisse (par ordre décroissant) représentaient ensemble 89% du total des exportations, et plus de 120 pays ont déclaré des importations. Les principaux importateurs étaient la Fédération de Russie, l'Ukraine et les États-Unis.

180. Comparé à celle de phénobarbital, la production de méthylphénobarbital est restée plutôt limitée. Entre 2004 et 2012, elle a connu d'importantes fluctuations, allant de 0,2 million à 438 millions de S-DDD, en raison principalement de fortes variations de la production déclarée par l'Inde, la Suisse et les États-Unis. En 2013, aucune fabrication n'a été signalée, et le volume total du commerce international est demeuré stable (à 28,2 millions de S-DDD).

181. La fabrication et les échanges de clonazépam, une benzodiazépine utilisée principalement comme antiépileptique, ont évolué selon un schéma similaire ces 10 dernières années. La fabrication mondiale déclarée est progressivement passée de 1,3 milliard de S-DDD en 2004 au nouveau record de 3,4 milliards de S-DDD en 2012, pour retomber en 2013 à 2,2 milliards de S-DDD. Cette diminution s'explique surtout par le fait que l'Inde, habituellement grand fabricant, n'avait pas communiqué de données sur sa production pour 2013. La Suisse, premier fabricant mondial de clonazépam entre 1990 et 2010, a été supplantée par l'Italie en 2011 et 2012. L'année suivante, c'est le Brésil qui occupait cette place, devant l'Italie et la Suisse. Environ 120 pays ont déclaré des importations pour 2013.

## B. Disponibilité des substances psychotropes

182. Il convient d'être prudent lorsqu'on tire des conclusions des chiffres concernant la consommation calculée de substances psychotropes, vu que les données communiquées par les gouvernements au sujet de la fabrication, de l'usage industriel, des stocks et des échanges peuvent ne pas être complètes ou ne pas couvrir toutes les substances. Il n'en demeure pas moins que des niveaux de consommation élevés peuvent être le signe qu'il y a surprescription ou détournement vers les circuits illicites. Le régime de contrôle prévu par la Convention de 1971

s'inspire en grande partie de celui mis en place par la Convention de 1961 pour les stupéfiants. Les mesures et obligations de contrôle énoncées dans la Convention de 1971 correspondent aux dispositifs minimums que les États doivent établir et appliquer.

183. Le degré de disponibilité des substances psychotropes est mesuré dans le présent rapport en termes de consommation calculée des différentes substances et des différents groupes de substances. La Convention de 1971 ne prévoyant pas la communication à l'OIICS de données relatives à la consommation des substances psychotropes, celui-ci calcule chaque année les niveaux de consommation à partir des statistiques que les gouvernements lui fournissent au sujet de la fabrication, de l'usage industriel, des stocks et des échanges internationaux. Il exprime cette consommation en S-DDD pour 1 000 habitants et par jour. Par ailleurs, il a retenu aux fins du présent rapport des moyennes sur trois ans, afin de tenir compte de la non-présentation occasionnelle de statistiques annuelles et de la pratique suivie par certains gouvernements, qui ne fabriquent et n'importent de substances psychotropes que de manière intermittente lorsque leurs stocks leur permettent de couvrir les besoins internes pendant plusieurs années.

184. En outre, certains niveaux élevés de consommation calculée peuvent s'expliquer par une augmentation de la fabrication de substances destinées à être exportées, associée éventuellement à un défaut de déclaration des exportations, des stocks des fabricants ou d'importants stocks détenus par les grossistes.

185. Dans ses résolutions 53/4 et 54/6, qui visent à favoriser une disponibilité suffisante de substances placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur abus, la Commission des stupéfiants a vivement encouragé les États Membres à communiquer à l'OIICS, à titre volontaire, des données sur la consommation de substances psychotropes, comme ils le font pour les stupéfiants. De telles données l'aideraient considérablement à analyser les tendances en la matière et, en définitive, à favoriser une disponibilité adéquate des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur abus.

186. Depuis que les résolutions susmentionnées ont été adoptées, de plus en plus de gouvernements présentent à l'OIICS des données relatives à la consommation de substances psychotropes. Ils sont toutefois encore trop peu nombreux à le faire pour que celui-ci puisse se passer de calculer la consommation sur la base d'autres chiffres.

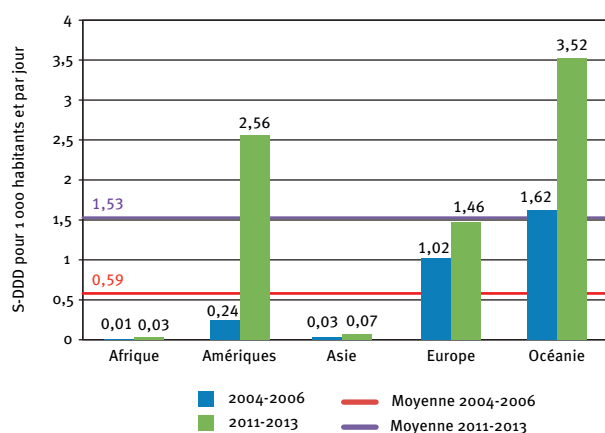


## 1. Disponibilité des opioïdes visés par la Convention de 1971

187. Le nombre de pays et territoires qui utilisent un ou plusieurs analgésiques placés sous contrôle au titre de la Convention de 1971 (buprénorphine, léfétamine<sup>58</sup> et pentazocine) est resté stable, autour d'une centaine, depuis 2004. En revanche, le volume de la consommation de ces opioïdes a augmenté dans toutes les régions du monde entre cette année-là et 2013 (voir fig. 49). Au cours de la période 2004-2006, les plus hauts niveaux de consommation étaient ceux de l'Europe et de l'Océanie (dans cette dernière région, ce niveau élevé était dû à la fabrication et à la consommation calculée de l'Australie). Si la consommation a continué de progresser de manière très nette en Europe en 2011-2013, elle a plus que décuplé dans les Amériques et a presque été multipliée par six en Afrique, où elle partait toutefois d'un niveau bas.

188. La consommation nationale par habitant d'opioïdes placés sous contrôle au titre de la Convention de 1971 pour les périodes 2004-2006 et 2011-2013 est illustrée par les cartes 5 et 6. Comme on peut le voir, la majorité des pays et territoires n'ont toujours qu'un niveau de consommation inférieur à 0,1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour. On a toutefois assisté à une augmentation marquée du nombre de ceux qui atteignent un niveau de consommation supérieur à 1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour (tranche la plus élevée) ces 10 dernières années: alors que quatre pays seulement étaient dans ce cas en 2004-2006, ils étaient 16 en 2011-2013.

Figure 49. Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, par région, 2004-2006 et 2011-2013



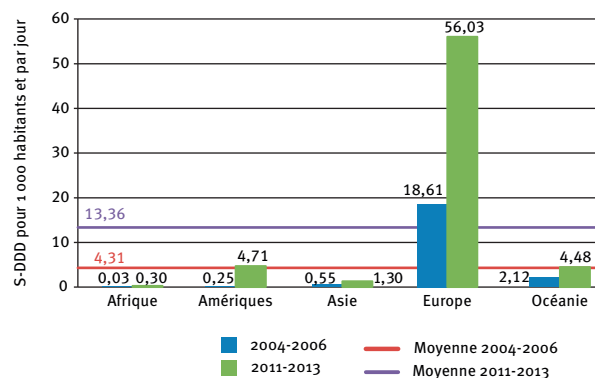
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

<sup>58</sup>Il n'a pas été fabriqué ni consommé de léfétamine depuis les années 90 (voir le paragraphe 167).

189. La consommation de buprénorphine, qui figure sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS (liste complémentaire), représentait en moyenne 97 % de la consommation mondiale d'analgésiques opioïdes placés sous contrôle au titre de la Convention de 1971 au cours de la période 2009-2013. La consommation de pentazocine, dont les propriétés et usages sont similaires à ceux de la morphine, constituait le reste.

190. La consommation mondiale calculée de buprénorphine n'a cessé d'augmenter depuis 2000, passant de moins de 1 tonne (100 millions de S-DDD) à un nouveau record frôlant les 10 tonnes (1,2 milliard de S-DDD) en 2013. Dans les années 90, cette substance n'était pas employée par plus d'une vingtaine de pays dans le monde, tandis qu'en 2011-2013, elle l'était par 90 pays et territoires environ (soit 40 % du total, peu ou prou), de toutes les régions. Cette hausse s'explique principalement par le recours croissant à des formes fortement dosées pour la prise en charge de la douleur, et pour la désintoxication et le traitement de substitution des personnes dépendantes aux opioïdes. Les pays où la consommation de buprénorphine était la plus élevée en 2011-2013 étaient l'Islande, la Belgique, la Suisse, les États-Unis et le Royaume-Uni, dans l'ordre décroissant (voir la figure 50 et les cartes 7 et 8).

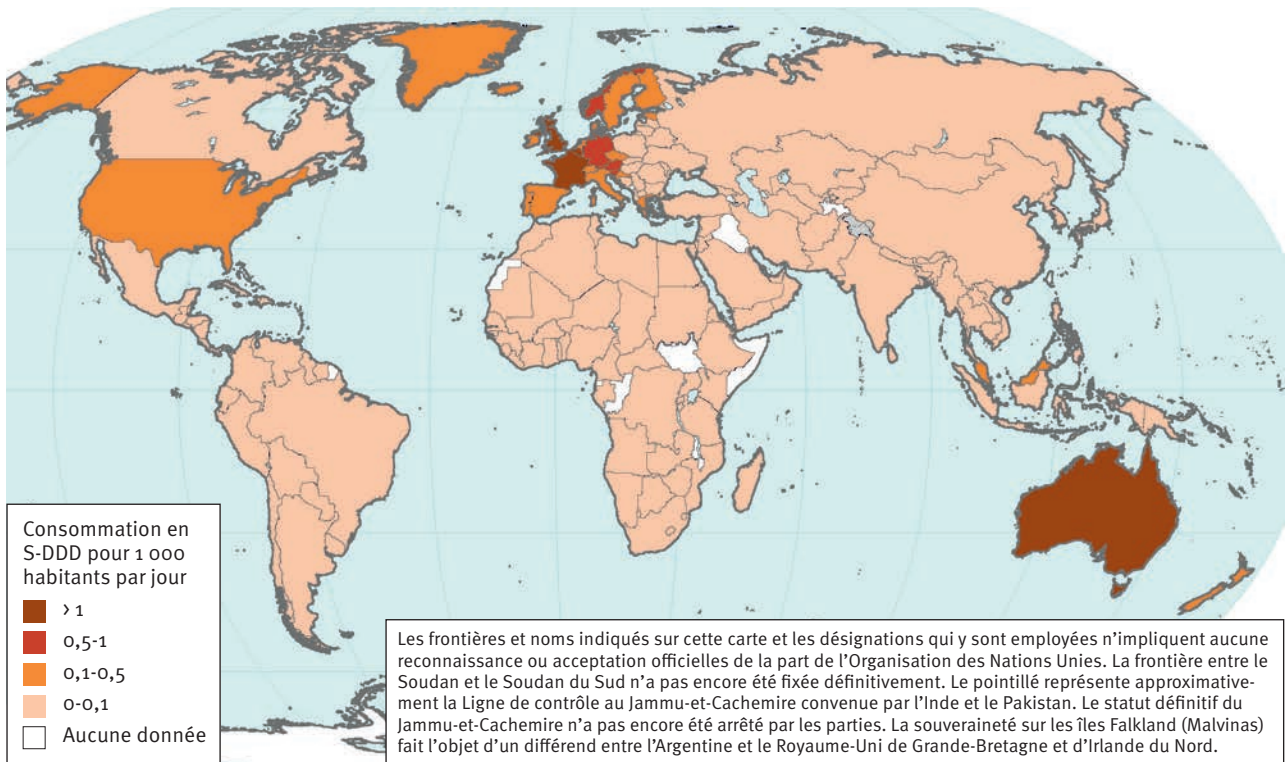
Figure 50. Consommation moyenne de buprénorphine, par région, 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

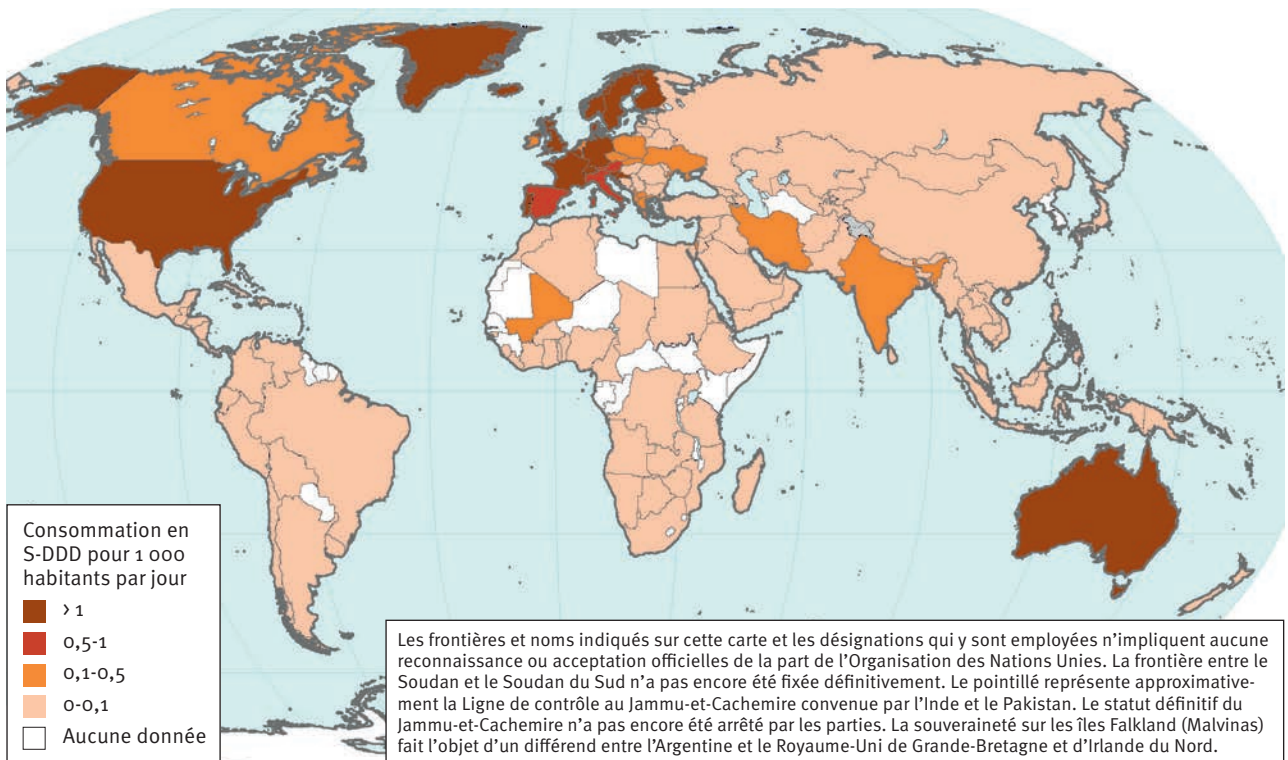
191. La consommation mondiale de pentazocine s'est établie en moyenne à 5 tonnes par an environ ces 10 dernières années. Cette substance est utilisée dans à peu près 50 pays. Son usage, contrairement à celui de la buprénorphine, ne s'étend pas; ce sont toujours les 50 mêmes pays qui utilisent de la pentazocine depuis 2004, avec à leur tête l'Inde, le Nigéria, le Pakistan et les États-Unis, qui ont consommé 87 % du total mondial en 2011-2013.

Carte 5. Consommation nationale moyenne d'analgésiques opioïdes, 2004-2006



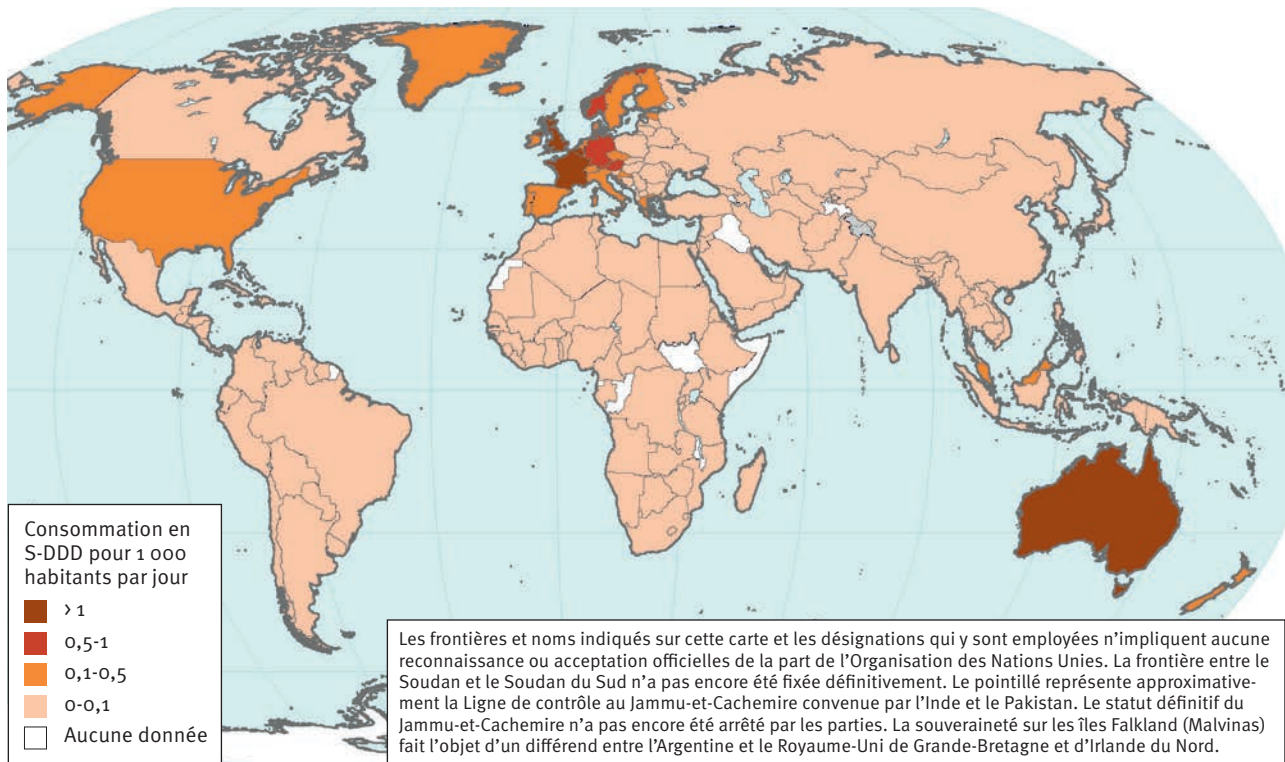
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 6. Consommation nationale moyenne d'analgésiques opioïdes, 2011-2013



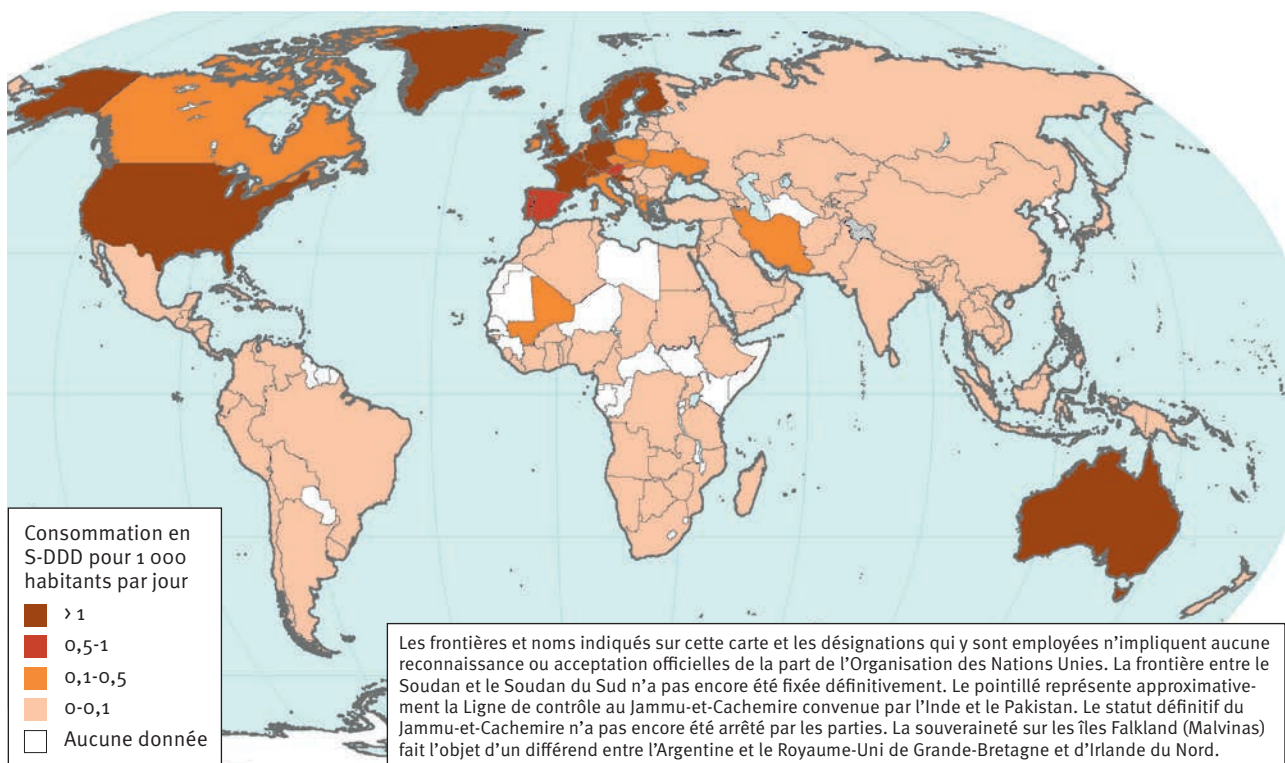
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 7. Consommation nationale moyenne de buprénorphine, 2004-2006



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 8. Consommation nationale moyenne de buprénorphine, 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

## 2. Disponibilité des stimulants du système nerveux central

192. Comme on l'a vu au paragraphe 168 ci-dessus, aucun des stimulants du système nerveux central placés sous contrôle au titre de la Convention de 1971 n'est inscrit sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS. C'est ce qui explique en grande partie la quasi-absence de ces substances sur les marchés des pays en développement et à faible revenu.

193. Depuis le début des années 90, le niveau le plus élevé de consommation calculée d'amphétamines par habitant est toujours celui des Amériques. Les États-Unis restent le premier consommateur de ces substances, qu'ils utilisent avant tout pour le traitement du TDAH et de la narcolepsie. Ces chiffres ont sans cesse augmenté, au point qu'à la fin des années 2000, ils étaient sept fois supérieurs à ceux des années 90.

194. L'usage de ce groupe de substances était extrêmement rare en Asie<sup>59</sup>, et presque inexistant en Afrique. En Océanie, la consommation était passée d'une moyenne de 0,03 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour en 1988-1990 à 1,31 S-DDD en 2011-2013, du fait principalement d'un usage de dexamfé-tamine en croissance régulière en Australie.

195. En Europe, les niveaux de consommation sont irréguliers. Ces 10 dernières années, les plus gros consommateurs étaient l'Allemagne, la Hongrie et la Suisse. La Hongrie faisait une consommation encore plus importante de ces substances avant 2002, année où une chute spectaculaire est intervenue.

196. Les pays qui consommaient le plus de stimulants inscrits au Tableau II en 2004-2006 en étaient toujours les

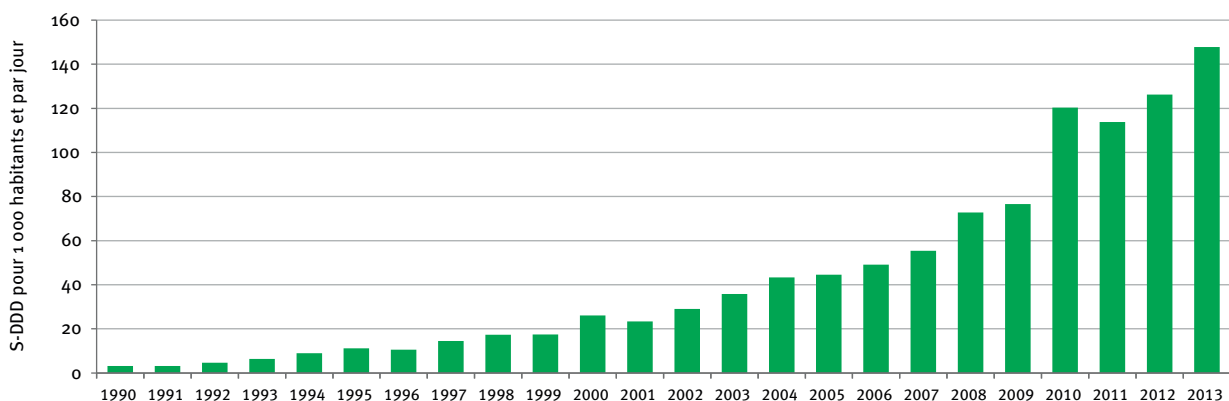
<sup>59</sup>Le Japon est le seul pays de la région Asie-Pacifique qui en fasse un usage notable.

premiers consommateurs en 2011-2013. Une progression substantielle a été notée pour certains d'entre eux (situés en Europe et dans les Amériques principalement), tandis que dans l'immense majorité des pays et territoires, la consommation restait inférieure à 1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour (voir cartes 9 et 10).

197. Le méthylphénidate sert à traiter divers troubles mentaux et comportementaux, notamment le TDAH (surtout chez les enfants) et la narcolepsie, un trouble du sommeil. Son usage a commencé à augmenter sensiblement au début des années 90 (voir fig. 51). Ainsi, en 1994, la consommation mondiale était plus de cinq fois supérieure à celle du début des années 80. Cette évolution était due principalement à la hausse qui s'était produite aux États-Unis, même si des augmentations étaient également observées dans plusieurs autres pays et endroits du monde.

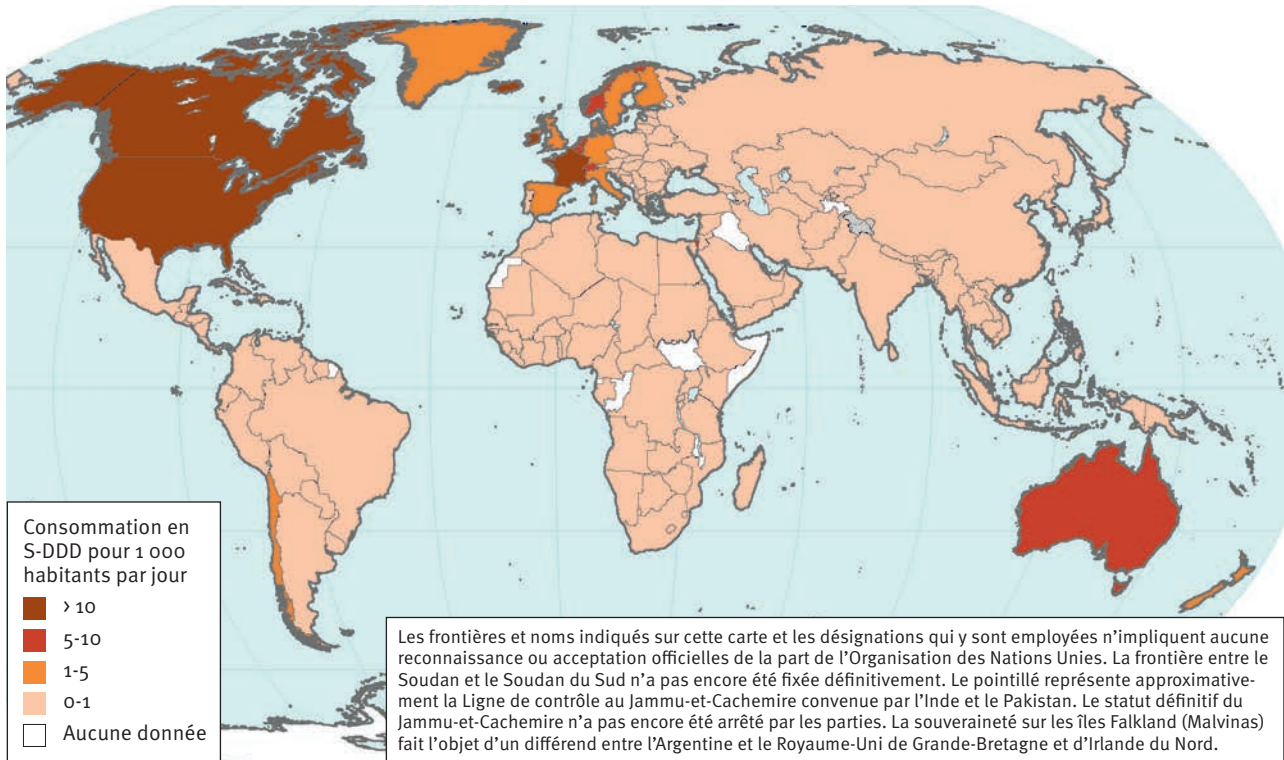
198. Si les États-Unis sont toujours à l'origine de plus de 80 % de la consommation mondiale calculée de méthylphénidate, l'usage de cette substance pour le traitement du TDAH a aussi beaucoup augmenté dans de nombreux autres pays, en particulier d'Océanie et d'Europe (voir fig. 52). Les niveaux de prescription enregistrés dans la plupart de ces pays demeurent toutefois modestes par rapport à celui des États-Unis. La consommation de méthylphénidate dans le monde n'a cessé de croître; en 2013, elle a atteint un nouveau record de 2,4 milliards de S-DDD, alors qu'elle se concentrait pour près de 85 % dans moins d'une vingtaine de pays. Les pays signalant une importante augmentation étaient l'Islande, où la consommation par habitant était depuis plusieurs années la plus forte au monde, ainsi que le Royaume-Uni, le Canada, l'Allemagne, l'Australie, l'Espagne, la Norvège, la Suède et Israël. Cela n'empêche pas l'OIICS de s'inquiéter de la sous-prescription de méthylphénidate et du faible usage qui en découle dans d'autres pays.

Figure 51. Consommation de méthylphénidate dans le monde, pour 1 000 habitants et par jour, 1990-2013



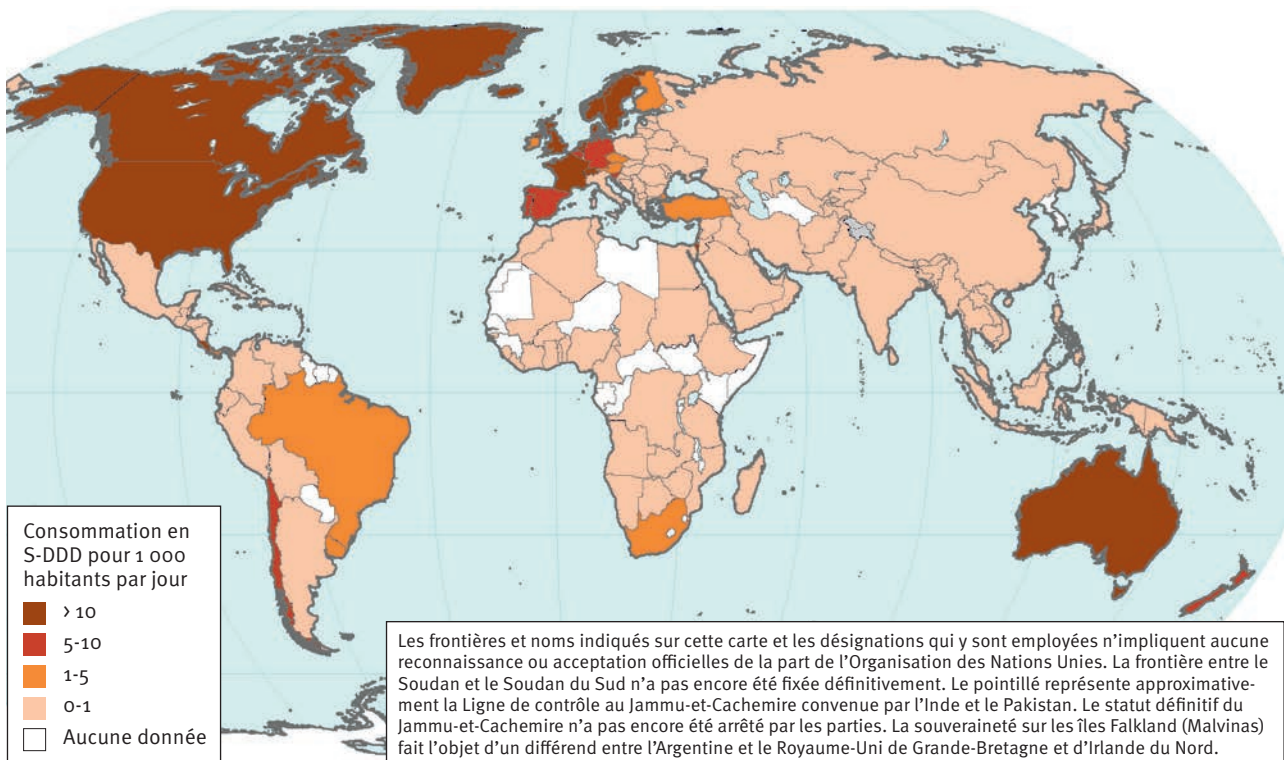
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 9. Consommation nationale moyenne de stimulants du Tableau II, 2004-2006



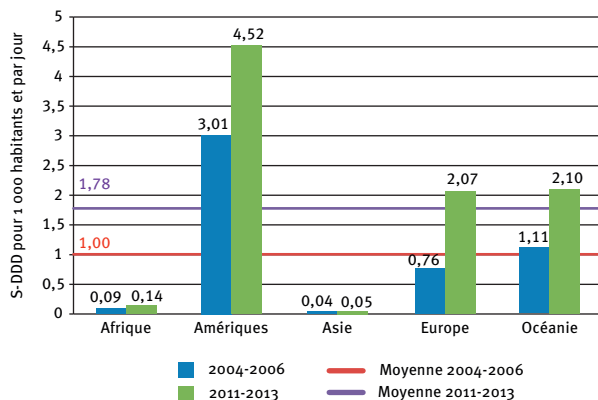
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 10. Consommation nationale moyenne de stimulants du Tableau II, 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 52. Consommation de méthylphénidate dans toutes les régions, 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

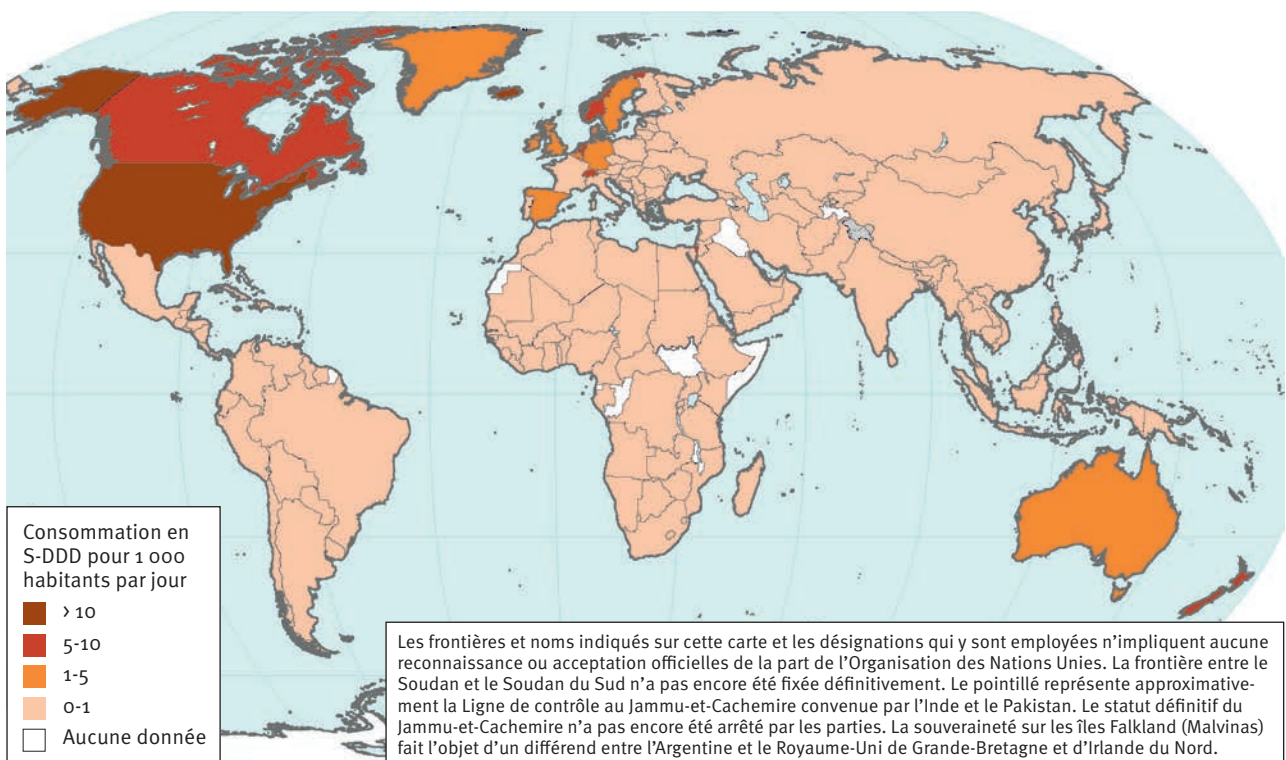
199. La consommation nationale par habitant de méthylphénidate, mesurée en termes de consommation annuelle moyenne calculée (en S-DDD pour 1 000 habitants et par jour), au cours des périodes 2004-2006 et 2011-2013 est illustrée par les cartes 11 et 12. Il apparaît que la majorité des pays et territoires n'ont toujours qu'un niveau de consommation inférieur à 1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour, tandis qu'une poignée de pays consomment l'essentiel de la substance; une nette

progression a été notée dans certains pays des Amériques, d'Europe et d'Océanie en 2011-2013. Si, en 2004-2006, on ne comptait que cinq pays consommant plus de 5 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour, 17 avaient atteint ce niveau élevé en 2011-2013; dans neuf d'entre eux, la consommation dépassait même les 10 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour.

200. L'OICS a régulièrement fait part de ses préoccupations quant à un possible surdiagnostic du TDAH et à une surprescription de méthylphénidate. En 2009, il s'est déclaré opposé aux campagnes promotionnelles vantant cette substance, notamment aux publicités s'adressant directement aux consommateurs potentiels. Plus récemment, dans son rapport annuel pour 2014, il a examiné la question de l'usage de méthylphénidate au titre des thèmes spéciaux.

201. Les stimulants inscrits au Tableau IV de la Convention de 1971 sont utilisés comme anorexigènes et, dans une moindre mesure, pour le traitement du TDAH. Leur usage n'a cessé d'augmenter à l'échelle mondiale depuis la fin des années 80, évolution qui s'explique en partie par la forte consommation qu'en font certains pays d'Amérique latine (Argentine, Brésil et Chili), les États-Unis et certains pays et territoires asiatiques [Singapour, République de Corée et Hong Kong (Chine)].

Carte 11. Consommation nationale moyenne de méthylphénidate, 2004-2006



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

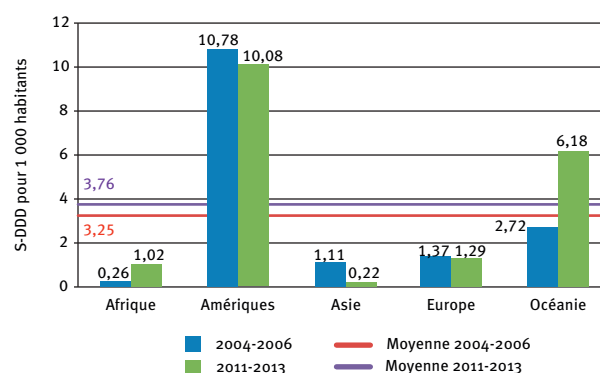
202. Depuis le début des années 90, c'est toujours dans les Amériques que la consommation par habitant de stimulants du Tableau IV est la plus élevée. Le recul de l'usage de phentermine qui a été observé à la suite du pic atteint en 1996 aux États-Unis et de l'adoption de mesures visant à remédier à l'usage impropre de certains stimulants dans des pays d'Amérique latine (Brésil par exemple) s'est traduit par une légère baisse de la consommation. Celle-ci est toutefois restée plus forte dans cette région que dans les autres, même si quelques pays d'Asie font exception.

203. De tous les stimulants inscrits au Tableau IV de la Convention de 1971, la phentermine n'a jamais cessé d'être la substance la plus fabriquée et consommée, sa part dans le total oscillant entre un quart et deux tiers. En 2013, elle représentait près de 86% de la consommation mondiale. Des cas d'usage impropre d'anorexigènes ont été signalés par plusieurs pays de toutes les régions du monde. Ces dernières années, une augmentation de la consommation a été observée en Afrique et en Océanie, du fait d'une hausse de la consommation calculée en Afrique du Sud et en Australie (voir fig. 53).

204. Un certain nombre de pays ont imposé des restrictions rigoureuses sur l'usage d'anorexigènes et des politiques plus strictes concernant leur usage médical, et sont

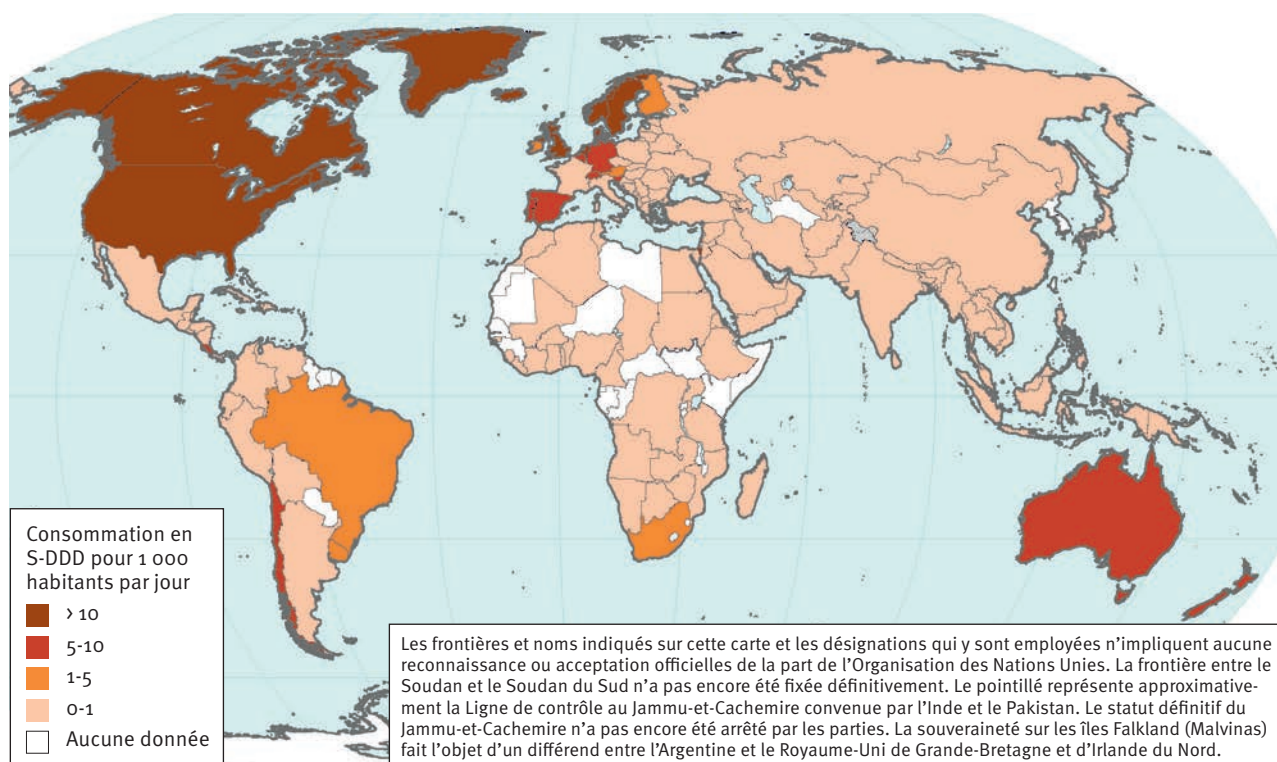
ainsi parvenus à réduire l'usage impropre et à prévenir l'usage irrationnel et l'abus. L'évolution de la consommation de stimulants inscrits au Tableau IV, mesurée en termes de consommation annuelle moyenne calculée (en S-DDD pour 1 000 habitants et par jour), entre 2004-2006 et 2011-2013, par pays, est présentée dans les cartes 13 et 14.

Figure 53. Consommation de stimulants du Tableau IV dans toutes les régions, 2004-2006 et 2011-2013



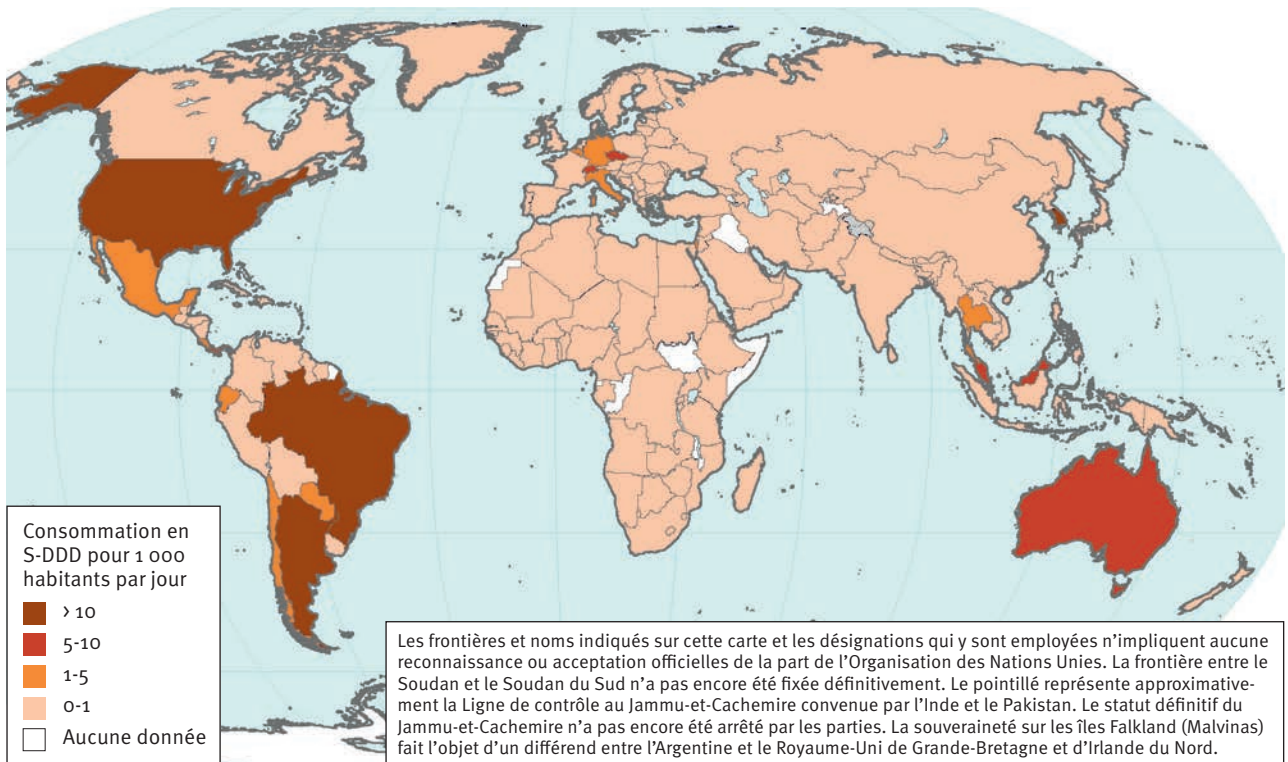
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 12. Consommation nationale moyenne de méthylphénidate, 2011-2013



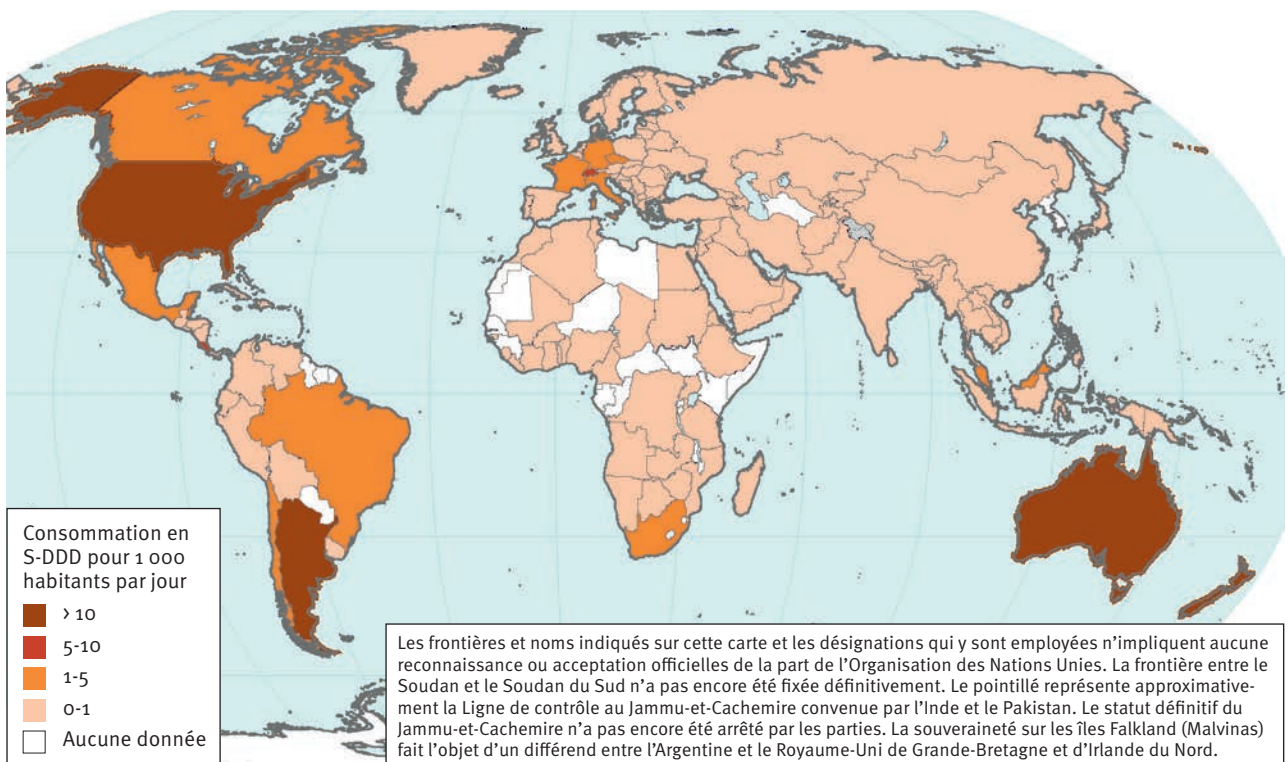
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 13. Consommation nationale moyenne de stimulants du Tableau IV, 2004-2006



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 14. Consommation nationale moyenne de stimulants du Tableau IV, 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.



### 3. Disponibilité des benzodiazépines

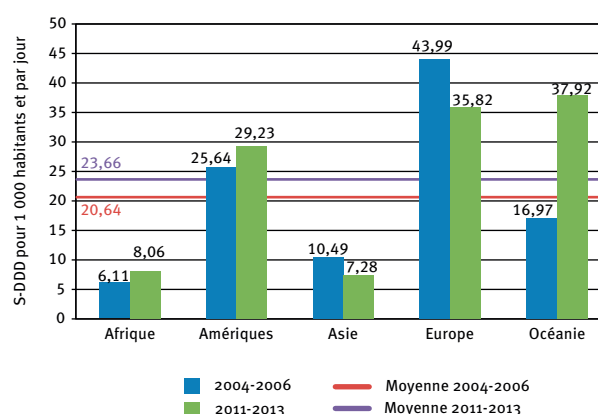
205. À l'échelle mondiale, la consommation annuelle moyenne calculée a évolué selon des schémas différents pour les deux groupes de benzodiazépines, à savoir les anxiolytiques et les sédatifs hypnotiques, au cours de la période 2004-2013. Si la consommation annuelle moyenne par habitant d'anxiolytiques de type benzodiazépine a connu une hausse, celle de sédatifs hypnotiques du même type a reculé. Au cours de cette période, presque tous les pays et territoires qui ont communiqué des données à l'OICS fabriquaient des benzodiazépines ou en faisaient commerce, et les statistiques qu'ils lui ont fournies lui ont permis de calculer les niveaux de consommation de plus de 190 pays et territoires. En 2013, l'alprazolam et le diazépam restaient les anxiolytiques les plus utilisés (avec 9,2 et 4,4 milliards de S-DDD, respectivement), tandis que le lormétazépam et le brotizolam occupaient cette place parmi les sédatifs hypnotiques (avec 1,4 et 1,3 milliard de S-DDD, respectivement).

#### a) Anxiolytiques de type benzodiazépine

206. Au niveau mondial, la consommation annuelle moyenne d'anxiolytiques de type benzodiazépine par habitant a quelque peu augmenté entre 2004 et 2013, pour passer de 20,6 à 23,7 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour. Comme il ressort de la figure 54, c'est dans les pays européens et dans les Amériques que la consommation annuelle moyenne des substances de ce groupe était la plus élevée au cours de cette période, ce qui reflète le fait que les benzodiazépines tendent à être beaucoup prescrites aux personnes âgées, qui constituent une importante population dans ces régions. Vers la fin de la décennie, les plus fortes progressions de la consommation annuelle moyenne concernaient l'Océanie (123 %) et l'Afrique (32 %). Les niveaux de consommation de l'Afrique et de l'Asie se maintenaient en deçà de la moyenne mondiale.

207. Ces 10 dernières années, la consommation annuelle moyenne est tombée de 43,99 à 35,82 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour en Europe, même si une augmentation a été observée dans 23 des 41 pays de la région qui ont présenté des données, en particulier en Finlande, où la progression est de 517 %. Les plus importantes baisses de la consommation ont concerné le Danemark (où celle-ci a été ramenée de 77 à 13 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour, ce qui représente une chute de 84 %) et la Suisse (de 266 à 72 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour, c'est-à-dire une diminution de 73 %). En 2011-2013, la consommation calculée était supérieure à la moyenne régionale dans 15 pays; dans six, elle était supérieure à la moyenne mondiale de 23,7 S-DDD

Figure 54. Consommation annuelle moyenne d'anxiolytiques de type benzodiazépine, 2004-2006 et 2011-2013



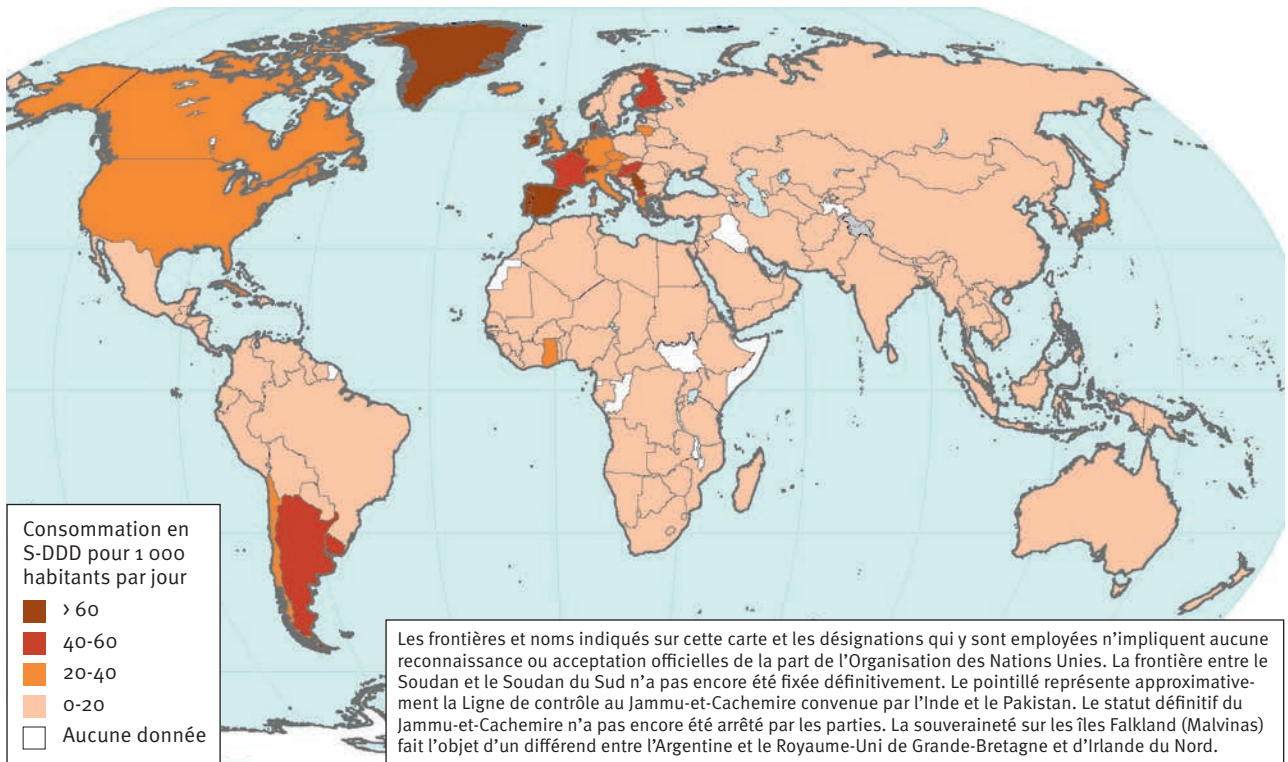
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

pour 1 000 habitants et par jour. Les pays européens dont la consommation était inférieure à cette moyenne mondiale étaient l'Islande, la République tchèque, les Pays-Bas, la Lettonie, la Norvège, l'Estonie, l'Allemagne, la Suède, le Danemark, la Pologne, l'Albanie, la Grèce, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Bulgarie, la République de Moldova, la Fédération de Russie, le Bélarus, l'Ukraine et Chypre, dans l'ordre décroissant.

208. La consommation de ce groupe d'anxiolytiques atteignait en moyenne 29,2 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour dans les Amériques au cours de la période 2011-2013. Elle n'était supérieure à ce niveau que dans quatre pays: l'Uruguay (67,9 S-DDD), l'Argentine (60,1 S-DDD), le Canada (55,8 S-DDD) et les États-Unis (42,2 S-DDD). D'importantes disparités étaient par ailleurs observées entre les sous-régions, l'Amérique du Nord ayant les niveaux de consommation par habitant les plus élevés pour cette période, suivie de l'Amérique du Sud puis de l'Amérique centrale et des Caraïbes (voir cartes 15 et 16).

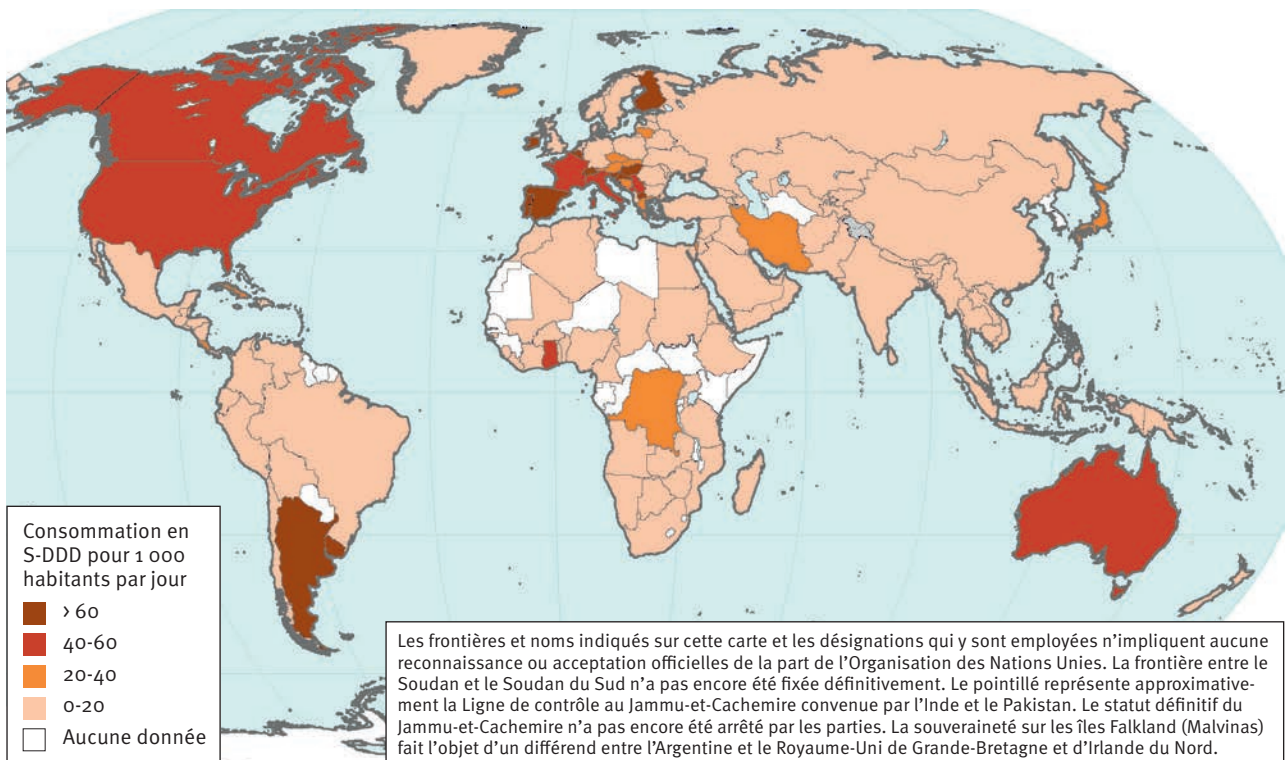
209. En Océanie, la moyenne régionale (37,9 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour), très supérieure à la moyenne mondiale (23,7 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour), était tirée essentiellement par l'Australie, seul pays de la région dont la consommation calculée excédait la moyenne mondiale en 2011-2013. La consommation était en hausse dans tous les pays de la région, sauf en Nouvelle-Zélande, où elle avait diminué de 8 %, passant de 5,1 à 4,6 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour.

Carte 15. Consommation nationale moyenne d'anxiolytiques de type benzodiazépine, 2004-2006



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 16. Consommation nationale moyenne d'anxiolytiques de type benzodiazépine, 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

210. En Asie, les 48 pays qui soumettaient des données, sauf 1, avaient des niveaux de consommation inférieurs à la moyenne mondiale. La consommation calculée d'Israël (27,9 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour), de l'Iran (République islamique d') (22,3 S-DDD), du Japon (21,1 S-DDD) et de trois autres pays (Liban, Thaïlande et Jordanie) dépassait la moyenne régionale de 7,3 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour au cours de la période 2011-2013.

211. En Afrique, le niveau annuel moyen de consommation d'anxiolytiques de type benzodiazépine, qui était de 6,1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour en 2004-2006, a atteint 8,6 S-DDD en 2011-2013. La consommation moyenne calculée a augmenté dans 19 pays ou territoires africains, plus particulièrement à Sainte-Hélène (où elle a été multipliée par près de sept, passant de 1,3 à 9 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour), ainsi qu'en Namibie et en République démocratique du Congo (deux pays où, de 4,9 S-DDD, elle est montée à 22,5 S-DDD, soit une quantité plus de 4,5 fois supérieure). Le Ghana était toujours le premier consommateur de la région (et le dix-septième du monde), et sa consommation a progressé de 146 % entre 2004-2006 et 2011-2013, passant de 21,3 à 52,3 S-DDD. Venait ensuite la République démocratique du Congo, avec 22,5 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour, soit un chiffre toujours légèrement inférieur à la moyenne mondiale de 23,7 S-DDD. En revanche, plus de 16 pays ont consommé moins de 1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour au cours de la période 2011-2013, et plus de 10 ont diminué leur consommation. Les baisses les plus importantes de la consommation annuelle moyenne calculée concernent Cabo Verde (de 6,5 à 0,7 S-DDD), la Sierra Leone (de 0,6 à 0,1 S-DDD), l'Érythrée (de 0,1 à 0,02 S-DDD), la République-Unie de Tanzanie (de 2 à 0,7 S-DDD) et le Botswana (de 1,4 à 0,7 S-DDD).

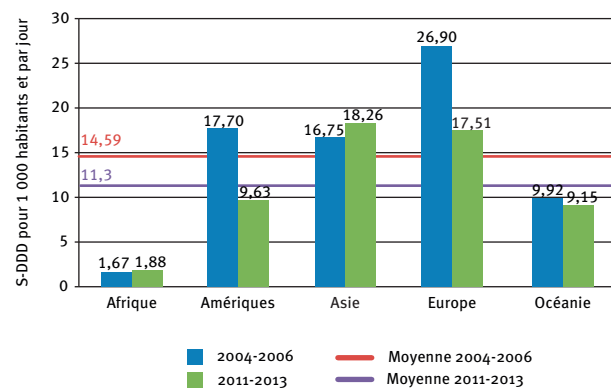
## b) Sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine

212. À l'échelle mondiale, la consommation annuelle moyenne calculée de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine, exprimée en S-DDD pour 1 000 habitants et par jour, a diminué de plus de 22 % entre 2004-2006 (14,6 S-DDD) et 2011-2013 (11,3 S-DDD). Les plus hauts niveaux étaient toujours enregistrés en Europe; l'évolution était à la baisse dans les Amériques, en Europe et en Océanie, et à la hausse en Afrique et en Asie (voir fig. 55).

213. En Europe, la consommation annuelle moyenne calculée a chuté de 35 % entre 2004-2006 et 2011-2013, passant de 26,9 à 17,5 S-DDD pour 1 000 habitants et

par jour. Elle a reculé dans 29 pays de la région, dont Chypre (où elle est tombée de 20,5 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour à pratiquement rien), la République de Moldova (de 0,15 à 0,003 S-DDD), le Royaume-Uni (de 47,3 à 4 S-DDD) et la Suisse (de 42,6 à 11,4 S-DDD), ce qui pourrait dénoter une évolution des types de benzodiazépines prescrites dans la pratique médicale. Une augmentation a été observée dans 12 pays, à la tête desquels se trouvaient l'Andorre (365 % de progression), la Croatie (300 %) et la Slovaquie (244 %). En 2011-2013, cinq pays avaient des niveaux de consommation annuelle moyenne supérieurs à la moyenne régionale de 17,5 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour, et six autres enregistraient des niveaux supérieurs à la moyenne mondiale de 11,3 S-DDD.

Figure 55. Consommation annuelle moyenne de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine, 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

214. La consommation annuelle moyenne de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine a aussi diminué en Océanie entre 2004-2006 et 2011-2013, puisqu'elle a été ramenée de 9,9 à 9,1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour. Bien que leur consommation moyenne calculée se soit contractée de 20 % et 22 % respectivement, l'Australie et la Nouvelle-Zélande demeuraient les deux principaux pays consommateurs de la région. Des augmentations ont été notées en Micronésie (États fédérés de), en Nouvelle-Calédonie et dans les îles Wallis et Futuna, où les niveaux de départ étaient cependant bas. Tous les autres pays et territoires de la région, à l'exception de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française, avaient une consommation annuelle moyenne inférieure à 0,1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour.

215. Dans les Amériques, la consommation annuelle moyenne calculée est tombée de 17,7 à 9,8 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour entre 2004-2006 et 2011-2013,

ce qui représente une chute de 45%. La situation était toutefois très variable d'une sous-région à l'autre. Ainsi, les chiffres de la consommation ont augmenté en Amérique du Nord ainsi qu'en Amérique centrale et aux Caraïbes, mais ils ont diminué en Amérique du Sud. Seuls trois pays avaient des consommations excédant la moyenne régionale de 9,8 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour: Cuba (30,1 S-DDD), l'Uruguay (23,3 S-DDD) et le Canada (14,6 S-DDD). Trente-trois pays et territoires se situaient sous la moyenne mondiale; parmi eux, 24 pays avaient des consommations inférieures à 1 S-DDD et 11 des consommations inférieures à 0,1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour.

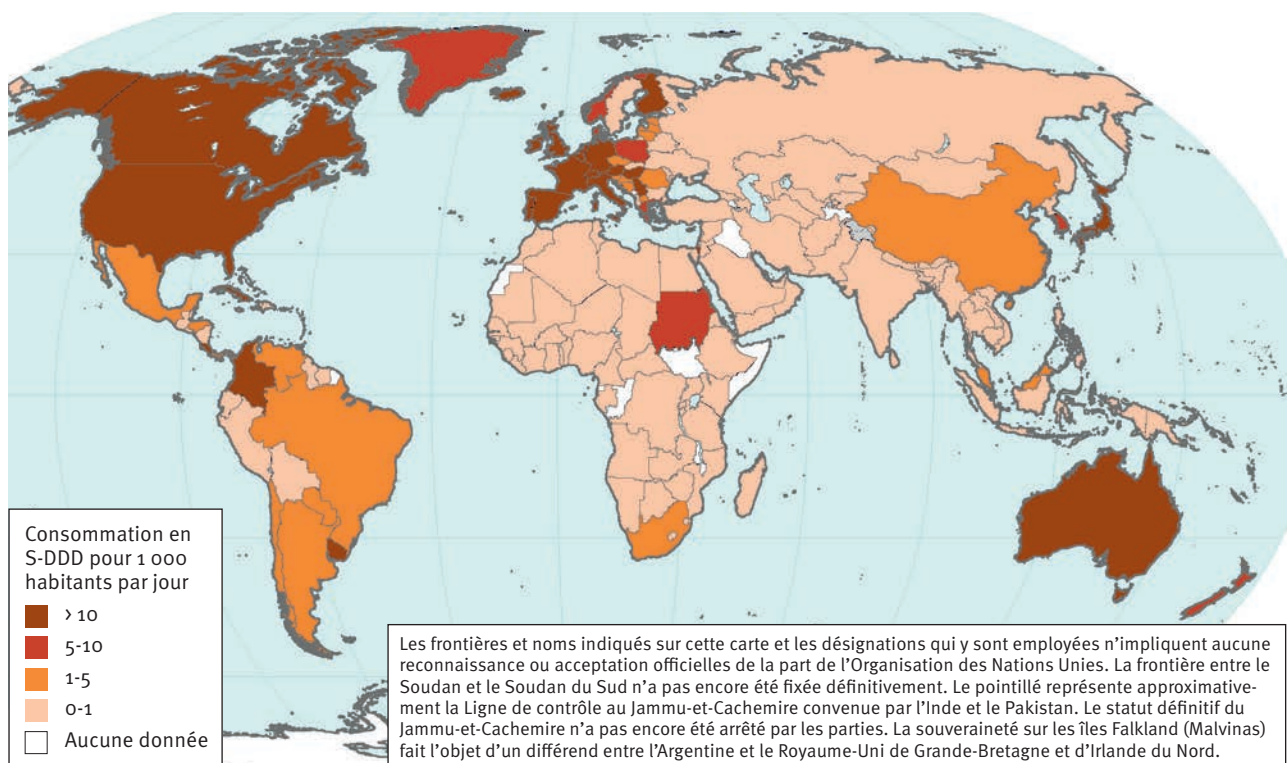
216. En Asie, la consommation de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine a progressé puisqu'elle est passée d'une moyenne annuelle de 16,8 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour en 2004-2006 à 18,3 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour en 2011-2013. Au cours de cette dernière période, le Japon (avec 54,2 S-DDD), Israël (avec 9,5 S-DDD), Macao (Chine) (avec 2,6 S-DDD), Hong Kong (Chine) (avec 1,3 S-DDD) et le Bangladesh (avec 1,2 S-DDD) étaient les seuls pays et territoires dont la consommation annuelle moyenne calculée dépassait

1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour. Les chiffres élevés du Japon et d'Israël sont habituellement imputés à l'important groupe de population qu'y constituent les personnes âgées. En 2011-2013, 37 pays asiatiques avaient des consommations annuelles moyennes inférieures à 1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour; parmi eux, 22 ont consommé moins de 0,1 S-DDD au cours de cette période.

217. En Afrique, seule l'Afrique du Sud (avec 2 S-DDD) avait une consommation annuelle moyenne calculée supérieure à la moyenne régionale de 1,9 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour en 2011-2013. Suivaient le Nigéria (1,1 S-DDD) et la Namibie (0,6 S-DDD). Vingt et un pays ont consommé moins de 0,1 S-DDD au cours de cette période, et même moins de 0,01 S-DDD pour 14 d'entre eux.

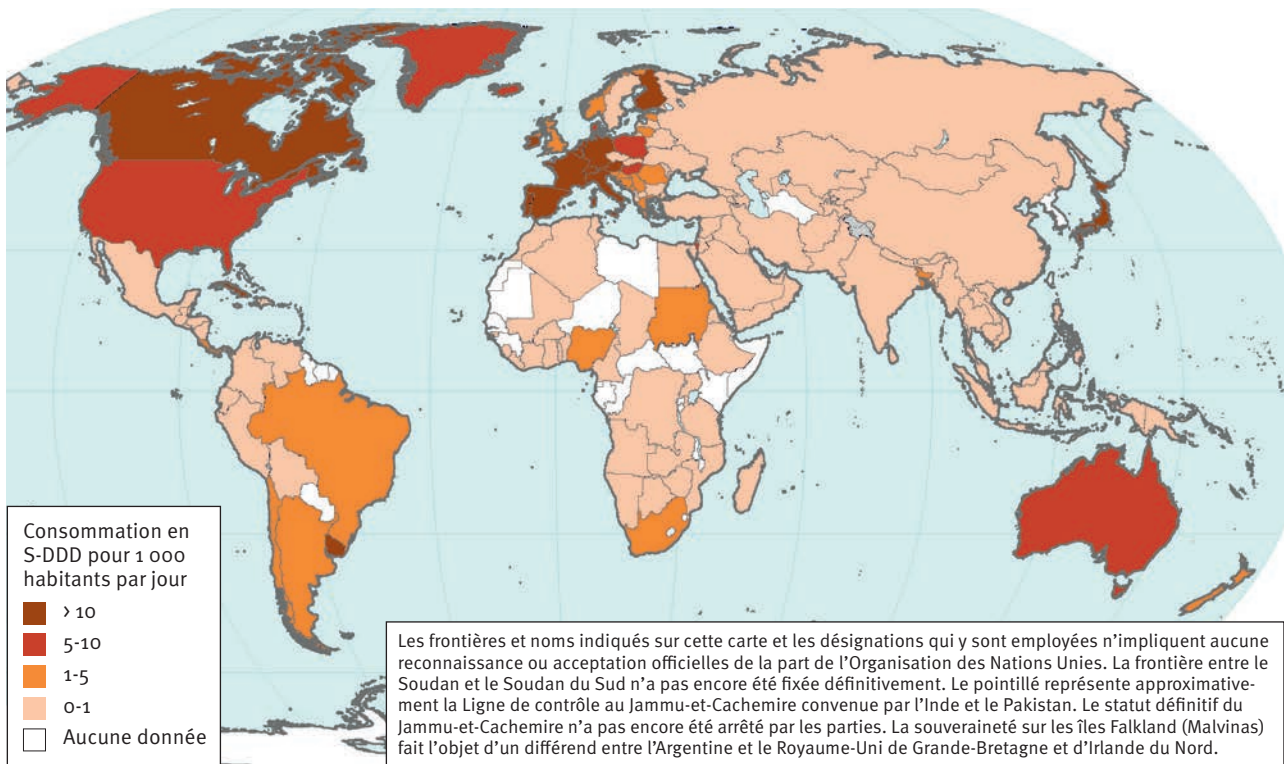
218. Les cartes 17 et 18 illustrent l'évolution de la consommation de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine, mesurée en termes de consommation annuelle moyenne calculée (exprimée en S-DDD pour 1 000 habitants et par jour), entre 2004-2006 et 2011-2013, par pays.

Carte 17. Consommation nationale moyenne de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine, 2004-2006



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 18. Consommation nationale moyenne de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine, 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

### c) Médicaments essentiels contenant des benzodiazépines

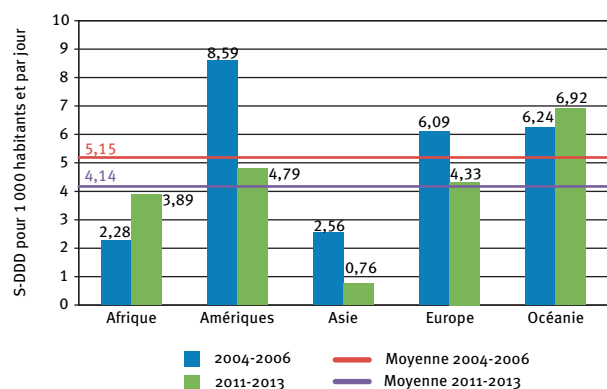
219. Trois substances de type benzodiazépine sont inscrites sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS: le diazépam, le lorazépam (tous deux des anxiolytiques) et le midazolam (un sédatif hypnotique).

#### Diazépam

220. À l'échelle mondiale, la consommation annuelle moyenne de diazépam a été ramenée de 5,2 à 4,1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour entre 2004-2006 et 2011-2013, ce qui correspond à un repli de 20% (voir fig. 56). Les plus importants reculs concernent l'Asie (70%) et les Amériques (44%). En Afrique et en Océanie, par contre, la consommation annuelle moyenne a progressé (de 70% et 11% respectivement). L'évolution significative notée en Afrique s'explique avant tout par la hausse de la consommation en République démocratique du Congo et au Ghana. En 2011-2013, sur 164 pays au total, 37 avaient une consommation supérieure à la moyenne mondiale, le haut du classement étant occupé par le Ghana (50,5 S-DDD), l'ex-République yougoslave

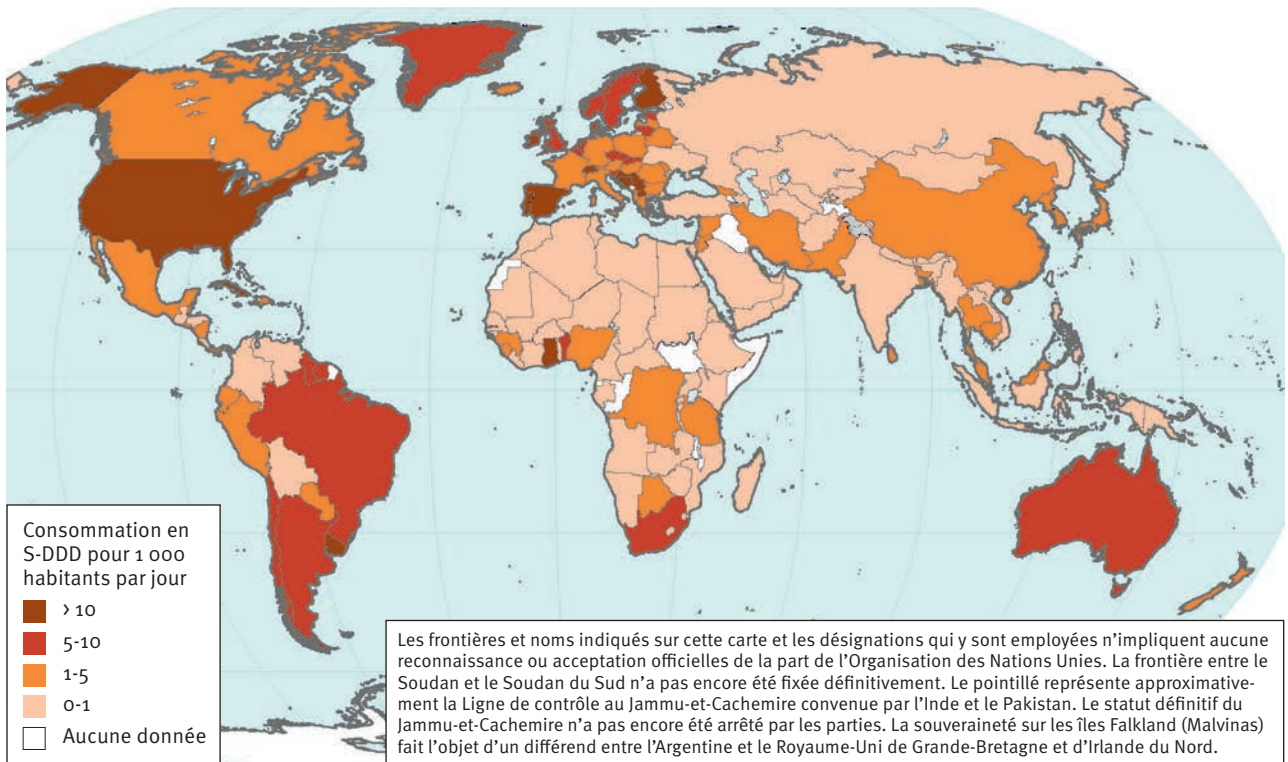
de Macédoine (26,1 S-DDD) et la Croatie (25,9 S-DDD). À l'autre extrémité, 90 pays *grosso modo* avaient des consommations inférieures à 1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour, voire à 0,1 S-DDD pour 22 d'entre eux (voir cartes 19 et 20).

Figure 56. Consommation annuelle moyenne de diazépam, 2004-2006 et 2011-2013



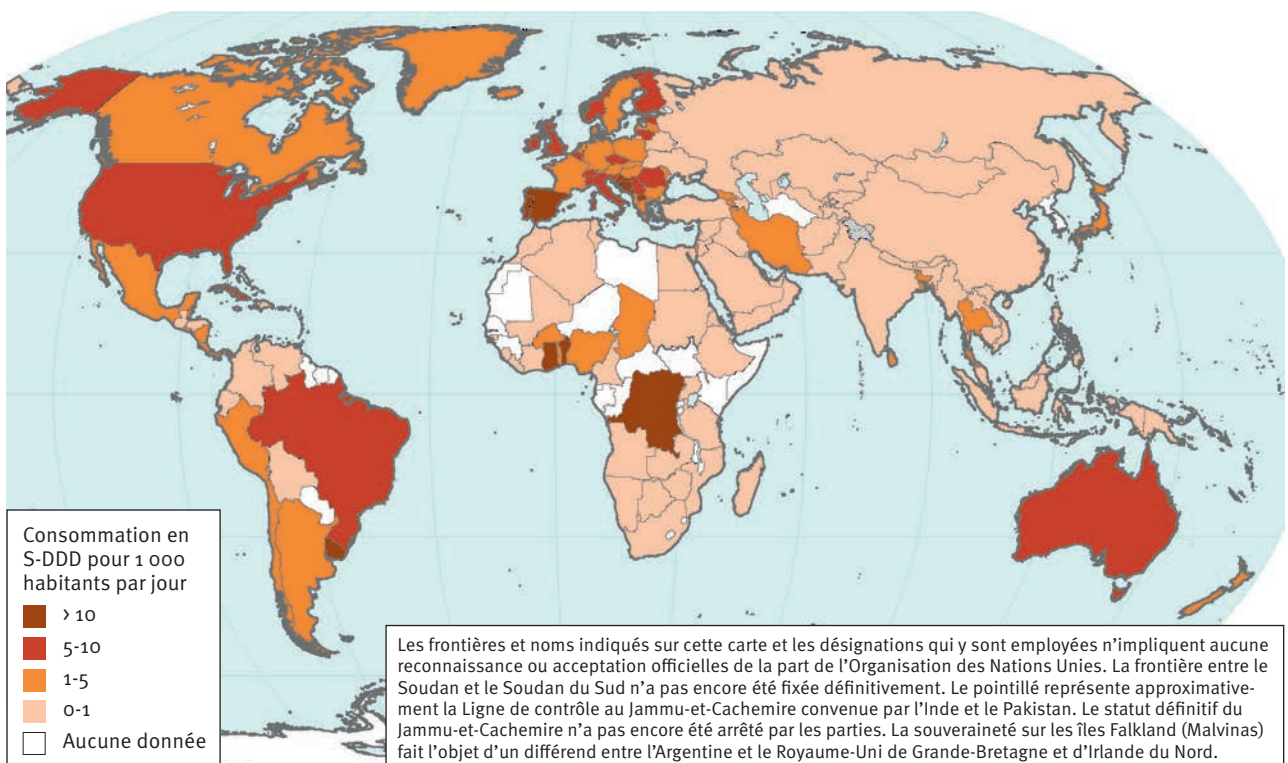
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 19. Consommation nationale moyenne de diazépam, 2004-2006



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 20. Consommation nationale moyenne de diazépam, 2011-2013



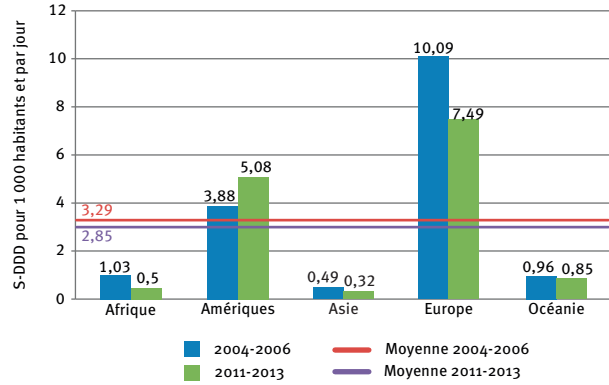
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

**Lorazépam**

221. Comme le montre la figure 57, la consommation annuelle moyenne de lorazépam dans le monde a elle aussi reculé entre 2004-2006 et 2011-2013, puisqu'elle a été ramenée de 3,3 à 2,8 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour. Cela étant, ce fléchissement relativement léger (13,4%) est le résultat d'importantes variations dans les différentes régions. Au cours de cette période, la consommation a ainsi progressé de 31% dans les Amériques, tandis qu'elle diminuait dans toutes les autres régions, les chutes les plus spectaculaires étant observées en Afrique (51,4%), en Asie (34,5%) et en Europe (25,8%). Sur les 134 pays qui avaient présenté des statistiques pour 2011-2013, 31 avaient une consommation annuelle calculée inférieure à la moyenne mondiale. Les chiffres les plus élevés concernaient l'Europe, en premier lieu l'Irlande (85,9 S-DDD), le Portugal (27,7 S-DDD) et l'Espagne (27,2 S-DDD). Dans 83 pays, la consommation était inférieure à 1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour; elle n'atteignait même pas 0,1 S-DDD dans 44 d'entre

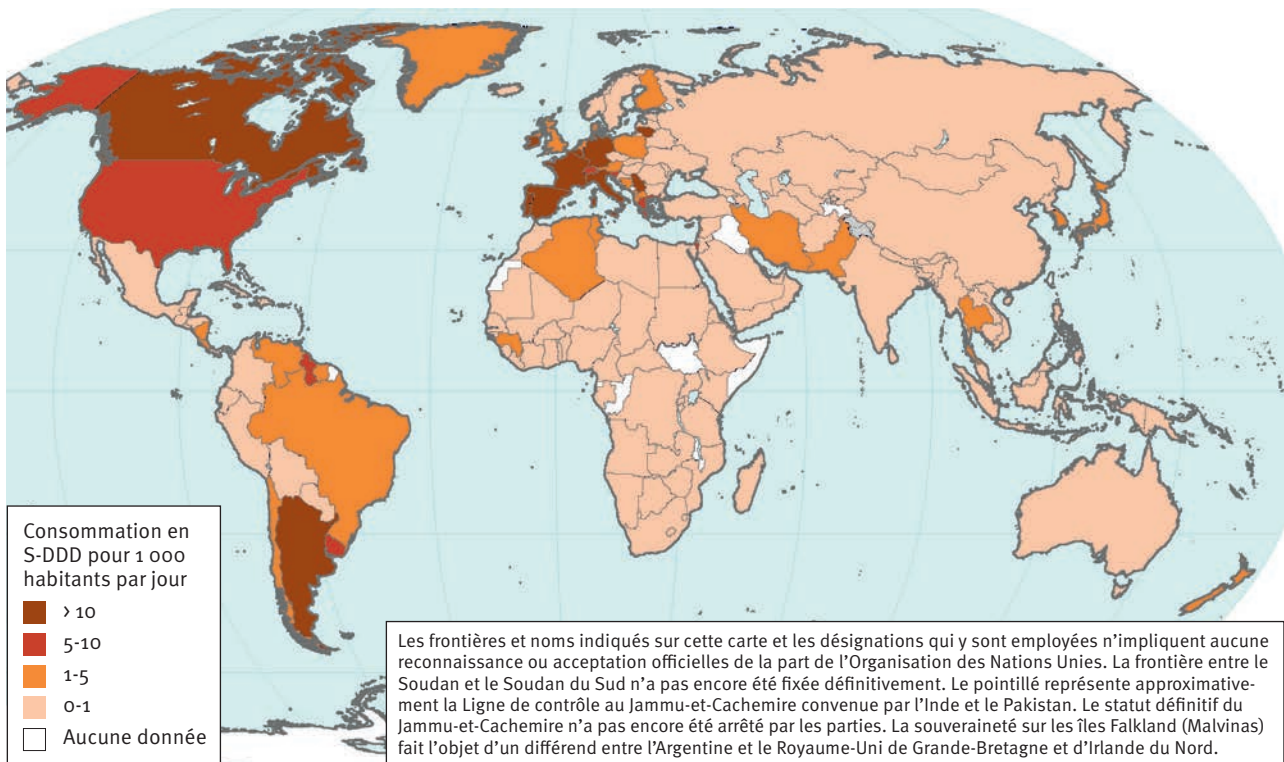
eux, dont le Bhoutan, le Tchad et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, qui consommaient moins de 0,02 S-DDD. Les cartes 21 et 22 illustrent l'évolution de la consommation de lorazépam par pays.

**Figure 57. Consommation annuelle moyenne de lorazépam, 2004-2006 et 2011-2013**



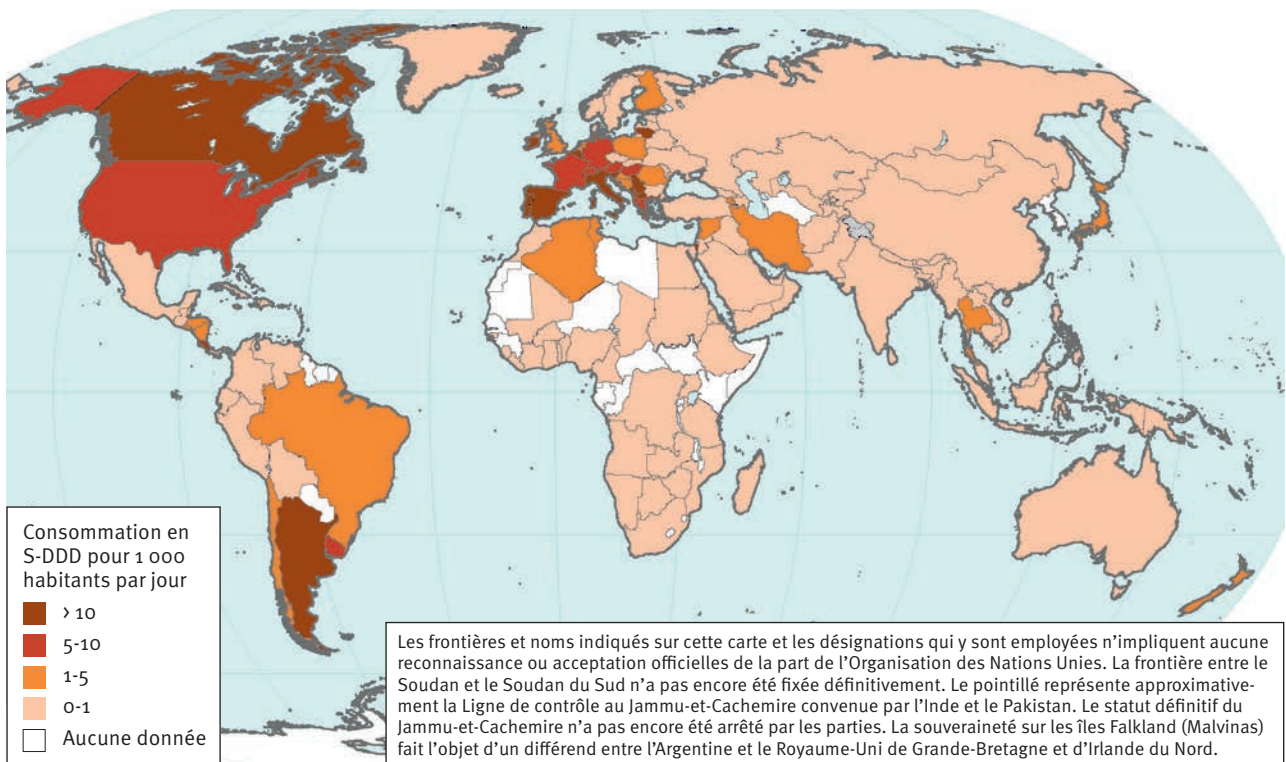
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

**Carte 21. Consommation nationale moyenne de lorazépam, 2004-2006**



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 22. Consommation nationale moyenne de lorazépam, 2011-2013



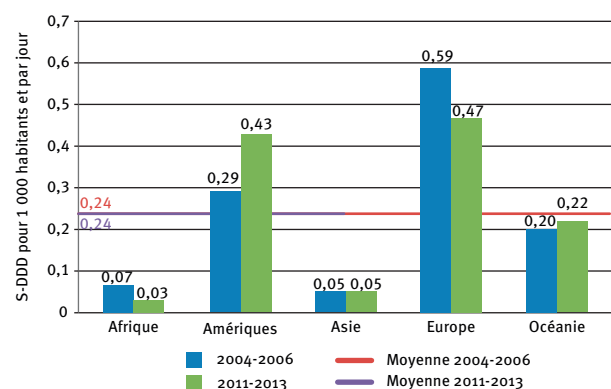
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

### Midazolam

222. La consommation annuelle moyenne calculée de midazolam dans le monde a décliné de 0,4 % entre 2004-2006 (0,238 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour) et 2011-2013 (0,237 S-DDD) (voir fig. 58). L'Europe et les Amériques sont traditionnellement les plus gros consommateurs de cette substance. Ces 10 dernières années, les augmentations les plus considérables ont concerné les Amériques (47,2 %). Au cours de la même période, la consommation moyenne a reculé en Afrique (56 %), en Europe (20 %) et en Asie (10 %). En 2011-2013, seuls huit pays et territoires avaient une consommation moyenne annuelle calculée de plus de 1 S-DDD pour 1 000 habitants et par jour: la Suisse (5 S-DDD), Saint-Martin (partie néerlandaise) (2,7 S-DDD), le Portugal (1,9 S-DDD), Curaçao (1,6 S-DDD), l'Uruguay (1,5 S-DDD), la Hongrie (1,4 S-DDD), le Costa Rica (1,1 S-DDD) et le Royaume-Uni (1 S-DDD); dans le même temps, 37 pays et territoires avaient une consommation supérieure à la moyenne mondiale de 0,237 S-DDD. Parmi ceux qui consommaient moins, 89 avaient une consommation inférieure à 0,1 S-DDD, et même inférieure à 0,01 S-DDD pour 51 d'entre

eux. Les cartes 23 et 24 illustrent l'évolution de la consommation de midazolam par pays entre 2004-2006 et 2011-2013.

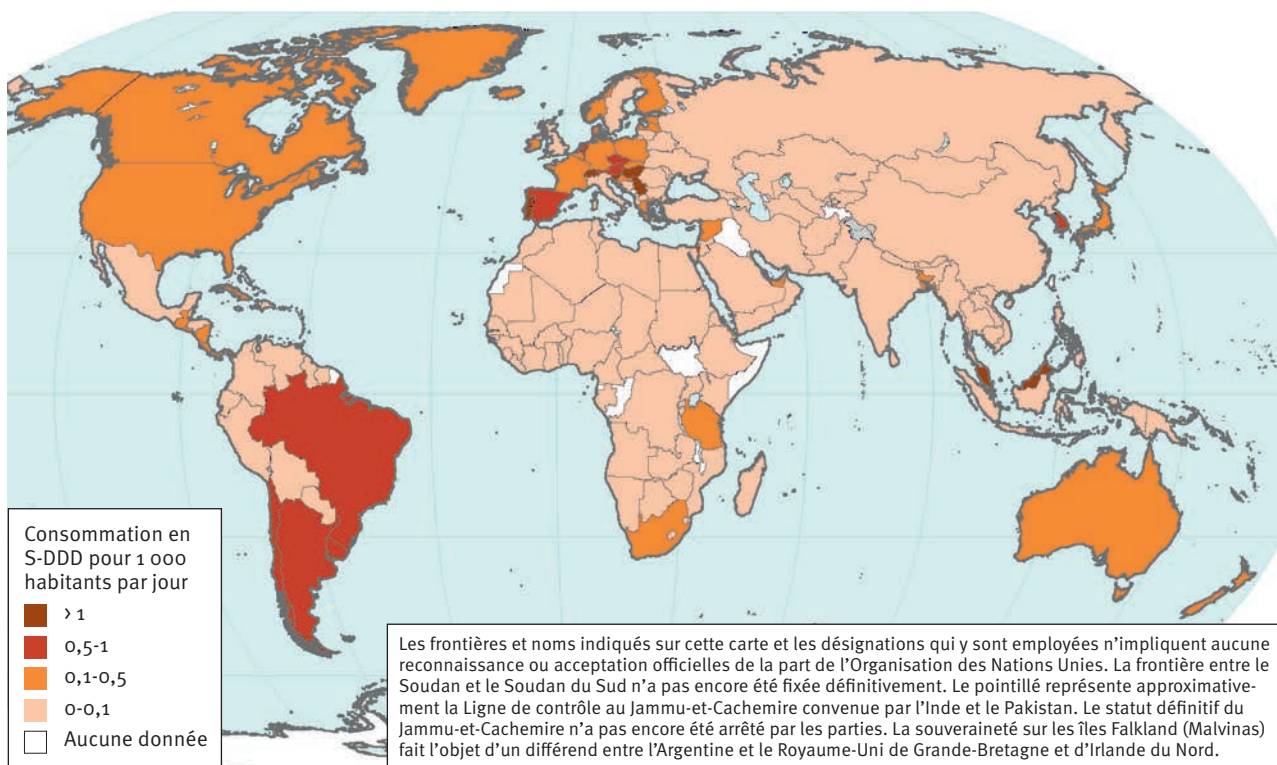
Figure 58. Consommation annuelle moyenne de midazolam, 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

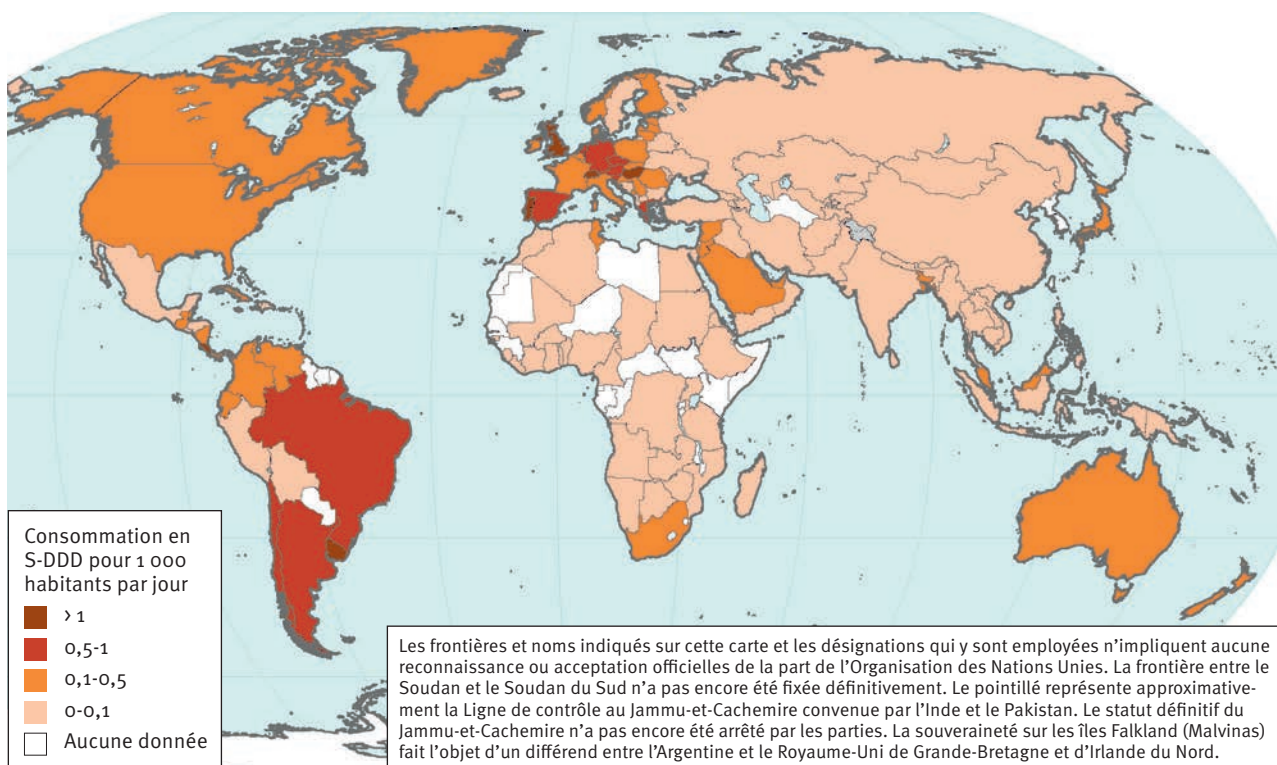


Carte 23. Consommation nationale moyenne de midazolam, 2004-2006



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 24. Consommation nationale moyenne de midazolam, 2011-2013



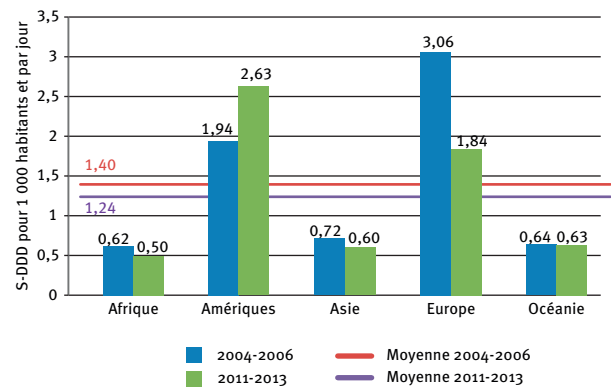
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

#### d) Disponibilité des antiépileptiques

223. Les antiépileptiques de type barbiturique (le phénobarbital et le méthylphénobarbital) et de type benzodiazépine (le clonazépam) sont inscrits au Tableau IV de la Convention de 1971. Ils sont utilisés pour le traitement de l'épilepsie, mais aussi pour l'induction du sommeil. Le phénobarbital, qui figure sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, représentait la quasi-totalité de la consommation mondiale d'antiépileptiques entre 2004 et 2013.

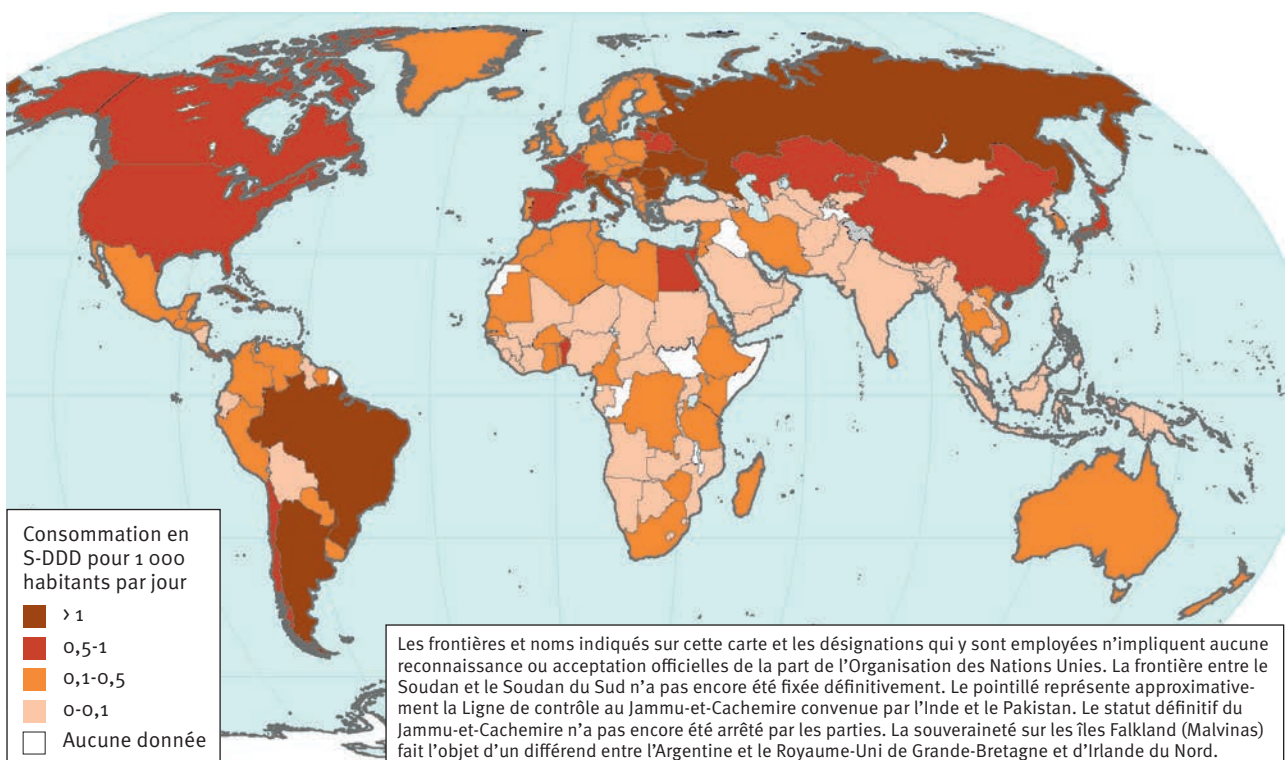
224. Au cours de cette période, la consommation mondiale d'antiépileptiques a diminué dans toutes les régions, sauf dans les Amériques. Les plus importantes réductions ont été observées en Europe (40 %), en Afrique (20 %) et en Asie (16 %), tandis que la consommation restait pour l'essentiel inchangée en Océanie, mais qu'elle augmentait de 35 % dans les Amériques (voir fig. 59). Les cartes 25 et 26 illustrent l'évolution de la consommation d'antiépileptiques par pays.

Figure 59. Consommation d'antiépileptiques dans toutes les régions, 2004-2006 et 2011-2013



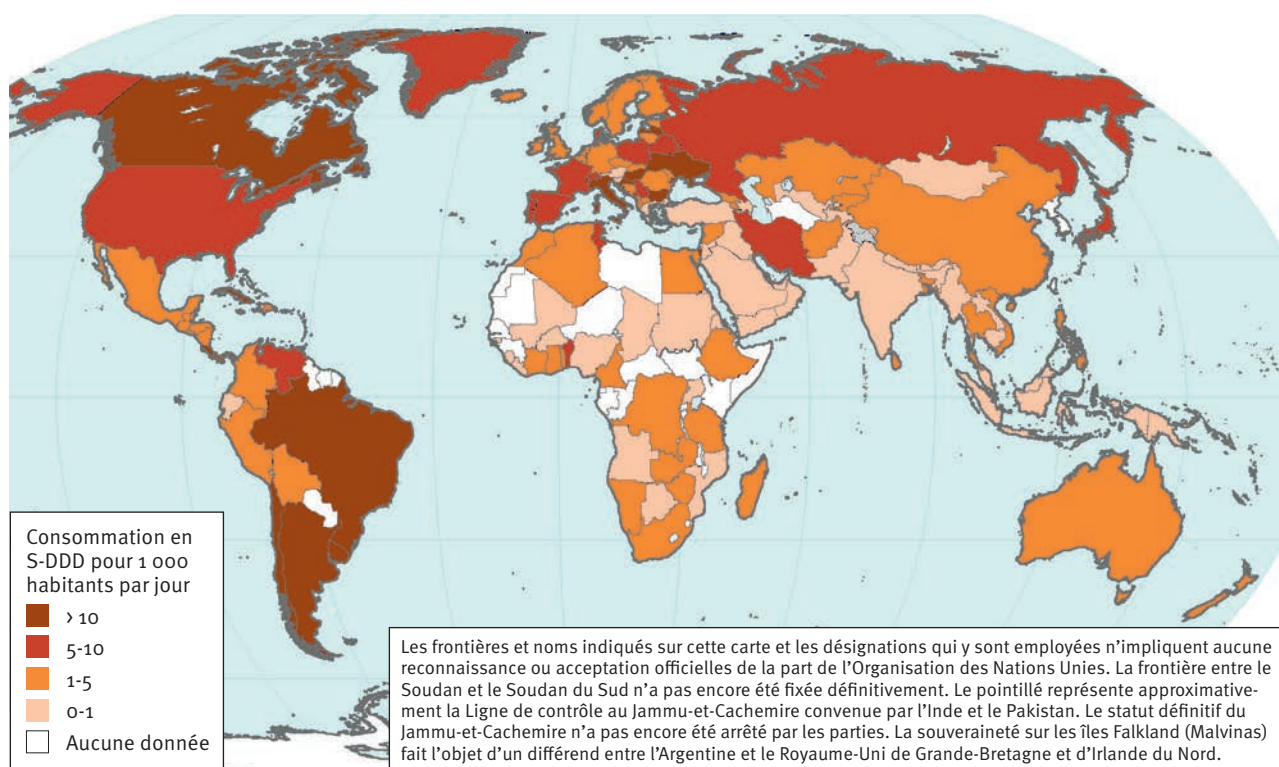
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 25. Consommation nationale moyenne d'antiépileptiques, 2004-2006



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 26. Consommation nationale moyenne d'antiépileptiques, 2011-2013

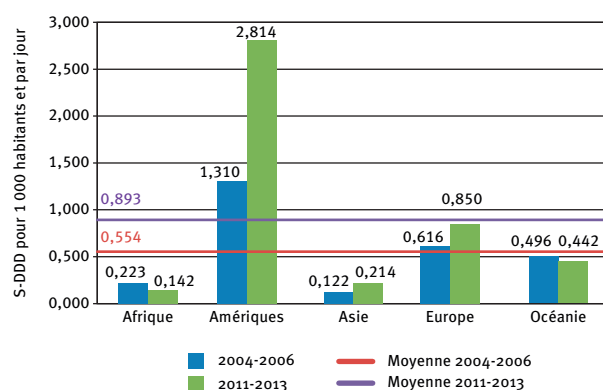


Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

### e) Antiépileptiques de type benzodiazépine (clonazépam)

225. Le net accroissement de la consommation d'antiépileptiques dans les Amériques était dû principalement à l'augmentation de la consommation d'antiépileptiques de type benzodiazépine (clonazépam) au Costa Rica, au Brésil, au Nicaragua et au Panama. Contrastant avec la tendance de la consommation d'antiépileptiques en général, celle d'antiépileptiques de type benzodiazépine (clonazépam) a progressé dans la majorité des pays du monde entre 2004 et 2013 (voir fig. 60). L'évolution la plus importante a eu lieu dans les Amériques (115%), en Asie (75%) et en Europe (38%). Au cours de la même période, la consommation de clonazépam a fléchi, de 36% et 11% respectivement, en Afrique et en Océanie. Quels que soient les changements intervenus dans les différentes régions, la distribution régionale de la consommation de cette substance demeurerait constante, les plus fortes consommations étant le fait des Amériques, suivies de l'Europe, de l'Océanie, de l'Asie et de l'Afrique.

Figure 60. Consommation de clonazépam dans toutes les régions, 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

### f) Antiépileptiques de type barbiturique

226. La consommation mondiale d'antiépileptiques de type barbiturique (phénobarbital et méthylphénobarbital) s'est considérablement réduite entre 2004 et 2013. Elle a

chuté de 95 % en Europe, mais a aussi reculé de 33 % et 20 % respectivement en Asie et en Afrique. La répartition régionale de la consommation n'a pas bougé, l'Europe et les Amériques étant toujours les plus gros consommateurs, devant l'Asie, l'Afrique et l'Océanie. Le phénobarbital représentant la quasi-totalité de la consommation d'antiépileptiques de type barbiturique, la tendance observée pour cette substance correspond peu ou prou à celle du groupe entier.

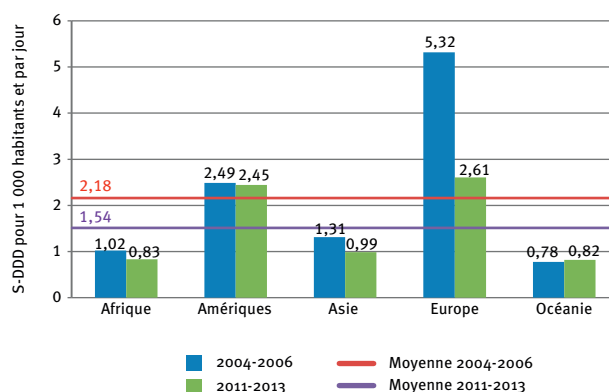
### Phénobarbital

227. Entre 2004 et 2013, la consommation mondiale de phénobarbital, exprimée en S-DDD pour 1 000 habitants et par jour, a connu un repli de près de 30 %<sup>60</sup>, qui dissimule d'importantes différences d'une région à l'autre (voir fig. 61). Si l'Europe et les Amériques affichaient les plus hauts niveaux de consommation, celle-ci a chuté de 51 % en Europe, tandis qu'elle s'est simplement contractée de 2 % dans les Amériques. De tous les pays européens, ce sont la Lituanie, la Hongrie et la Grèce, dans cet ordre, qui ont le plus réduit leur consommation. Dans le même temps, la consommation de phénobarbital a également diminué en Asie et en Afrique, de 25 % et 18 % respectivement, tandis qu'elle a augmenté de 6 % en Océanie.

<sup>60</sup>Ce calcul se fonde sur une comparaison entre les moyennes de 2004-2006 et celles de 2011-2013.

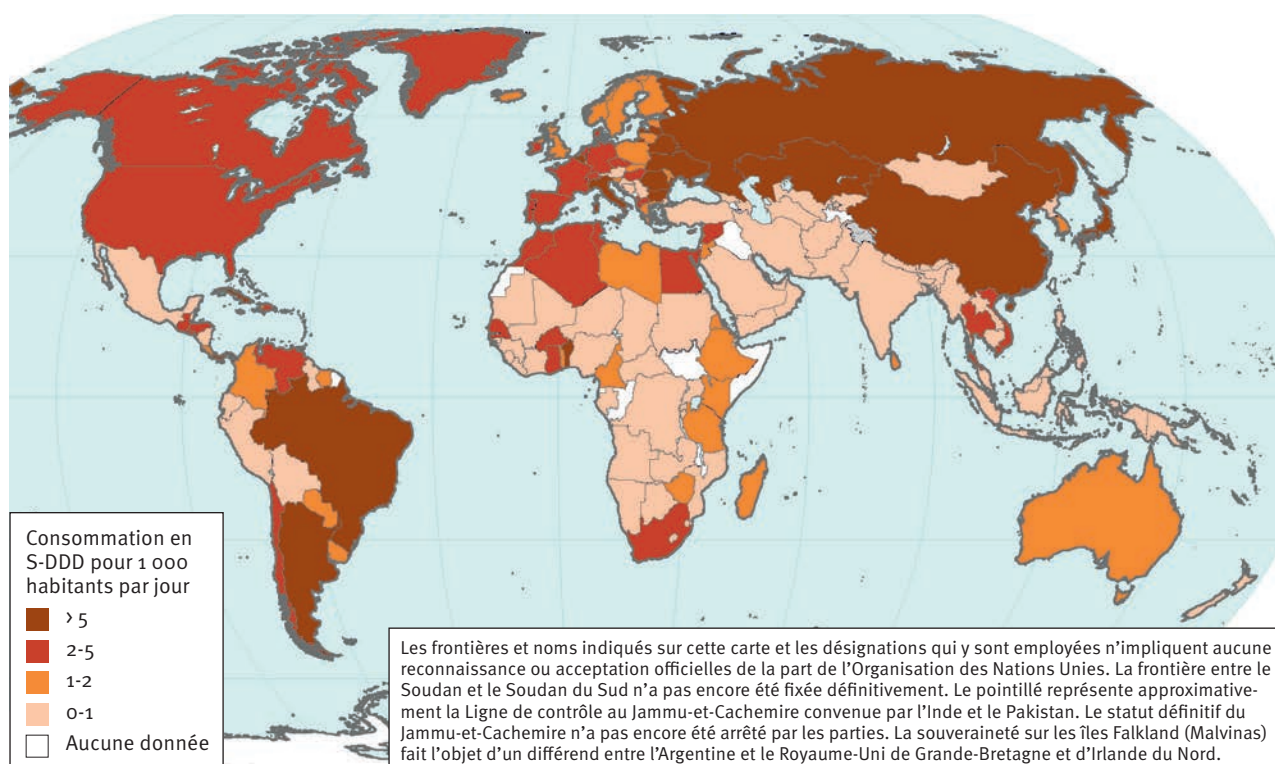
Nonobstant ces tendances divergentes, la distribution régionale de la consommation est restée inchangée tout au long de la période : l'Europe et les Amériques sont les plus importantes régions consommatrices, suivies de l'Asie, de l'Afrique et de l'Océanie. Les cartes 27 et 28 illustrent l'évolution de la consommation de phénobarbital, mesurée en termes de consommation annuelle moyenne calculée (en S-DDD pour 1 000 habitants et par jour), entre 2004-2006 et 2011-2013, par pays.

Figure 61. Consommation de phénobarbital dans toutes les régions, 2004-2006 et 2011-2013



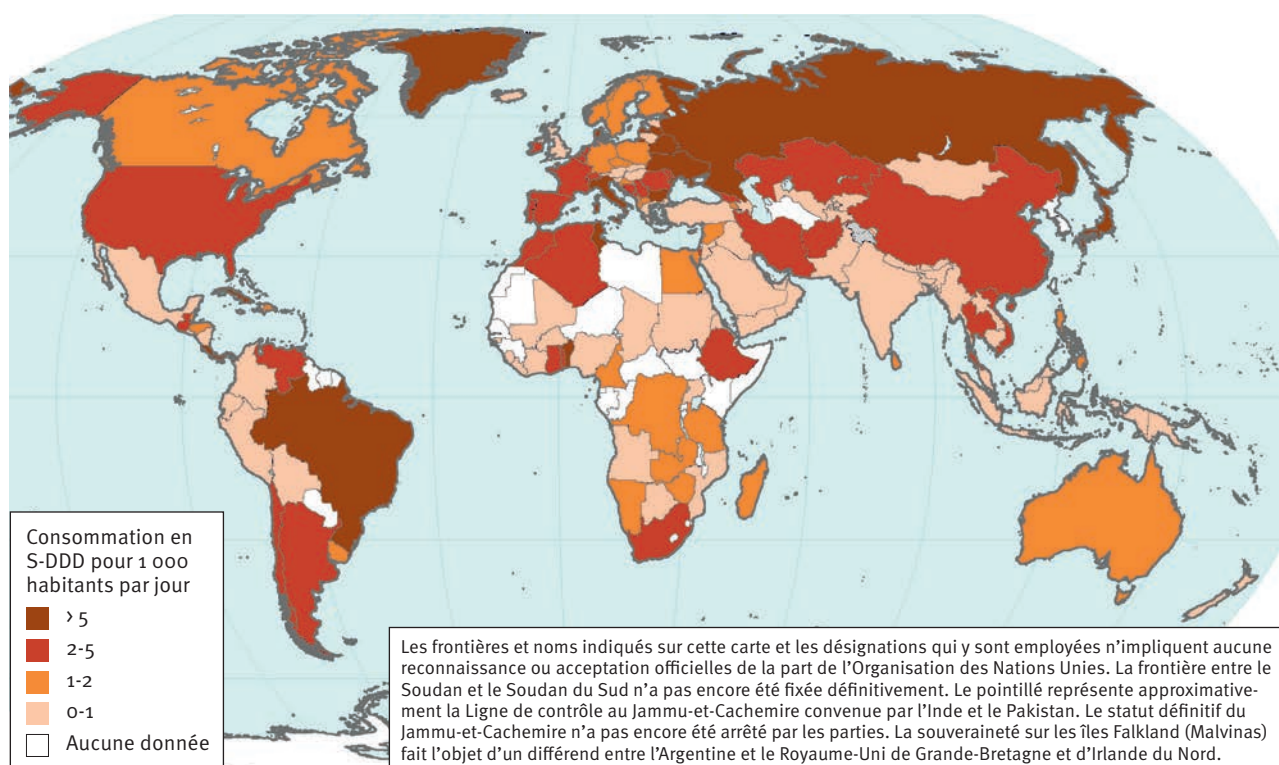
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 27. Consommation nationale moyenne de phénobarbital, 2004-2006



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 28. Consommation nationale moyenne de phénobarbital, 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

### C. Obstacles à la disponibilité des substances psychotropes

228. La disponibilité des substances psychotropes est influencée par différents facteurs sociaux et économiques, dont *a)* la structure et les capacités des systèmes de soins de santé; *b)* le degré de priorité que les autorités accordent au soulagement de la douleur et des souffrances; et *c)* les attitudes sociales eu égard aux soins de santé et aux traitements médicaux, ainsi qu'aux lois et règlements. Dans la pratique, le fait que les substances placées sous contrôle soient disponibles ne signifie pas nécessairement qu'elles sont accessibles à tous les patients qui en ont besoin. D'autres critères et conditions jouent en réalité sur l'accessibilité des drogues et le soulagement procuré aux patients.

229. D'après les résultats de la deuxième enquête sur la disponibilité des substances placées sous contrôle que l'OICS a menée en 2014, et à laquelle 107 pays ont répondu, la grande majorité des pays considéraient que la situation était satisfaisante. Comme il ressort de la figure 62, plus des trois quarts la jugeaient satisfaisante (55%) ou pleinement satisfaisante (28%), tandis que les

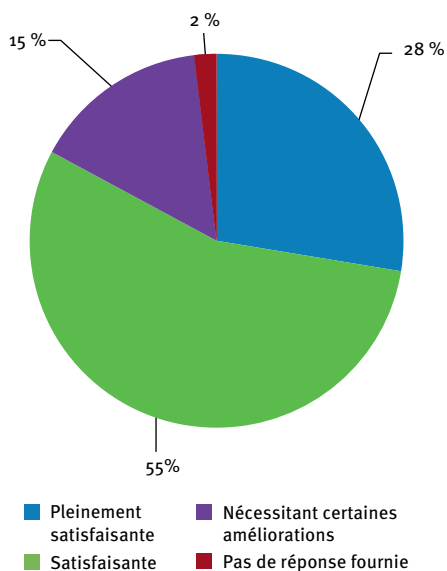
autres (15%) estimaient qu'elle nécessitait certaines améliorations. L'OICS reste prudent quant à l'interprétation de ces points de vue.

230. Par ailleurs, la disponibilité des substances placées sous contrôle dans un pays donné n'est pas toujours un facteur pertinent pour déterminer l'accessibilité de celles-ci. De nombreuses questions doivent être prises en compte et réglées pour parvenir à une distribution juste et équilibrée dans tout le pays et au sein de l'ensemble de la population.

231. L'ampleur de l'usage médical des drogues dépend de nombreux facteurs. Ainsi, les prescripteurs choisissent les traitements en fonction de leur intérêt thérapeutique établi, de leur disponibilité et, surtout, de la stabilité de l'offre, ce qui suppose de bien connaître la situation du marché. La disponibilité et l'accessibilité des substances psychotropes ont des incidences directes sur la consommation, mais n'impliquent pas nécessairement que celle-ci évolue en proportion étant donné que les prescripteurs peuvent retenir différents protocoles de traitement qui les amènent à préférer d'autres substances (non soumises à contrôle ou moins chères, par exemple). Dans de tels cas, l'accès des patients au traitement est assuré, mais il peut

se traduire par des niveaux de disponibilité artificiellement bas en ce qui concerne les substances placées sous contrôle, auxquelles il n'est pas fait appel.

Figure 62. Disponibilité des substances psychotropes selon les évaluations des pays eux-mêmes, 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

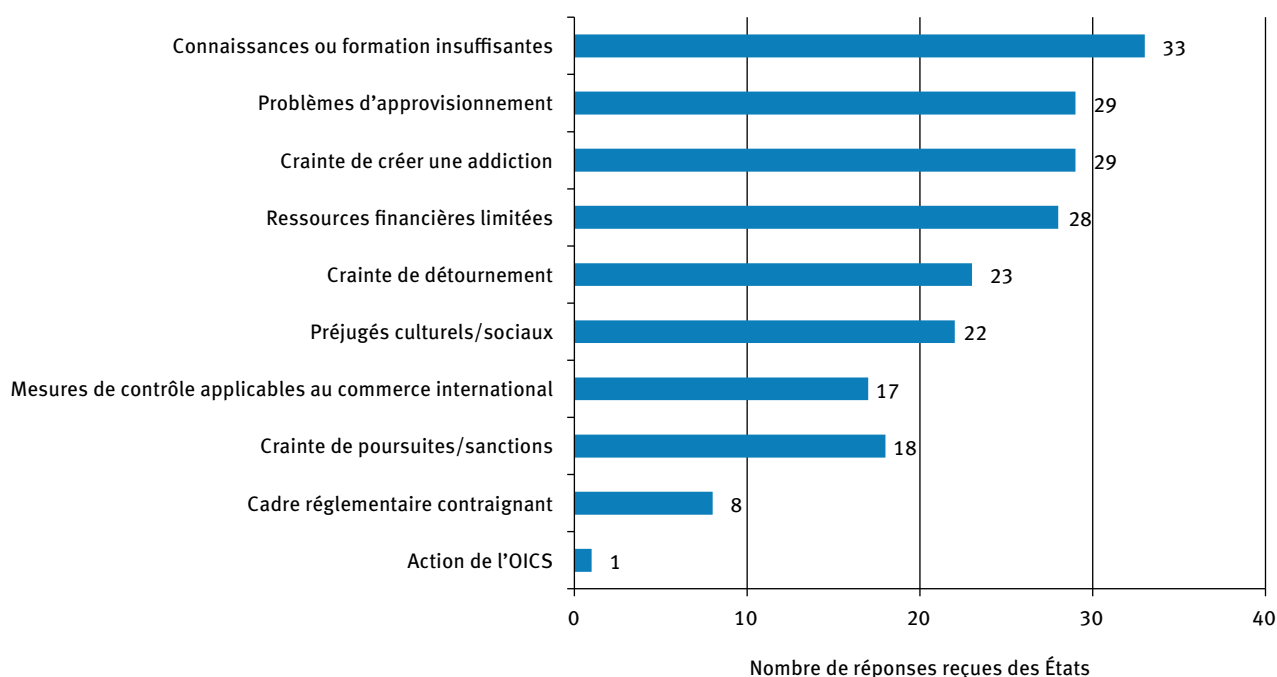
232. Comme il ressort de la figure 63, l'enquête que l'OICS a menée en 2014 lui a permis de recenser les principaux éléments qui, selon les gouvernements, font

obstacle à la disponibilité des substances psychotropes placées sous contrôle international.

233. Si la crainte de créer une addiction était plus souvent mentionnée en rapport avec les stupéfiants qu'avec les substances psychotropes, le principal obstacle à la disponibilité de celles-ci était, comme dans le cas des stupéfiants, des connaissances ou formation insuffisantes parmi les professionnels de la santé concernant leur usage rationnel. Par ailleurs, le facteur le moins cité par les pays répondants, qu'il s'agisse des stupéfiants ou des substances psychotropes, était l'action de l'OICS. Ce résultat positif et encourageant montre que l'OICS n'est pas perçu comme contribuant à limiter de manière injustifiée la disponibilité des substances placées sous contrôle, bien au contraire.

234. Le milieu dans lequel il vit peut restreindre l'accès du patient au traitement, par exemple lorsque les structures de santé indispensables (hôpitaux, dispensaires ou pharmacies) manquent dans certaines parties du pays ou que, comme c'est malheureusement ce qui arrive à de nombreuses populations rurales de pays en développement, ces structures sont trop éloignées pour être accessibles. La capacité des systèmes de santé à atteindre les patients influe sur l'accessibilité des substances placées sous contrôle, sans avoir aucun effet sur leur disponibilité (à supposer que des stocks suffisants soient disponibles dans les régions isolées). L'impossibilité d'accéder dûment et rapidement à des médicaments sûrs entraîne l'apparition de marchés parallèles et de produits de contrefaçon, avec les risques sanitaires que cela suppose.

Figure 63. Obstacles à la disponibilité des substances psychotropes, 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

235. Il se peut que, dans les pays en développement où la disponibilité des médicaments est déterminée par des facteurs économiques plutôt que par les besoins médicaux réels, les soins de santé mentale ne reçoivent pas toute l'attention qu'ils méritent. Les préjugés culturels relatifs aux troubles de santé mentale et la peur de créer une addiction étaient aussi mentionnés comme faisant obstacle à la consommation de substances psychotropes. Par ailleurs, un faible niveau de prescription décourage la fabrication ou l'importation.

236. Parfois, des informations erronées et des idées fausses au sujet des substances placées sous contrôle viennent s'ajouter à la crainte de poursuites liées à leur stockage, ce qui amène les distributeurs à ne pas constituer de stocks importants.

237. L'obstacle le plus souvent mentionné était la méconnaissance, parmi les professionnels de la santé, de la notion d'usage rationnel des substances psychotropes. Cette situation, qui peut s'expliquer par une formation et des connaissances insuffisantes sur la question, contribue grandement à ce que ces substances soient peu prescrites.

238. Dans plusieurs pays, le manque de connaissances parmi les professionnels de la santé peut susciter chez eux des préoccupations injustifiées quant à la prescription, à l'usage et au potentiel toxicomanogène de ces substances. Comme dans le cas des stupéfiants, le fait que le programme pédagogique des écoles de médecine n'accorde pas suffisamment d'attention à la prescription et à l'usage rationnels des substances psychotropes peut aussi jouer. Les médecins peuvent alors préférer prescrire des médicaments qu'ils connaissent mieux, notamment des substances qui ne sont pas placées sous contrôle international.

239. D'après les réponses à l'enquête de l'OICS, le programme de formation des médecins de 66 pays aborde la question de la prescription et de l'usage rationnels des substances psychotropes. En outre, 58 pays ont indiqué avoir pris des mesures pour sensibiliser les professionnels de la santé aux meilleures pratiques de prescription de ces substances.

240. Parmi les pays ayant répondu à la question, 29 (soit 39 % du total) estimaient que la peur de créer une addiction limitait la disponibilité des substances psychotropes; cet élément faisait ainsi partie des obstacles les plus souvent cités dans l'enquête de 2014.

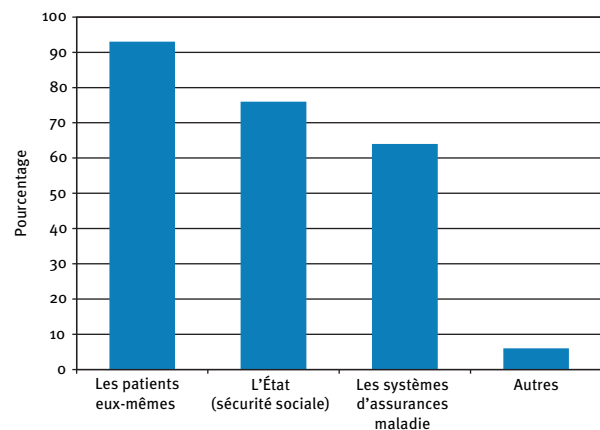
241. Comme on l'a noté en rapport avec les stupéfiants, il semble que la peur de créer une addiction aux substances psychotropes soit liée à des connaissances et formation

insuffisantes parmi les professionnels de la santé, ainsi qu'à des préjugés culturels et à des idées fausses.

242. Bien entendu, l'un des premiers facteurs limitant l'accès à un traitement médical donné est son coût; il se peut donc que le traitement soit disponible mais non accessible à ceux qui en ont le plus besoin. Par ailleurs, l'accès aux médicaments, lorsque ceux-ci sont disponibles, peut dépendre d'autres facteurs, comme la structure de soins de santé elle-même. Vingt-huit pays (soit 37 % du total) ont signalé que les problèmes financiers étaient susceptibles de restreindre fortement la disponibilité des substances psychotropes. De fait, des ressources financières limitées peuvent influencer considérablement sur le choix des médicaments à acheter, et la priorité peut être donnée à des substances perçues comme essentielles (comme les antibiotiques).

243. En outre, la disponibilité des substances psychotropes dépend aussi de leur prix, abordable ou non pour les patients. De ce point de vue, la sécurité sociale ou les systèmes d'assurance maladie jouent un rôle crucial. À la question de savoir qui paie pour les substances psychotropes prescrites, la réponse la plus souvent donnée était les patients eux-mêmes (89 %), devant l'État (73 %) et les systèmes d'assurance maladie (62 %) (voir fig. 64).

Figure 64. Qui paie pour les substances psychotropes prescrites? 2014



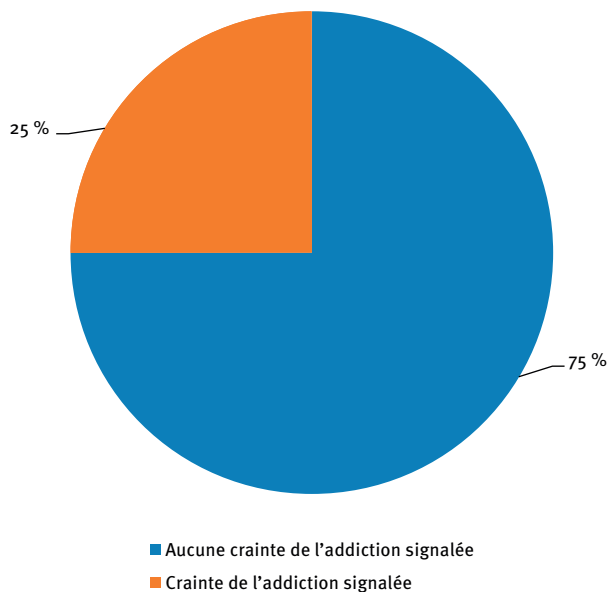
Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

244. Les préjugés culturels et sociaux relatifs à l'usage des substances psychotropes ont également été mentionnés au nombre des facteurs contribuant pour beaucoup à limiter cet usage.

245. Une meilleure connaissance de la prescription et de l'usage rationnels des substances psychotropes parmi les professionnels de la santé peut aider grandement à surmonter les limitations liées à la crainte de l'addiction.

L'enquête de l'OICS montre qu'une bonne partie (75 %) des 58 pays qui avaient pris des mesures pour sensibiliser les professionnels de la santé à la question ne mentionnaient pas la crainte de l'addiction comme un obstacle à la disponibilité des substances psychotropes (voir fig. 65).

Figure 65. Crainte de créer une addiction signalée par les pays ayant mis en place des mesures de sensibilisation, 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

246. Les pays peuvent décider de ne pas fabriquer ou importer de substances psychotropes pour éviter que celles-ci ne soient détournées vers les réseaux de trafic et d'abus. Sur les 75 pays ayant répondu, 26 considéraient la crainte de détournements comme un obstacle à la disponibilité de ces substances. Cette crainte peut être alimentée en bonne partie par l'apparition de marchés parallèles non réglementés. Les patients peuvent parfois refuser un traitement à base de substances psychotropes parce qu'ils s'inquiètent de possibles effets secondaires et de la stigmatisation associée à l'usage de ces substances.

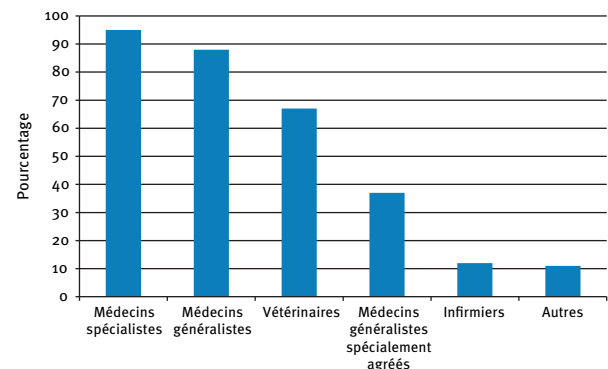
247. Au nombre des autres facteurs dans lesquels les pays répondants voyaient des obstacles importants figuraient les contraintes imposées par certains cadres administratifs visant à réglementer l'usage des substances placées sous contrôle et les diverses règles concernant leur commerce international, ainsi que la crainte de poursuites ou de sanctions en rapport avec des opérations liées à ces substances. Ces mesures peuvent concerner le commerce international et les réseaux nationaux de distribution (prescription et dispensation). L'enquête révèle que, sur les 37 pays qui ont déclaré avoir pris des mesures législatives ou réglementaires ces 10 dernières années pour

améliorer la disponibilité des substances psychotropes aux fins médicales, 35 ont noté une augmentation de la consommation exprimée en S-DDD depuis la période 2007-2009, en dépit du fait que, sur les 83 pays ayant répondu à la question, 75 ont signalé l'existence de sanctions en cas de mauvaise tenue de registres.

248. Dans 66 % des 102 pays répondants, les prescripteurs étaient légalement tenus de garder une trace des ordonnances de substances psychotropes. Cette obligation pouvait décourager le stockage de ces substances en raison des coûts et des longues procédures qui y sont associés, voire aussi de craintes de poursuites ou de sanctions.

249. Comme l'illustre la figure 66, les médecins spécialistes et généralistes ont à peu près les mêmes pouvoirs s'agissant de prescrire des substances psychotropes. Dans une grande partie des pays ayant répondu à la question, les infirmiers n'étaient pas autorisés à en prescrire, ce qui pouvait constituer un frein à la disponibilité, en particulier dans les zones rurales où les systèmes et infrastructures de soins de santé étaient rudimentaires.

Figure 66. Prescripteurs de substances psychotropes, 2014

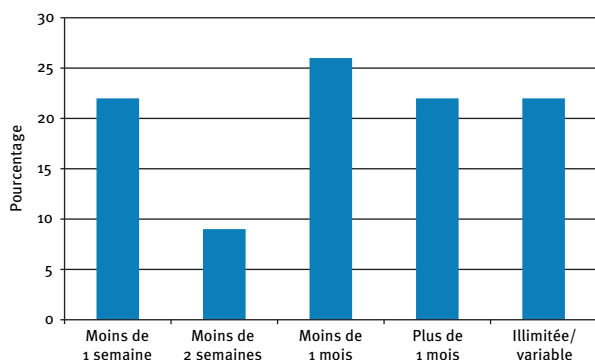


Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

250. De faibles niveaux d'accès aux substances psychotropes peuvent aussi être le résultat de règles excessivement restrictives en ce qui concerne les réseaux de distribution et les protocoles de dispensation. La durée de validité des ordonnances, ainsi que les contraintes ou rigidités liées à leur renouvellement, peuvent également jouer un rôle, en particulier compte tenu du fait que les traitements à base de substances psychotropes s'étendent très souvent sur plusieurs années. De fait, les deux réponses les plus fréquentes à la question correspondante étaient que les ordonnances étaient valables moins d'un mois (26 % des pays) ou moins d'une semaine (22 %) (voir fig. 67).



Figure 67. Durée de validité des ordonnances de substances psychotropes, 2014

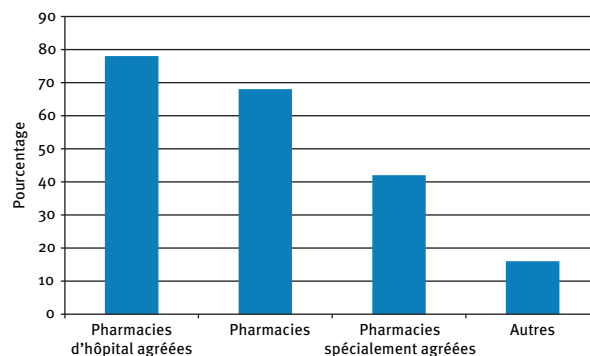


Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

251. Les États Membres ont signalé que les substances psychotropes étaient dispensées avant tout dans des pharmacies d'hôpitaux agréées ou dans de simples pharmacies. Moins de la moitié des répondants ont indiqué qu'elles pouvaient être dispensées dans des pharmacies spécialement agréées (voir fig. 68).

252. Les restrictions visant le nombre de pharmacies autorisées à dispenser des substances psychotropes, même si elles ne sont pas aussi rigoureuses que celles qui valent pour la dispensation des stupéfiants, n'en sont pas moins susceptibles de réduire la disponibilité des médicaments de ce type.

Figure 68. Structures habilitées à délivrer les substances psychotropes prescrites, 2014



Source: Enquête 2014 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

253. Enfin, un pays seulement voyait dans l'action de l'OICS un obstacle à la disponibilité des substances psychotropes. Alors que la grande majorité des pays (98%) connaissent les procédures à suivre pour établir, soumettre et modifier les évaluations de leurs besoins médicaux en substances psychotropes, et que plus de 80% d'entre eux se réfèrent aux supports de formation de l'OICS ainsi qu'aux lignes directrices conjointes de l'OICS et de l'OMS sur l'établissement des évaluations, certaines autorités ont suggéré des mesures que l'OICS pourrait prendre pour améliorer la disponibilité de ces substances, notamment par la formation des autorités nationales compétentes et la communication d'informations à leur intention.

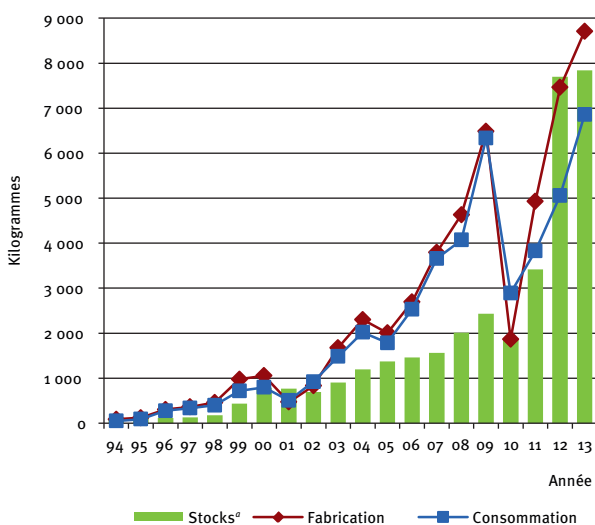


# Chapitre IV

## Disponibilité des drogues placées sous contrôle international aux fins du traitement de la dépendance aux opioïdes

254. La méthadone et la buprénorphine servent à soulager la douleur, mais elles sont aussi beaucoup utilisées pour traiter la dépendance aux opioïdes. Dans certains pays, cette dépendance est prise en charge au moyen d'autres substances placées sous contrôle, comme l'opium, la teinture d'opium, l'héroïne et la morphine. Les données que les pays communiquent à l'OICS ne renseignent pas sur le type d'usage en cause, mais les évaluations des besoins en méthadone et en buprénorphine se rapportent principalement à des programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes.

Figure 69. Fabrication et stocks de buprénorphine déclarés, 1994-2013



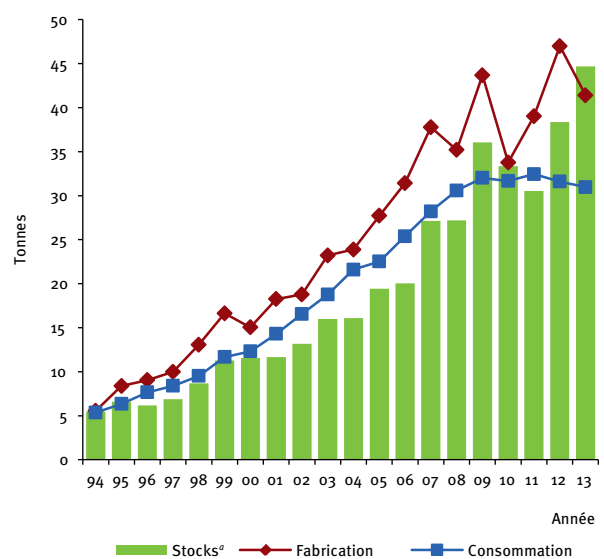
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Note: Consommation mondiale approximative, calculée sur la base des données statistiques fournies par les gouvernements.

\*Stocks au 31 décembre de chaque année; les données sont communiquées à titre volontaire et peuvent donc être incomplètes.

255. L'analyse des tendances relatives à la consommation, à la fabrication et aux stocks de ces substances fait apparaître une hausse régulière sur les 20 années écoulées. La fabrication mondiale de buprénorphine n'a cessé d'augmenter (sauf en 2010, où elle a connu une brusque chute), pour atteindre un pic de 8,7 tonnes en 2013. De la même manière, la fabrication mondiale de méthadone a progressé sans interruption au cours de cette période, avec quelques fluctuations, avant de fléchir légèrement en 2013, à 41,4 tonnes (soit 5,5 tonnes de moins qu'en 2012) (voir fig. 69 et 70). Comme on l'a noté concernant d'autres analgésiques opioïdes, l'offre de ces substances ne semble pas poser problème.

Figure 70. Fabrication, consommation et stocks de méthadone dans le monde, 1994-2013



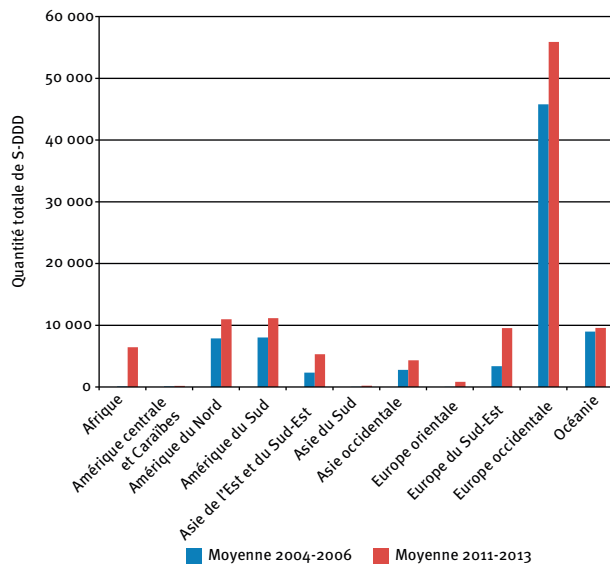
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

\*Stocks au 31 décembre de chaque année.

256. Cela étant, il existe d'importantes différences dans les schémas de consommation (exprimée en S-DDD) à l'échelle mondiale, comme il ressort des cartes 29 à 33. Dans certains cas, ces différences (entre niveaux de consommation exprimés en S-DDD, voir les figures 71 et 72) s'expliquent par la présence ou l'absence d'utilisateurs de drogues par injection; dans d'autres, la consommation de méthadone et de buprénorphine, ainsi que l'offre de services de traitement de substitution aux opiacés, semble limitée ou nulle malgré l'existence (en plus ou moins

grand nombre) de tels usagers. Ce phénomène est parfois dû aux politiques suivies par les gouvernements, qui ne reconnaissent pas l'efficacité de ce type de services pour traiter la dépendance aux opioïdes, à des résistances d'ordre politique ou culturel, ou simplement à l'inaction des autorités responsables ou à leur incapacité de prendre conscience du problème. Dans le cadre de l'enquête que l'OICS a conduite en 2014, 67 % des pays ont signalé avoir recours à des stupéfiants pour traiter la toxicomanie par substitution.

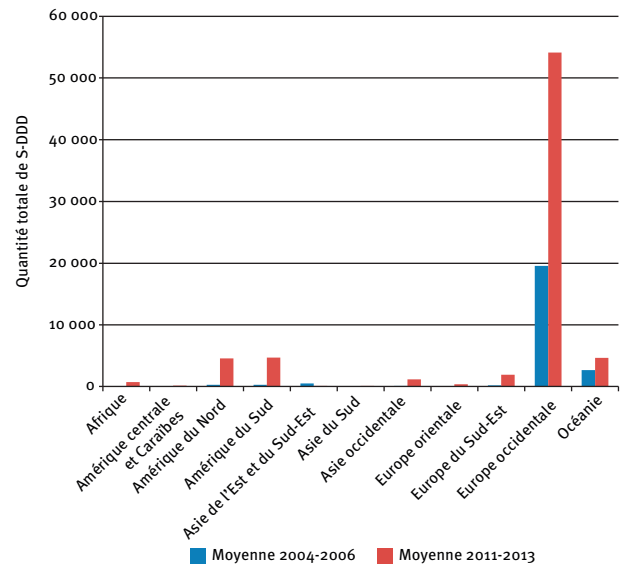
Figure 71. Évolution de la consommation de méthadone entre 2004-2006 et 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

257. S'agissant de la méthadone, l'augmentation de la consommation en Afrique et en Europe du Sud-Est, en relation avec l'expansion des services de traitement par substitution aux opioïdes dans certains pays de ces régions, mérite d'être notée. S'agissant de la buprénorphine, une importante hausse de la consommation est intervenue en Europe occidentale. La progression de la consommation de buprénorphine observée dans certaines régions peut être liée à divers facteurs: des stratégies de commercialisation agressives de la part des entreprises productrices; une meilleure accessibilité du fait que le régime de contrôle prévu par la Convention de 1971 est moins rigoureux que celui de la Convention de 1961 (qui s'applique à la méthadone); et un usage accru aux fins du soulagement de la douleur. En Amérique centrale et en Amérique du Sud, la méthadone

Figure 72. Évolution de la consommation de buprénorphine entre 2004-2006 et 2011-2013

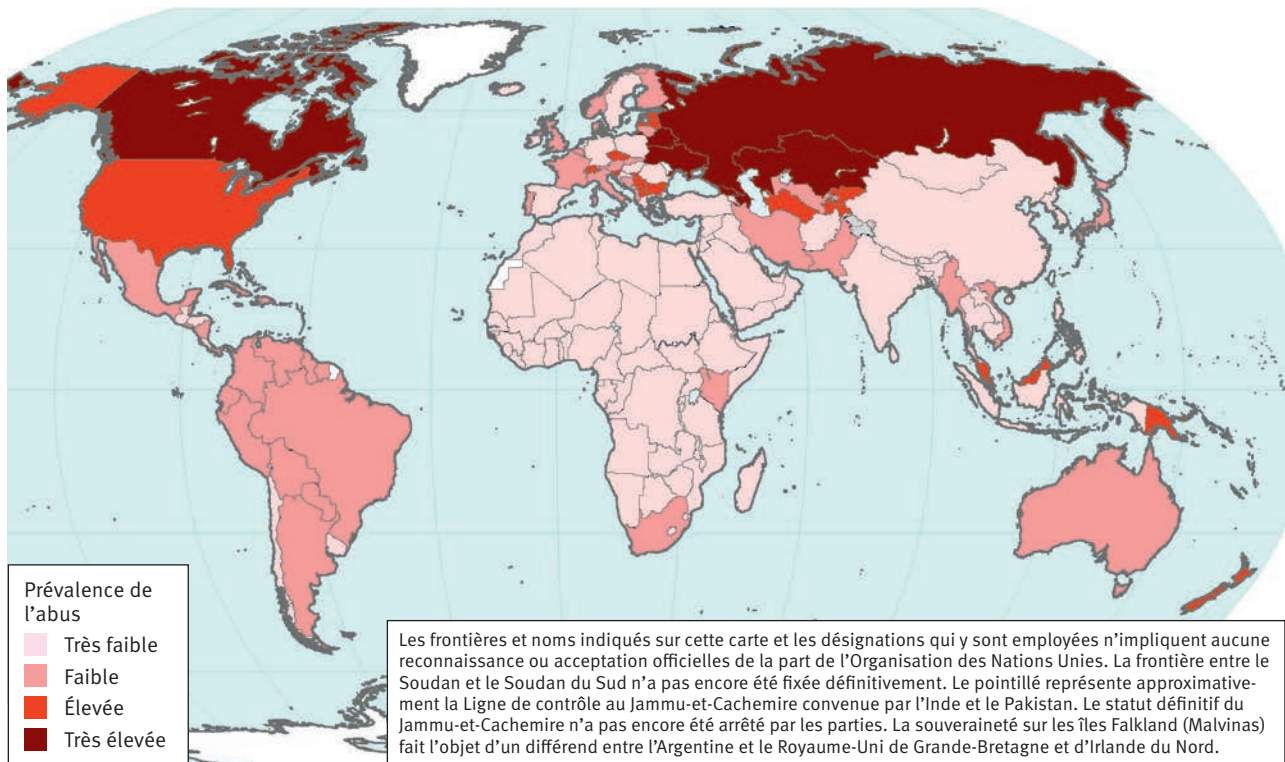


Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

est utilisée pour la prise en charge de la douleur et non la substitution aux opioïdes, la prévalence de l'usage de drogues par injection étant relativement faible dans ces régions.

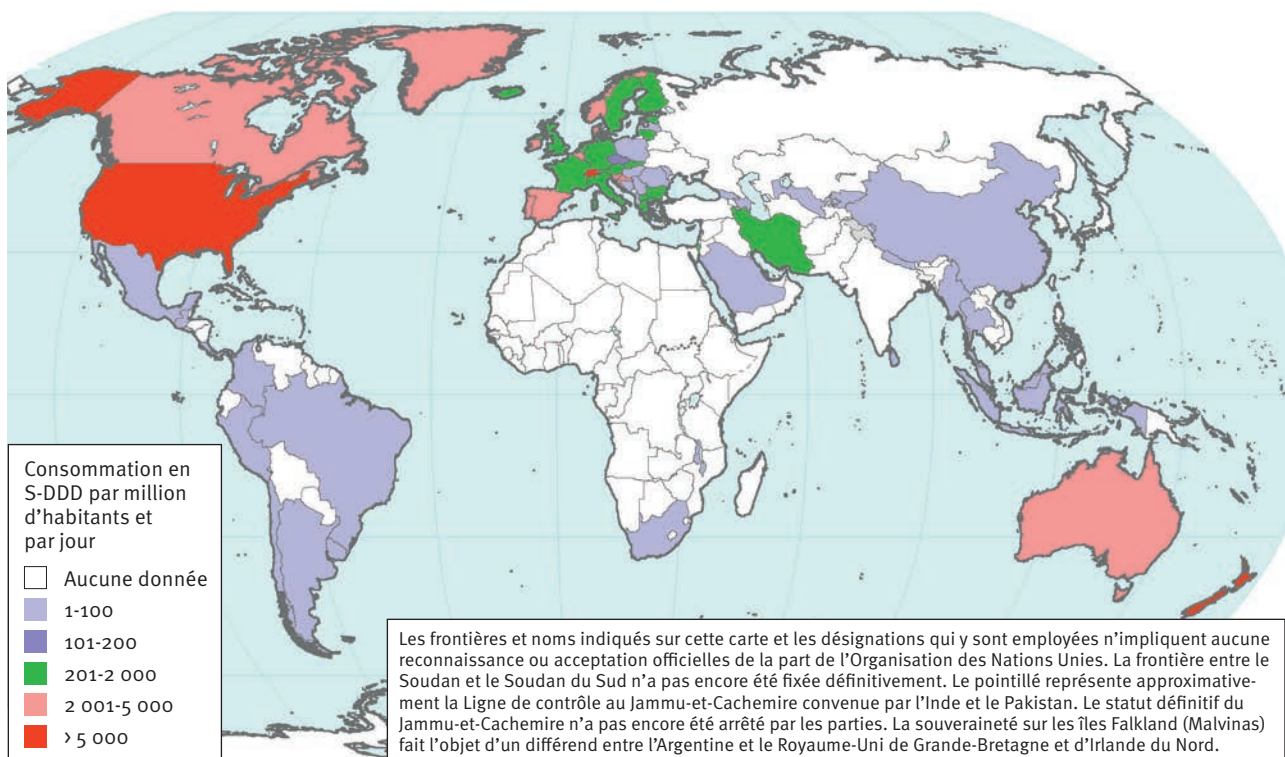
258. La comparaison du niveau de consommation de méthadone avec la prévalence de l'usage de drogues par injection dans diverses régions fait ressortir un déséquilibre en Europe orientale (voir fig. 73). Comme on l'a vu plus haut, certains pays de cette région ne reconnaissent pas l'utilité de la méthadone. En Europe occidentale, sa consommation semble très élevée, alors que la prévalence de l'usage de drogues par injection y est plus faible, ce qui peut s'expliquer par le fait que les services de traitement de substitution touchent une importante proportion de cette population.

Carte 29. Prévalence de l'usage de drogues par injection, 2013



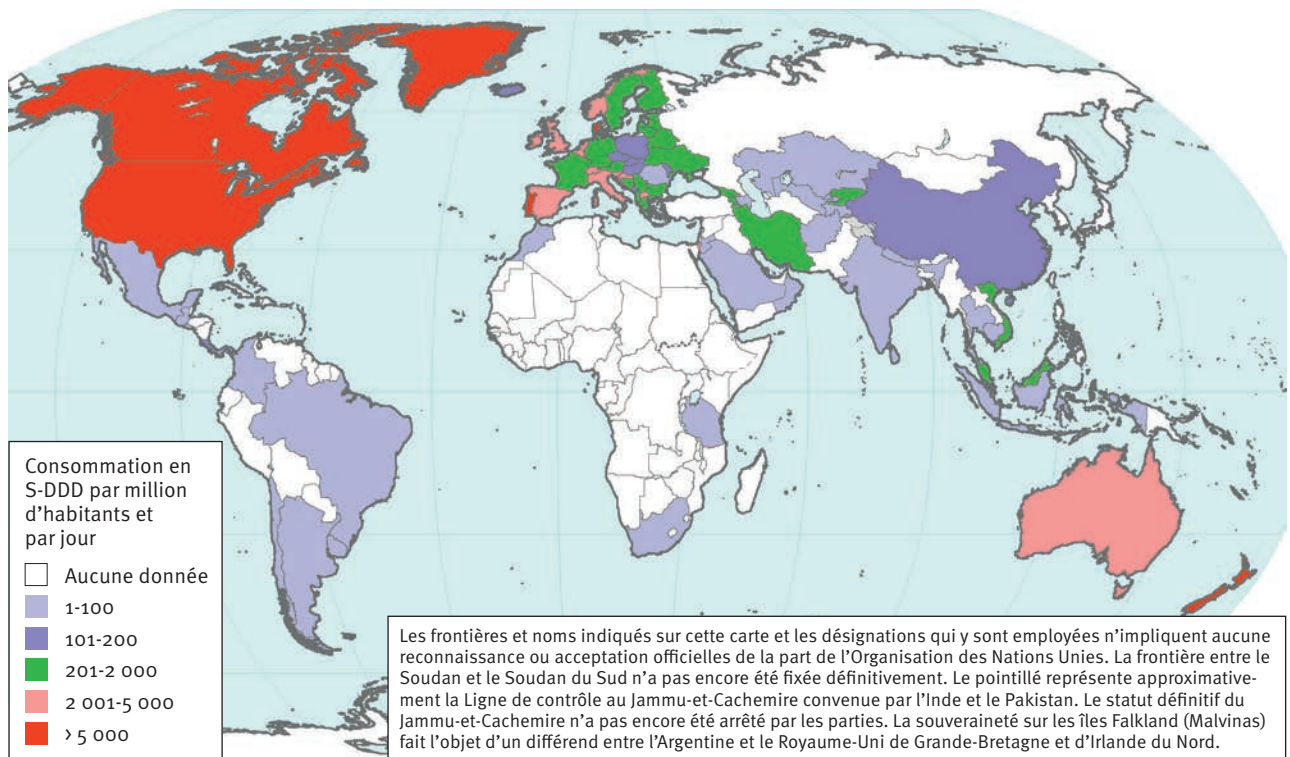
Source: ONUDC.

Carte 30. Consommation de méthadone, 2004-2006



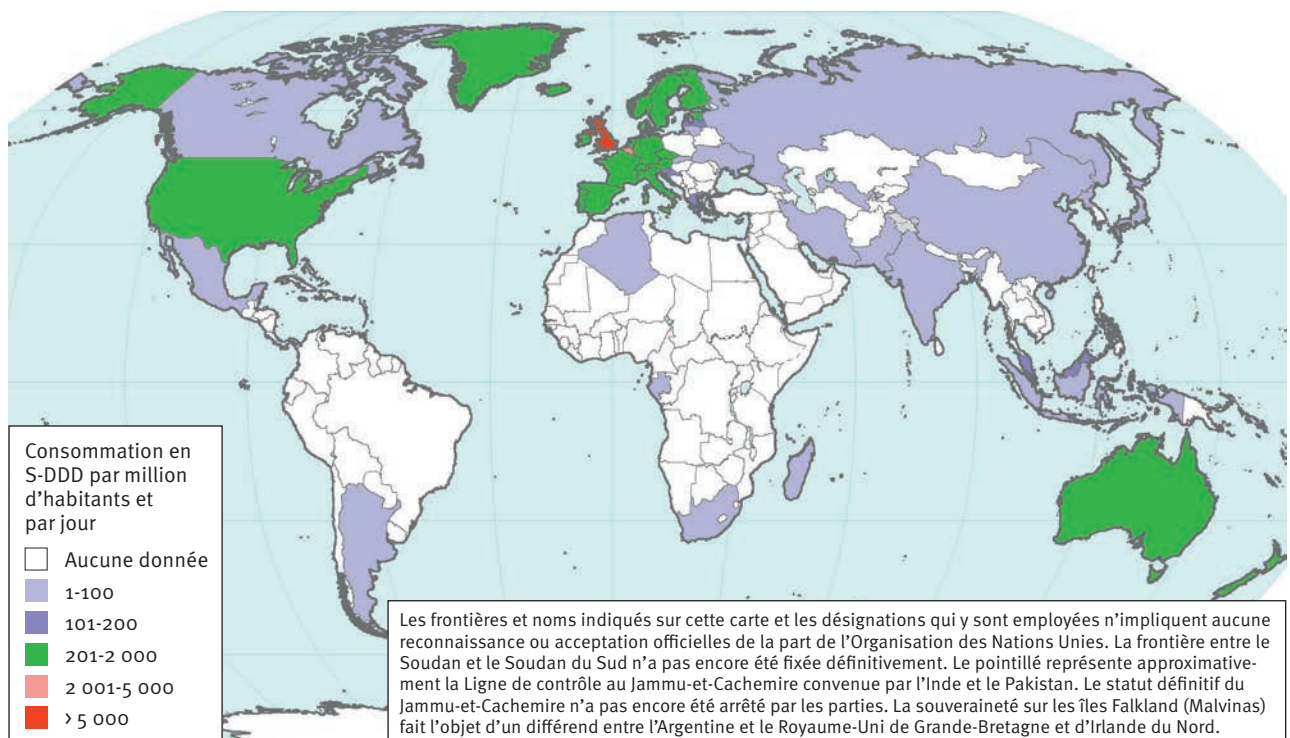
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 31. Consommation de méthadone, 2011-2013



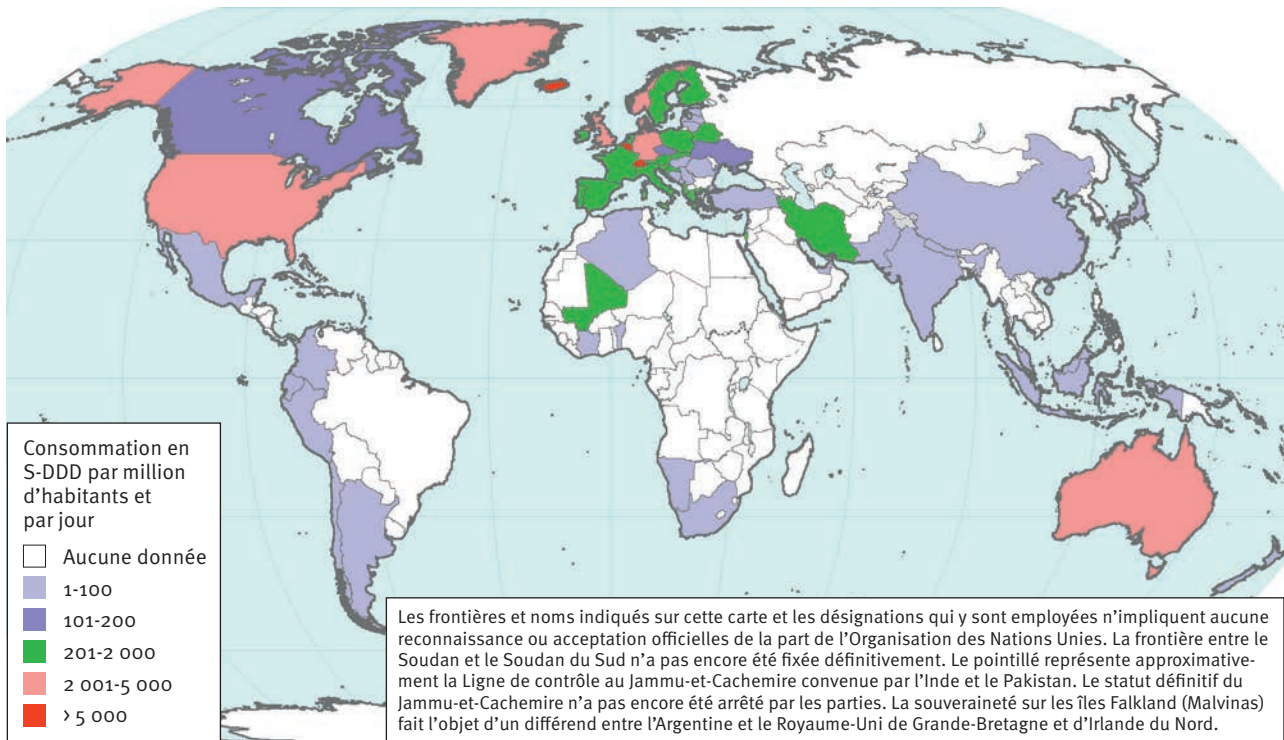
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 32. Consommation de buprénorphine, 2004-2006



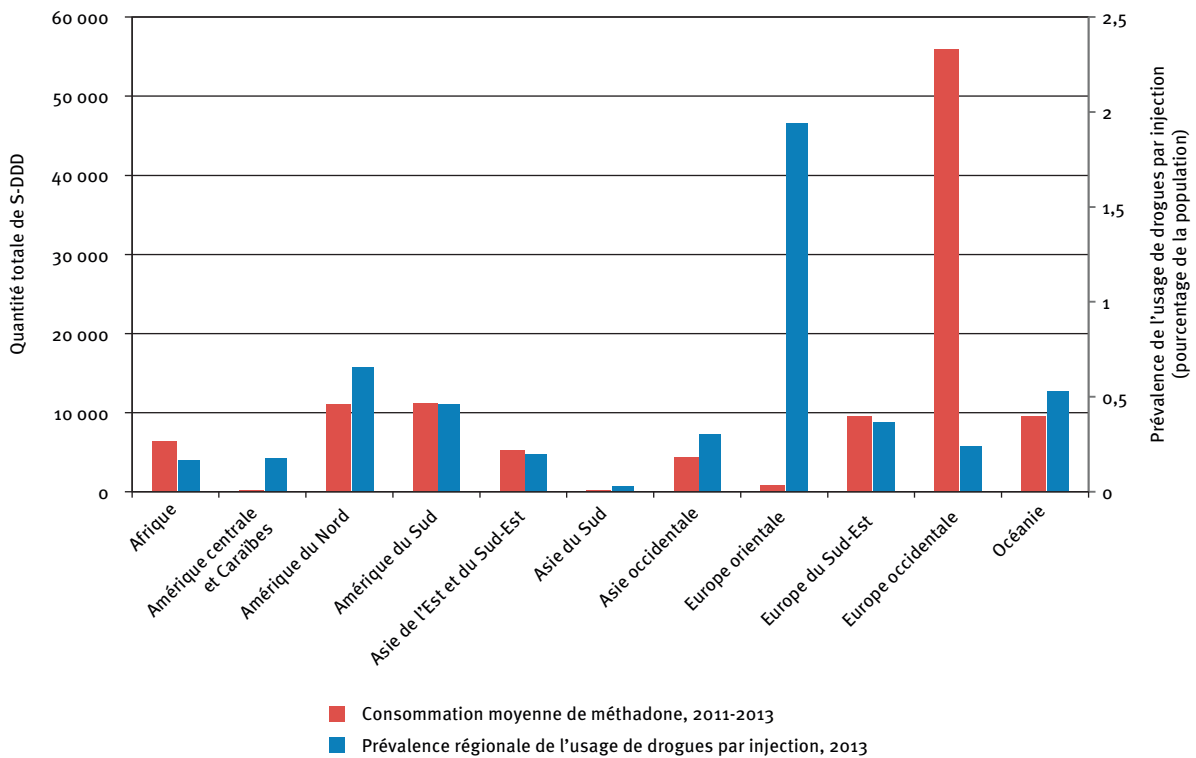
Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Carte 33. Consommation de buprénorphine, 2011-2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants.

Figure 73. Comparaison entre la consommation de méthadone, 2011-2013, et la prévalence de l'usage de drogues par injection, 2013



Source: Organe international de contrôle des stupéfiants et ONUDC.





# Chapitre V

## Assurer la disponibilité des drogues placées sous contrôle dans les situations d'urgence

259. La plupart des stupéfiants et un grand nombre des substances psychotropes placés sous contrôle au titre des traités internationaux sont indispensables à la pratique médicale. Des mesures de contrôle simplifiées sont prévues pour la fourniture de médicaments placés sous contrôle international destinés aux soins médicaux d'urgence. Les situations d'urgence sont définies comme suit:

Toute situation de crise (par exemple, tremblements de terre, inondations, ouragans, épidémies, conflits, déplacements de populations) dans laquelle les conditions sanitaires d'un groupe d'individus sont gravement menacées si l'on ne prend pas immédiatement les dispositions nécessaires, et qui exige une riposte extraordinaire et des mesures exceptionnelles<sup>61</sup>.

260. En 1996, l'OICS a mis au point, avec l'OMS, des procédures de contrôle simplifiées pour l'exportation, le transport et l'importation de médicaments soumis à contrôle destinés aux soins médicaux d'urgence. La réglementation simplifiée supprime le besoin d'autorisations d'importation à condition que l'importation et la livraison soient prises en charge par des organismes internationaux, gouvernementaux ou non gouvernementaux d'aide humanitaire en matière de santé réputés et reconnus par les autorités de contrôle du pays exportateur. Ces procédures sont à la disposition de tous les États dans les Lignes directrices type pour la fourniture, au niveau international, des médicaments soumis à contrôle destinés aux soins médicaux d'urgence.

<sup>61</sup>Organisation mondiale de la Santé, Lignes directrices type pour la fourniture, au niveau international, des médicaments soumis à contrôle destinés aux soins médicaux d'urgence.

261. Les situations d'urgence surgissent à la suite de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme faisant de nombreuses victimes qui doivent être traitées, ce qui crée un besoin soudain et une pénurie grave de médicaments. Les médicaments requis sont pour beaucoup des préparations contenant des stupéfiants, tels que la morphine, et des substances psychotropes, telles que la pentazocine, deux substances placées sous contrôle international. En temps normal, l'importation et le transport de ces médicaments sont soumis à des exigences réglementaires strictes. Toutefois, en cas de catastrophe, le respect de ces exigences risque de retarder la livraison de médicaments destinés à l'aide humanitaire d'urgence, étant donné que les autorités nationales peuvent être dans l'incapacité d'entreprendre les démarches administratives nécessaires.

262. Face aux crises humanitaires, l'OICS a pris des mesures propres à accélérer la livraison de médicaments placés sous contrôle: il a rappelé à tous les pays exportateurs que des lignes directrices claires étaient en place pour la fourniture, au niveau international, des médicaments soumis à contrôle destinés aux soins médicaux d'urgence, et qu'ils pouvaient appliquer ces procédures de contrôle simplifiées afin d'accélérer la fourniture de médicaments dont il y avait un besoin urgent. Il a également porté ces procédures simplifiées à la connaissance des prestataires d'assistance humanitaire.

263. Les autorités nationales compétentes peuvent autoriser l'exportation de substances soumises à contrôle international vers les pays touchés même en l'absence d'autorisations d'importation ou d'évaluations des besoins. Les livraisons d'urgence n'ont pas à être incluses dans les évaluations du pays de destination, et les États exportateurs peuvent puiser dans leurs stocks spéciaux de

stupéfiants et de substances psychotropes pour fournir les médicaments requis.

264. Cette solution existe depuis plusieurs années. L'OICS invite les gouvernements et les organismes d'aide humanitaire à porter à son attention tout problème rencontré dans la fourniture de médicaments placés sous contrôle en situation d'urgence.

265. De plus, l'OICS souhaite rappeler à tous les États que, conformément au droit international humanitaire, les parties à un conflit armé ont l'obligation de ne pas entraver la fourniture de soins médicaux à la population civile qui se trouve dans les territoires placés sous leur contrôle effectif. Cela inclut l'accès aux stupéfiants et substances psychotropes nécessaires.

# Chapitre VI

## Conclusions et recommandations

266. Le régime mis en place par les conventions internationales relatives au contrôle des drogues vise à assurer la disponibilité des substances placées sous contrôle international aux fins médicales et scientifiques tout en empêchant le trafic illicite et l'abus. Tout système efficace de réglementation des drogues, qui respecte cet équilibre, doit faire intervenir la collectivité dans son ensemble ainsi que les gouvernements.

267. Assurer la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes aux fins médicales est une tâche complexe. On a examiné ci-dessus la distribution inégale de ces drogues, ainsi que les obstacles qui l'expliquent. Outre les données sur la consommation et la prévalence des états de santé nécessitant des soins palliatifs, et les informations communiquées par les États Membres, l'OICS a aussi analysé les informations que lui avaient fournies des organisations internationales (OMS, ONUDC et ONUSIDA), des universités, des instituts de recherche et des organisations de la société civile. L'étude de l'ensemble donne à penser qu'il existe des domaines clés dans lesquels des mesures doivent être prises aux niveaux national et international.

### A. Législation et systèmes réglementaires

268. L'appareil réglementaire que les pays ont mis en place pour donner effet aux dispositions des conventions internationales relatives au contrôle des drogues doit être revu. La plupart des études et des analyses indiquent que, lorsqu'ils ont conçu leurs législations et réglementations en la matière, certains pays cherchaient avant tout à éviter

le détournement et l'abus, plutôt qu'à assurer la disponibilité et prendre les mesures voulues à cette fin. De fait, si l'on en croit les déclarations des pays, les craintes suscitées par le risque d'addiction constituent toujours un obstacle de taille. Il n'en demeure pas moins que, d'après les enquêtes que l'OICS a menées ces 20 dernières années, le pourcentage de pays pour qui celles-ci constituaient un obstacle a été ramené de 70 % en 1995 à 34 % en 2014. Cette interprétation biaisée ou asymétrique des conventions a donné naissance, dans un certain nombre de pays, à des systèmes réglementaires tels qu'il est très difficile, voire presque impossible, pour les personnes qui en ont besoin de se procurer des analgésiques opioïdes.

269. L'OICS a déjà fait part de ses préoccupations à cet égard et formulé des recommandations. Certains pays semblent avoir pris des mesures en conséquence, mais d'autres doivent encore se pencher sur la question. L'OICS leur recommande de faire ce qui suit:

- Revoir la législation nationale ainsi que les mécanismes et procédures réglementaires et administratifs, y compris les circuits de distribution nationaux, afin de simplifier et rationaliser les processus correspondants et de supprimer les règles indûment restrictives et les autres facteurs qui font obstacle à la disponibilité des drogues visées par les conventions, tout en maintenant des systèmes de contrôle adéquats;
- Autoriser un groupe plus large de professionnels de la santé (dont des généralistes, infirmiers et autres personnels spécialement formés, selon qu'il convient) à prescrire des opioïdes afin d'accroître la disponibilité de ces substances, en particulier dans les zones reculées ou rurales;

- Prendre des mesures visant à prévenir l'apparition de marchés non réglementés et d'activités de fabrication illicite ou de contrefaçon de stupéfiants et de substances psychotropes;
- Veiller à ce que les politiques de prescription soient adaptées, notamment, si nécessaire, en prolongeant la durée de validité des ordonnances afin que les patients puissent se procurer leurs médicaments quand ils en ont besoin;
- Supprimer les sanctions juridiques en cas d'erreur non intentionnelle concernant des opérations en rapport avec des opioïdes;
- Améliorer la coopération et la coordination inter-institutionnelles et interministérielles au niveau national, en particulier entre les organismes chargés de la santé et ceux chargés du contrôle des drogues;
- Fournir aux milieux médicaux et pharmaceutiques des informations à jour sur l'ensemble des mesures législatives et administratives qui entrent en vigueur en rapport avec les substances placées sous contrôle et sur les modalités de la distribution et de la prescription des substances psychotropes, afin de veiller à ce que le niveau de disponibilité permette toujours de répondre aux besoins des points de vue tant de la quantité que de la qualité.

## B. Système de santé

270. À elle seule, une disponibilité adéquate des médicaments antidouleurs ou des substances psychotropes ne suffira pas à résoudre le problème de la prise en charge de la douleur ou des soins de santé mentale. Il existe un large consensus sur le fait qu'il importe que les pays accordent à l'amélioration du système de santé toute l'attention requise. À cet égard, l'OICS leur recommande de faire ce qui suit:

- Donner suite aux recommandations figurant dans la résolution WHA67.19, intitulée "Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie", que la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé a adoptée le 24 mai 2014;
- Mettre en place une infrastructure de santé adaptée et dotée de ressources satisfaisantes qui permette non seulement d'assurer la disponibilité des analgésiques opioïdes, mais aussi de

veiller à cette disponibilité dans le cadre des soins palliatifs;

- Réfléchir, si nécessaire, à la possibilité de proposer des services de soins palliatifs bon marché assurés à domicile;
- Améliorer la distribution des analgésiques opioïdes et des substances psychotropes dans l'ensemble du pays, y compris dans les zones rurales.

## C. Des médicaments abordables

271. Faire en sorte que les analgésiques opioïdes soient abordables est un autre point important pour améliorer la disponibilité. À cet égard, l'OICS recommande aux pays de faire ce qui suit:

- Améliorer l'accès aux médicaments essentiels en général et aux analgésiques opioïdes en particulier;
- Allouer des fonds à l'achat d'analgésiques opioïdes;
- Mettre en place des dispositifs d'assurance maladie et de remboursement qui garantissent l'accès de tous aux médicaments, et améliorer les dispositifs existants.

272. En ce qui concerne le caractère abordable des médicaments, les entreprises pharmaceutiques ont un grand rôle à jouer. Dans le cadre des efforts qu'il déploie pour améliorer la situation, l'OICS va entamer des consultations avec des groupes pharmaceutiques au sujet du manque de médicaments placés sous contrôle dans de nombreuses régions, en veillant à ce que des organisations internationales (l'OMS, par exemple), des associations professionnelles internationales et les gouvernements intéressés prennent part à ces discussions, qui mettraient plus particulièrement l'accent sur la disponibilité et l'accessibilité, dans les pays en développement, de monothérapies efficaces et bon marché, comme la morphine pour la prise en charge de la douleur, en particulier de la douleur cancéreuse. Il recommande à l'industrie pharmaceutique de faire ce qui suit:

- Fabriquer des préparations à base d'opioïdes de grande qualité à des prix abordables;
- Fabriquer des préparations pharmaceutiques génériques bioéquivalentes aux spécialités de référence et d'un bon rapport coût-efficacité.

## D. Formation des professionnels de la santé

273. Les patients ont le droit d'être traités et de recevoir des médicaments qui leur sont prescrits de manière rationnelle. Le manque de formation et de connaissances parmi les professionnels de la santé en ce qui concerne l'usage rationnel des stupéfiants et des substances psychotropes et les faibles niveaux de prescription qui vont de pair limitent l'usage de ces substances. De plus, certains préjugés culturels à l'égard de la prise en charge des troubles de la santé mentale et des soins palliatifs freinent l'usage des stupéfiants et des substances psychotropes. Il faut donc que les professionnels de la santé soient convenablement formés des points de vue théorique et pratique. L'OICS recommande aux pays de faire ce qui suit:

- Inscrire la question des soins palliatifs au programme d'enseignement des écoles de médecine et au nombre des formations obligatoires pour tous les professionnels de la santé;
- Fournir en permanence aux professionnels de la santé des formations et des informations sur les soins palliatifs, mais aussi sur l'usage rationnel des médicaments soumis à prescription et sur la nécessité d'en réduire l'abus;
- Fournir aux médecins et aux autres professionnels de la santé des formations sur l'usage rationnel des médicaments psychoactifs, celui-ci étant essentiel pour prévenir l'abus de ces médicaments. Les acteurs du secteur de la santé doivent faire preuve de vigilance afin d'éviter tout mauvais diagnostic et toute prescription inadaptée;
- Veiller à ce que les substances psychotropes soient prescrites conformément à la pratique médicale, comme le prévoit la Convention de 1971 (au paragraphe 2 de son article 9), promouvoir l'usage rationnel de ces substances et prendre les mesures voulues pour en limiter l'usage aux besoins médicaux réels.

## E. Formation et sensibilisation

274. La disponibilité des analgésiques opioïdes et des soins palliatifs en général est aussi limitée, dans certains pays, par les normes sociales et culturelles. Dans certaines sociétés et cultures, les questions relatives à la fin de vie ou à la crainte de l'addiction soulèvent des résistances. Par ailleurs, l'usage des substances psychotropes se heurte à une forte répugnance en raison de la stigmatisation dont

font l'objet les troubles de santé mentale susceptibles de le nécessiter. L'OICS estime que les gouvernements doivent, en coopération avec la société civile, faire ce qui suit:

- Concevoir et mettre en place des programmes éducatifs s'adressant au grand public et au secteur pharmaceutique en faisant intervenir les autorités nationales compétentes, les groupes d'intérêts (associations professionnelles et groupes de défense des consommateurs, par exemple) et les médias;
- Organiser des ateliers afin de diffuser des informations sur les soins palliatifs et de surmonter ainsi les résistances d'origine culturelle;
- Demander aux établissements éducatifs d'inscrire la question des soins palliatifs à leur programme d'enseignement;
- Engager les organisations de la société civile représentant les patients et leur famille et d'autres groupes concernés à défendre le recours aux soins palliatifs et à faire accepter l'usage médical d'analgésiques opioïdes;
- Informer le public afin de réduire la stigmatisation et la crainte injustifiée de l'addiction;
- Réduire le recours, de la part de l'industrie, à des méthodes de commercialisation agressives et sensibiliser davantage le consommateur;
- Promouvoir auprès des médecins et des entreprises pharmaceutiques des pratiques éthiques et, en parallèle, informer le grand public et offrir une formation continue aux professionnels de la santé pour favoriser un usage mieux justifié et plus rationnel des substances psychotropes;
- Soutenir les campagnes et les activités menées pour prévenir l'usage non médical de substances psychotropes et encourager la communauté médicale et pharmaceutique à prendre une part active à toutes les mesures se rapportant à l'usage rationnel de médicaments placés sous contrôle.

## F. Évaluations, prévisions et communication d'informations

275. L'un des problèmes que l'OICS a relevé ces dernières années tient au fait que certains pays ne sont pas en mesure d'évaluer correctement leurs besoins en analgésiques opioïdes et d'en surveiller la consommation. De plus, nombreux sont les pays qui ont toujours du mal à

définir avec précision leurs besoins en substances psychotropes, et qui sont donc incapables d'établir et de communiquer à l'OICS des évaluations justes de l'usage légitime de ces substances. Par ailleurs, dans ses résolutions 53/4 et 54/6, la Commission des stupéfiants a encouragé les gouvernements à fournir à l'OICS des données sur la consommation de substances psychotropes, comme ils le font pour les stupéfiants. Enfin, la ponctualité avec laquelle les informations sont soumises, leur exhaustivité et leur fiabilité sont des éléments importants de la coopération que chaque gouvernement entretient avec l'OICS. Celui-ci recommande aux pays de faire ce qui suit:

- Améliorer leurs méthodes d'évaluation des besoins en se référant au *Guide sur l'évaluation des besoins de substances placées sous contrôle international* que l'OICS et l'OMS ont publié en 2012 à l'intention des autorités nationales compétentes;
- Présenter des évaluations appropriées et réalistes qui tiennent compte des possibles variations de la demande;
- Mettre en place au niveau national des mécanismes de suivi adaptés et conçus de manière réaliste, et tirer parti des moyens techniques améliorés tels que le Système international d'autorisation des importations et des exportations (I2ES) de stupéfiants et de substances psychotropes que l'OICS a conçu en coopération étroite avec l'ONUDC;
- Définir une procédure et élaborer des mécanismes qui permettent aux autorités nationales compétentes d'évaluer plus précisément les besoins réels en substances psychotropes et de communiquer les données correspondantes à l'OICS;
- Mettre au point des systèmes adaptés pour la collecte de données fiables dont l'OICS a besoin pour mieux analyser les tendances de la consommation de substances psychotropes et, à terme, favoriser une disponibilité adéquate de ces substances à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant le détournement et l'abus.

## G. Points de référence en matière de consommation de substances placées sous contrôle international

276. Les conclusions tirées de l'analyse des données relatives à la disponibilité et à la consommation qui ont

été communiquées à l'OICS et les réponses que les gouvernements ont apportées au questionnaire sur la disponibilité montrent toute la complexité de la question. On notera en particulier que les niveaux de consommation de substances psychotropes calculés par l'OICS à partir des statistiques que les gouvernements lui ont fournies au sujet de la fabrication et des échanges ne peuvent pas refléter avec précision les niveaux de consommation réels.

277. En outre, aucun seuil n'ayant été défini en ce qui concerne la consommation par habitant exprimée en S-DDD, l'OICS n'est pas à même de juger des niveaux de consommation de substances psychotropes et ne peut donc pas dire si, dans tel ou tel pays ou région, ce niveau est adéquat, excessif ou trop faible. Il recommande que l'OMS collabore avec lui pour faire ce qui suit:

- Définir des points de référence en matière de consommation de substances psychotropes.

De tels indicateurs seraient d'un grand secours à l'OICS et aux gouvernements nationaux, auxquels ils permettraient de juger de la disponibilité des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques légitimes. Il est indispensable à cet effet de se référer à des données fiables concernant la morbidité et à des taux de prévalence qui renseignent sur la distribution géographique et la pratique médicale en ce qui concerne les différentes substances psychotropes et les états de santé à la prise en charge desquels elles sont associées.

## H. Communauté internationale

278. Certains gouvernements n'ont pas les moyens de donner suite par eux-mêmes aux recommandations ci-dessus. Ils ont besoin de conseils, de formations et de ressources pour remédier aux limites imposées par leur système. C'est là que la communauté internationale a un rôle à jouer. L'OICS est convaincu que celle-ci devrait faire ce qui suit:

- Améliorer la coopération entre les gouvernements, les organisations internationales (OICS, OMS, ONUDC, ONUSIDA et PNUD, entre autres), la communauté des donateurs et les entités de la société civile pour permettre l'échange de connaissances et la mise à disposition coordonnée de ressources et d'un appui technique pour les pays qui ont besoin d'aide.

# Annexe

## Questionnaire envoyé en 2014 aux autorités nationales compétentes des États Membres concernant la disponibilité des substances placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques

Questionnaire destiné aux autorités nationales compétentes concernant la disponibilité des substances placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques

### Première partie (sur deux) – Stupéfiants

Merci de retourner le présent questionnaire avant le 31 octobre 2014 à l'adresse suivante:

Secrétariat de l'OICS  
Centre international de Vienne  
Boîte postale 500  
1400 Vienne  
Autriche

Fax: (+43-1) 26060-5867  
Tél.: (+43-1) 26060-4933  
Courriel: [secretariat@incb.org](mailto:secretariat@incb.org)

**Veillez indiquer le nom de l'autorité ayant rempli le présent questionnaire:**

Pays:.....

Autorité:.....

Interlocuteur: .....

Téléphone: ..... Télécopieur: ..... Adresse électronique:.....

**Veillez indiquer les noms des autorités et interlocuteurs susceptibles d'être en mesure de fournir, au besoin, des renseignements complémentaires:**

Autorité(s): .....

Interlocuteur(s): .....

Téléphone: ..... Télécopieur: ..... Adresse électronique:.....

**Instructions à suivre pour répondre au questionnaire**

Le présent questionnaire comprend deux parties:

La première partie porte sur la disponibilité de stupéfiants placés sous contrôle international en vertu de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961.

La deuxième partie porte sur la disponibilité de substances psychotropes placées sous contrôle international en vertu de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes.

Selon le cadre réglementaire national en vigueur dans chaque État, ces substances peuvent être contrôlées par la même autorité compétente ou par deux institutions distinctes. Dans les deux cas, chaque partie du questionnaire devra être dûment remplie par l'autorité concernée, et le questionnaire complet, formé des deux parties, devra être retourné au secrétariat de l'OICS dans le délai indiqué, à l'adresse fournie sur la page de couverture.

Il serait préférable, dans un souci d'efficacité, que le questionnaire dûment rempli soit soumis en version électronique.



# Première partie – Stupéfiants

## A. Disponibilité de stupéfiants

1. Comment qualifieriez-vous la situation en ce qui concerne la disponibilité des analgésiques opioïdes à des fins médicales et scientifiques dans votre pays?
  - Pleinement satisfaisante
  - Satisfaisante
  - Nécessitant certaines améliorations
  - Nécessitant des améliorations importantes
  
2. Quels facteurs les autorités nationales compétentes prennent-elles en compte pour quantifier les besoins du pays en matière de consommation de stupéfiants? (Plusieurs réponses sont possibles.)
  - Habitudes de consommation de l'année/des années précédente(s)
  - Existence de services de traitement spécialisés (par exemple oncologie, soins palliatifs, traitement de substitution aux opioïdes, etc.)
  - Renseignements sur la fabrication prévue communiqués par les entreprises
  - Données épidémiologiques, notamment taux de prévalence des maladies courantes
  - Autre(s) (préciser):
  
3. Veuillez décrire la méthode employée par les autorités nationales compétentes pour établir des évaluations de la consommation de stupéfiants à des fins médicales et scientifiques:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. Connaissez-vous la procédure à suivre pour soumettre à l'OICS des évaluations supplémentaires des besoins en stupéfiants pour répondre à des besoins plus importants que prévus ou à des circonstances imprévues (par exemple catastrophes naturelles, épidémies, etc.)?
  - Oui
  - Non

5. Connaissez-vous le guide de formation publié par l'OICS pour aider les États à établir, à son intention, des évaluations de leurs besoins en stupéfiants, disponible à l'adresse: [http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Training-Materials/French/NAR\\_2\\_French\\_2005.pdf](http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Training-Materials/French/NAR_2_French_2005.pdf)?

Oui

Non

6. Connaissez-vous la publication conjointe de l'OMS et de l'OICS intitulée "*Guide sur l'évaluation des besoins de substances placées sous contrôle international*", disponible à l'adresse: [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating\\_requirements/NAR\\_Guide\\_on\\_Estimating\\_FR\\_Ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_FR_Ebook.pdf)?

Oui

Non

## B. Utilisation appropriée des stupéfiants

7. L'utilisation de stupéfiants dans votre pays est-elle limitée au traitement de certaines affections médicales, et notamment aux soins palliatifs?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser pour quelles affections l'utilisation de stupéfiants est autorisée:

8. Votre pays utilise-t-il les stupéfiants pour le traitement de la toxicomanie (par exemple dans des traitements de substitution)?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

## C. Cadre réglementaire régissant les prescriptions de stupéfiants

9. Selon votre cadre législatif et réglementaire national, parmi les catégories professionnelles suivantes, lesquelles sont autorisées à prescrire des stupéfiants pour un traitement médical?

- Médecins généralistes
- Médecins généralistes habilités à prescrire des stupéfiants
- Médecins spécialistes (psychiatres, oncologues, chirurgiens, dentistes, etc.)
- Infirmiers (y compris infirmiers praticiens)
- Vétérinaires
- Autres (préciser):

10. Un deuxième avis est-il nécessaire pour obtenir une ordonnance de stupéfiants?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

11. Quelle est la durée de validité d'une ordonnance de stupéfiants à partir de sa date de délivrance?

La délivrance d'ordonnances de stupéfiants est-elle soumise à des formalités juridiques ou réglementaires particulières par rapport aux autres médicaments sur ordonnance (par exemple nécessité d'obtenir des autorisations supplémentaires, période de validité plus courte, etc.)?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

12. Une seule ordonnance de stupéfiants peut-elle couvrir toute la durée du traitement, ou est-elle limitée à une période plus courte?

Oui

Non

Dans la négative, veuillez fournir des précisions:

13. Existe-t-il des circonstances dans lesquelles une ordonnance de stupéfiants peut être renouvelable<sup>1</sup>?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

## D. Cadre réglementaire régissant la délivrance de stupéfiants

14. Les stupéfiants sont délivrés dans:

Des pharmacies d'hôpital agréées

Des pharmacies spécialement agréées

Des pharmacies

Autres (préciser):

---

<sup>1</sup>Veuillez noter que le terme "renouvelable" s'entend comme ne nécessitant pas une nouvelle approbation du médecin.

## E. Tenue des registres et suivi des médicaments de prescription

15. Les prescripteurs sont-ils légalement tenus de garder une trace des ordonnances délivrées pour des stupéfiants?

- Oui  
 Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, en indiquant notamment la durée de conservation des données:

16. Les pharmaciens (voir la question 14) sont-ils légalement tenus de garder une trace des ordonnances délivrées pour des stupéfiants?

- Oui  
 Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, en indiquant notamment la durée de conservation des données:

17. Le cadre juridique ou réglementaire en place dans votre pays prévoit-il des sanctions en cas de mauvaise tenue des registres?

- Oui  
 Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

## F. Mesures visant à promouvoir une disponibilité suffisante et une utilisation rationnelle des stupéfiants

18. Qui paie pour les stupéfiants prescrits?

- L'État (sécurité sociale)
- Les patients eux-mêmes
- Les systèmes d'assurance maladie
- Autre(s)

19. Le programme de formation des médecins dans votre pays aborde-t-il la question de la prescription et de l'utilisation rationnelles des stupéfiants délivrés sur ordonnance?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

20. Les autorités de votre pays ont-elles mis en œuvre des mesures pour sensibiliser les professionnels de la santé aux pratiques responsables en matière de prescription de stupéfiants?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

21. Au cours des 10 dernières années, votre gouvernement a-t-il pris des mesures législatives ou réglementaires pour augmenter la disponibilité de stupéfiants à des fins médicales?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

## G. Obstacles à la disponibilité

22. Dans votre pays, certains des facteurs repris ci-dessous ont-ils eu pour effet de limiter indûment la disponibilité de stupéfiants nécessaires à des fins médicales ou scientifiques (veuillez sélectionner tous les facteurs applicables)?

- Ressources financières limitées
- Problèmes d'approvisionnement liés aux entreprises ou à l'insuffisance des importations
- Crainte de détournement vers des circuits illicites
- Crainte de poursuites ou de sanctions pénales
- Connaissances ou formation insuffisantes au sein de la profession médicale concernant l'utilisation rationnelle des stupéfiants
- Cadre réglementaire contraignant pour la prescription de stupéfiants à des fins médicales
- Crainte de créer une addiction
- Préjugés culturels relatifs au traitement de la douleur
- Mesures de contrôle applicables au commerce international, telles que l'exigence d'autorisations d'importation et d'exportation
- Action de l'OICS
- Autre(s):

Veuillez préciser selon qu'il convient:

23. Selon vous, quel est le principal obstacle à la disponibilité des stupéfiants nécessaires pour répondre aux besoins médicaux et scientifiques dans votre pays?

24. Des mesures particulières sont-elles en place dans votre pays pour améliorer la disponibilité de stupéfiants à des fins médicales dans les zones rurales ou reculées?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

25. Y a-t-il des mesures supplémentaires que l'OICS pourrait prendre pour améliorer la disponibilité de stupéfiants à des fins médicales et scientifiques dans votre pays?

## H. Surprescription de stupéfiants

26. Votre pays a-t-il déjà rencontré les problèmes suivants en ce qui concerne les stupéfiants?

- Surprescription
- Nomadisme médical<sup>2</sup>
- Automédication
- Marchés parallèles non réglementés
- Contrefaçon de stupéfiants délivrés sur ordonnance

Veillez préciser selon qu'il convient:

## Informations supplémentaires (le cas échéant):

---

<sup>2</sup>Le nomadisme médical désigne la pratique par laquelle un patient sollicite des soins auprès de plusieurs médecins, souvent de manière simultanée, sans se soucier de coordonner les soins reçus ni d'informer les médecins qu'il est suivi par plusieurs soignants.



## Questionnaire destiné aux autorités nationales compétentes concernant la disponibilité des substances placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques

### Deuxième partie (sur deux) – Substances psychotropes

Merci de retourner le présent questionnaire avant le 31 octobre 2014 à l'adresse suivante:

Secrétariat de l'OIICS  
Centre international de Vienne  
Boîte postale 500  
1400 Vienne  
Autriche

Fax: (+43-1) 26060-5867  
Tél.: (+43-1) 26060-4933  
Courriel: secretariat@incb.org

**Veillez indiquer le nom de l'autorité ayant rempli le présent questionnaire:**

Pays:.....

Autorité:.....

Interlocuteur: .....

Téléphone: ..... Télécopieur: ..... Adresse électronique:.....

**Veillez indiquer les noms des autorités et interlocuteurs susceptibles d'être en mesure de  
fournir, au besoin, des renseignements complémentaires:**

Autorité(s): .....

Interlocuteur(s): .....

Téléphone: ..... Télécopieur: ..... Adresse électronique:.....

#### Instructions à suivre pour répondre au questionnaire

Le présent questionnaire comprend deux parties:

La première partie porte sur la disponibilité de stupéfiants placés sous contrôle international en vertu de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961.

La deuxième partie porte sur la disponibilité de substances psychotropes placées sous contrôle international en vertu de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes.

Selon le cadre réglementaire national en vigueur dans chaque État, ces substances peuvent être contrôlées par la même autorité compétente ou par deux institutions distinctes. Dans les deux cas, chaque partie du questionnaire devra être dûment remplie par l'autorité concernée, et le questionnaire complet, formé des deux parties, devra être retourné au secrétariat de l'OIICS dans le délai indiqué, à l'adresse fournie sur la page de couverture.

Il serait préférable, dans un souci d'efficacité, que le questionnaire dûment rempli soit soumis en version électronique.

## Deuxième partie – Substances psychotropes

### A. Disponibilité de substances psychotropes

27. Comment qualifieriez-vous la situation en ce qui concerne la disponibilité de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques dans votre pays?
- Pleinement satisfaisante
  - Satisfaisante
  - Nécessitant certaines améliorations
  - Nécessitant des améliorations importantes
28. Quels facteurs les autorités nationales compétentes prennent-elles en compte pour quantifier les besoins du pays en matière de consommation de substances psychotropes? (Plusieurs réponses sont possibles.)
- Habitudes de consommation de l'année/des années précédente(s)
  - Existence de services de traitement spécialisés (par exemple services spécialisés de santé mentale, soins palliatifs, traitement de substitution aux opioïdes, etc.)
  - Renseignements sur la fabrication prévue communiqués par les entreprises
  - Données épidémiologiques, notamment taux de prévalence des maladies mentales
  - Autre(s) (préciser):
29. Veuillez décrire la méthode employée par les autorités nationales compétentes pour établir les prévisions annuelles des besoins en substances psychotropes.
30. Connaissez-vous la procédure à suivre pour soumettre à l'OICS des prévisions supplémentaires concernant les substances psychotropes nécessaires pour répondre à des besoins plus importants que prévus ou à des circonstances imprévues (par exemple catastrophes naturelles, conflit armé, etc.)?
- Oui
  - Non

31. Connaissez-vous le dossier de formation publié par l'OICS pour aider les États à établir, à son intention, des prévisions de leurs besoins en substances psychotropes, disponible à l'adresse: <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/training-materials/training-material-fr-2013-86361.pdf>?
- Oui
- Non
32. Connaissez-vous la publication conjointe de l'OMS et de l'OICS intitulée "Guide sur l'évaluation des besoins de substances placées sous contrôle international", disponible à l'adresse: [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating\\_requirements/NAR\\_Guide\\_on\\_Estimating\\_FR\\_Ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_FR_Ebook.pdf)?
- Oui
- Non

## B. Utilisation appropriée des substances psychotropes

33. L'utilisation de substances psychotropes dans votre pays est-elle limitée au traitement de certains troubles de la santé mentale, tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), l'insomnie et l'anxiété, ou aux soins palliatifs?
- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

34. Votre pays utilise-t-il les substances psychotropes pour le traitement de la toxicomanie (par exemple dans des traitements de substitution)?
- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

## C. Cadre réglementaire régissant les prescriptions de substances psychotropes

35. Selon votre cadre législatif et réglementaire national, parmi les catégories professionnelles suivantes, lesquelles sont autorisées à prescrire des substances psychotropes pour un traitement médical?

- Médecins généralistes
- Médecins généralistes habilités à prescrire des substances psychotropes
- Médecins spécialistes (psychiatres, oncologues, chirurgiens, dentistes, etc.)
- Infirmiers (y compris infirmiers praticiens)
- Vétérinaires
- Autres (préciser):

36. Un deuxième avis est-il nécessaire pour obtenir une ordonnance de substances psychotropes?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

37. Quelle est la durée de validité d'une ordonnance de substances psychotropes à partir de sa date de délivrance?

La délivrance d'ordonnances de substances psychotropes est-elle soumise à des formalités juridiques ou réglementaires particulières par rapport aux autres médicaments sur ordonnance (par exemple nécessité d'obtenir des autorisations supplémentaires, période de validité plus courte, etc.)?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

38. Une seule ordonnance de substances psychotropes peut-elle couvrir toute la durée du traitement, ou est-elle limitée à une période plus courte?

Oui

Non

Dans la négative, veuillez fournir des précisions:

39. Existe-t-il des circonstances dans lesquelles une ordonnance de substances psychotropes peut être renouvelable<sup>3</sup>?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

## D. Cadre réglementaire régissant la délivrance de substances psychotropes

40. Les substances psychotropes sont délivrées dans:

Des pharmacies d'hôpital agréées

Des pharmacies spécialement agréées

Des pharmacies

Autres (préciser):

---

<sup>3</sup>Veuillez noter que le terme "renouvelable" s'entend comme ne nécessitant pas une nouvelle approbation du médecin.

## E. Tenue des registres et suivi des médicaments de prescription

41. Les prescripteurs sont-ils légalement tenus de garder une trace des ordonnances délivrées pour des substances psychotropes?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, en indiquant notamment la durée de conservation des registres:

42. Les pharmaciens (voir la question 40) sont-ils légalement tenus de garder une trace des ordonnances délivrées pour des substances psychotropes?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, en indiquant notamment la durée de conservation des registres:

43. Le cadre juridique ou réglementaire en place dans votre pays prévoit-il des sanctions en cas de mauvaise tenue des registres?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

## F. Mesures visant à promouvoir une disponibilité suffisante et une utilisation rationnelle des substances psychotropes

44. Qui paie pour les substances psychotropes prescrites?

- L'État (sécurité sociale)
- Les patients eux-mêmes
- Les systèmes d'assurance maladie
- Autre(s)

45. Le programme de formation des médecins dans votre pays aborde-t-il la question de la prescription et de l'utilisation rationnelles des substances psychotropes?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

46. Les autorités de votre pays ont-elles mis en œuvre des mesures pour sensibiliser les professionnels de la santé aux pratiques responsables en matière de prescription de substances psychotropes?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

47. Au cours des 10 dernières années, votre gouvernement a-t-il pris des mesures législatives ou réglementaires pour augmenter la disponibilité de substances psychotropes à des fins médicales?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

## G. Obstacles à la disponibilité

48. Dans votre pays, certains des facteurs ci-dessous ont-ils eu pour effet de limiter indûment la disponibilité de substances psychotropes nécessaires à des fins médicales ou scientifiques (veuillez sélectionner tous les facteurs applicables)?

- Ressources financières limitées
- Problèmes d'approvisionnement liés aux entreprises ou à l'insuffisance des importations
- Crainte de détournement vers des circuits illicites
- Crainte de poursuites ou de sanctions pénales
- Connaissances ou formation insuffisantes au sein de la profession médicale concernant l'utilisation rationnelle des substances psychotropes
- Cadre réglementaire contraignant pour la prescription de substances psychotropes à des fins médicales
- Crainte de créer une addiction
- Préjugés culturels relatifs au traitement des troubles de la santé mentale
- Mesures de contrôle applicables au commerce international, telles que l'exigence d'autorisations d'importation et d'exportation
- Action de l'OICS
- Autre(s):

Veuillez préciser selon qu'il convient:

49. Selon vous, quel est le principal obstacle à la disponibilité des substances psychotropes nécessaires pour répondre aux besoins médicaux et scientifiques dans votre pays?

50. Des mesures particulières sont-elles en place dans votre pays pour améliorer la disponibilité de substances psychotropes à des fins médicales dans les zones rurales ou reculées?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:



51. Y a-t-il des mesures supplémentaires que l'OICS pourrait prendre pour améliorer la disponibilité de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques dans votre pays?

## H. Surprescription de substances psychotropes

52. Votre pays a-t-il déjà rencontré les problèmes suivants en ce qui concerne les substances psychotropes:

- Surprescription
- Nomadisme médical<sup>4</sup>
- Automédication
- Marchés parallèles non réglementés
- Contrefaçon de médicaments de prescription contenant des substances psychotropes

Veillez préciser selon qu'il convient:

53. Votre pays autorise-t-il la publicité de substances psychotropes auprès du grand public?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions:

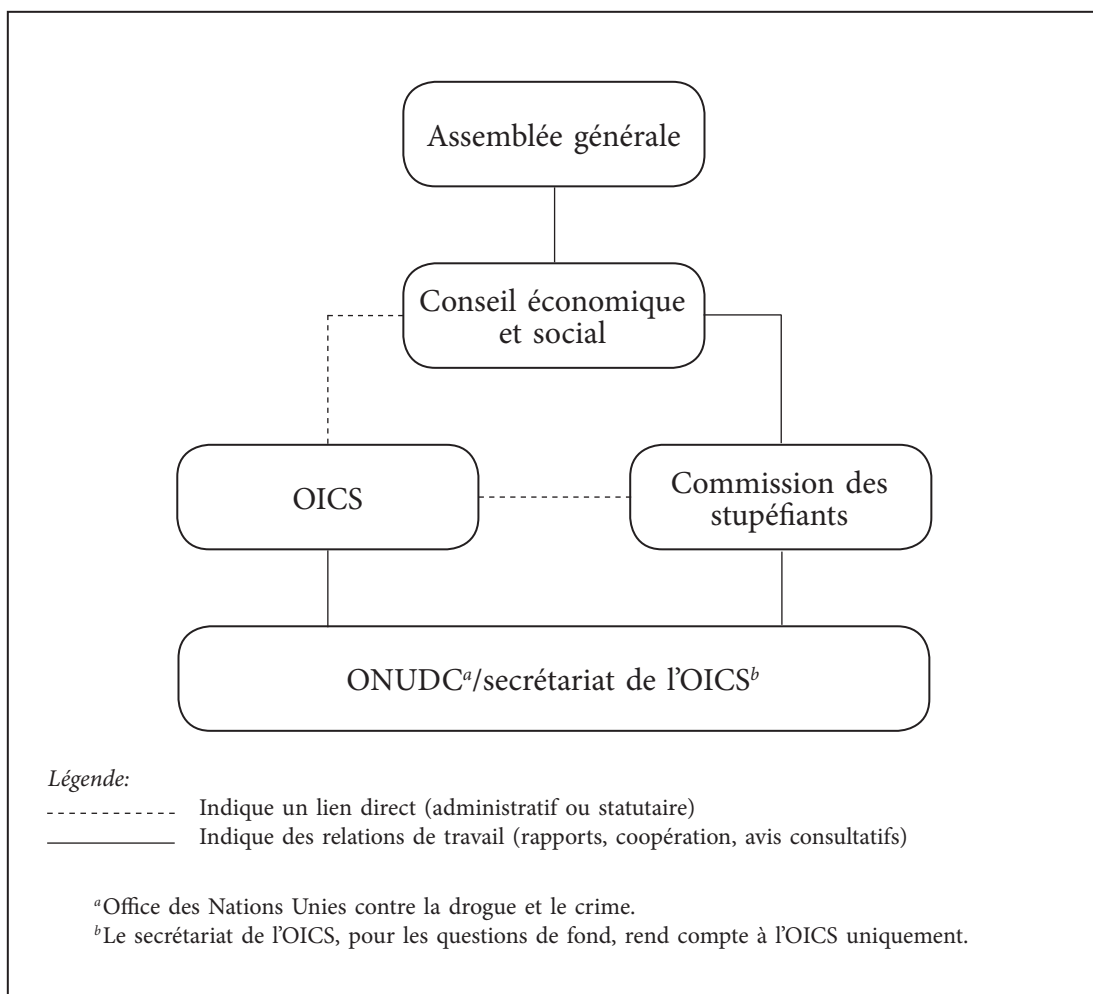
## Informations supplémentaires (le cas échéant)

---

<sup>4</sup>Le nomadisme médical désigne la pratique par laquelle un patient sollicite des soins auprès de plusieurs médecins, souvent de manière simultanée, sans se soucier de coordonner les soins reçus ni d'informer les médecins qu'il est suivi par plusieurs soignants.



## Le système des Nations Unies, les organes de contrôle des drogues et leur secrétariat





## ORGANE INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) est l'organe indépendant chargé de surveiller l'application des conventions internationales des Nations Unies relatives au contrôle des drogues. Il a été établi en 1968 en application de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédents traités relatifs au contrôle des drogues dès l'époque de la Société des Nations.

Sur la base de ses activités, l'OICS publie un rapport annuel qui est présenté au Conseil économique et social de l'ONU par l'intermédiaire de la Commission des stupéfiants. Ce rapport examine de près la situation en matière de contrôle des drogues dans les diverses régions du monde. Organe impartial, l'OICS tente d'identifier et d'anticiper les tendances dangereuses et propose des mesures à prendre.