

Méthadone ou torture?

Valérie Junod^a, Hans Wolff^b, Bruno Gravier^c, Bidisha Chatterjee^d, Robert Haemmig^e, Olivier Simon^f

^a Prof., Faculté de droit de l'Université de Genève et Faculté des Hautes études commerciales de l'Université de Lausanne; ^b Prof. Dr med., Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, Hôpitaux Universitaires de Genève, vice-président de la Conférence des Médecins Pénitentiaires Suisses; ^c Prof. Dr med., Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, président de la Conférence des Médecins Pénitentiaires Suisses; ^d Dr med., présidente de Santé Prison Suisse, secrétaire de la Conférence des Médecins Pénitentiaires Suisses; ^e Dr med., Services psychiatriques universitaires de Berne, président de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction; ^f Dr med., Section d'addictologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, président du Collège Romand de Médecine de l'Addiction, et dicastère éthique de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction

Résumé

Pour la première fois, la Cour européenne des droits de l'homme basée à Strasbourg se penche sur la question de savoir si les patients dépendants à l'héroïne ont un droit à poursuivre leur traitement à base de méthadone lorsqu'ils sont privés de leur liberté. S'appuyant sur l'art. 3 de la Convention, lequel interdit la torture comme les autres traitements inhumains et dégradants, la Cour estime que c'est à l'Etat, qui entend refuser l'accès à la méthadone, de prouver – sur la base d'une expertise indépendante – qu'une approche médicale autre que celle fondée sur un médicament agoniste aurait de sérieuses chances de succès dans le traitement de la dépendance du patient en cause. La présente contribution discute la portée et les limites de cet arrêt.

Donner un «stupéfiant» à un «drogué» – voilà qui peut paraître incongru. Qu'en plus l'Etat le remette gratuitement – voilà qui peut paraître choquant. Et si en plus la substance est fournie en prison à un détenu condamné pour trafic de drogues – voilà qui peut fâcher. Le médecin prescripteur d'un traitement opioïde agoniste dans le cadre d'une dépendance aux opioïdes peut bien s'appuyer sur un corpus scientifique très solide, disposant de trente ans de recul et étayé de données particulièrement probantes quant à l'efficacité de ce traitement. Malgré tout, l'incompréhension demeure, relayée par un arsenal réglementaire ancien et quasi inamovible. La Cour européenne des droits de l'homme à Strasbourg (Cour) vient d'expliquer – de manière tout à fait convaincante – pourquoi une pratique, aussi paradoxale qu'elle puisse paraître, peut constituer un devoir à charge des Etats et son omission une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH)¹, lequel interdit la torture, de même que les traitements inhumains ou dégradants.

Dans son jugement rendu le 1^{er} septembre dernier², la Cour devait se prononcer sur le refus des autorités et des tribunaux allemands de permettre la prescription de méthadone à un détenu diagnostiqué de très longue date comme souffrant d'une dépendance à l'héroïne. Le recourant, M. Wenner, né en 1955, consommait de l'héroïne depuis ses 17 ans. Depuis plus de 16 ans (1991–

2008), il bénéficiait d'un traitement par méthadone, ce qui ne l'empêchait pas de consommer occasionnellement de l'héroïne. Condamné pour trafic de stupéfiants à une peine de six ans de prison, il demanda à pouvoir poursuivre en prison son traitement à base de méthadone. Les autorités pénitentiaires du Land de Bavière et les tribunaux le lui refusèrent; mais ordonnèrent un traitement de désintoxication basé sur la (seule) abstinence. Ce traitement échoua et M. Wenner continua à consommer différentes substances psychoactives via le marché noir de la prison. Il n'en persista pas moins à demander à recevoir de la méthadone, subsidiairement à ce que son état de santé et le traitement adéquat correspondant soient évalués par des médecins spécialisés extérieurs à la prison. Malgré ses démarches et recours, ses requêtes furent toujours rejetées. Ce n'est qu'une fois libéré, à la fin 2014, que M. Wenner put enfin reprendre son traitement de méthadone.

L'Etat a un devoir particulier de veiller à la santé de ses détenus

Persévérant, M. Wenner porta son cas devant la Cour de Strasbourg, argumentant que le double refus qu'il avait essuyé violait l'article 3 CEDH. Non seulement, chaque Etat membre du Conseil de l'Europe a l'interdiction d'infliger (lui-même) un traitement dégradant, mais il doit encore prendre les mesures dites positives pour que nul n'en subisse. Tout traitement douloureux n'atteint pas le degré de gravité prohibé par cet article 3; aussi, déterminer si un traitement subi est «suffisamment» dégradant dépend-il des circonstances de chaque cas, y compris l'âge et l'état de santé de la personne. S'agissant des détenus, l'Etat, qui est responsable de leur incarcération, a un devoir particulier de veiller à leur santé et de s'assurer que les conditions de détention soient adéquates, y compris sur le plan médical.

Dans son arrêt de septembre 2016, la Cour annonce ne pas vouloir trancher la question de savoir si un traitement à base de méthadone (communément désigné comme «traitement agoniste aux opioïdes» ou TAO³, voire historiquement comme «traitement de substi-

tution aux opioïdes» ou TSO) est le plus adéquat pour traiter la dépendance à l'héroïne. Elle prétend se concentrer sur le deuxième grief de M. Wenner, c'est-à-dire sur l'obligation pour les autorités d'évaluer la nécessité thérapeutique d'un traitement à base de méthadone en recourant à l'avis de médecin(s) spécialisé(s) extérieur(s) à la prison. Sur ce point, la Cour donne raison à M. Wenner et, à l'unanimité, condamne l'Allemagne.

Même si la Cour dit ne se prononcer que sur la nécessité de recourir à l'avis d'experts externes, la motivation de son jugement amène néanmoins à la conclusion qu'un Etat doit fournir un TAO à chaque détenu qui le souhaite, en tout cas dans les circonstances suivantes: la personne a été diagnostiquée comme durablement dépendante à l'héroïne; les précédents traitements, notamment ceux visant directement l'abstinence, ont échoué; les médecins ayant évalué le patient admettent qu'une désintoxication centrée sur l'abstinence n'aura guère de chance de succès; sans TAO, le patient subit des souffrances mentales et physiques.

Deux points méritent d'être soulignés à ce stade.

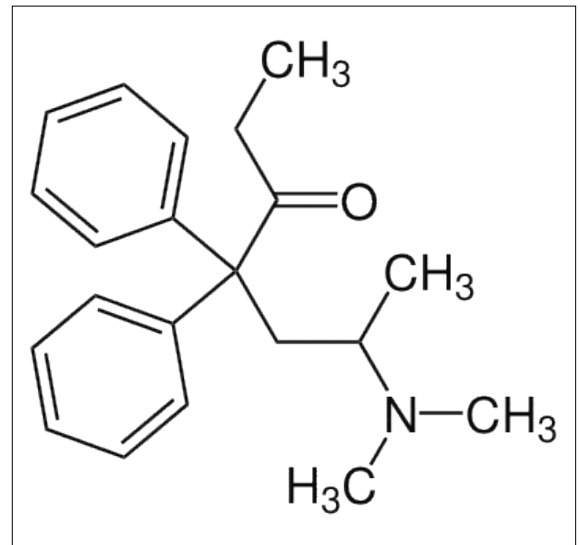
D'abord, l'obligation de l'Etat de fournir la méthadone ne prend pas fin une fois que le détenu a subi une cure de désintoxication en prison. La dépendance à l'héroïne est une maladie reconnue comme chronique et le fait que le patient ne se trouve plus dans la phase aiguë de manque ne signifie pas qu'il est définitivement soigné et qu'il n'a plus besoin de méthadone.

Ensuite, c'est à l'Etat qu'incombe la charge de prouver que le traitement mis en œuvre en prison est adéquat: «*having regard to the vulnerability of applicants in detention, it is for the Government to provide credible and convincing evidence showing that the applicant concerned had received comprehensive and adequate medical care in detention*»⁴.

Qu'est-ce qui a amené la Cour à éluder la première question – le TAO constitue-t-il le seul traitement adéquat? – pour répondre positivement à la deuxième question, soit la nécessité d'une expertise indépendante pour décider du traitement le plus adéquat?

Le principe d'équivalence

Le point de départ de son raisonnement est le principe d'équivalence. Il est admis en droit international qu'une personne privée de sa liberté a droit, en principe, aux mêmes soins qu'une personne en liberté.⁵ La détention n'est pas un motif valable pour fournir des soins de moindre qualité ou de moindre ampleur.⁶ Si le TAO devait être considéré comme le traitement standard pour les patients «ordinaires», il devrait l'être aussi et automatiquement pour ceux en prison. La question est donc de savoir si ce TAO constitue un traitement stan-



La méthadone est un opioïde de synthèse à l'effet analgésique puissant. Comme elle est utilisée avec succès en remplacement de l'héroïne dans le cadre de programmes de substitution, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) l'a inscrite en 2005 sur sa liste des médicaments essentiels.

dard, voire l'unique traitement pour la dépendance aux opioïdes. Sur ce point, la Cour a la chance de pouvoir s'appuyer sur une étude [2] – il en existe en réalité une multitude [3–6] – entérinée par l'Etat allemand dont la conclusion est: «*long-term substitution treatment [with methadone] had proved effective in that the primary aims of that treatment (that is, continuity of treatment, securing survival, reduction of drug consumption, stabilisation of comorbidity and social participation) were attained*»⁷. A l'inverse, les traitements sans prescription d'opioïde et visant l'abstinence échouent presque toujours et conduisent trop souvent à l'overdose en cas de reprise de la consommation. L'étude montre en outre que le TAO est un traitement au long cours, voire permanent; il ne doit pas être interrompu prématurément, notamment au motif d'une incarcération. La Cour en profite pour se référer aux statistiques sur la disponibilité des TAO dans les pays du Conseil de l'Europe: en 2012, en tout cas 41 des 47 pays du Conseil de l'Europe offraient cette option thérapeutique, dont en tout cas 30 (sur 47) également aux personnes détenues.⁸

A ce stade, on pourrait penser que la Cour retiendrait que le TAO est non seulement «standard», mais aussi l'unique traitement envisageable. Elle préfère ne pas aller aussi loin, laissant à l'Etat une certaine marge de manœuvre pour décider au cas par cas. Ainsi, pour certaines personnes dépendantes, surtout celles très motivées, un programme visant l'abstinence peut être tenté. L'Etat conserve donc la possibilité de prouver que, dans le cas d'un patient précis, les experts médicaux sont d'avis qu'un traitement visant l'abstinence

pourrait réussir à enrayer de manière sûre toute consommation.

Cette étape du raisonnement de la Cour aurait mérité une motivation plus poussée. En lisant l'arrêt, on peine à saisir comment un traitement basé sur l'abstinence pourrait être mis en œuvre sans le consentement libre et éclairé du patient. Si le patient, même détenu, n'est pas motivé par la désintoxication rapide, une telle mesure paraît a priori dénuée de toute chance de succès.⁹ Comme tel était le cas de M. Wenner, la Cour aurait pu répondre à la première question en affirmant que, dans ce cas précis, une cure de désintoxication ne pouvait en aucun cas être appropriée et que, par voie de conséquence, le seul autre traitement efficace et disponible était bel et bien le TAO.

Pourquoi alors cette réticence de la Cour? Souvent, la Cour préfère ne pas empiéter sur la sphère de compétence des médecins. Lorsque la question à trancher requiert des connaissances techniques, et notamment l'évaluation de diverses options médicales en fonction du rapport bénéfice-risque, la Cour estime qu'il revient aux experts de se prononcer d'abord.

C'est d'ailleurs cette même raison qui l'amène à se concentrer sur le deuxième grief de M. Wenner: la nécessité de faire évaluer le cas d'espèce par un ou plusieurs experts indépendants. D'une manière assez subtile, la Cour adresse le message suivant: puisque c'est toujours à l'Etat de prouver que le traitement appliqué en prison est adéquat, c'est aussi à l'Etat qu'il revient de mettre en œuvre une expertise médicale *indépendante* s'il entend (licitement) imposer un traitement autre que celui communément admis par la communauté médicale et sollicité par le patient.

Que faut-il en retenir pour la Suisse?

Exception faite des programmes spécialisés de prescription d'héroïne médicale [7], les TAO par prescription de méthadone ou buprénorphine sont accessibles dans les différents établissements carcéraux suisses.¹⁰ A cet égard, l'arrêt ne changera rien – si ce n'est de rappeler aux médecins pénitentiaires la pertinence et la nécessité du TAO.

La situation n'est cependant pas aussi claire pour les autres lieux suisses de détention, par exemple la détention prolongée dans des postes de police, ou encore les situations de rétention administrative, par exemple celles de migrants amenés à être reconduits vers un autre pays. Par ailleurs, la mise en œuvre des TAO dans les établissements de détention fait l'objet de disparités importantes, voire de pratiques médicales problématiques, comme la remise des médicaments par le

personnel pénitentiaire faute de personnel infirmier. Enfin, d'autres formes de soins, communément disponibles hors de la prison, continuent à être refusées par les autorités pénitentiaires de certains cantons, notamment la mise à disposition de seringues stériles, et ceci alors même que la récente loi sur les épidémies, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, spécifie clairement que les établissements pénitentiaires doivent mettre à disposition les moyens de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses [11].

Le TAO améliore la santé physique et mentale des patients

Pour revenir au préambule de cet article, l'Etat doit assurer la disponibilité d'un TAO aux patients dépendants, car il s'agit de la meilleure solution identifiée et testée par la science à ce jour. Le TAO permet aux patients de stabiliser, puis d'améliorer leur santé physique et mentale. Il amoindrit le risque de surdose, tout en supprimant les effets hédoniques stimulant les prises additionnelles d'héroïne. En écartant les tensions et les dangers liés à l'obtention d'une substance produite et distribuée illégalement (et parfois dénaturée), il permet aux patients de s'éloigner du milieu de la drogue, d'éviter des infractions et donc la prison, de maintenir des liens sociaux avec leur entourage et, dans le meilleur des cas, de vivre une existence normale sur les plans familial, social et professionnel. Sur le plan de la santé publique, le TAO minimise la transmission de maladies infectieuses communément propagées par les seringues d'injection d'héroïne: il permet donc de diminuer sensiblement les cas de transmission de VIH ou d'hépatite B et C. Le TAO réduit la délinquance liée au trafic de stupéfiants et, dès lors, les coûts judiciaires et pénitentiaires qui en découlent.

Ce qui vaut pour la population générale vaut aussi pour les personnes détenues. D'abord, parce que la remise de méthadone prévient des souffrances évitables liées à l'état de manque, ce sans engendrer de dangers particuliers dès lors qu'elle est prescrite lege artis. C'est donc éthiquement la solution préférable. Ensuite, sous l'angle médical, du moment que l'héroïne et d'autres substances illicites circulent de toute façon en prison [12], il est préférable – pour la santé individuelle du patient et pour la santé publique – que le détenu bénéficie du traitement qui optimise son état mental et physique. Enfin, dès lors que tout détenu finira un jour par purger sa peine, il est préférable qu'il soit libéré sous traitement stabilisé à la méthadone – plutôt que comme consommateur en manque constant d'héroïne, désaccoutumé et donc à très haut risque de décès par surdose [13–16].

Un pas en avant marquant

En résumé, l'arrêt de la Cour représente un pas en avant significatif pour assurer l'accès au TAO dans les 47 Etats membres du Conseil de l'Europe, voire au-delà. Sous l'angle juridique, il répond de manière élégante aux points soulevés en préambule, même si, sur le plan institutionnel, il laisse en jachère certaines questions substantielles concernant l'application concrète du principe d'équivalence des soins pour les personnes dépendantes détenues. Le message-clé demeure: le TAO représente aujourd'hui l'option thérapeutique la plus pragmatique, la mieux testée et la plus efficace disponible à ce jour. En prison comme en liberté. Pour l'Etat, la refuser à une personne dépendante constitue bel et bien une forme de torture prohibée par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Crédit photo

Wikipédia: https://de.wikipedia.org/wiki/Methadon#/media/File:Methadone_flat.svg

Notes

- Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales conclue à Rome le 4 novembre 1950 et entrée en vigueur pour la Suisse le 28 novembre 1974 (RS 0.101, disponible ici: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19500267/index.html>).
- Le jugement sous référence 62303/13 est accessible, en anglais seulement, depuis la base de données de la Cour sous <http://hudoc.echr.coe.int/>. Auparavant, en 2003, la Cour avait rendu un arrêt McGlinchey et autres c. Royaume-Uni dans une situation présentant certaines similarités, mais sans se pencher directement sur la nécessité du traitement à la méthadone.
- Aujourd'hui, la méthadone est le médicament le plus souvent utilisé dans le cadre d'un TAO; une alternative un peu moins fréquente est le médicament buprénorphine. A ce sujet, par ex. [1].
- Consid. 58; notre mise en évidence.
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), Normes du CPT, Chapitres des rapports généraux du CPT consacrés à des questions de fond, en particulier chapitre II, Services de santé dans les prisons, extrait du 3^e rapport général (CPT/Inf [93] 12), publié en 1993; Organisation mondiale de la santé (OMS), editors: Stefan Enggist et al., Prisons and Health (2014); Comité des ministres du Conseil de l'Europe, Recommandation n° R (98) 71 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire; Directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) du 28 novembre 2002 concernant l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues (www.samw.ch).
- En droit interne suisse, le principe d'équivalence n'est guère commenté dans la doctrine ou la jurisprudence. Voir tout de même: Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP), Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Office fédéral de la Justice / Office fédéral de la santé publique, Recommandations pour une harmonisation des soins dans les institutions pénitentiaires suisses (2013).
- Consid. 31; notre mise en évidence.
- Consid. 36, 37 et 64, lesquelles citent notamment une étude du European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Prisons and drug abuse in Europe: the problem and responses (2012).
- Inversement, si le patient ne donne pas son consentement à un TAO, il suivra de facto une désintoxication et on ne voit pas en quoi l'avis de médecins indépendants peut être utile.
- Les cantons romands, en particulier Genève, ont été les premiers cantons à généraliser l'accès des TAO en détention [8–10].

Références

- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. The Cochrane database of systematic reviews. 2014(2):CD002207. doi: 10.1002/14651858.CD002207.pub4. PubMed PMID: 24500948.
- Wittchen HU, Bühringer G, Rehm J. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Premos Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. 2011.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. The Cochrane database of systematic reviews. 2009(3):CD002209. doi: 10.1002/14651858.CD002209.pub2. PubMed PMID: 19588333.
- Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. The Cochrane database of systematic reviews. 2011(8):CD004145. doi: 10.1002/14651858.CD004145.pub4. PubMed PMID: 21833948.
- Ferri M, Minozzi S, Bo A, Amato L. Slow-release oral morphine as maintenance therapy for opioid dependence. The Cochrane database of systematic reviews. 2013(6):CD009879. doi: 10.1002/14651858.CD009879.pub2. PubMed PMID: 23740540.
- OMS. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. 2009.
- Art. 10 à 25 de l'Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants (RS 812.121.6; «OASup», 25 mai 2011).
- Favrod-Coune T, Baroudi M, Casillas A, Rieder JP, Getaz L, Barro J, et al. Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland. Swiss medical weekly. 2013;143:w13898. doi: 10.4414/smw.2013.13898. PubMed PMID: 24186493.
- OFSP. Spectra Newsletter, Prévention et promotion de la santé. 2012(3).
- Rieder JP, Gravier B, Bertrand D, Pasche C, Bodenmann P, Wolff H. [Health in prison: shared vulnerability between detainees and health professionals]. Revue medicale suisse. 2010;6(257):1462–5. PubMed PMID: 20806565.
- Art. 30 al. 2 de l'Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (RS 818.101.1; «OEp» entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016).
- Iten A, Gravier B, Elger B. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale de patients vivant en milieu carcéral. Médecine et hygiène. 2003;928–35.
- Degenhardt L, Larney S, Kimber J, Gisev N, Farrell M, Dobbins T, et al. The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. Addiction. 2014;109(8):1306–17. doi: 10.1111/add.12536. PubMed PMID: 24612249.
- Gordon MS, Kinlock TW, Schwartz RP, O'Grady KE. A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release. Addiction. 2008;103(8):133342. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.002238.x. PubMed PMID: 18855822; PubMed Central PMCID: PMC2582162.
- Hedrich D, Alves P, Farrell M, Stover H, Moller L, Mayet S. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction. 2012;107(3):501–17. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x. PubMed PMID: 21955033.
- Merrall EL, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, et al. Meta-analysis of drug related deaths soon after release from prison. Addiction. 2010;105(9):1545–54. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x. PubMed PMID: 20579009; PubMed Central PMCID: PMC2955973.

Correspondance:
 Prof. Dr Valérie Junod
 Université de Lausanne – HEC
 Anthropole bureau 3076
 CH-1015 Lausanne
[valerie.junod\[at\]unil.ch](mailto:valerie.junod[at]unil.ch)