

05.470

**Initiative parlementaire**  
**Révision partielle de la loi sur les stupéfiants**

**Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique**  
**du Conseil national**

du 4 mai 2006

---

Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs,

Par le présent rapport, nous vous soumettons le projet de révision de la loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup), rapport que nous transmettons simultanément au Conseil fédéral pour avis, conformément à l'art. 112, al. 3, de la loi sur le Parlement.

La commission propose d'adopter le présent projet.

4 mai 2006

Pour la commission:

Le président, Pierre Triponez

---

## Condensé

*Le 14 juin 2004, la dernière révision de la loi sur les stupéfiants (LStup)<sup>1</sup> s'est heurtée à une seconde décision de non-entrée en matière prise par le Conseil national. L'échec de ce projet s'explique avant tout par la controverse liée au cannabis. La révision partielle de la LStup<sup>2</sup> soumise ici englobe les éléments du projet rejeté susceptibles de réunir une majorité aux Chambres. La problématique du cannabis est, dans une large mesure, ignorée.*

*La politique des quatre piliers a été mise en place par la Confédération en réponse aux problèmes croissants liés à la drogue observés au cours des années 90. Aujourd'hui, le modèle des quatre piliers – prévention, thérapie, réduction des risques et répression – représente une stratégie globale et équilibrée largement acceptée par les milieux politiques et la population. La présente révision partielle vise à consolider la politique des quatre piliers de la Confédération sur le plan légal, notamment en inscrivant définitivement dans la loi le traitement avec prescription d'héroïne ainsi que les mesures de réduction des risques (institutions dites «à bas seuil» d'accessibilité pour personnes toxicodépendantes, par exemple distribution de seringues à titre de prévention du VIH/sida et locaux d'injection).*

*Le projet a pour but de protéger la jeunesse et de renforcer les mesures de prévention. Il s'agit également d'encourager le signalement précoce des jeunes particulièrement exposés, de leur offrir une prise en charge adéquate et de punir plus sévèrement la remise de stupéfiants à des mineurs.*

*Par ailleurs, le rôle de la Confédération dans la coordination des efforts en matière de drogue doit être renforcé dans les domaines de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques, afin de garantir une qualité uniforme à l'échelle nationale des diverses mesures prises.*

*En outre, il s'agit de rendre possible – à des conditions bien définies – la prescription médicale de produits du cannabis, par exemple pour soulager la douleur ou les crampes dont souffrent les personnes atteintes de sclérose en plaques. De nombreuses études ont en effet prouvé l'efficacité de produits du cannabis dans ce domaine.*

*La révision partielle est compatible avec le droit international.*

*La mise en œuvre de la révision partielle entraînerait pour la Confédération des dépenses supplémentaires d'un peu plus d'un million de francs par année seulement. Les cantons devant adapter ou élargir les structures destinées à la réduction des risques et à la thérapie et, éventuellement, améliorer le signalement des personnes particulièrement exposées, devront s'attendre à une légère augmentation de leurs coûts.*

---

<sup>1</sup> FF 2001 3537

<sup>2</sup> RS 812.121

## Table des matières

<b>Condensé</b>	<b>8142</b>
<b>Liste des abréviations</b>	<b>8146</b>
<b>1 Genèse du projet</b>	<b>8147</b>
<b>2 Grandes lignes du projet</b>	<b>8148</b>
2.1 Evolution de la politique en matière de drogue	8148
2.1.1 Problématique de la drogue et évolution en Suisse	8148
2.1.2 Evolution de la politique internationale	8149
2.1.2.1 Conventions de l'ONU	8149
2.1.2.2 Utilisation du cannabis à des fins médicales	8150
2.1.2.3 Thérapie avec prescription d'héroïne	8152
2.1.3 La politique des quatre piliers aujourd'hui	8153
2.2 Principaux motifs de la révision	8154
2.3 Points forts de la révision	8155
2.3.1 Intégration dans la loi du modèle des quatre piliers	8155
2.3.2 Protection de la jeunesse et prévention	8156
2.3.3 Assise légale définitive pour le traitement avec prescription d'héroïne	8156
2.3.4 Renforcement du rôle de la Confédération	8157
2.3.5 Utilisation du cannabis à des fins médicales	8157
2.3.6 Evaluation	8158
2.4 Minorité pour la non-entrée en matière	8158
<b>3 Commentaire article par article</b>	<b>8158</b>
3.1 Articulation de la loi	8158
3.1.1 But et objet (art. 1) ( <i>nouveau</i> )	8158
3.1.2 Modèle des quatre piliers (art. 1a) ( <i>nouveau</i> )	8160
3.1.3 Lien avec la loi sur les produits thérapeutiques (art. 1b) ( <i>nouveau</i> )	8160
3.1.4 Définitions (art. 2)	8160
3.1.5 Liste (art. 2a)	8161
3.1.6 Règles applicables aux substances psychotropes (art. 2b) ( <i>nouveau</i> )	8161
3.1.7 Précurseurs et adjuvants chimiques (art. 3)	8162
3.1.8 Laboratoire de référence (art. 3a)	8162
3.1.9 Chapitre 1a ( <i>nouveau</i> ) Prévention, thérapie et réduction des risques	8162
3.1.9.1 Section 1 Prévention (art. 3b)	8162
3.1.9.1.1 Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (art. 3b)	8162
3.1.9.1.2 Compétence en matière d'annonce (art. 3c)	8163
3.1.9.2 Section 2 Thérapie et réinsertion	8165
3.1.9.2.1 Prise en charge et traitement (art. 3d)	8165
3.1.9.2.2 Traitement au moyen de stupéfiants (art. 3e)	8167
3.1.9.2.3 Traitement des données (art. 3f)	8168

3.1.9.3	Section 3 Réduction des risques et aide à la survie	8169
3.1.9.3.1	Tâches des cantons (art. 3g)	8169
3.1.9.3.2	Mise en danger de la circulation (art. 3h)	8170
3.1.9.4	Section 4 Coordination, recherche, formation et assurance qualité	8171
3.1.9.4.1	Prestations de la Confédération (art. 3i)	8171
3.1.9.4.2	Recherche (art. 3j)	8172
3.1.9.4.3	Formation et formation continue (art. 3k)	8172
3.1.9.4.4	Recommandations relatives à l'assurance qualité (art. 3l)	8173
3.1.10	Chapitre 2 Fabrication, remise, acquisition et utilisation de stupéfiants	8173
3.1.10.1	Matières premières et produits ayant un effet similaire aux substances et aux préparations (art. 7)	8174
3.1.10.2	Stupéfiants interdits (art. 8)	8174
3.1.10.3	Utilisation de stupéfiants enregistrés comme médicaments pour des indications non reconnues (art. 11, al. 1 <sup>bis</sup> )	8176
3.1.10.4	Section 3a Organisations et autorités Art. 14a	8176
3.1.10.5	Privation de liberté à des fins d'assistance	8177
3.1.10.6	Notification de chaque livraison (art. 16, al. 1)	8177
3.1.10.7	Rapport obligatoire des entreprises et personnes autorisées à cultiver, à fabriquer et à préparer des stupéfiants (art. 17, al. 3)	8177
3.1.11	Chapitre 4 Dispositions pénales	8178
3.1.11.1	Actes illicites (art. 19, al. 1)	8178
3.1.11.2	«Cas graves» (art. 19, al. 2)	8178
3.1.11.3	Atténuation de la peine (art. 19, al. 4) ( <i>nouveau</i> )	8179
3.1.11.4	Suppression de la faute par négligence	8180
3.1.11.5	Actes commis à l'étranger (art. 19, al. 5)	8180
3.1.11.6	Protection de la jeunesse (art. 19a <sup>1</sup> )	8180
3.1.11.7	Punissabilité de la remise de stupéfiants à des jeunes (art. 19b)	8181
3.1.11.8	Actes illicites particuliers (art. 20 à 22)	8182
3.1.11.9	Poursuite pénale (art. 28 et 28a)	8182
3.1.12	Chapitre 5 Tâches de la Confédération et des cantons	8183
3.1.12.1	Section 1 Tâches de la Confédération (art. 29 à 29c)	8183
3.1.12.2	Section 2 Tâches des cantons (art. 29d et 29e)	8185
3.1.12.3	Dispositions finales (art. 30)	8186
3.1.13	Modification du droit en vigueur	8186
3.1.13.1	Art. 136 CP	8186
<b>4</b>	<b>Conséquences</b>	<b>8186</b>
4.1	Conséquences financières et effets sur l'état du personnel	8186
4.1.1	Confédération: conséquences financières et effets sur l'état du personnel	8186
4.1.2	Conséquences pour les cantons	8188
4.2	Applicabilité	8189
4.3	Effets sur la santé publique et la politique sociale	8189

<b>5 Rapports avec le droit international</b>	<b>8190</b>
5.1 Rapports avec les conventions internationales de l'ONU	8190
5.2 Rapports avec le droit européen	8190
5.2.1 Accord d'association à Schengen	8190
5.2.2 Législation de l'UE en matière de stupéfiants	8190
<b>6 Bases légales</b>	<b>8191</b>
6.1 Constitutionnalité	8191
6.2 Délégation de compétences législatives	8192
<b>Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (<i>Projet</i>)</b>	<b>8195</b>

## Liste des abréviations

ATF	Arrêts du Tribunal fédéral suisse
BO	Bulletin officiel
C	Groupe démocrate-chrétien
CC	Code civil (RS 210.0)
CDCT	Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies
CFS	Commission fédérale pour les questions liées aux drogues
CIM-10	Classification internationale des maladies
CN	Conseil national
CP	Code pénal suisse (RS 311.0)
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du CN
Cst.	Constitution fédérale
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DK	Danemark
DPA	Loi fédérale sur le droit pénal administratif (RS 313.0)
fedpol	Office fédéral de la police
FF	Feuille fédérale
G	Groupe des Verts
GB	Grande-Bretagne
L	litre
LCR	Loi sur la circulation routière (RS 741.01)
LSD	lysergide
LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (RS 812.121)
NL	Pays-Bas
OCR	Ordonnance sur les règles de circulation routière (RS 741.11)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé de l'ONU
ONU	Organisation des Nations Unies
PMMA	paraméthoxyméthamphétamine
ProMeDro	Programme de mesures dans le domaine de la drogue
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
RS	Recueil systématique du droit fédéral
THC	tétrahydrocannabinol (principe actif essentiel du chanvre)
TMA	triméthoxyamphétamine
UE	Union européenne
USA	Etats-Unis d'Amérique
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine (HIV)

# Rapport

## 1 Genèse du projet

Après un premier rejet le 25 septembre 2003, le Conseil national décida, lors de sa séance du 14 juin 2004, de rejeter une nouvelle fois, par 102 voix contre 92, l'entrée en matière concernant le projet du Conseil fédéral relatif à la révision de la LStup du 9 mars 2001<sup>3</sup>. Les points sujets à controverse étaient en particulier la dépenalisation de la consommation de cannabis ainsi que la réglementation légale applicable à la culture, à la fabrication et au commerce de produits à base de cannabis. Au cours de la même session, deux initiatives parlementaires et une pétition pour une révision de la LStup<sup>4</sup> furent déposées. Le 5 octobre 2004, le conseiller national Christian Waber déposait une autre initiative parlementaire portant sur le même objet.

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) a traité ces quatre dossiers le 3 février 2005. L'initiative parlementaire déposée le 16 juin 2004 par le Groupe démocrate-chrétien (C, 04.439 n) prévoit le maintien de l'interdiction de la consommation de stupéfiants tout en demandant que la consommation de stupéfiants ayant des effets du type cannabique soit soumise à la procédure d'amende d'ordre. Le projet vise en outre à inscrire dans la loi le modèle des quatre piliers de la politique suisse en matière de drogue. Déposée le 18 juin 2004, l'initiative parlementaire du Groupe des Verts (G, 04.443 n) a également pour but l'intégration dans la loi du modèle des quatre piliers, en vue de renforcer en particulier le concept en place de la prévention et de la thérapie. Par ailleurs, il s'agirait d'introduire, à titre d'essai, le principe d'opportunité pour la consommation, la fabrication et le commerce de cannabis. L'initiative parlementaire déposée par le conseiller national Christian Waber le 5 octobre 2004 (04.459 n) exige qu'une différence claire soit établie entre le chanvre comme produit stupéfiant et le chanvre industriel en introduisant une limite de teneur en THC de 0,3 % pour ce dernier. La CSSS-CN a reporté sa décision concernant les trois initiatives par 13 voix contre 9 et 3 abstentions, et a décidé d'élaborer une initiative de commission. Dans ce contexte, elle a pris connaissance de la pétition «Pour une politique du chanvre conforme à la réalité» (04.2014) de la «Coordination suisse du chanvre», sans y donner suite.

L'initiative de la CSSS-CN relative à la révision partielle de la loi sur les stupéfiants doit reprendre rapidement les éléments du texte rejeté susceptibles de réunir une majorité aux Chambres. Dans une deuxième phase, il s'agira d'intégrer la question du cannabis compte tenu des initiatives parlementaires en suspens et d'élaborer des propositions. Concernant l'initiative populaire fédérale «Pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse»<sup>5</sup> déposée le 13 janvier 2006, l'opportunité de présenter un contre-projet pourra éventuellement être envisagée. Le 3 mai 2005, la commission du Conseil des Etats a procédé à l'examen préalable de l'initiative de la commission et en a approuvé les grandes lignes à l'unanimité.

3 FF 2001 3537

4 RS 812.121

5 FF 2004 3995

Le 26 mai 2005, la CSSS-CN a créé une sous-commission composée de Jacqueline Fehr (co-présidente), Thérèse Meyer (co-présidente), Toni Bortoluzzi, Jean-Henri Dunant, Yves Guisan, Felix Gutzwiller et Liliane Maury Pasquier. La sous-commission a été chargée d'élaborer, d'ici à fin 2005 et à l'intention de la commission, un projet susceptible de réunir une majorité aux Chambres. La séance constitutive de la sous-commission s'est tenue le 14 juin 2005. Le 17 août 2005, cette dernière a entendu la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues ainsi que des représentants de la Société suisse de la sclérose en plaques sur l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques. Après deux nouvelles séances, le 19 septembre 2005 et le 28 octobre 2005, la sous-commission a achevé ses travaux le 17 février 2006 et transmis le projet d'acte assorti d'un rapport explicatif à la CSSS-CN. Après avoir entendu des représentants des cantons le 6 avril 2006, cette dernière a procédé le même jour ainsi que le 4 mai 2006, à l'examen du projet d'acte et du rapport y relatif. Au vote final, elle a décidé par 18 voix contre 6, et 1 abstention, de proposer au plénum et au Conseil fédéral d'approuver le projet d'acte.

## **2 Grandes lignes du projet**

### **2.1 Evolution de la politique en matière de drogue**

#### **2.1.1 Problématique de la drogue et évolution en Suisse**

En Suisse comme dans la plupart des pays occidentaux, la consommation de drogues illégales n'est devenue un problème important qu'à partir des années 60. Au début, il s'agissait surtout du LSD et de produits dérivés du cannabis. Au cours des années 70, l'héroïne et la cocaïne sont venues s'y ajouter. Les premiers décès dus à une overdose d'héroïne sont constatés en 1972. Le Conseil fédéral réagit alors à la situation en développant un modèle à trois piliers: répression, prévention et thérapie. Sur le plan de la répression, la Confédération créa un Office central pour la répression des stupéfiants et les cantons mirent sur pied les premières unités de police spécialisées dans la lutte contre les stupéfiants. La révision de la LStup en 1975 permit ensuite d'établir les bases légales nécessaires aux mesures préventives et aux thérapies destinées aux toxicodépendants. Une distinction fut alors faite entre consommateurs de drogues et vendeurs de drogues lors de condamnations, et la consommation de stupéfiants devint un délit mineur. Les cantons durent mettre en place des offres de thérapie et de prise en charge. Depuis 1970, les services ambulatoires, les structures de prise en charge résidentielle, les centres de consultation et autres réseaux d'entraide sociale se sont multipliés.

Au début des années 80, le sida se répand rapidement, en particulier parmi les consommateurs de drogues. La précarisation des toxicodépendants devient de plus en plus visible et, à la fin de cette décennie, des scènes ouvertes de la drogue sont tolérées dans plusieurs villes. Au début des années 90, ces scènes ouvertes, surtout le Platzspitz et le Letten à Zurich, troublent gravement l'ordre public. Simultanément, elles illustrent l'ampleur du problème et suscitent une prise de conscience auprès d'un large public tant national qu'international. Des services sociaux, publics ou privés, apportent leur aide. C'est le début de ce qu'on appelle le travail de rue. On commence à distribuer des seringues stériles aux toxicodépendants. En février 1991, le Conseil fédéral adopte un train de mesures baptisé «ProMeDro» (Programme de mesures dans le domaine de la drogue) visant à réduire les problèmes liés à la dro-

gue. Le principe de la réduction des risques est ainsi introduit pour la première fois à l'échelle nationale, et les piliers «prévention» et «thérapie» sont étayés au cours des années suivantes. Entre 1991 et 1999, quelque 300 projets et programmes d'intervention sont lancés dans le sillage du train de mesures «ProMeDro». Les villes, les cantons et la Confédération conjuguent leurs efforts pour mettre en place un modèle à quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des risques et répression), complété par des mesures innovatrices telles que le traitement avec prescription d'héroïne. Ces efforts permettent de fermer les scènes ouvertes. Ce tournant décisif a été rendu possible grâce à une stratégie coordonnée et à l'interaction entre mesures policières, sociales, médicales et préventives.

Au cours des dernières années, la consommation de stupéfiants a évolué comme suit. Depuis 1993, la consommation d'héroïne est en recul. Cette tendance est confirmée par la diminution du nombre de dénonciations ainsi que par celle du nombre de décès. En effet, en 1992, 419 personnes sont décédées à cause de drogues, contre 182 en 2004<sup>6</sup>. On a par contre observé une augmentation de la consommation de cocaïne au cours des années 90 jusqu'en 1997 puis, après un pic, un léger recul. Une progression continue est cependant à nouveau constatée depuis 2001. Pour la tranche d'âge entre 15 et 39 ans, la part des personnes qui ont consommé cette drogue au moins une fois s'élève à 3 % en 2002<sup>7</sup>. Quant à la consommation de cannabis<sup>8</sup>, elle a connu une nette augmentation au cours des années 90 en Suisse, où elle est très répandue, en particulier parmi les adolescents et les jeunes adultes. Dans la pratique, le marché des drogues dites dures et celui des drogues «douces» sont nettement séparés. Certains cantons – AG, BE, BL, GR, LU et TI – ont introduit des réglementations spécifiques pour le cannabis dans le but de combler les lacunes du droit fédéral en la matière et de mettre en place des dispositions claires concernant l'intervention des autorités. Ces réglementations entendent également établir une distinction nette entre le chanvre industriel et le chanvre comme produit stupéfiant. L'arrivée de l'ecstasy il y a vingt ans et sa présence continue dans les milieux de la techno reflètent une tendance générale en Europe: en 2002, 2,2 % des personnes ayant entre 15 et 39 ans ont consommé cette drogue au moins une fois<sup>9</sup>. Par rapport au cannabis, à l'héroïne et à la cocaïne, la consommation de l'ecstasy n'est toutefois pas très importante. En 2004, on a enregistré 775 cas de consommation d'ecstasy, avec une tendance à la baisse. La même année, 731 personnes ont été dénoncées pour consommation d'amphétamines<sup>10</sup>.

## **2.1.2 Evolution de la politique internationale**

### **2.1.2.1 Conventions de l'ONU**

Le contrôle international des stupéfiants se fonde sur la Convention unique de 1961<sup>11</sup>; entrée en vigueur pour la Suisse en 1970, cette convention a remplacé la quasi-totalité des accords précédents. Par la suite, la Suisse a ratifié la modification

<sup>6</sup> Source: OFSP, fedpol

<sup>7</sup> Source: Enquête suisse sur la santé, OFS

<sup>8</sup> La consommation de cannabis en Suisse et ses conséquences: vue d'ensemble 2004, Groupe de travail Monitoring Cannabis, mai 2005

<sup>9</sup> Source: Enquête suisse sur la santé, OFS

<sup>10</sup> Source: OFSP, fedpol

<sup>11</sup> Convention unique sur les stupéfiants, New York, 30 mars 1961

de la Convention unique de 1961<sup>12</sup>, de même que la Convention sur les substances psychotropes de 1971<sup>13</sup> et la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants de 1988<sup>14</sup>.

La Convention unique de 1961 a pour objet principal le contrôle de la culture et du commerce de stupéfiants à base végétale. Le Protocole de 1972 fixe les attributions de l'Organe international de contrôle des stupéfiants et définit les mesures contre l'abus de stupéfiants.

La Convention de 1971 traite des substances d'origine synthétique et propose ainsi un élargissement logique de la Convention unique qui porte, elle, sur les stupéfiants. En raison de l'augmentation des abus de principes actifs tels que les barbituriques, les tranquillisants, les amphétamines ou encore les hallucinogènes (réunis sous le terme de «substances psychotropes»), il était nécessaire d'introduire – en sus des mesures de contrôle spécifiées dans la Convention unique – un contrôle international. Si les parties à la Convention de 1971 reconnaissent le caractère indispensable de l'utilisation des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques, elles n'en exigent pas moins l'instauration de mesures de contrôle contre l'abus de ces substances.

Se fondant sur ces conventions, la Convention de 1988 renforce l'obligation faite aux parties d'édicter des normes pénales, de procéder à des confiscations et d'étendre les mesures d'entraide judiciaire en cas de violation de la Convention. Les objectifs les plus importants de la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes consistent à réprimer de façon globale le trafic illicite de stupéfiants, à pénaliser le blanchiment d'argent et à mettre en place des mesures de lutte contre l'abus de précurseurs. Il s'agit avant tout d'étoffer les moyens juridiques nécessaires à l'entraide judiciaire internationale visant à empêcher le commerce illicite et la contrebande de stupéfiants. Le message du Conseil fédéral concernant la Convention de 1988 a été soumis au Parlement le 29 novembre 1995<sup>15</sup>. Le Conseil national et le Conseil des Etats ont, respectivement le 6 décembre 2004 et le 16 mars 2005, adhéré au projet du Conseil fédéral concernant la ratification de ladite Convention<sup>16</sup>, qui est entrée en vigueur en Suisse le 13 décembre 2005.

### **2.1.2.2 Utilisation du cannabis à des fins médicales**

Les produits dérivés du cannabis sont soumis à des contrôles très stricts au niveau international également. En d'autres termes, la fabrication, la détention et le commerce de ces substances sans autorisation ad hoc sont punissables.

<sup>12</sup> Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Genève, 25 mars 1972

<sup>13</sup> Convention sur les substances psychotropes, Vienne, 21 février 1971

<sup>14</sup> Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, Vienne, 20 décembre 1988

<sup>15</sup> FF 1996 I 557

<sup>16</sup> La ratification de la Convention de 1988 a pris du retard, le Conseil national ayant décidé d'en repousser l'examen jusqu'à ce que le peuple se soit prononcé sur deux initiatives, respectivement en 1997 et en 1998, puis jusqu'à la révision de la LStup. Etant donné que le Conseil national a rejeté le projet de révision de la LStup et que la ratification de la Convention de 1988 est une condition impérative de l'accord d'association de la Suisse à Schengen, les délibérations ont été reprises par le Parlement au cours de l'année 2004.

Les conventions évoquées dans le chapitre précédent autorisent, en principe, l'utilisation de stupéfiants à des fins médicales. Ainsi, l'art. 4 de la Convention unique de 1961 prévoit ce qui suit: «Les Parties prendront les mesures législatives et administratives qui pourront être nécessaires [...], sous réserve des dispositions de la présente Convention, pour limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention de stupéfiants.»

Des travaux de recherche scientifique en relation avec la prescription médicale de cannabis ont été menés aux Etats-Unis et au Canada, d'une part, et en Grande-Bretagne, en Finlande, en Allemagne, aux Pays-Bas, en France, en Belgique et en Espagne, d'autre part.

- Le Canada est le premier pays à avoir autorisé un médicament à base de cannabis (Sativex®). Administré par vaporisation dans la bouche, le Sativex® vise à lutter contre les douleurs neuropathiques des personnes atteintes de sclérose en plaques. En avril 2005, les autorités canadiennes ont donné leur feu vert pour la commercialisation de ce médicament sur la base des résultats d'une étude clinique de quatre semaines menée en Grande-Bretagne en 2002 sur un groupe restreint (66 patients). Le fabricant souhaite lancer le Sativex® sur le marché britannique.
- L'Espagne autorise aujourd'hui l'utilisation médicale limitée (dite de «compassionate use») du Sativex®.

A l'heure actuelle, aucun médicament à base de cannabis n'est autorisé à la vente en Europe. Toutefois, le Marinol®, fabriqué à partir du principe actif Dronabinol, est déjà sur le marché américain. Etant donné que le Marinol® n'est pas fabriqué à partir de chanvre, il peut, sur la base d'une autorisation exceptionnelle délivrée en vertu de la LStup, être prescrit en vue d'une application médicale limitée à des cas particuliers, et être importé sur autorisation de l'Institut suisse des produits thérapeutiques conformément au droit en vigueur.

De nombreuses études sont effectuées depuis des années sur les effets de la prescription de cannabinoïdes (ou de produits dérivés du cannabis) à des patients souffrant de sclérose en plaques, de nausées et de vomissements à la suite de chimiothérapies ou de thérapies contre le sida, de douleurs consécutives à des lésions de la moelle épinière, du syndrome de Tourette, etc.<sup>17</sup>

Les résultats principaux de la recherche conduite à l'échelle internationale sont les suivants:

- Chez les patients atteints de sclérose en plaques, les douleurs, crampes et spasmes diminuent d'une manière générale, et le sommeil s'améliore.
- Chez les patients suivant une chimiothérapie ou une thérapie contre le sida, les symptômes de nausées et de vomissements tendent à s'atténuer.

<sup>17</sup> Depuis 2001, 37 projets de recherche portant sur le cannabis ont été recensés (cf. «Clinical Studies and Case Reports» sous [www.cannabis-med.org/studies/study.php](http://www.cannabis-med.org/studies/study.php)). Diverses formes d'application ont été étudiées, notamment le spray (Brady et al. 2001, GB), les capsules, (Svendson et al. 2004, DK; Zajicek et al. 2003, GB; Killerstein et al. 2002, NL; Anderson et al. 2000, USA) et l'inhalation (Soderpalm et al. 2001, USA). Les chercheurs n'ont pas systématiquement utilisé les mêmes alcaloïdes ni les mêmes dosages, et les produits testés n'étaient pas toujours à base de marijuana, voire étaient des produits de synthèse.

En résumé, force est de constater qu'il n'est pas possible – notamment en raison de la disparité des dosages et des formes d'application – de fournir une preuve définitive de l'efficacité du cannabis et de ses dérivés dans le traitement de la sclérose en plaques, des nausées et des vomissements ou encore de la douleur. Ce qui est sûr, cependant, c'est que les cannabinoïdes peuvent être efficaces pour diminuer la douleur, la sensation de nausée et les vomissements. A l'avenir, il sera vraisemblablement possible de délimiter le spectre d'action des cannabinoïdes et de développer une application thérapeutique plus ciblée.

### **2.1.2.3 Thérapie avec prescription d'héroïne**

Depuis 1994, année où la Suisse a commencé ses essais de prescription d'héroïne, différents pays lui ont emboîté le pas et ont introduit la prescription médicale d'héroïne à titre d'essai ou de manière définitive.

#### **Allemagne**

En 2002, un projet pilote de prescription d'héroïne a été lancé dans les villes de Hambourg, Hanovre, Cologne, Francfort, Karlsruhe, Munich, Essen et Bonn.

La phase de recrutement des patients (plus de 1000) s'est achevée dans les dernières villes à la fin 2003. L'évaluation scientifique de cette étude est attendue pour l'été 2006. Cependant, on dispose déjà d'échos positifs (amélioration de la santé, diminution de la consommation parallèle d'autres substances, etc.).

#### **Canada**

Le projet NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) vise à déterminer si la prescription d'héroïne par un médecin permet de retenir en traitement les héroïnomanes. Cette étude a commencé et se trouve dans la phase de terrain, elle se déroule dans les villes de Montréal, Toronto et Vancouver et portera sur 470 personnes. Ces dernières seront aléatoirement réparties entre un groupe qui recevra un traitement de prescription d'opiacés (héroïne) injectables et un autre recevant de la méthadone par voie orale. L'étude permettra également de mesurer l'impact de ces deux types d'intervention sur les participants par rapport à leur consommation de drogues illicites, leur état de santé, leur participation à des activités criminelles et d'autres domaines, selon un modèle bio-psychosocial.

#### **Espagne**

En Espagne, une étude qui s'est achevée en novembre 2004 avait pour but de comparer l'efficacité de la prescription intraveineuse d'héroïne – en complément de la méthadone par voie orale – à la seule prescription de méthadone par voie orale (avec un soutien médical et psychosocial). Cet essai a eu lieu à Grenade et était destiné à des personnes dépendantes aux opiacés, exclues socialement et pour qui les traite-

ments standards avaient échoué. L'expérience a mené à l'amélioration de la santé physique et mentale et à une meilleure intégration sociale des participants<sup>18</sup>.

## **Pays-Bas**

Les Pays-Bas ont mené des essais de traitement avec prescription d'héroïne dès 1998. Les résultats ayant été positifs, l'expérience s'est poursuivie. En juin 2004, le gouvernement a décidé d'autoriser les autorités municipales à augmenter le nombre de places de 300 à 1000 pour le traitement avec de «l'héroïne médicale». Il est également prévu d'enregistrer la solution d'injection et l'application inhalable comme médicament.

### **2.1.3 La politique des quatre piliers aujourd'hui**

La politique des quatre piliers visant à réduire les problèmes liés à la drogue a été mise en place en tant que concept politique au début des années 90. Elle s'est accompagnée d'un train de mesures de la Confédération touchant les domaines suivants: prévention auprès de la jeunesse, développement de l'offre thérapeutique, réduction des risques (prévention du sida et aide à la réinsertion), formation continue et perfectionnement des spécialistes, recherche scientifique et coordination des mesures prises par la Confédération. Aujourd'hui, le modèle des quatre piliers est largement accepté par les milieux politiques et par la population en tant que fondement d'une politique nationale en matière de drogue réunissant les quatre piliers – prévention, thérapie, réduction des risques et répression – en une stratégie globale et équilibrée.

Les quatre piliers comprennent:

- *La prévention*: elle vise à empêcher l'entrée dans la consommation illicite ainsi que l'apparition de problèmes sanitaires ou sociaux découlant de la consommation de drogues. Les proches et l'entourage des personnes concernées sont impliqués dans ce processus pour éviter que l'accent soit mis uniquement sur la consommation.
- *La thérapie et la réinsertion*: l'objectif direct, mais aussi indirect de ce pilier consiste à encourager la sortie de la toxicodépendance et la réinsertion sociale. Concrètement, il s'agit de proposer des offres résidentielles et des offres ambulatoires. En Suisse, il existe plus de 170 institutions résidentielles pour le sevrage et la réhabilitation. A fin 1999, par exemple, on a pu remettre de la méthadone à la moitié des personnes dépendantes aux opiacés, dont le nombre était estimé à 30 000. On n'observe pas pour l'instant de recul marquant. En 1994, l'offre a été étendue à la remise contrôlée d'héroïne aux personnes en pleine toxicodépendance.

<sup>18</sup> Pour les personnes dans le groupe expérimental, on a constaté une amélioration en termes de santé physique ainsi qu'une réduction du comportement à risque pour l'infection par le VIH et de l'usage d'héroïne dans la rue; le nombre de jours exempts de problèmes liés à la drogue ou d'implication dans des crimes a également augmenté. On n'a observé aucune différence entre les deux groupes concernant les variables psychologiques et les autres variables sociales. Un rapport complet de l'épreuve a été envoyé à l'agence espagnole de drogue en octobre dernier. Les responsables de l'étude attendent son évaluation et espèrent obtenir son autorisation pour rendre ce traitement accessible pour d'autres patients.

- *La réduction des risques et l'aide à la survie*: la réduction des risques n'a pas pour but l'abstinence immédiate, mais vise en réalité à diminuer les risques et les conséquences qu'entraîne la dépendance (tant au niveau social qu'aux niveaux physique et psychique). C'est à cet effet qu'ont vu le jour les institutions dites «à bas seuil» d'accessibilité, tels que les locaux avec distributeurs de seringues (à titre de prévention du sida et de l'hépatite), les lieux d'accueil avec locaux d'injection et les offres sociales dans le domaine du travail et du logement.
- *La répression et le contrôle*: les objectifs directs de la répression dans le domaine de la drogue consistent à limiter l'offre, à lutter contre le trafic illicite de stupéfiants et les transactions financières illicites qui y sont liées, et à lutter contre le crime organisé.

La politique des quatre piliers de la Confédération entend réduire le nombre de nouveaux consommateurs de drogues et de personnes toxicodépendantes et, parallèlement, augmenter le nombre de personnes sortant de la dépendance. Elle vise également à éviter les dommages physiques et la marginalisation sociale dont souffrent les personnes dépendantes, à protéger la population contre les conséquences des problèmes liés à la drogue et à lutter contre le crime.

## 2.2 Principaux motifs de la révision

Après la non-entrée en matière sur le projet de révision de la LStup du 9 mars 2001 en juin 2004, la situation juridique demeure insatisfaisante, et la nécessité d'introduire des dispositions ad hoc subsiste. Le présent projet de révision de la LStup entend donc combler les principales lacunes en matière de politique de la drogue. Controversée dans le projet précédent, la question du cannabis a été mise de côté. Le projet de révision se fonde dès lors sur les constats suivants:

- *Caractère obsolète de la LStup*: la LStup en vigueur date de 1951. Bien qu'ayant fait l'objet de plusieurs révisions partielles, elle n'est plus en accord avec son temps. Il est donc nécessaire de la mettre à jour au regard des nouvelles connaissances pratiques et des développements intervenus ces dernières années. On citera à ce sujet l'importance du troisième pilier, à savoir la réduction des risques (qui n'est pas mentionnée dans la LStup actuelle), ainsi que la volonté d'introduire des mesures – pour certaines déjà réalisées – qui ne soient pas liées à la substance à l'origine de la dépendance, dans les piliers de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques.
- *Renforcement des mesures de protection de la jeunesse*: il importe d'introduire de nouvelles dispositions mettant l'accent sur les dangers inhérents à la consommation et à l'abus de stupéfiants dans une optique de protection de la jeunesse. Dans ce domaine, les interventions principales ont pour objectif premier d'assurer le signalement précoce des problèmes de dépendance parmi les jeunes particulièrement exposés, de leur offrir un encadrement, une prise en charge ou une thérapie, et de punir plus sévèrement la remise et la vente de stupéfiants à des mineurs.
- *Augmentation du nombre de personnes dépendantes*: en hausse depuis le début des années 70, la consommation de drogues telles que l'héroïne ou la cocaïne s'est stabilisée vers le milieu des années 90 à un niveau élevé. C'est

pourquoi il importe d'intensifier et de compléter les efforts accomplis jusqu'ici et d'instaurer la base légale nécessaire au développement de la prise en charge des toxicomanes dans les domaines de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques. Il s'agit également de renforcer le rôle moteur de la Confédération et la coordination des efforts dans ce domaine.

- *Lacunes dans la prévention et la thérapie*: à ces lacunes s'ajoutent des différences cantonales et des insuffisances au niveau de la planification, de la coordination et de la gestion de la qualité.
- *Réduction des dommages et aide à la survie*: la situation sanitaire des personnes dépendantes s'est considérablement détériorée au cours des années 80 avec l'arrivée du VIH/sida<sup>19</sup>. Les stratégies visant à réduire les risques ou à aider les toxicomanes à survivre ont été la réponse politique à cette évolution. En préservant l'état de santé des individus durant la phase de consommation, on augmente les chances de ces derniers d'arrêter de consommer des drogues.
- *Durée limitée du traitement avec prescription d'héroïne*: l'arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne est applicable jusqu'à l'entrée en vigueur de la LStup, au plus tard toutefois jusqu'à la fin de 2009. Selon la nouvelle réglementation, cette forme de thérapie, dont l'efficacité est prouvée<sup>20</sup> et qui prévoit le traitement avec prescription d'héroïne pour un groupe limité et bien défini de patients, sera définitivement inscrite dans la loi.
- *Utilisation du cannabis à des fins médicales*: des projets de recherche portant sur l'utilité thérapeutique du chanvre sont en cours aussi bien en Suisse qu'à l'étranger. Aujourd'hui, le chanvre n'est plus considéré comme une substance marginale, comme c'était encore le cas en 1951 et en 1975. Il semblerait donc approprié d'assouplir les dispositions en vigueur.

## **2.3 Points forts de la révision**

### **2.3.1 Intégration dans la loi du modèle des quatre piliers**

Comme évoqué au ch. 2.1.3, le modèle des quatre piliers s'est érigé, depuis les années 90, en principe de base de la politique suisse en matière de drogue. Il est aujourd'hui largement soutenu par les milieux politiques ou spécialisés, ainsi que par les responsables des cantons, des communes ou de la Confédération. En toute logique, le modèle des quatre piliers aurait dû être inscrit dans la loi depuis longtemps.

L'art. 1 du projet de loi définit les buts de la politique en matière de drogue. Il s'agit notamment d'en améliorer l'efficacité et l'efficience en privilégiant une interaction cohérente et coordonnée de l'ensemble des mesures et des parties prenantes. L'abstinence est mentionnée à cet égard comme l'un des buts visés. L'art. 1a énumère explicitement les quatre piliers. Pour atteindre ces objectifs, la Confédération

<sup>19</sup> Cf. à ce propos le message du 19 juin 1995 concernant les initiatives populaires «Jeunesse sans drogue» et «Pour une politique raisonnable en matière de drogue», FF 1995 III 1181 ss, ch. 1 «Drogue: situation en Suisse et sur le plan international».

<sup>20</sup> Cf. le rapport sur le traitement avec prescription d'héroïne en 2004 adressé par l'Office fédéral de la santé publique au Conseil fédéral, OFSP, août 2005.

et les cantons prévoient des mesures dans les domaines afférents aux quatre piliers. Lesdites mesures sont applicables indépendamment du produit; autrement dit, elles visent non seulement les stupéfiants illégaux, mais aussi toutes les substances engendrant la dépendance. Cette disposition s'inscrit dans la volonté de poursuivre une politique globale en matière de dépendance.

### **2.3.2 Protection de la jeunesse et prévention**

La protection de la jeunesse et le renforcement de la prévention figurent parmi les buts principaux de la LStup révisée (art. 1a, al. 2). Ces objectifs se retrouvent également en divers endroits de la loi. Les différences à ce sujet par rapport à la LStup en vigueur sont les suivantes:

*Autorisation de signaler les cas de troubles liés à l'addiction:* l'actuel art. 15 LStup, qui prévoit déjà l'autorisation de signaler les cas d'abus de stupéfiants, est étendu et renforcé. L'art. 3c de la loi révisée élargit le cercle des personnes et des instances habilitées à annoncer les cas, et la notion d'abus de stupéfiants a été remplacée par celle de troubles liés à l'addiction. En outre, cet article insiste sur l'importance particulière des annonces lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes.

*Qualification de cas grave lors de la remise à titre professionnel de stupéfiants dans le périmètre immédiat des lieux de formation:* dans l'art. 19, al. 2, let. d, de la LStup révisée, celui qui, à titre professionnel, propose, cède ou permet d'une quelconque façon à des tiers d'avoir accès à des stupéfiants dans les lieux de formation ou dans leur périmètre immédiat, est passible d'une peine pour cas qualifié de grave.

*Augmentation de la peine en cas de remise de stupéfiants à des adolescents:* la peine prévue en cas de remise de stupéfiants à des adolescents doit être durcie (peine privative de liberté *et* peine pécuniaire, au lieu de peine privative de liberté *ou* peine pécuniaire, comme le prévoit actuellement l'art. 136 du code pénal suisse).

### **2.3.3 Assise légale définitive pour le traitement avec prescription d'héroïne**

Le 21 octobre 1992, le Conseil fédéral adoptait l'ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes (ordonnance dite PROVE). En 1994, les essais scientifiques de prescription médicale d'héroïne étaient lancés dans un cadre médico-thérapeutique visant la stabilisation psychosociale. Ils ont duré jusqu'au 31 décembre 1998. Les résultats des essais ont démontré sans équivoque que la prescription médicale d'héroïne complète judicieusement les autres possibilités de traitement pour un groupe cible, relativement restreint et clairement défini, de personnes dont la dépendance est ancienne et chronique, qui ont fait, sans succès, plusieurs tentatives de désintoxication et dont les déficits sanitaires et sociaux sont importants.

Au vu de ces résultats positifs, il a été décidé de mentionner les traitements avec prescription d'héroïne dans la loi sur les stupéfiants par un arrêté fédéral temporaire, sans attendre la révision ordinaire de la LStup. Le 9 octobre 1998, le Parlement déclarait par conséquent urgent l'arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne et le mettait en vigueur. Le référendum a été demandé, et l'arrêté fédéral a

été approuvé en votation populaire en juin 1999. L'arrêté fédéral était applicable jusqu'à fin 2004, mais au plus tard jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision de la LStup. Il a dû être prolongé de cinq ans à la suite du rejet du projet de révision par le Conseil national. Les dispositions en vigueur selon l'art. 8, al. 6 à 8, LStup sont ainsi valables jusqu'au 31 décembre 2009.

L'utilité du traitement avec prescription d'héroïne est largement admise; désormais, cette mesure doit être introduite définitivement dans la loi en tant que thérapie. Le 26 septembre 2004, les habitants de la ville de Zurich ont accepté la poursuite illimitée dans le temps des traitements avec prescription d'héroïne à 75 % des voix.

### **2.3.4 Renforcement du rôle de la Confédération**

La Confédération voit son rôle renforcé dans le domaine de la coordination et du soutien des mesures liées aux quatre piliers prises par les cantons; elle doit aussi pouvoir elle-même prendre des mesures. La section 4, art. 3i à 3l, de la loi révisée consacre le rôle moteur de la Confédération dans la politique en matière de drogue et de dépendance dans les domaines de la coordination de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques, de la fixation des standards de formation et de perfectionnement des spécialistes et de la définition de la qualité des mesures d'assistance.

Le renforcement du rôle de la Confédération poursuit un objectif double: il s'agit, d'uniformiser la qualité des mesures, d'une part, et de conférer à la Confédération le pouvoir d'intervenir en présence de lacunes, d'autre part. A titre d'exemple, la Confédération doit être habilitée à apporter son soutien si elle constate des inégalités cantonales en matière de détection précoce dans le cadre du signalement des troubles liés à l'addiction.

### **2.3.5 Utilisation du cannabis à des fins médicales**

Se fondant sur les auditions menés par la sous-commission «Drogues» sur l'usage médical du cannabis, de même que sur des recherches récentes, la CSSS-CN a décidé de proposer l'assouplissement des dispositions relatives à l'utilisation de cannabis à des fins médicales. En vertu de la LStup en vigueur (art. 8, al. 1 et 5), l'usage médical de cannabis tiré de la plante – sauf lorsqu'il est utilisé à des fins scientifiques au sens strict du terme – n'est pas possible. Ces dispositions doivent être modifiées. Ainsi, la commission propose de rendre possible l'application médicale limitée de stupéfiants à effet de type cannabique sur autorisation exceptionnelle de l'Office fédéral de la santé publique. Parallèlement, la substance doit pouvoir être soumise au régime de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (ISPT) applicable aux médicaments dès le moment où le stupéfiant correspondant est introduit en tant que principe actif dans un médicament autorisé par l'ISPT. Les médecins pourraient ensuite prescrire le médicament en question pour les indications autorisées.

### **2.3.6 Evaluation**

Aux termes de l’art. 170 de la Constitution fédérale, l’efficacité des mesures prises par la Confédération doit faire l’objet d’une évaluation. Aussi convient-il de contrôler en permanence les mesures liées à la prévention, la thérapie et la réduction des risques. En outre, une évaluation limitée dans le temps doit permettre de mettre en lumière les effets de la révision de la loi et des révisions futures.

## **2.4 Minorité pour la non-entrée en matière**

*Minorité (Bortoluzzi, Borer, Parmelin, Scherer, Stahl)*

*Non-entrée en matière*

Une minorité de la commission propose de ne pas entrer en matière sur le projet. De son point de vue, inscrire le principe des quatre piliers dans la loi irait dans la mauvaise direction. Le fait que les consommateurs de cannabis et de cocaïne soient toujours plus jeunes montre bien que les outils mis en place dans le cadre de la politique en matière de drogue ont raté leur cible, à savoir une stabilisation du phénomène. On assiste au contraire à une sérieuse aggravation du problème, masquée par la politique en vigueur dans ce domaine. Citons pour exemple l’échec de la prescription d’héroïne. Il vaudrait mieux réprimer plus sévèrement la consommation illégale de drogue et avoir pour objectif une politique axée sur la désaccoutumance.

## **3 Commentaire article par article**

### **3.1 Articulation de la loi**

La structure générale de la LStup est conservée. Les chapitres de la LStup sont réorganisés et en partie pourvus d’un nouveau titre. Les nouvelles dispositions figurent aux art. 1 et 1a ainsi qu’au chap. 1a, qui définit les trois piliers (prévention, thérapie et réduction des risques) ainsi que les mesures de coordination, de recherche, de formation et d’assurance qualité. Les réglementations de détail concernant les tâches d’application de la Confédération et des cantons sont réunies au chap. 5. Le chapitre intitulé «Office central» est supprimé et intégré dans la nouvelle section «Tâches de la Confédération».

#### **3.1.1 But et objet (art. 1) (nouveau)**

Jusqu’à présent, la LStup ne comportait aucun article définissant ses buts généraux. Bien qu’il ne s’agisse pas là d’une nécessité juridique, il apparaît judicieux de formuler les buts poursuivis par la LStup dans un article liminaire. Ces buts, d’importance égale, doivent être conciliés dans toute la mesure du possible.

L’article sur les buts traduit l’approche globale qui préside à la nouvelle LStup en matière de santé individuelle et de santé publique. Il faut prévenir autant que possible la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes et poser l’abstinence comme principe de base dans le but visé à l’al. 1. Cette approche est également centrée sur les troubles liés à l’addiction qui non seulement représentent une menace

pour la santé de l'individu, mais aussi peuvent avoir des conséquences pour la société (santé publique, ordre public et sécurité, économie). Cette approche globale clarifie l'interprétation et est à la base même du principe des quatre piliers et de la politique suisse en matière de drogue. Une étude comparative<sup>21</sup>, menée sur une palette de 19 pays, au sujet des interventions nationales en matière d'abus de substances et de dépendances montre que l'approche globale est caractéristique des politiques mises en place dans ces pays.

*L'al. 1* exprime les buts généraux et les idées-force du projet de loi: prévenir la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes en favorisant l'abstinence (let. a), protection contre les conséquences négatives aux plans sanitaire et social des troubles psychiques et comportementaux liés à l'addiction (let. b), maintien de l'ordre public et de la sécurité, lutte contre les actes criminels (let. c).

La notion d'abstinence a en premier lieu pour but dans ce contexte de prévenir une première consommation de stupéfiants et de substances psychotropes. De même, les mesures entrant dans le cadre de la thérapie et de la réduction des risques doivent viser à permettre une vie sans drogue (voir également à ce sujet l'art. 3d, al. 2).

Le présent projet de révision renonce à une définition générale de la notion de substances engendrant la dépendance; par contre, elle introduit le terme de «troubles liés à l'addiction» en particulier pour ce qui relève des trois piliers (prévention, thérapie et réduction des risques) mais également des mesures à prendre en matière de coordination, de recherche, de formation et d'assurance qualité (cf. chap. 1a LStup). Cette notion est issue de la Classification internationale des maladies (CIM-10), établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>22</sup> de l'ONU. La CIM est devenue la référence internationale en matière de diagnostic. Cette classification est utilisée dans de nombreux domaines relevant de l'épidémiologie ainsi que pour de nombreuses tâches administratives. On citera notamment les analyses de l'état de santé de certaines catégories de la population, la surveillance de l'incidence et de la prévalence<sup>23</sup> de certaines maladies et d'autres problèmes sanitaires en rapport avec d'autres variables telles que les caractéristiques ou l'environnement des personnes concernées. Ainsi, la définition de la dépendance grave, critère d'admission des patients à la prescription médicale d'héroïne, est en fait déjà reprise de la CIM-10<sup>24</sup>.

On renonce sciemment dans ce domaine à la notion de maladie, étant donné que les troubles liés à l'addiction donnent lieu à de multiples tableaux cliniques se rapportant à l'usage de substances engendrant la dépendance. Ces troubles peuvent se développer quelle que soit la substance, son statut juridique et la facilité avec laquelle on peut s'en procurer, qu'elle soit médicalement prescrite ou non et qu'il y ait polyconsommation ou non.

<sup>21</sup> «Les interventions publiques nationales en matière d'abus de substances et de dépendances: une revue internationale», Frank Zobel, Tatjana Ramstein, Sophie Arnaud, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, mars 2004.

<sup>22</sup> L'édition originale anglaise a été publiée en 1993 par l'OMS sous le titre «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision», Genève, OMS, vol. 2, 1993.

<sup>23</sup> *Prévalence*: nombre de personnes atteintes d'une certaine maladie à un moment précis et dans une population donnée. *Incidence*: nombre de nouveaux cas relatifs à une maladie précise qui sont apparus dans une population sur une période donnée.

<sup>24</sup> L'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (RS 812.121.6) définit à l'art. 2, al. 3, la notion de personne gravement dépendante sur la base de la CIM-10.

*L'al. 2* définit les mesures visant à atteindre les buts fixés à l'al. 1. La lutte contre les conséquences des troubles liés à l'addiction a désormais une valeur égale au contrôle des stupéfiants, des précurseurs et des adjuvants chimiques. Dans les cas où les conséquences des troubles liés à l'addiction ne peuvent être évitées, il faut les traiter.

### **3.1.2 Modèle des quatre piliers (art. 1a) (nouveau)**

*Al. 1:* la loi définit ici le modèle des quatre piliers, à la base de la stratégie nationale visant à réduire les problèmes liés à la drogue en Suisse. Ces quatre piliers sont la prévention, la thérapie et les mesures de réinsertion, la réduction des risques et l'aide à la survie, ainsi que la répression et le contrôle. Le chap. 1a comprend les dispositions relatives à chacun de ces piliers, sauf le contrôle et la répression qui sont réglés comme jusqu'à présent aux chap. 3 et 4. En ce qui concerne la répression, de nombreux domaines sont réglementés dans d'autres lois, p. ex. dans la loi fédérale du 7 octobre 1994 sur les offices centraux de police criminelle, qui autorise la Confédération à gérer un office central de lutte contre le crime organisé, ou dans le code pénal (dispositions pénales sur le blanchiment d'argent et le crime organisé).

*Al. 2:* cette disposition indique l'importance accordée par la LStup à la protection générale de la santé, de la jeunesse ainsi qu'à la prévention.

### **3.1.3 Lien avec la loi sur les produits thérapeutiques (art. 1b) (nouveau)**

Cette disposition correspond à l'art. 2, al. 1<sup>bis</sup>, LStup, actuel<sup>25</sup>.

### **3.1.4 Définitions (art. 2)**

La plupart des dispositions figurant à l'art. 2 de la loi en vigueur ont été abrogées ou reprises dans les tâches de la Confédération et des cantons. Ces derniers demeurent compétents pour le contrôle des stupéfiants auprès des professionnels de la santé, des établissements hospitaliers et des autres institutions sanitaires. Le contrôle des stupéfiants au niveau fédéral est en grande partie assuré par l'Institut suisse des produits thérapeutiques.

Ces définitions reprennent en substance les art. 1 et 3 de la loi en vigueur, mais sont toutefois mieux structurées et plus compréhensibles. Comme dans la loi en vigueur, elles s'appuient sur la terminologie des conventions internationales.

*Al. 1, let. a:* ce principe correspond à l'art. 1, al. 1, de la loi en vigueur. Le chanvre (obtenu naturellement) est considéré comme stupéfiant, conformément à la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants<sup>26</sup>.

*Al. 1, let. b:* ce principe correspond à l'art. 1, al. 3, de la loi en vigueur et définit les substances psychotropes.

<sup>25</sup> cf. Message concernant une loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux, FF 1999 3151, ch. 22.11.04.

<sup>26</sup> RS 0.812.121.0 (art. 1, al. 1, let. b et j, en liaison avec le tableau I).

*Al. 1, let. c et d:* les notions de substances et de préparations sont désormais aussi définies dans la loi et constituent le cadre légal pour l'établissement des listes de stupéfiants, de psychotropes et de précurseurs.

Un stupéfiant prêt à l'emploi est un produit pouvant être utilisé de suite, sous une forme ou une autre, constitué d'un mélange de substances ou d'une solution englobant une ou plusieurs substances.

*Al. 1, let. e et f:* la définition des précurseurs, formulée jusqu'à présent à l'art. 3 de l'ordonnance sur les précurseurs<sup>27</sup>, figure désormais dans la loi. Cette dernière intègre également une définition des adjuvants chimiques. Ces produits, qui peuvent être des réactifs ou des solvants p. ex., sont utilisés dans la fabrication de stupéfiants et de substances psychotropes.

*L'al. 1<sup>bis</sup>* peut être abrogé, l'article ayant été déplacé et correspondant à présent à l'art. 1b.

### **3.1.5 Liste (art. 2a)**

Jusqu'à présent, la liste des matières premières et produits était établie par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, étant donné qu'on voulait pouvoir réagir rapidement à l'apparition de toute nouvelle substance. Désormais, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est chargé de consigner dans une ordonnance les listes des stupéfiants, des psychotropes, des précurseurs et des adjuvants chimiques. Ce transfert de compétence se justifie dans la mesure où l'inscription d'une substance dans une telle liste entraîne des conséquences importantes et où une telle décision doit désormais être légitimée au niveau départemental. La rapidité des réactions législatives n'en souffrira pas, étant donné que le DFI suit en principe les recommandations des organisations internationales compétentes.

De surcroît, la LPT attribue, dans le domaine des stupéfiants, des tâches légales aussi bien à l'Office fédéral de la santé publique qu'à l'Institut suisse des produits thérapeutiques. Il est donc judicieux que le DFI joue le rôle d'autorité de surveillance commune pour les deux organisations, en définissant lesdites listes et l'ampleur de l'intervention étatique selon les stupéfiants.

### **3.1.6 Règles applicables aux substances psychotropes (art. 2b) (nouveau)**

Les substances psychotropes sont assimilées aux stupéfiants comme dans la législation actuelle, notamment en ce qui concerne les dispositions pénales. L'art. 19 s'applique p. ex. aussi à celui qui vend des substances psychotropes sans y être autorisé. Les conséquences pénales dépendent de la classification de la substance psychotrope concernée dans les listes correspondantes du Département fédéral de l'intérieur<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Ordonnance sur les précurseurs et autres produits chimiques utilisés pour la fabrication de stupéfiants et de substances psychotropes (ordonnance sur les précurseurs, OPrec; RS 812.121.3).

<sup>28</sup> Cf. ATF 124 IV 286 ss, en particulier le considérant 1.

### **3.1.7 Précurseurs et adjuvants chimiques (art. 3)**

*Al. 1:* mis à part la première et la deuxième phrases, qui ont été abrégées puisque les précurseurs et les adjuvants chimiques sont déjà définis à l'art. 2, al. 1, let. e et f, cet alinéa demeure inchangé.

*Al. 3:* cet alinéa est abrogé puisque l'établissement d'une liste de précurseurs est déjà délégué au département conformément à l'art. 2a.

### **3.1.8 Laboratoire de référence (art. 3a)**

Cet article a été déplacé et englobé dans l'art. 29c, al. 1.

### **3.1.9 Chapitre 1a (nouveau) Prévention, thérapie et réduction des risques**

#### **3.1.9.1 Section 1 Prévention (art. 3b)**

##### **3.1.9.1.1 Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (art. 3b)**

Jusqu'à présent, la prévention consistait seulement à empêcher la première consommation de stupéfiants. Aujourd'hui, cette notion s'étend également à la prévention des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de drogue, intégrant également les proches et l'environnement du sujet touché. La prévention classique est ainsi complétée par des stratégies de promotion de la santé. Au lieu de se limiter aux risques, ces stratégies visent à mettre en valeur les potentialités et les ressources du sujet (estime de soi, réseau de relations, intérêts, compétences sociales notamment). Les interventions se situent donc au niveau de l'environnement dans lequel évolue le sujet, à savoir l'école, la place de travail, la commune de domicile, la famille ou le quartier urbain. En ce qui concerne le sujet, les facteurs de protection essentiels sont la sociabilité, la confiance en soi, le contrôle des pulsions ou la gestion de la pression de groupe.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un ensemble complexe d'éléments biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et économiques, mettant l'accent sur la compétence de chacun à réguler sa santé et son bien-être. La promotion de la santé et la prévention visent à développer cette compétence.

Les spécialistes de la prévention orientent leur action toujours plus d'après le triangle «individu – environnement – drogue» et non d'après les différentes substances. L'OMS et les spécialistes recommandent de considérer la consommation de drogue comme un comportement à risque et non comme un problème déjà pathologique. On distingue trois niveaux selon leur intensité: la consommation, l'abus ou usage nocif et la dépendance (*use, abuse et dependency*). Cette distinction est utile pour la prévention.

Si la prévention devait se limiter exclusivement à éviter les premiers contacts avec la drogue, elle laisserait pour compte de nombreux jeunes. En effet, les jeunes ont tendance à être toujours plus nombreux à consommer des substances engendrant la

dépendance, notamment l'alcool, le tabac et le cannabis. Cette tendance n'est pas près de s'inverser.

La prévention poursuit trois objectifs:

- dissuader les individus, avant tout les enfants et les adolescents, de consommer des substances engendrant la dépendance;
- éviter les problèmes et les effets négatifs de cette consommation tant pour l'individu que pour la collectivité;
- empêcher l'évolution dangereuse de cette consommation vers l'abus et la dépendance.

*Al. 1:* cet alinéa reprend en substance l'ancien art. 15a, al. 1. Pour les raisons signalées plus haut, la notion d'abus de stupéfiants a été élargie aux troubles liés à l'addiction. Cette disposition s'adresse à tous, donc également aux adultes et vise à réduire toute dépendance et tout abus dans ce domaine. La prévention doit néanmoins tenir compte davantage des besoins spécifiques des jeunes, conformément au nouvel art. 1a, al. 2, LStup. La priorité de la prévention se situe donc auprès des enfants et des adolescents; elle consistera essentiellement à renforcer les compétences sociales, à améliorer l'intégration sociale, à accroître le niveau de qualification scolaire et professionnel et à sensibiliser l'individu à sa santé, s'inscrivant ainsi dans le droit fil de l'approche globale poursuivie en matière de politique de la santé. Des mesures spécifiques à chaque substance, visant en particulier une information objective, viennent compléter ce dispositif.

Cet alinéa donne aux cantons un mandat d'information et de conseil. Les mesures à prendre en milieu institutionnel (écoles, centres de loisirs, foyers d'éducation, etc.) incombent en premier lieu aux cantons et aux communes.

La Confédération assure la mise en réseau et les échanges d'expériences entre les offres (p. ex. via les programmes «éducation + santé – Réseau suisse» et supra-f, prévention des dépendances et recherche), coordonne les stratégies et met en œuvre des mesures à l'échelle nationale (cf. commentaire portant sur l'art. 3i).

Les cantons sont tenus, comme dans la LStup en vigueur, de créer les institutions et conditions cadre nécessaires à la mise en œuvre des mesures de prévention. Ils peuvent également soutenir des institutions privées qui répondent aux critères de qualité requis. Ce principe se réfère aux recommandations relatives à l'assurance qualité mentionnées dans l'art. 3i (cf. explications relatives à cet article).

*Al. 2:* depuis 1991, la Confédération n'a pas seulement soutenu activement la prévention générale des dépendances; elle a aussi plusieurs fois lancé des programmes de prévention, démontrant concrètement ce qu'elle peut entreprendre en termes d'information et de sensibilisation à l'échelle nationale. Désormais, les initiatives de la Confédération bénéficieront d'une meilleure assise légale.

### **3.1.9.1.2 Compétence en matière d'annonce (art. 3e)**

Cet article reprend en substance l'art. 15 de la loi en vigueur. La possibilité d'annoncer les cas de troubles liés à l'addiction doit permettre le signalement précoce des personnes déjà victimes ou menacées de tels troubles. Cette disposition permet de prendre les mesures éventuellement nécessaires dès le début de la

consommation de substances engendrant la dépendance, avant même d'être en présence d'une dépendance avérée<sup>29</sup>. L'autorisation d'annoncer les troubles liés à l'addiction est donc un instrument de prévention. La disposition actuelle existe déjà depuis 1975; jusqu'ici, elle permettait uniquement aux autorités publiques (p.ex. autorités de poursuite pénale), aux médecins et aux pharmaciens d'annoncer aux organes d'assistance les abus de stupéfiants entraînant un risque considérable pour les patients. Cette réglementation est élargie à un double titre:

- non seulement les autorités publiques et les professionnels de la santé (médecins et pharmaciens), mais aussi les professionnels de l'éducation (p. ex. enseignants, psychologues scolaires, assistants sociaux travaillant en milieu scolaire), du social (p. ex. assistants sociaux), de la justice (p. ex. tribunaux et chambres de mineurs) et de la police pourront désormais annoncer les cas graves aux organes d'assistance, sans entrer pour autant en conflit avec leur secret professionnel ou avec la législation sur la protection des données. Cet élargissement se justifie dans la mesure où les personnes particulièrement exposées attirent l'attention de ces professionnels bien avant que les autorités publiques, les médecins et les pharmaciens ne se rendent compte de leur situation. Actuellement, on intervient souvent trop tard. En particulier dans le cas des adolescents, on intervient souvent lorsqu'ils sont déjà socialement marginalisés, voire déjà en infraction avec la loi (LStup, LCR, etc.). Le seuil d'intervention doit être plus bas pour les jeunes que pour les adultes. Une situation à risque doit être plus rapidement considérée comme grave lorsqu'il s'agit d'adolescents.
- Le signalement ne doit pas seulement porter sur les abus de stupéfiants, mais sur tous les cas graves de personnes exposées à la dépendance. Sont réputés graves les cas répondant aux trois conditions stipulées à l'art. 3c (troubles liés à l'addiction ou risques de troubles; danger considérable pour la personne concernée, pour ses proches ou pour la collectivité; nécessité de prendre des mesures de protection de l'avis du professionnel). Ces trois conditions doivent être remplies simultanément pour que l'annonce soit autorisée.

L'autorisation d'annoncer les cas graves est indépendante de l'obligation de dénoncer par le droit pénal. Elle vise à établir une collaboration directe entre ces groupes professionnels et les institutions de traitement ou services d'aide sociale compétents. La collaboration existant déjà actuellement entre les services sociaux, la police et les autorités pénales – p. ex. à Bâle et à Zurich, où des assistants sociaux font partie des patrouilles de police – est ainsi confortée grâce à une meilleure assise légale.

*Al. 1:* cet alinéa instaure le principe de l'autorisation d'annoncer et constitue la base légale en vertu de laquelle les données personnelles peuvent être transmises aux institutions de traitement ou aux services d'aide sociale compétents. Cette autorisation ne doit pas déboucher sur une pratique de dénonciation. Elle est donc liée à des conditions strictes: seuls des professionnels en relation immédiate avec la personne concernée dans le cadre de leur activité professionnelle sont autorisés à annoncer ce cas. Ils doivent privilégier le bien de la personne; en outre, le cas annoncé doit réellement nécessiter un diagnostic ou une mesure d'ordre pédagogique ou thérapeutique. Dès réception d'une annonce, les institutions de traitement ou services d'aide

<sup>29</sup> Message du 9 mai 1973 du Conseil fédéral concernant une modification de la loi fédérale sur les stupéfiants (FF 1973 I 1318).

sociale compétents peuvent évaluer de manière professionnelle si une mesure doit être prise et, le cas échéant, laquelle est la plus judicieuse.

*Al. 2:* cet alinéa stipule que les autorités publiques et les professionnels qui annoncent un cas précisé à l'al. 1 doivent informer les représentants légaux (à savoir, dans la majorité des cas, les parents) lorsque la personne concernée a moins de 18 ans. Le code civil<sup>30</sup> ne prévoyant pas l'obligation de prévenir des tiers, il a fallu insérer cette disposition dans la LStup pour garantir que les parents soient mis au courant lorsque les autorités publiques ou des professionnels signalent leur enfant aux organes d'assistance.

Ce n'est que s'il faut protéger la personnalité de l'enfant, p. ex. en raison de son état de santé ou si l'on craint une réaction violente des parents ou des représentants légaux, que l'on pourra renoncer à informer ceux-ci.

*Al. 3:* cet alinéa garantit que les cantons se dotent d'institutions de traitement ou de services d'aide sociale disposant des qualifications professionnelles requises.

*Al. 4:* cet alinéa correspond à l'art. 15, al. 2, de la loi en vigueur et soumet toutes les institutions de traitement et tous les services d'aide sociale (et pas uniquement les autorités comme dans l'art. 15, al. 2, de la loi en vigueur) au secret de fonction et au secret professionnel. Ces organismes ne peuvent donc transmettre ces données à des tiers.

*Al. 5:* cet alinéa correspond à l'art. 15, al. 3, de la loi en vigueur. L'éventuelle obligation cantonale de dénoncer les infractions est désormais suspendue pour tous les professionnels visés à l'al. 1.

## **3.1.9.2                      Section 2            Thérapie et réinsertion**

### **3.1.9.2.1                    Prise en charge et traitement (art. 3d)**

La thérapie a pour objectif la sortie de la dépendance (abstinence), la promotion de la santé physique et psychique et l'intégration sociale des personnes dépendantes. Il s'agit de développer le choix de thérapies afin de pouvoir toucher autant de toxicomanes que possible. Par thérapie, on entend les mesures suivantes:

*Thérapies résidentielles:* ces thérapies sont effectuées dans des centres de sevrage, des institutions de transition et dans le cadre de programmes de réinsertion. Une partie des institutions thérapeutiques offrent des programmes de traitement durant au moins douze mois. Les institutions de transition offrent des thérapies allant de un à six mois. Ces thérapies servent à stabiliser le sevrage physique et à préparer la réinsertion.

*Traitements et encadrements ambulatoires:* il s'agit de services d'assistance ambulatoire s'occupant de la prise en charge de toxicomanes. Les unes sont spécialisées dans le domaine des stupéfiants, les autres se consacrent à toute la gamme des problèmes de dépendance. Ces institutions aident les sujets à trouver un traitement résidentiel et peuvent aussi assumer des traitements de suivi.

*Traitements de substitution (cf. ch. suivant également):* les personnes dépendantes doivent aussi pouvoir bénéficier d'un traitement médicamenteux leur permettant de réduire la consommation illégale de stupéfiants et d'éviter la propagation du VIH, des hépatites et d'autres infections. Concrètement, il s'agit avant tout de traitements avec prescription de méthadone ou d'héroïne. Les traitements avec méthadone peuvent être prodigués aussi bien dans des institutions résidentielles que dans le cadre de traitements ambulatoires. La prescription médicale d'héroïne est réservée aux toxicomanes gravement atteints et n'est offerte que par des services appropriés.

*Mesures de réinsertion:* la réintégration sociale et professionnelle des personnes atteintes de troubles liés à l'addiction comprend des traitements psychosociaux ou médicaux, voire des mesures d'assistance.

Les thérapies et les mesures de réinsertion sont conçues en fonction de publics cible différents (p. ex. les jeunes ou les femmes). Les objectifs de traitement doivent être fixés de manière réaliste par rapport aux possibilités des sujets concernés. En conséquence, la thérapie et la réinsertion doivent également se fonder sur le phénomène de dépendance dans son ensemble, et non sur la dépendance à l'égard d'une substance en particulier. C'est également le seul moyen de maîtriser le problème des mélanges de drogues et de la polytoxicomanie.

En Suisse, il existe déjà une offre assez développée en matière de traitements résidentiels et de traitements ambulatoires. Il faut que cette offre corresponde à la demande, en ne prenant pas seulement en compte les aspects liés à la dépendance, mais aussi ceux qui ont trait à la marginalisation sociale, à la situation du logement, au chômage, à l'endettement et aux compétences sociales.

*Al. 1:* cet alinéa reprend pour l'essentiel l'actuel art. 15a, al. 2. Si les cantons ont l'obligation de créer les institutions nécessaires à la prise en charge des personnes présentant des troubles liés à l'addiction et à l'aide à la réinsertion professionnelle et sociale, ils ont aussi la possibilité de soutenir des institutions privées qui répondent aux critères de qualité requis, comme pour la prévention (cf. art. 3b).

*Al. 2:* cet alinéa souligne une fois de plus que le but poursuivi par les thérapies et les mesures de réinsertion est d'améliorer l'état physique et mental ainsi que l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles liés à l'addiction et de les encourager ainsi sur la voie de l'abstinence.

*Al. 3:* la responsabilité des thérapies et des mesures de réinsertion incombe aux cantons, qui statuent donc également sur leur financement. Le Conseil fédéral doit toutefois avoir la possibilité d'intervenir, et pas uniquement comme coordinateur au niveau des exigences de qualité auxquelles les thérapies et les mesures de réinsertion doivent répondre. Il doit pouvoir aussi, après audition des cantons, formuler des recommandations à propos du financement de ces thérapies, compte tenu des diverses sources de financement, y compris les assurances sociales.

Compte tenu de la répartition des compétences, la Confédération peut ainsi veiller activement à la répartition équitable des coûts entre cantons.

*Minorité (Teuscher, Fasel)*

*Art. 3d, al. 3*

Le financement des thérapies de la dépendance et des mesures de réinsertion doit être harmonisé à l'échelle nationale. De simples recommandations de la Confédération ne suffisent pas: il faut des prescriptions impératives.

### 3.1.9.2.2 Traitement au moyen de stupéfiants (art. 3e)

Tout traitement a pour but, à terme de rendre le sujet abstinente. Ce but vaut aussi pour les thérapies de substitution.

La prescription et la remise de stupéfiants doivent respecter les règles reconnues des sciences médicales et pharmaceutiques, sous peine d'être punissables en vertu de l'art. 20, al. 1, let. d, du projet. C'est valable non seulement pour les thérapies de substitution, mais pour toutes les prescriptions médicales de stupéfiants, même dans le traitement d'autres maladies. Les dispositions de la loi sur les produits thérapeutiques s'appliquent par ailleurs.

Lorsqu'elle est destinée au traitement de personnes dépendantes, la prescription médicale de stupéfiants est toutefois soumise à un régime particulier d'autorisation, qui constitue l'objet du présent article. Ce régime s'applique à toutes les thérapies de substitution recourant à des agonistes opiacés, c'est-à-dire essentiellement à la prescription médicale de méthadone, de buprénorphine et d'héroïne.

*Al. 1:* cet alinéa correspond à l'art. 15a, al. 5, de la loi en vigueur.

*Al. 2:* selon les expériences faites en matière de prescription médicale, l'engagement accru de la Confédération pour certains traitements de substitution a, de manière générale, produit des effets positifs dans de nombreux domaines. La majorité des médecins cantonaux appellent la Confédération à fournir un effort supplémentaire dans le domaine des thérapies de substitution, en particulier sur le plan de l'évaluation et de la recherche de nouveaux produits de substitution<sup>31</sup> concernant la remise de méthadone). La recherche de nouvelles substances et l'évaluation des traitements requièrent une uniformisation minimale des conditions cadres. Il faut dès lors donner au Conseil fédéral la compétence, si nécessaire après audition des cantons, de définir ces conditions cadres par voie d'ordonnance.

*Al. 3:* Compte tenu de l'importance politique de cette mesure, les conditions cadre et les critères d'admission à la prescription médicale d'héroïne continuent d'être fixés par le Conseil fédéral. L'ordonnance correspondante tient compte d'une part des résultats des essais réalisés dans le domaine de la prescription médicale de stupéfiants et, d'autre part, des résultats obtenus dans le cadre de l'arrêté fédéral du 9 octobre 1998 sur la prescription médicale d'héroïne. Par rapport à l'arrêté fédéral et à ladite ordonnance, les dispositions relatives à l'octroi de l'autorisation aux institutions et aux patients demeureront inchangées.

La prescription médicale d'héroïne a pour objectif d'assurer l'intégration thérapeutique et sociale du sujet, d'améliorer sa santé physique et psychique, de réduire le risque d'infection et de transmission du VIH et des hépatites, ainsi que de créer des conditions permettant la désaccoutumance durable aux opiacés.

La prescription médicale d'héroïne restera, comme c'est le cas selon l'arrêté fédéral en vigueur, une thérapie pour les personnes dépendantes gravement atteintes qui

- ont au moins 18 ans;
- sont héroïnomanes depuis au moins deux ans;

<sup>31</sup> Cf. rapport sur la méthadone (3<sup>e</sup> édition) de la Commission fédérale des stupéfiants, groupe de travail «Méthadone» de la sous-commission «Drogue», OFSP, décembre 1995; p. 36 s.

- ont effectué au moins deux tentatives de traitement en suivant une thérapie reconnue résidentielle ou ambulatoire, ou dont l'état de santé ne permet aucune autre forme de traitement;
- présentent des déficits médicaux, psychologiques ou sociaux imputables à la consommation de drogues.

Ces critères seront définis non plus dans la loi, mais dans l'ordonnance fédérale correspondante. Cela permettra plus de flexibilité si l'expérience à long terme ou des connaissances plus développées requièrent une adaptation. Le Conseil fédéral pourra ainsi réagir aux problèmes qui lui sont présentés dans le cadre des rapports annuels sur ces traitements et en tirer les conséquences au niveau législatif. C'est aussi la solution appliquée aux autres programmes de substitution, pour lesquels le Conseil fédéral peut également définir des conditions cadres (y compris les critères d'admission). Les conditions de base sont toutefois énumérées dans la LStup (al. 3, let. a à c), comme cela est le cas actuellement.

La décision d'offrir des traitements avec prescription médicale d'héroïne restera réservée aux cantons, puisque les institutions de traitement dans leur ensemble sont placées sous la responsabilité des cantons.

Afin d'assurer le contrôle qualitatif des traitements avec prescription médicale d'héroïne et le contrôle global des traitements avec héroïne, le Conseil fédéral doit pouvoir édicter des dispositions et contrôler le déroulement des traitements (let. c).

*Minorité (Dunant, Borer, Bortoluzzi, Müri, Reymond, Ruey, Scherer)*

*Art. 3e, al. 3*

La prescription médicale d'héroïne n'a pas atteint son objectif puisque les héroïnomanes concernés restent prisonniers de leur toxicodépendance au lieu d'en sortir. En outre, la consommation de cocaïne et de drogues de synthèse est aujourd'hui beaucoup plus répandue que celle d'héroïne. Par conséquent, il y a lieu d'abolir la prescription médicale d'héroïne.

### **3.1.9.2.3                    Traitement des données (art. 3f)**

Il est indispensable que les autorités et les institutions chargées du traitement des personnes dépendantes soient autorisées, à des fins de contrôle, à traiter des données personnelles générales, et notamment des données sensibles et des profils de personnalité concernant ces personnes. Doivent également être annoncées aux autorités cantonales compétentes, les données personnelles qui leur permettent p. ex. de procéder au contrôle d'un programme de méthadone en cours. La présente disposition s'applique également au traitement des données obtenues dans le cadre du traitement avec prescription d'héroïne. Elle répond ainsi aux exigences en matière de protection des données.

### 3.1.9.3

## Section 3 Réduction des risques et aide à la survie

### 3.1.9.3.1

#### Tâches des cantons (art. 3g)

Dès le milieu des années 80 et au début des années 90, on s'est rendu compte en Suisse que l'aide apportée aux personnes dépendantes ne touchait qu'une petite partie d'entre elles, c'est-à-dire celles qui veulent vraiment sortir de la dépendance. C'était l'époque des scènes ouvertes. De nombreuses personnes dépendantes se trouvaient alors dans un état de délabrement psychique et physique, mais aussi social, sans compter qu'elles étaient de plus en plus souvent contaminées par le VIH. Les décès par overdose atteignirent un niveau alarmant. C'est alors qu'ont vu le jour des institutions dites «à bas seuil» d'accessibilité, ayant pour but de réduire les risques et d'aider les personnes dépendantes à survivre. Ces institutions sont simplement des lieux où les toxicomanes peuvent se rendre librement et sont reçus par des professionnels.

La toxicodépendance représente pour les sujets concernés, le plus souvent jeunes, une période de vie difficile. Pour d'autres, c'est une maladie dont le traitement peut durer des années. Il s'agit donc aussi de réduire les risques et non pas de vouloir exclusivement conduire le toxicomane à l'abstinence.

Les mesures dont il s'agit ici visent en premier lieu à réduire les risques et les conséquences qu'entraîne la dépendance aux niveaux sanitaire et social. Les sujets atteints de troubles liés à l'addiction doivent être encadrés si possible dès le début de la phase de dépendance, de manière à ce que cette phase soit autant que possible écourtée et que les sujets puissent la traverser sans sombrer dans la misère et le désarroi social. Les mesures prises à cet effet augmentent les chances de désaccoutumance ultérieure. Ces mesures englobent aussi bien les appuis médicaux à la réduction des risques (prévention du VIH et des autres infections, centres d'accueil avec ou sans local d'injection, distributeurs de seringues, dispensaires de soins médicaux ambulatoires, prévention du VIH et des hépatites durant l'exécution des peines, etc.) que les appuis sociaux (travail de rue à la recherche des toxicomanes, centres d'accueil à bas seuil, soupes populaires, hébergements d'urgence, accueil de jour, offres de loisirs, programmes d'occupation, etc.).

La LStup en vigueur ne prévoit aucune mesure en matière de réduction des risques et d'aide à la survie.

Pour des motifs de cohérence, ce domaine est réglementé de manière analogue au domaine de la thérapie. A ce propos, il convient de rappeler qu'en vertu de la loi sur les épidémies (LEp), les cantons sont tenus de prendre les mesures nécessaires pour lutter contre les maladies transmissibles (art. 11 de la loi sur les épidémies du 18 décembre 1970<sup>32</sup>). Ils sont donc appelés à intervenir p. ex. dans la prévention du VIH (distribution de seringues stériles). Par analogie avec les dispositions relatives à la prévention et à la thérapie, les cantons peuvent aussi soutenir dans le cadre de la réduction des risques des institutions privées qui répondent aux critères de qualité requis.

*Art. 3g, al. 2 (nouveau)*

Cette disposition charge les employés des institutions précisées dans l'article d'empêcher tout commerce de stupéfiants dans leurs locaux.

### **3.1.9.3.2 Mise en danger de la circulation (art. 3h)**

Cette disposition correspond à l'art. 15a, al. 6, de la loi en vigueur, limité jusqu'à présent à l'obligation d'annoncer les personnes dépendantes des stupéfiants.

Selon le message de 1973<sup>33</sup>, les autorités publiques ont l'obligation d'annoncer les personnes dépendantes à l'autorité cantonale ou fédérale compétente lorsqu'elles représentent un danger pour la circulation publique. Selon le cas, l'autorité compétente peut être fédérale ou cantonale (Office des transports, Office de l'aviation civile, services cantonaux des automobiles). Par ailleurs, la loi sur la circulation routière<sup>34</sup> prévoit à l'art. 14, al. 4, que les médecins peuvent annoncer les patients qui ne sont pas capables de conduire avec sûreté un véhicule automobile en raison de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales ou pour cause de toxicomanie.

Conduire sous l'emprise de drogues est considéré comme une infraction grave entraînant un retrait de permis d'au moins trois mois. En ce qui concerne les substances les plus dangereuses et les plus fréquemment décelées chez les conducteurs, dont le tétrahydrocannabinol (THC), le Conseil fédéral a décrété la tolérance zéro<sup>35</sup>. Si la police constate que la prise de stupéfiants et/ou de médicaments entrave la capacité de conduire d'un usager de la route, elle peut le soumettre à un test rapide. En cas de résultat positif, une prise de sang, un examen médical ainsi qu'une analyse chimique et toxicologique sont ordonnés. S'ils révèlent un taux d'au moins 1,5 microgramme/litre de THC ou de 15 microgrammes/litre d'héroïne, de morphine, de cocaïne et/ou de drogues de synthèse (p. ex. ecstasy), l'intéressé est réputé incapable de conduire.

<sup>33</sup> Cf. Message du 9 mai 1973 concernant la modification de la loi fédérale sur les stupéfiants (FF 1973 I 1303 ss).

<sup>34</sup> RS 741.01

<sup>35</sup> Instaurer la «tolérance zéro» ne signifie pas que l'on renonce à fixer une valeur limite, une mesure étant nécessairement entachée d'incertitude (p. ex. erreurs d'origine technique, facteurs de perturbation dans le sang, dégradation de l'analyte dans le temps, etc.). Sur la base des expériences acquises lors des enquêtes effectuées depuis 1995, on a fixé la marge d'erreur, pour les stupéfiants au sens de l'art. 2, al. 2, de l'ordonnance du 13 novembre 1962 sur les règles de la circulation routière (OCR; RS 741.11, RO 2004 2851), à 30 % de la valeur mesurée. Le résultat obtenu se situe donc avec une probabilité de 95 % dans la plage définie. Ainsi, s'il y a 1,5 microgramme ou plus de THC par litre de sang, il ne fait pas de doute que l'échantillon sanguin de la personne suspectée contient effectivement du THC. Si la valeur de THC mesurée est inférieure à la valeur limite, une condamnation ne saurait reposer uniquement sur l'analyse toxicologique forensique. Une expertise doit être établie, qui s'appuiera sur le modèle aujourd'hui déjà en pratique, dit des trois piliers (observations de la police, résultats de l'analyse médicale, résultats des analyses toxicologiques forensiques). Si l'expert parvient à la conclusion que la personne suspectée n'était pas en état de conduire au moment juridiquement pertinent, malgré une concentration inférieure à la valeur limite, une condamnation est possible.

### 3.1.9.4

## Section 4 Coordination, recherche, formation et assurance qualité

C'est aux cantons qu'il incombe de planifier et de coordonner le travail de prévention en matière de toxicomanie et la lutte contre la drogue. Toutefois, la Confédération continuera, sur la base de l'art. 118 Cst., de soutenir et d'aider les cantons dans la coordination des domaines de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques, dans la fixation de normes de formation et de formation continue des spécialistes et dans la définition de la qualité des mesures d'assistance. Son rôle s'étendra également à la promotion de la recherche scientifique dans le domaine de la dépendance (tendances, causes et résultat des mesures engagées).

### 3.1.9.4.1 Prestations de la Confédération (art. 3i)

*Al. 1:* La Confédération soutient les cantons en coordonnant les mesures cantonales de prévention. Elle veille aux échanges d'informations et à la coopération entre organisations cantonales, communales et privées. Elle assure la diffusion des connaissances scientifiques actuelles, instaure une plate-forme d'échanges et de discussion et émet des recommandations visant à garantir la qualité de l'offre. Cela correspond à l'art. 15c, al. 3, de la loi en vigueur dans la mesure où la Confédération peut continuer d'octroyer des aides financières aux cantons et aux organisations privées pour les activités relevant de l'application de la loi. La base légale au soutien financier apporté par la Confédération est ainsi maintenue, sans introduire néanmoins le principe d'un subventionnement obligatoire. L'idée est de continuer à soutenir financièrement certaines mesures comme cela a été le cas jusqu'à présent.

Dans le secteur des thérapies résidentielles, la Confédération assure déjà une fonction de coordination dans la mesure où elle a procédé à l'analyse de l'offre et a fondé un organe de coordination en collaboration avec les Conférences des directeurs cantonaux des affaires sociales et de la santé publique. La Confédération sera désormais appelée à développer et à consolider ce rôle de manière plus globale, en tenant compte de toutes les offres existant en matière de thérapie et de réintégration. Il est apparu que certains cantons disposaient d'une offre très développée dans certains domaines où d'autres cantons avaient une offre insuffisante. Par ailleurs, des lacunes diverses ont été constatées au niveau de certaines offres spécifiques, notamment pour les jeunes et les femmes. Il s'agit donc d'instaurer, avec le soutien de la Confédération, une meilleure coordination et une meilleure gestion de l'offre et de mettre en place une politique d'information ainsi qu'un contrôle de qualité adéquats.

Dans le secteur de la réduction des risques, l'élimination des lacunes est également une priorité. Ici aussi, la Confédération est appelée à maintenir son rôle de coordination, étant donné les grandes disparités cantonales, notamment en ce qui concerne l'offre de structures «à bas seuil» (p. ex. les centres d'accueil avec locaux d'injection). La Confédération peut par exemple intervenir au niveau de la coordination de l'offre dans le domaine de la réduction des risques et de l'aide à la survie en uniformisant les offres de matériel d'injection (flashbox).

*Al. 2:* la Confédération doit avoir la possibilité de prendre des mesures complémentaires de sa propre initiative ou d'en déléguer la réalisation à des organisations privées. Il faut en effet qu'elle puisse, après avoir pris l'avis des cantons, lancer des projets novateurs en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques ou mettre sur pied des projets pilotes par exemple.

### **3.1.9.4.2 Recherche (art. 3j)**

Cet article concerne l'encouragement de la recherche scientifique et reprend en substance l'art. 15c, al. 1 et 2, de la loi en vigueur. Il garantit l'élaboration des bases scientifiques nécessaires à l'analyse des tendances, des causes et des effets, ainsi qu'à l'évaluation de l'efficacité des mesures prises dans le cadre actuel.

### **3.1.9.4.3 Formation et formation continue (art. 3k)**

Les personnes travaillant dans les structures d'aide aux toxicomanes doivent disposer de la formation requise pour assumer au mieux les tâches qui leur incombent. La formation du personnel spécialisé dans le traitement de personnes dépendantes, inscrite dans la LStup, a grandement contribué au succès de la politique des quatre piliers. Si l'on veut maintenir cet acquis, il est indispensable que la Confédération participe au financement du développement de la formation continue dans le domaine de l'aide aux toxicomanes. Même si les problèmes engendrés par la dépendance occasionnent des charges considérables pour les collectivités publiques, les besoins en matière d'aide aux toxicomanes sont dans l'ensemble minimes par rapport à d'autres domaines relevant de la santé publique. La mise en place de formations spécifiques aux dépendances se révèle donc trop lourde pour les petits cantons. Le soutien de la Confédération permet de créer des synergies et d'assurer, sur tout le territoire, une aide efficace, à moindres frais, aux personnes dépendantes.

La formation postgrade est comprise dans le terme de «formation continue» et n'est donc pas mentionnée dans cet article. La loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle (LFPr)<sup>36</sup> inclut d'ailleurs uniquement les termes de formation et de formation continue.

Les exigences relatives à la formation et à la formation continue évoquées ci-avant sont fixées dans les lois fédérales spécifiques à ce domaine, à savoir la loi sur la formation professionnelle (LFPr)<sup>37</sup>, la loi du 6 octobre 1995 sur les hautes écoles spécialisées (LHES)<sup>38</sup> et la loi du 8 octobre 1999 sur l'aide aux universités (LAU)<sup>39</sup>.

<sup>36</sup> RS 412.10

<sup>37</sup> RS 412.10

<sup>38</sup> RS 414.71

<sup>39</sup> RS 414.20

*Art. 3k*

Dans les domaines de la prévention, de la thérapie et de la réinsertion, ainsi que dans les domaines de la réduction des risques et de l'aide à la survie, les mesures de formation et de perfectionnement incombent aux cantons, d'autant qu'ils possèdent le savoir-faire nécessaire. Il n'y a pas de raison pour que la Confédération s'engage ici pour jouer un rôle incitatif. Confier de nouvelles compétences à la Confédération est donc inutile et de plus va à l'encontre de la nouvelle répartition des tâches cantons-Confédération (RPT).

### **3.1.9.4.4                   Recommandations relatives à l'assurance qualité (art. 3l)**

Vaincre la dépendance ou aider d'autres à s'en libérer constituent des défis de taille. Le personnel des premières structures d'aide, mises sur pied par des particuliers dans la plupart des cas, a fait preuve d'un très grand engagement. Cependant, des normes d'assurance qualité reconnues faisant défaut, la qualité du travail pouvait varier considérablement selon les cas, que ce soit au point de vue de l'efficacité, de l'économicité ou de l'éthique. Grâce au soutien apporté par la Confédération dans le domaine de l'assurance qualité, la Suisse dispose désormais d'un réseau d'aide aux toxicomanes très diversifié, réseau qui a prouvé son efficacité. Si l'on veut préserver cet acquis, il est impératif que la Confédération maintienne son action, ce d'autant plus qu'en période de vaches maigres, le risque de péjoration au niveau qualitatif augmente. Or, une baisse de la qualité dans l'aide apportée aux personnes dépendantes, et donc de son efficacité, entraînerait des coûts considérables pour les collectivités publiques.

### **3.1.10                       Chapitre 2 Fabrication, remise, acquisition et utilisation de stupéfiants**

*Art. 4, al. 1:* la définition des matières premières (art. 2, al. 1, let. c) englobe des substances telles que les plantes ou les champignons. L'expression «en vue d'en extraire des stupéfiants» devient dès lors superflue et peut être biffée.

*Art. 5, al. 1:* le terme de permis est remplacé par celui d'autorisation, qui correspond à l'usage actuel et à la terminologie de l'ordonnance du 29 mai 1996 sur les stupéfiants (OStup)<sup>40</sup>.

*Art. 6, al. 1:* cf. commentaire de l'art. 4, al. 1. En ce qui concerne la culture de plantes en vue d'en tirer des stupéfiants, la restriction aux plantes à alcaloïdes a été biffée, compte tenu de la définition figurant à l'art. 2, al. 1, let. c.

<sup>40</sup> RS 812.121.1

### **3.1.10.1                    Matières premières et produits ayant un effet similaire aux substances et aux préparations (art. 7)**

Conformément à l'art. 2a, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a désormais pour tâche de définir la liste des substances considérées comme stupéfiants, psychotropes ou précurseurs. La même compétence est donc transférée par analogie de l'Institut suisse des produits thérapeutiques au DFI pour les matières premières et produits ayant un effet similaire aux substances et aux préparations. Aux termes de l'al. 2, l'Institut suisse des produits thérapeutiques vérifie si ces matières premières et produits doivent être considérés comme des stupéfiants, des psychotropes ou des précurseurs.

La décision de classer une substance comme telle ou non incombe toutefois au DFI. Tant que cette décision n'a pas été prise, ces matières premières et produits ne peuvent être fabriqués, importés ou exportés, stockés, utilisés ou mis sur le marché qu'avec l'autorisation du DFI.

Nombre de matières premières et de produits nouveaux sur la scène de la drogue, pouvant entraîner la dépendance ou avoir des effets psychotropes ou provoquer des hallucinations ou la perte du sens de la réalité, ne sont pas répertoriés comme stupéfiants (p. ex. la 2,4,6-triméthoxyamphétamine, TMA 6) ou sont difficiles à cataloguer (comme les produits à sniffer). Cette réglementation est donc une mesure d'appoint absolument indispensable si l'on veut empêcher que de nouvelles substances, éventuellement dangereuses, ou médicalement inutilisables, non répertoriées dans les listes internationales de stupéfiants et dont les effets et les conséquences sont encore mal connus, ne parviennent sur le marché suisse de la drogue. Cette mesure concerne les fabricants et les commerçants. Les consommateurs de telles substances ne sont toutefois pas punissables en vertu de l'art. 19a, ch. 1, étant donné qu'il s'agit uniquement de matières premières et de produits ayant des effets similaires aux substances et aux préparations.

### **3.1.10.2                    Stupéfiants interdits (art. 8)**

L'art. 8 réglemente certains stupéfiants et psychotropes dont l'utilité médicale est considérée comme moindre ou n'a pas fait l'objet de recherches scientifiques suffisantes. Le risque d'abus et l'attrait de ces substances pour le marché noir sont extrêmement élevés. C'est pourquoi ces substances sont par principe considérées par le législateur comme étant des substances interdites à la prescription et à la mise sur le marché. Le projet de révision confère une assise légale à la pratique actuelle de l'Office fédéral de la santé publique s'agissant des exceptions en la matière et uniformise les conditions à remplir pour bénéficier du régime d'exception (cf. commentaire de l'al. 5).

*Al. 1, let. d:* l'expression «en vue d'en extraire des stupéfiants» qui se rapporte au chanvre peut être biffée. Sous la législation actuelle, l'administration de la preuve est problématique pour les autorités de poursuite judiciaire. En vertu de l'art. 2, al. 1, qui définit notamment la notion de stupéfiant, et sur la base de la liste à établir par le DFI en vertu de l'art. 2a, il faudra définir clairement quand le cannabis doit être considéré comme stupéfiant.

La LStup en vigueur ne prévoit aucune utilisation médicale limitée, par exemple pour le «chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants» ou le haschisch. En 1975, le législateur considérait la valeur médico-thérapeutique du cannabis comme marginale. Des recherches scientifiques très récentes ont toutefois démontré que les médicaments obtenus naturellement à partir de chanvre peuvent tout à fait convenir à certaines indications<sup>41</sup>. Le présent projet donne donc la possibilité de recourir, sous réserve de l'obtention d'une autorisation exceptionnelle de la part de l'OFSP, à des stupéfiants dans le cadre d'une application médicale limitée (cf. commentaire de l'al. 5). En outre, il permet de soumettre une substance au régime de l'Institut suisse des produits thérapeutiques applicable aux médicaments dès le moment où le stupéfiant est utilisé en tant que principe actif dans un médicament disposant d'une autorisation de l'ISPT.

*L'al. 5* ouvre dès lors la porte aux autorisations exceptionnelles pour la recherche scientifique et pour l'utilisation médicale restreinte de toutes les substances interdites, y compris le chanvre. Cette possibilité profitera surtout aux patients souffrant de sclérose en plaques, de cancer et de sida.

*Let. a:* les conditions relatives aux bonnes pratiques de fabrication, de remise de médicaments non autorisés, de laboratoire et d'essai clinique doivent être observées, quel que soit le médicament.

*Let. b:* les principes et recommandations éthiques doivent être pris en compte. Etant donné que les substances interdites ne sont pas enregistrées, les principes éthiques doivent être respectés aussi bien dans le cadre de la recherche clinique (évaluation par un comité d'éthique) que lors d'une utilisation médicale restreinte (information au patient et accord écrit; les autres possibilités thérapeutiques ont abouti à un échec, font défaut ou ne sont pas équivalentes; la prescription augmente de manière fondamentale l'autonomie du patient).

*Let. c:* la prescription doit être compatible avec les conventions internationales. Cette disposition figure déjà dans la LStup en vigueur, à l'art. 8, al. 5.

*Al. 6:* une autorisation exceptionnelle peut également intervenir en vue de la lutte contre toutes les substances interdites, y compris le chanvre. A ce propos, on mentionnera par exemple le recours aux chiens dressés pour la lutte anti-drogue.

*Les al. 7 et 8* peuvent être biffés, car le traitement avec prescription d'héroïne est régi par l'art. 3e, al. 3. L'héroïne reste cependant une substance interdite – comme dans la LStup en vigueur – en vertu de l'al. 1, let. b.

*Art. 8a:* cette disposition est reprise à l'art. 3f.

<sup>41</sup> Par ex. comme analgésiques, antiémétiques, anxiolytiques, stimulants de l'appétit, etc., notamment chez les patients cancéreux ou sidéens ayant subi une chimiothérapie. Ces effets thérapeutiques ont surtout été démontrés pour le THC. Toutefois, le spectre d'action et les effets secondaires indésirables du THC contenu dans la marijuana que l'on fume sont encore mal connus.

### **3.1.10.3                    Utilisation de stupéfiants enregistrés comme médicaments pour des indications non reconnues (art. 11, al. 1<sup>bis</sup>)**

Cette disposition permet de réglementer le *off-label use*, autrement dit l'emploi d'un stupéfiant pour une indication, une posologie ou une application autres que celles qui sont admises. On peut citer, à titre d'exemple, les benzodiazépines (comme le Valium®) qui sont autorisés pour traiter des adultes, soit à titre de calmants, soit de médicaments contre l'épilepsie. L'utilisation de ces substances dans le cadre du traitement de troubles psychiques chez l'enfant (tels que l'anxiété) constitue un emploi non conforme (*off-label use*) dont la responsabilité incombe au médecin prescripteur.

La réglementation proposée vise à contrôler la prescription par les professionnels de la santé dans des domaines où les règles médicales reconnues font encore défaut afin d'éviter les abus. Elle prévoit donc que les médecins et les médecins-vétérinaires doivent notifier aux autorités cantonales compétentes les emplois non conformes. Si l'Institut suisse des produits thérapeutiques constate, sur la base des annonces de livraison prévues par l'art. 57 de l'ordonnance sur les stupéfiants, un approvisionnement en stupéfiants dépassant l'ordinaire, l'autorité cantonale compétente peut s'enquérir de l'emploi prévu directement auprès du destinataire. Si cet emploi correspond à une indication reconnue, la prescription conforme peut être vérifiée; en cas d'emploi *off-label*, la présente disposition permet d'obtenir des informations plus complètes, notamment sur les risques encourus. La liberté thérapeutique des professionnels de la santé n'est pas restreinte outre mesure par la notification obligatoire et l'obligation de renseigner l'autorité.

### **3.1.10.4                    Section 3a                                   Organisations et autorités (art. 14a)**

Pour dresser les chiens renifleurs de drogue et les préparer à intervenir, les corps de police cantonaux, les organes des douanes et du corps des gardes-frontière notamment doivent pouvoir utiliser aussi bien des stupéfiants prohibés que non prohibés. En ce qui concerne les *stupéfiants prohibés* visés à l'art. 8 LStup, l'OFSP peut accorder, en vertu de l'art. 8, al. 5, LStup, actuellement en vigueur (et selon l'art. 8, al. 6, LStup, du présent projet) des autorisations exceptionnelles. A l'heure actuelle, une vingtaine de documents de ce type autorisent la manipulation d'héroïne, d'ecstasy, de pilules «Thai», de marijuana et de haschich pour l'entraînement des chiens; ils sont valables 2 ans.

Quant aux *stupéfiants non prohibés*, seules les personnes autorisées à exercer une profession médicale sous leur propre responsabilité peuvent s'en procurer, les détener, les utiliser et les dispenser (art. 9, al. 1, LStup). En effet, les professionnels de la santé qui ne sont pas habilités à exercer sous leur propre responsabilité doivent eux aussi demander une autorisation spéciale à l'autorité cantonale compétente. Le présent projet propose de créer la base légale permettant aux corps de police cantonaux, aux organes des douanes et du corps des gardes-frontière d'obtenir une autorisation pour utiliser des stupéfiants non prohibés pour entraîner leurs chiens. Ainsi, les organes de sécurité compétents ne seront plus pénalement punissables puis contraints de faire valoir le devoir de fonction en tant que motif justificatif pour

légitimer l'utilisation de stupéfiants non prohibés (p.ex. la cocaïne). Cette nouveauté ne représenterait pas une surcharge de travail pour les cantons car leur corps de police ne déposera certainement pas de nouvelle demande chaque année.

Le titre de la section 3a doit donc être complété. Comme cette dernière ne concerne plus uniquement les organisations nationales et internationales, elle est intitulée «Organisations et autorités».

### **3.1.10.5 Privation de liberté à des fins d'assistance**

*Art. 15b:* cet article est abrogé, car il n'a qu'un caractère déclaratoire. La privation de liberté à des fins d'assistance prévue à l'art. 397a ss CC continue de s'appliquer aux personnes dépendantes lorsque les conditions prévues au dit article sont remplies. Cette mesure ne doit toutefois pas dépasser le cadre de l'ultima ratio. Comme le mentionne déjà le rapport Schild<sup>42</sup>, il y a lieu d'améliorer les conditions cadres au niveau institutionnel, notamment en mettant sur pied, d'une part, un réseau d'assistance permettant de réagir rapidement au signalement de personnes en danger et, d'autre part, de nouvelles institutions appropriées à la privation de liberté à des fins d'assistance. Ce but ne requiert pas une nouvelle réglementation légale, mais une adaptation de la pratique.

### **3.1.10.6 Notification de chaque livraison (art. 16, al. 1)**

*Al. 1:* L'obligation d'informer l'Institut suisse des produits thérapeutiques de chaque livraison de stupéfiants correspond à la pratique actuelle. Cette communication s'effectue au moyen d'une notification. Le terme de «bulletin» est remplacé par la formulation plus large de «notification» afin de permettre la transmission des données par voie électronique également. En outre, le passage indiquant que seule la remise directe de stupéfiants par des personnes exerçant une profession médicale à leurs patients n'est pas soumise à cette obligation est plus précis.

*Al. 2:* cet alinéa est abrogé, étant donné que la notification obligatoire a été intégrée dans l'al. 1.

### **3.1.10.7 Rapport obligatoire des entreprises et personnes autorisées à cultiver, à fabriquer et à préparer des stupéfiants (art. 17, al. 3)**

Comme à l'art. 4, al. 1, la restriction portant sur la culture de plantes à alcaloïdes ou de chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants n'est plus guère praticable. En vertu de la définition de l'art. 2, al. 1, il faut désigner avec exactitude les matières premières qui sont considérées en soi comme étant déjà des stupéfiants. Les matières premières servant à la fabrication de stupéfiants sont considérées comme des précurseurs et sont soumises à un contrôle spécifique. La teneur actuelle ne correspond donc plus à la nouvelle systématique en matière de stupéfiants.

<sup>42</sup> Rapport de la commission d'experts pour la révision de la loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants, Office fédéral de la santé publique, février 1996, p. 42 ss et p. 70.

Selon la nouvelle formulation de cette disposition, les entreprises et les personnes autorisées à cultiver, à fabriquer et à préparer des stupéfiants doivent informer chaque année l'Institut suisse des produits thérapeutiques de l'étendue de leurs cultures ainsi que de la nature et des quantités de stupéfiants qu'elles ont extraites, fabriquées et préparées. Actuellement, elles sont tenues de rendre ce rapport tous les trois mois. Or, il s'est avéré que cela représente pour elles un énorme travail administratif sans constituer pour autant un gain de sécurité supplémentaire.

### **3.1.11 Chapitre 4 Dispositions pénales**

#### **3.1.11.1 Actes illicites (art. 19, al. 1)**

Les actes illicites ont été mieux structurés et revus du point de vue terminologique. Les modifications matérielles sont les suivantes:

*Let. a:* les plantes à alcaloïdes et le chanvre ne doivent plus être mentionnés à part, étant donné la définition de l'art. 2, al. 1, let. c. De même, il n'est plus nécessaire de démontrer qu'une culture est destinée à l'extraction de stupéfiants. L'administration de cette preuve déterminante étant difficile, elle entravait l'action des autorités chargées de la poursuite pénale.

*Let. e:* dans la version allemande, le terme «Verkehr» a été remplacé par celui de «unerlaubter Handel», conformément à la juridiction récente (ATF 121 IV 293) et par analogie à la terminologie des versions en langues latines («trafic illicite»). Cette disposition englobe également tous les actes de financement en rapport avec le trafic de drogue (ATF 115 IV 263 s.). Etant donné qu'il s'agit ici seulement de trafic illicite, le rôle d'intermédiaire doit être lié à un tel trafic.

*Let. g:* malgré la critique de la doctrine, les actes préparatoires sont considérés comme illicites, étant donné que les actes illicites au sens des let. a à f ne peuvent souvent pas être démontrés. De même, il est difficile de démontrer qu'il y a eu tentative de commettre une telle infraction. Dans les procédures pénales longues et complexes, l'auteur ne peut souvent être condamné que pour avoir pris des mesures aux fins de commettre une infraction. A la différence du droit en vigueur, la nouvelle disposition mentionne les actes préparatoires après les actes illicites (let. a à f) auxquels ils se rapportent, pour des raisons de logique juridique.

#### **3.1.11.2 «Cas graves» (art. 19, al. 2)**

La qualification de cas grave vise à réprimer plus sévèrement les trafiquants non toxicodépendants qui participent au marché noir de la drogue. Ces trafiquants œuvrent en effet pour leur profit, sans tenir compte des risques pesant sur la santé de leur clientèle:

- *let. a:* cette qualification correspond en grande partie au droit existant. La notion de quantité a été biffée, car le danger que représente un stupéfiant pour la santé ne dépend pas seulement de ce critère, mais aussi d'autres facteurs tels que le risque d'overdose, la forme d'application ou le mélange avec d'autres drogues.

- *let. b:* le critère d'affiliation à une bande criminelle a été introduit par analogie à l'art. 139, ch. 3, CP. Cette modification n'entraînera cependant pas de changement dans la pratique actuelle.
- *let. c:* la précision concernant l'importance du chiffre d'affaires et du gain obtenu est maintenue. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, un chiffre d'affaires peut être considéré comme important à partir de 100 000 francs<sup>43</sup>. Le tribunal estime qu'un gain est important à partir de 10 000 francs<sup>44</sup>.
- *let d:* Proposer, céder des stupéfiants ou permettre d'une quelconque façon l'accès à de telles substances dans les lieux de formation ou dans leur périmètre immédiat constitue un «cas grave» si l'infraction est commise à titre professionnel. C'est au juge qu'il incombera d'interpréter les notions de «lieu de formation» et surtout de «périmètre immédiat». Il est toutefois clair que la notion de lieux de formation se rapporte à des écoles formant principalement des écoliers mineurs et pas à des universités p. ex. Cette disposition fait référence à la vente régulière de stupéfiants à des mineurs dans les établissements scolaires. En précisant qu'il doit s'agir d'une activité exercée à titre professionnel pour être considérée comme un cas grave, on évite que toute vente de stupéfiants dans un lieu de formation ne tombe sous le coup de cette disposition. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, agit à titre professionnel, celui qui fait métier de tels actes au sens du code pénal. Dans la LStup, cette notion apparaît déjà dans l'art. 19, ch.2, let.c (trafic par métier et réalisation d'un chiffre d'affaires ou d'un gain important).

Comme le prévoit déjà la législation actuelle, la privation de liberté peut être cumulée avec une peine pécuniaire pouvant aller jusqu'à 1 million de francs dans les cas graves.

### 3.1.11.3 Atténuation de la peine (art. 19, al. 4) (nouveau)

*Let. a:* la peine peut être atténuée en cas d'actes préparatoires au sens de l'al. 1, let. f, étant donné que l'infraction en tant que telle n'a pas encore été commise (cf. dispositions pénales relatives aux actes préparatoires au sens de l'art. 260<sup>bis</sup> CP).

*Let. b:* la LStup prévoit désormais une atténuation de la peine pour les petits trafiquants toxicodépendants, l'art. 19, al. 2, visant les personnes non toxicomanes qui tirent profit du marché de la drogue. Pour bénéficier de cette disposition, l'auteur doit être toxicodépendant (et non seulement consommateur, comme c'est souvent le cas pour les trafiquants de cocaïne; pour la distinction entre consommateurs et personnes dépendantes, voir la classification CIM-10 de l'OMS) et son trafic de drogue doit exclusivement financer sa propre toxicomanie.

<sup>43</sup> ATF 129 IV 188, considérant 3

<sup>44</sup> ATF 129 IV 253

### 3.1.11.4 **Suppression de la faute par négligence**

La faute par négligence (art. 19, al. 3, LStup actuellement en vigueur) est supprimée pour les raisons suivantes:

- cet alinéa n'est guère appliqué en pratique (entre 4 et 36 condamnations par an de 1993 à 2003<sup>45</sup>) étant donné que les infractions précisées à l'al. 1 constituent des délits de mise en danger abstraite et qu'un dol éventuel suffit pour être considéré comme un acte intentionnel;
- aucune doctrine juridique ne justifie l'élargissement de la punissabilité;
- la poursuite pénale d'infractions par négligence n'est pas stipulée par les conventions internationales.

### 3.1.11.5 **Actes commis à l'étranger (art. 19, al. 5)**

Le principe d'universalité posé au ch. 4 de l'art. 19 actuellement en vigueur, défini de manière générale à l'art. 6<sup>bis</sup> du code pénal (introduit par la loi fédérale du 17 mars 1982, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1983), est adapté à la situation juridique actuelle. Le code pénal étant une *lex specialis*, l'art. 6<sup>bis</sup> CP prévaut sur l'art. 19, al. 5 (ATF 116 IV 246 s.). Sa formulation a donc été reprise. En outre, l'applicabilité de son ch. 2 est expressément précisée.

### 3.1.11.6 **Protection de la jeunesse (art. 19a<sup>1</sup>)**

Cet article se fonde sur l'art. 136 CP, selon lequel celui qui aura remis à un enfant de moins de seize ans ou aura mis à sa disposition des boissons alcooliques, des stupéfiants ou d'autres substances en une quantité propre à mettre en danger la santé, sera puni d'une peine privative de liberté ou d'une peine pécuniaire.

Cet article n'a pratiquement jamais été appliqué jusqu'à présent. Il est plus sévère que l'art. 136 CP au niveau de la peine prévue (peine privative de liberté *et* peine pécuniaire). Il fixe également une nouvelle limite d'âge (18 et non pas 16 ans). En résumé, l'art. 19a<sup>1</sup> prévoit de punir toute personne qui, sans indication médicale, propose, remet ou rend accessible d'une quelque autre manière des stupéfiants à une personne de moins de 18 ans. La responsabilisation des adultes va de pair avec la protection des tiers contre les effets nocifs de la consommation de drogue et avec la répression envers les personnes qui remettent de la drogue à des jeunes.

A l'avenir, l'art. 136 CP ne s'appliquera donc qu'aux autres substances (cf. commentaire concernant la modification du droit en vigueur, ch. 3.1.13.1).

<sup>45</sup> Chiffres concernant les condamnations suite à des infractions à la LStup, Office fédéral de la statistique, Statistique des condamnations pénales, 2004.

*Minorité*

(Maury Pasquier, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker, Teuscher, Vermot)

*Art. 19a<sup>1</sup>*

La limite d'âge en vigueur à l'art. 136 CP n'a pas conduit jusqu'à présent à des problèmes particuliers. Il n'y a donc aucune raison de prévoir un relèvement de cette limite assorti d'une aggravation de peine.

**3.1.11.7 Punissabilité de la remise de stupéfiants à des jeunes (art. 19b)**

Selon l'art. 19b de la LStup actuellement en vigueur, celui qui se borne à préparer pour lui-même la consommation de stupéfiants ou à permettre à des tiers d'en consommer simultanément en commun après leur en avoir fourni gratuitement, n'est pas punissable s'il s'agit de quantités minimales. La consommation, par contre, est et demeurera punissable.

Pour que la remise de stupéfiants à des jeunes de moins de 18 ans reste punissable dans tous les cas, une modification de cet article s'impose. Il faut en effet explicitement mentionner dans la loi que cet article n'est applicable que si le destinataire des stupéfiants remis gratuitement est âgé de plus de 18 ans. Cette précision est nécessaire pour deux raisons:

- Actuellement, il est clair que la remise de stupéfiants à des jeunes de moins de 16 ans est dans tous les cas punissable en vertu de l'art. 136 CP, le code pénal, qui est une *lex specialis*, ayant la primauté sur la LStup. Or, le présent projet prévoit de rayer la mention des stupéfiants de l'art. 136 CP et de l'insérer (ainsi que l'âge limite de 18 ans) dans l'art. 19a<sup>1</sup>.
- Comme l'art. 19b suit l'art. 19a<sup>1</sup>, il a, du point de vue de la systématique législative, la primauté sur ce dernier, à moins que son libellé n'énonce expressément que tel n'est pas le cas.

*Minorité*

(Fehr Jacqueline, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker, Teuscher, Vermot)

*Art. 19b*

Dans la LStup en vigueur, l'action qui consiste à remettre gratuitement des stupéfiants pour les consommer simultanément en commun n'est pas répréhensible s'il s'agit de quantités minimales; cette disposition n'a pas conduit jusqu'à présent à des problèmes particuliers. Il n'y a donc aucune raison d'introduire une nouvelle infraction, d'autant que cela reviendrait à fixer de fausses priorités s'agissant de la poursuite des infractions à la législation sur les stupéfiants.

### 3.1.11.8 Actes illicites particuliers (art. 20 à 22)

*Art. 20:* le cadre pénal a été adapté à l'art. 19. Rien ne justifie que les personnes exerçant une profession médicale bénéficient d'un traitement privilégié et d'un allègement de la peine en cas d'acte illicite grave. Sera passible d'une peine privative de liberté ou d'une peine pécuniaire quiconque aura fait des opérations avec des matières premières ou produits assimilés à des stupéfiants (let. c). De plus, la qualification de cas grave sera adaptée à celle de l'art. 19, al. 2.

*Al. 3:* l'infraction par négligence est biffée comme à l'art. 19.

*Art. 21:* cette adaptation permet de préciser la conséquence logique qui découle de la notification obligatoire au sens des art. 11, al. 1<sup>bis</sup>, 16 et 17, al. 1. L'article a en outre été restructuré selon le modèle des dispositions pénales qui précèdent: d'abord la sanction, puis les actes illicites donnant lieu à cette sanction. La sanction de deux ans d'emprisonnement maximum est inhabituelle et cette limite est donc biffée en vue d'uniformiser les sanctions, et c'est la limite usuelle de trois ans qui s'applique. Les privilèges qui existaient jusqu'ici sont donc supprimés.

*Art. 22:* l'art. 22 actuel est une norme pénale pour ainsi dire en blanc, qui permettait de sanctionner avant tout des infractions aux règles administratives du droit d'application afférent à la LStup. La punissabilité d'un acte ne naît pas directement de cette norme pénale, mais de sa conjonction avec d'autres dispositions légales. Critiquée à plusieurs reprises par la doctrine juridique<sup>46</sup>, cette norme a été révisée: les infractions visées sont énumérées aux let. a à c. Selon la let. d, les violations des dispositions d'application peuvent être déclarées punissables directement dans les actes législatifs correspondants. Cela correspond au régime de la loi sur les produits thérapeutiques (cf. art. 87 LPT).

*Art. 24, al. 2:* cet alinéa reprend l'art. 33 de la loi en vigueur.

*L'art. 27* correspond en substance à l'art. 27 de la loi actuelle. Les références aux actes législatifs cités ont été mises à jour.

### 3.1.11.9 Poursuite pénale (art. 28 et 28a)

*Art. 28:* il correspond à l'al. 1 en vigueur.

Selon l'al. 3, les jugements rendus au niveau cantonal devront être notifiés au Ministère public lorsqu'il s'agira de cas graves au sens de l'art. 19, al. 2, dans la mesure où l'accusation a demandé une peine privative de liberté sans sursis. Cette disposition doit se référer à la demande de l'accusation et non au jugement afin de pouvoir également inclure les cas où le tribunal fédéral admet finalement qu'il ne s'agit pas d'un cas non qualifié au sens de l'al. 2. C'est précisément ce genre de cas qui pose la question des voies de droit.

*Art. 28a:* les art. 20 à 22 définissent essentiellement des actes délictueux hautement spécialisés, dont l'instruction requiert des connaissances particulières. Etant donné que les prescriptions relatives à la procédure d'autorisation sont élaborées et appliquées en majeure partie au niveau fédéral, l'autorité fédérale compétente devra également en surveiller l'application et pouvoir ouvrir une procédure pénale si

<sup>46</sup> Cf. Noll, Revue pénale suisse, 1957, 366 ss.



Il constitue la base légale indispensable pour instituer ou soutenir des groupes spécialisés réunissant des représentants des quatre piliers, des responsables aux plans fédéral, cantonal et communal ainsi que des chercheurs et des praticiens.

*Al. 3:* comme à l'art. 30, al. 1, de la loi en vigueur, cet alinéa constitue la base légale pour mandater une commission d'experts. Actuellement, cette fonction est remplie par la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFS). Forte de 14 membres, elle conseille le gouvernement suisse en matière de dépendances.

*Art. 29a, al. 1:* la première phrase de cet alinéa s'inscrit dans le droit fil de l'art. 170 Cst., en vertu duquel l'efficacité des mesures prises par la Confédération doit faire l'objet d'une évaluation. Celle-ci peut être une autoévaluation, une évaluation par un service spécialisé interne à l'administration fédérale ou une évaluation par des tiers mandatés. On distinguera ici entre, d'une part, les évaluations permanentes des mesures en relation avec la prévention, la thérapie et la réduction des risques, et, d'autre part, l'évaluation menée sur une période limitée et visant à mettre en lumière les effets de la révision de la loi.

L'OFSP a déjà étudié l'efficacité et l'économicité de certaines dispositions de la LStup. Par exemple, le traitement avec prescription d'héroïne a d'abord fait l'objet d'un essai clinique et d'une analyse scientifique, dont les résultats, positifs, ont ensuite donné lieu à l'arrêté fédéral urgent en la matière. En vue de la révision de 2001, l'efficacité et les conséquences de la pénalisation de la consommation de stupéfiant ont également fait l'objet d'une analyse scientifique. L'Office fédéral de la santé publique doit pouvoir procéder à l'évaluation systématique des dispositions de la présente loi afin que la politique suisse de la drogue puisse prendre appui sur des bases scientifiques. Demeurent réservées les dispositions de la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale<sup>48</sup> et de l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux<sup>49</sup>.

Les données collectées par l'OFSP peuvent être transmises sous une forme anonyme à l'Office fédéral de la statistique à des fins de publication. Toute identification des personnes est exclue. L'OFSP peut cependant procéder lui-même à l'évaluation de ces données ou alors confier cette tâche à des tiers.

Le rapport du DFI au Conseil fédéral se justifie en vertu de l'importance de l'évaluation effectuée.

*Al. 2:* cet alinéa correspond à la 2<sup>e</sup> phrase de l'art. 15c, al. 3, de la loi en vigueur. Il y est expressément précisé que l'OFSP est chargé de gérer un service de documentation, d'information et de coordination.

*Al. 3:* cet alinéa correspond à l'art. 32 actuel.

*Art. 29b: l'al. 1 a été reformulé, mais correspond en substance à l'art. 29, al. 1, de la loi en vigueur.*

*Art. 29c: l'al. 1 correspond sur le principe à l'art. 3a de la loi en vigueur. Les renvois aux articles ont été adaptés en conséquence. Selon la dernière phrase de l'al. 1, le laboratoire de référence est désormais tenu de lancer des projets pilotes en vue du contrôle des drogues dans les manifestations publiques. Elle vise en premier lieu les grandes manifestations auxquelles participent surtout des jeunes et où sont consommées de grandes quantités de pilules d'ecstasy et de drogues synthétiques. A des fins*

<sup>48</sup> RS 431.01

<sup>49</sup> RS 431.012.1

de prévention, ces pilules doivent pouvoir être soumises à des tests sur le lieu de la manifestation, ce qui permet, d'une part, d'en connaître la composition et, d'autre part, d'informer les consommateurs potentiels de drogues synthétiques des risques auxquels ils s'exposent. Les cantons doivent être impliqués dans ces projets.

*Al. 2:* ce nouvel alinéa instaure un Observatoire national des problèmes de dépendance, de manière analogue au Laboratoire national de référence. Cette disposition se justifie avant tout par le manque de données fiables, régulières et systématiques concernant le problème des dépendances en Suisse, surtout au niveau épidémiologique. Un suivi permanent, eurocompatible et systématique des dépendances en Suisse est nécessaire pour mettre en lumière les lacunes subsistant dans les trois domaines de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques. Ce suivi permettrait également l'identification précoce des nouvelles tendances dans le domaine des dépendances. Aujourd'hui déjà, la Suisse collabore dans ce domaine avec des institutions internationales (p. ex. le Conseil de l'Europe).

#### *Minorité*

*(Teuscher, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Guisan, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Robbiani, Rossini, Schenker, Vermot)*

#### *Art. 29c, al. 2*

Cet alinéa prévoit que la collaboration internationale en matière de surveillance des problèmes de dépendance se fera essentiellement avec l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies basé à Lisbonne. La tâche de l'Observatoire national des problèmes de dépendance consistera entre autres à prévoir les mesures qui s'avèrent nécessaires – compte tenu des connaissances acquises par le système d'alerte qui doit être mis en place. Le but est de pouvoir informer la population suffisamment tôt p. ex. concernant des nouvelles substances pouvant être dangereuses et de protéger celle-ci.

*Al. 3:* cet alinéa correspond pour l'essentiel à l'art. 3a, al. 2, de la loi en vigueur et autorise la Confédération à confier à des tiers certaines des tâches de recherche, d'information, de coordination et de suivi des problèmes de dépendance visées aux deux premiers alinéas.

### **3.1.12.2                      Section 2                      Tâches des cantons (art. 29d et 29e)**

*L'art. 29d* correspond à l'art. 34 de la loi en vigueur. Les renvois aux articles ont été mis à jour (let. a et b). Il attribue aux cantons une nouvelle compétence en ce qui concerne l'octroi d'autorisations, dans le cadre de la lutte contre le trafic de stupéfiants, prévu à l'art. 14 a, al. 1<sup>bis</sup> (let. b, cf. ch. 3.1.10.4) ainsi que l'annonce des emplois off-label de stupéfiants enregistrés (let. c, cf. ch. 3.1.10.3).

Les cantons doivent désigner les autorités et les organes compétents pour l'exécution de la législation fédérale et indiquer au DFI quels sont ces autorités et ces organes. Cette clause constitue la première condition à toute mise en réseau des autorités cantonales et fédérales.

*Art. 29e, al. 1:* cet alinéa reprend l'art. 36 de la loi en vigueur. Il impose aux gouvernements cantonaux de mettre les données requises à la disposition de l'Observatoire national des problèmes de dépendance. Cette nouvelle disposition est la conséquence de l'art. 29c, al. 2.

*Al. 2:* cet alinéa se base sur l'art. 29, al. 3, de la loi en vigueur et dispose que les informations doivent en principe être transmises par voie électronique ou directement introduites dans les systèmes de traitement de données de l'Office fédéral de la police.

### **3.1.12.3 Dispositions finales (art. 30)**

*Art. 30:* l'al. 1 correspond en substance à l'art. 30, al. 1., de la loi en vigueur.

*L'al. 2* habilite l'Institut suisse des produits thérapeutiques à percevoir des émoluments pour les autorisations qu'il délivre, les contrôles qu'il effectue et les prestations de service qu'ils fournit. Cet alinéa reprend en substance l'art. 31, al. 1, de la loi en vigueur mais a été adapté rédactionnellement sur la base de l'art. 65, al. 1, de la loi sur les produits thérapeutiques pour des raisons de cohérence.

*L'al. 3* reprend l'al. 3 de l'art. 31 actuel et le complète par la mention «institutions et autorités» (cf. art. 14a, al. 1<sup>bis</sup>).

*Art. 31 à 34 et 36: abrogés.* Ces articles ont été déplacés et réordonnés.

En accord avec la direction de la Pharmacie de l'armée, l'art. 31, al. 2, de la loi en vigueur, stipulant que le Conseil fédéral édicte des prescriptions particulières pour l'acquisition, l'emploi, le contrôle et la détention des stupéfiants nécessaires à l'armée, est abrogé. Pour ce qui est du contrôle de ces produits, l'armée sera soumise aux mêmes conditions que les entreprises et les personnes (art. 4 et suivants de la LStup).

### **3.1.13 Modification du droit en vigueur**

#### **3.1.13.1 Art. 136 CP**

Les stupéfiants ne sont plus mentionnés à l'art. 136 CP (remise à des enfants de substances mettant la santé en danger), étant donné que les actes délictueux concernant les stupéfiants sont réglés à l'art. 19a<sup>1</sup> LStup (cf. commentaire dudit article), loi spéciale en l'espèce. Cet article demeure pour le reste inchangé.

## **4 Conséquences**

### **4.1 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel**

#### **4.1.1 Confédération: conséquences financières et effets sur l'état du personnel**

Comme mentionné au ch. 3.1.12.1, la Confédération devra faire face à des dépenses supplémentaires.

#### **Confédération: tâches actuelles**

Pour financer la prolongation des mesures actuellement prises dans la lutte contre les toxicodépendances, l'OSFP a budgétisé 6,3 millions de francs pour 2006 et inscrit, au plan financier pour la période 2007 à 2009, 17,9 millions de francs. Ces crédits

serviront à financer la prévention, la réduction des risques et la thérapie. Il a également prévu 2,6 millions au budget 2006 ainsi que 7,8 millions au plan financier 2007 à 2009, sommes qui seront consacrées à la recherche et à la surveillance épidémiologique.

### **Confédération: nouvelles tâches**

Des dépenses supplémentaires découlent des nouvelles tâches de prévention destinées aux jeunes, notamment de la collecte des données et de l'amélioration de la qualité des traitements ambulatoires et résidentiels, ainsi que de l'évaluation des effets de la nouvelle loi et du suivi (surveillance) dans le domaine des dépendances. L'évaluation et le suivi scientifique des mesures légales, tels qu'ils sont proposés, permettront notamment d'observer globalement le comportement des consommateurs de stupéfiants (p. ex. l'âge de la première expérience avec la drogue, les produits consommés et la fréquence de consommation), l'attitude des jeunes et de la population en général à l'égard du cannabis et des autres drogues ainsi que les effets de ces substances sur la santé.

#### **a. Effets sur l'état du personnel**

Les tâches en rapport avec la prescription médicale d'héroïne nécessiteront un poste de secrétariat et un poste de scientifique (art. 3e). En vertu de l'arrêté fédéral du 9 octobre 1998, ces postes temporaires, qui ont été prolongés jusqu'en 2009, ont pu être financés par le crédit pour la prévention des toxicodépendances (316.3189.102).

Un poste de scientifique sera nécessaire pour la gestion de la recherche, la collecte et le traitement des données relatives à l'assistance et aux thérapies offertes aux toxicomanes (travaux qui serviront à l'élaboration de bases statistiques uniformes à l'échelle suisse dans ce domaine), ainsi que pour le transfert des connaissances et l'évaluation des mesures prises par la Confédération et les cantons (art. 3i, 3j et 29a). Un tel poste est actuellement financé par le crédit pour la prévention des toxicodépendances. Sa durée est limitée à fin 2007.

Il faudra aussi un poste de scientifique pour l'assurance qualité (art. 3l) ainsi que la surveillance des problèmes de dépendances (art. 29c, al. 2). Un tel poste permettra d'organiser une collaboration avec l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, sis à Lisbonne.

En outre, les travaux administratifs découlant des nouvelles tâches dévolues par la loi nécessitent également un poste.

Au total, cinq nouveaux postes sont nécessaires. A noter que trois de ces postes sont actuellement financés par le biais du crédit pour la prévention des toxicodépendances et qu'ils sont limités dans le temps (jusqu'en 2009 pour deux d'entre eux et jusqu'en 2007 pour le troisième).

#### **b. Effets sur les ressources financières**

##### *Tâches supplémentaires*

L'OFSP avait déjà inscrit au budget 2006 et au plan financier 2007 à 2009, sur la base des précédents travaux de révision de la LStup, une partie des coûts concernant la prévention (surtout pour ce qui est du cannabis) et de ceux découlant de l'art. 29a, al. 1 (évaluation scientifique).

Les dépenses supplémentaires qu'entraînera l'entrée en vigueur de la nouvelle mouture de la loi, notamment les coûts générés par le matériel et ceux du personnel découlant des cinq nouveaux postes de travail n'ont pas été budgétées dans le plan financier étant donné que le Parlement n'a pas encore rendu sa décision à propos de la révision de la LStup.

Cette dernière engendrera les dépenses itératives suivantes:

- La coordination et la gestion de la qualité (art. 3*i* et 3*l*) généreront des dépenses de 150 000 francs. La mise en œuvre de l'art. 29*c*, al. 2, se montera à 300 000 francs.
- Les frais de personnel concernant les quatre nouveaux postes de collaborateurs scientifiques (150 000 francs par poste) et le poste administratif (90 000 francs) se montent au total à 690 000 francs. Il faut encore compter 20 000 francs pour les autres dépenses telles que les frais et la formation continue.

Les dépenses itératives en personnel et en matériel s'élèvent donc au total à 1 160 000 francs.

#### *Dépenses supplémentaires uniques*

L'équipement informatique (matériel et logiciel) des postes supplémentaires occasionneront une dépense unique de 10 000 francs, qui devront être portés au crédit (316.4019.015).

#### *Nouvelles tâches éventuelles*

Si la Suisse devient membre de l'Observatoire européen des toxicodépendances, il faudra prévoir un montant annuel d'environ 700 000 francs (art. 29*c*, al. 2). A noter que cette somme ne figure actuellement ni dans le budget et ni dans le plan financier.

## **4.1.2 Conséquences pour les cantons**

En ce qui concerne le signalement et l'intervention précoces, les cantons doivent s'attendre à des charges supplémentaires au niveau des ressources humaines et financières liées à la mise en place et au suivi des programmes d'encadrement pour des jeunes particulièrement exposés (art. 3*c*). Les dépenses supplémentaires varieront d'un canton à l'autre suivant la situation de l'offre actuelle.

### **a. Prévention**

Aucune donnée exacte n'est disponible quant aux dépenses des cantons et des communes au titre de la prévention. Ces coûts sont souvent intégrés sous diverses rubriques dans les charges sociales générales (p. ex. les écoles, les offices de jeunesse, les établissements de thérapie ambulatoire, etc.) Ces dépenses sont estimées à quelque 30 à 35 millions de francs au total, mais varient considérablement d'un canton à l'autre. Tel qu'il est prévu par la loi, le renforcement de la protection de la jeunesse entraînera des dépenses supplémentaires de l'ordre de 3 à 5 millions de francs.

## **b. Thérapie et réduction des risques**

A l'heure actuelle, entre 200 et 250 millions de francs sont consacrés aux thérapies ambulatoires et résidentielles, la part des communes et des cantons se situant entre 140 et 170 millions de francs. Deux tranches de 30 à 40 millions sont dévolues, pour l'une, à l'assurance invalidité et, pour l'autre, à l'assurance maladie et accidents. La part des cantons et des communes à la réduction des risques avoisine les 70 millions de francs et leur part à l'assurance maladie et accidents s'élève à 30 millions de francs environ. Les dépenses totales des cantons et des communes pour la thérapie et la réduction des risques atteignent donc actuellement entre 300 et 350 millions de francs.

En ce qui concerne les thérapies, il faudra durant les années à venir, consolider les structures ainsi que mettre en place et développer l'assurance qualité. Les cantons disposant d'une offre lacunaire en matière de réduction des risques seront tenus de prendre des mesures pour remédier à la situation et doivent donc s'attendre à des coûts supplémentaires dans ce domaine.

## **c. Répression**

Les dispositions pénales de la LStup ne subissant aucune modification de principe, les coûts générés par la poursuite pénale ne devraient pas varier outre mesure.

## **d. Compatibilité avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)**

Suite à la mise en œuvre de cette réforme, qui attribue de nouvelles tâches à la Confédération, les subsides fédéraux automatiquement versés aux cantons seront abolis. La Confédération pourra toutefois soutenir financièrement certaines des activités incombant aux cantons (p. ex. les activités de la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies, CDCT) afin d'optimiser l'application de la loi (p. ex. en instituant des normes de qualité dans les traitements) et d'alléger quelque peu les charges dévolues aux cantons.

## **4.2 Applicabilité**

La présente révision de la LStup propose principalement des adaptations de la pratique actuelle. L'applicabilité de cet acte ne devrait donc plus être démontrée.

## **4.3 Effets sur la santé publique et la politique sociale**

Les principaux éléments de la révision n'auront pas d'effets marquants dans la pratique. Ils confirmeront plutôt les solutions pragmatiques actuelles, de même que l'activité des professionnels chargés de la mise en œuvre des nombreuses mesures.

## **5 Rapports avec le droit international**

### **5.1 Rapports avec les conventions internationales de l'ONU**

Les conventions de l'ONU ayant trait aux stupéfiants sont présentées au ch. 2.1.2.1. Les changements induits par la présente révision ne présentent aucun problème de conformité à ces conventions.

## **5.2 Rapports avec le droit européen**

### **5.2.1 Accord d'association à Schengen**

En raison de son association à Schengen, la Suisse doit transposer dans sa législation une partie du droit communautaire concernant les stupéfiants. L'acquis de Schengen met sporadiquement l'accent sur l'harmonisation des politiques nationales en matière de drogue. Il renvoie aux conventions de l'ONU mentionnées ci-avant et contient des dispositions très générales et ponctuelles<sup>50</sup> ne nécessitant que des adaptations légales minimales pour permettre la mise en œuvre de l'acquis de Schengen dans le domaine des stupéfiants. Les modifications proposées par le biais de la présente révision sont conformes aux obligations incombant à la Suisse dans le cadre de cet accord d'association.

### **5.2.2 Législation de l'UE en matière de stupéfiants**

Mis à part la collaboration établie dans le cadre de Schengen, l'UE a mis sur pied un arsenal législatif très complet en matière de stupéfiants qui n'est toutefois pas contraignant en tant que tel pour la Suisse. En ce qui concerne les normes de compétences découlant du premier pilier de l'UE (harmonisation des législations au niveau du marché intérieur), la législation communautaire a permis la création d'un observatoire européen des toxicodépendances destiné à mettre à disposition une banque de données commune en la matière<sup>51</sup> et surtout la mise en place de contrôles des précurseurs, produits fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants ou substances psychotropes<sup>52</sup>. Pour ce qui est du troisième pilier de l'UE, la législation met par contre l'accent sur l'action policière dans la lutte contre le trafic de drogue. Outre les prescriptions d'ordre général concernant le blanchiment d'argent

<sup>50</sup> cf. explications données dans le message «accords bilatéraux II» (FF 2004 5593, 5726 ss, 5790 ss).

<sup>51</sup> Règlement (CEE) n° 302/93 du Conseil du 8 février 1993 portant création d'un Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (JO L 36 du 12.2.1993, p. 1).

<sup>52</sup> Cf. p ex. Règlement (CE) n° 273/2004 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2004 relatif aux précurseurs de drogues (JO L 47 du 18.2.2004, p. 1); Règlement (CE) n° 111/2005 du Conseil du 22 décembre 2004 fixant des règles pour la surveillance du commerce des précurseurs des drogues entre la Communauté et les pays tiers (JO L 22 du 26.1.2005, p. 1).

ou la confiscation des produits du crime<sup>53</sup>, celles qui se rapportent aux stupéfiants visent non seulement à renforcer l'échange d'informations concernant les analyses effectuées par la police<sup>54</sup>, et à harmoniser la définition des infractions et la fixation de peines minimales dans le domaine du trafic de drogue<sup>55</sup> mais prévoient également des mesures de contrôle et des sanctions spécifiques aux nouvelles drogues de synthèse<sup>56</sup>.

Les changements proposés dans la présente révision de la LStup concernent d'autres problématiques que celles mentionnées dans le paragraphe précédent. Seule peut être mentionnée ici la création d'un observatoire national des problèmes de dépendance prévu à l'art. 29c. Cependant, l'approche communautaire en matière de juridiction dans le domaine des drogues est compatible avec la législation suisse. En outre, les objectifs poursuivis sont les mêmes (contrôle des précurseurs, lutte contre le trafic de drogue, etc.).

## **6 Bases légales**

### **6.1 Constitutionnalité**

L'art. 118 Cst. constitue la base constitutionnelle sur laquelle repose la législation en matière de stupéfiants et de dépendance. L'art. 118, al. 1, Cst., dispose que la Confédération prend, dans les limites de ses compétences, des mesures afin de protéger la santé. En précisant notamment que la Confédération «légifère sur: l'utilisation (...) des stupéfiants (...)», l'art. 118, al. 2, let. a, Cst., confère expressément à celle-ci une compétence dans ce domaine. La Confédération est donc habilitée à réglementer la fabrication, la préparation, le commerce (y compris l'importation, l'exportation, le stockage, la remise et l'acquisition) ainsi que l'utilisation des stupéfiants.

L'art. 118, al. 2, let. b, Cst., énumère toutes les maladies importantes du point de vue de la santé publique. Les maladies générées par le comportement humain (qu'il soit volontaire ou non) tombent également sous le coup de cet article. Comme celui-ci mentionne la lutte contre les maladies, il inclut donc la prévention. Cependant, il ne

- <sup>53</sup> Action commune du 3 décembre 1998 concernant l'identification, le dépistage, le gel ou la saisie et la confiscation des instruments et des produits du crime (JO L 333 du 9.12.1998, p. 1); décision-cadre 2001/500/JAI du Conseil du 26 juin 2001 concernant le blanchiment d'argent, l'identification, le dépistage, le gel ou la saisie et la confiscation des instruments et des produits du crime (JO L 182 du 5.7.2001, p. 1).
- <sup>54</sup> Décision 2005/387/JAI du Conseil du 10 mai 2005 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives (JO L 127 du 20.5.2005, p. 32); Décision 2001/419/JAI du Conseil du 28 mai 2001 relative à la transmission d'échantillons de produits réglementés (Jo L 150 du 6.6.2001, p. 1); Action commune 96/699/JAI du 29 novembre 1996 relative à l'échange d'informations sur la détermination des caractéristiques chimiques des drogues, visant à améliorer la coopération entre les États membres en matière de lutte contre le trafic illicite de drogue (JO L 322 du 12.12.1996, p. 5).
- <sup>55</sup> Décision-cadre 2004/757/JAI du Conseil du 5 octobre 2004 concernant l'établissement des dispositions minimales relatives aux éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogue (JO L 355 du 11.11.2004, p. 8).
- <sup>56</sup> Cf. p. ex. Décision 2002/188/JAI du Conseil du 28 février 2002 en ce qui concerne des mesures de contrôle et des sanctions pénales relatives à la nouvelle drogue de synthèse PMMA (JO L 63 du 6.3.2002, p. 14).

saurait servir à justifier les mesures prises par l'Etat n'ayant qu'un rapport ténu avec la prévention<sup>57</sup>.

Les troubles liés à l'addiction et tous leurs symptômes sont incontestablement très répandus; ils représentent un risque considérable pour la vie de l'individu et peuvent engendrer de graves atteintes à la santé au sens le plus large. Le principe du présent projet est de prévenir immédiatement toute dépendance, quelle que soit la substance en cause. Les mesures relevant de l'aide à la survie et de la réduction des risques sont directement en relation avec la lutte contre la détérioration de l'état de santé. Le projet de révision poursuit uniquement des objectifs immédiats de promotion de la santé, de sorte qu'il reste dans le cadre prévu à l'art. 118, al. 2, let. b, Cst.; l'application de ces dispositions est en premier lieu l'affaire des cantons.

Outre la compétence fondamentale que réserve l'art. 118 Cst. à la Confédération dans le domaine des stupéfiants et des toxicodépendances, la LStup se fonde sur l'art. 123 Cst. Aux termes de l'art. 123, al. 1, Cst., la Confédération est compétente pour légiférer en matière de droit pénal. En vertu du al. 3 de ce même article, l'organisation judiciaire, la procédure et l'administration de la justice en matière de droit pénal sont du ressort des cantons. Cette disposition ne s'applique toutefois pas de manière illimitée. La Confédération peut édicter des dispositions de procédure lorsqu'elles sont indispensables pour garantir une application correcte, uniforme et intégrale du droit pénal. C'est l'objectif avoué de la juridiction pénale administrative incombant aux autorités fédérales.

## **6.2 Délégation de compétences législatives**

En vertu de l'art. 30, al. 1, LStup, le Conseil fédéral a la compétence d'édicter des dispositions d'application relatives à la LStup.

Le projet de loi prévoit cette compétence à plusieurs endroits. Cela ne pose de problème dans la mesure où le projet de loi définit dans de nombreux cas les principes et, par conséquent, le cadre dans lequel doit s'inscrire la réglementation fédérale. De surcroît, il est judicieux de prévoir cette compétence dans tous les cas où la nécessité d'une réglementation ne peut pas encore être évaluée aujourd'hui. Dans d'autres domaines, les compétences législatives réservées au Conseil fédéral se justifient dans la mesure où il faut pouvoir réagir rapidement à l'évolution de la situation. Enfin, les dispositions qui exigent une réglementation de détaillée doivent être édictées par voie d'ordonnance.

Les nouveaux domaines dans lesquels le Conseil fédéral peut intervenir par voie d'ordonnance sont les suivants:

- définitions des conditions cadre concernant la prescription, la remise et l'administration de stupéfiants pour le traitement de personnes dépendantes (art. 3e, al. 2), soumises à l'autorisation des cantons. En ce qui concerne la prescription médicale d'héroïne, cette compétence existait déjà;
- définition des modalités du traitement des données dans le cadre du traitement de personnes dépendantes par des autorités ou des institutions (art. 3f);

<sup>57</sup> Cf. Expertise du 2 novembre 1978 de l'Office fédéral de la justice publiée dans: Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération (JAAC), 1979, cahier 43/II, n° 48.

Les domaines dans lesquels le Conseil fédéral conserve sa compétence d'édicter des ordonnances:

- extension du contrôle des stupéfiants aux précurseurs (et dorénavant des adjuvants chimiques); instauration de l'autorisation obligatoire ou de mesures de surveillance moins sévères telles que l'identification du client, l'obligation de tenir une comptabilité et l'obligation de renseigner (art. 3, al. 1);
- dispositions particulières sur la prescription médicale d'héroïne (art. 3e, al. 3);
- réglementation de détail concernant le contrôle périodique du déroulement des thérapies avec prescription d'héroïne (art. 3e, al. 3);
- interdiction ou limitation quantitative de la culture, de la fabrication, de l'importation, de l'exportation et du stockage de stupéfiants par le détenteur de l'autorisation (art. 6, al. 1);
- fixation des émoluments perçus par l'Institut suisse des produits thérapeutiques pour les autorisations délivrées, les contrôles effectués et les prestations fournies (art. 30, al. 2).

La délégation directe par le législateur aux autorités subordonnées au Conseil fédéral est possible dans les mêmes conditions que la délégation au Conseil fédéral. Toutefois, l'importance de l'objet des dispositions doit être soupesée: les décisions importantes sont réservées aux échelons supérieurs, tandis que les objets moins importants peuvent et doivent être transférés aux échelons inférieurs. L'importance de la définition de la notion de «substances», aussi bien pour le marché des stupéfiants que pour les dispositions pénales plaide pour un transfert de compétences de l'office (Institut suisse des produits thérapeutiques) au département. En l'occurrence, le département compétent a reçu les compétences d'édicter des ordonnances départementales dans les domaines suivants:

- établissement d'une liste de stupéfiants, de psychotropes, de précurseurs et d'adjuvants chimiques (art. 2a);
- établissement d'une liste des matières premières et des produits dont on doit supposer qu'elles ont un effet analogue aux substances et aux préparations visées à l'art. 2, al. 1 (art. 7, al. 3).

