



Conseil économique et social

Distr.: générale
15 janvier 2004

Français
Original: Anglais

Commission des stupéfiants

Quarante-septième session

Vienne, 15-22 mars 2004

Point 5 c) de l'ordre du jour provisoire *

Réduction de la demande de drogues: situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues

Situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues

Rapport du secrétariat

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1-5	2
II. Aperçu de la situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues et tendances dans la période 1998-2002	6-75	3
A. Cannabis	7-29	4
B. Opioïdes	30-43	10
C. Cocaïne	44-66	15
D. Stimulants de type amphétamine	67-75	21
III. Mesure des progrès accomplis	76-90	26
A. Questionnaire destiné à l'établissement des rapports biennaux: progrès accomplis dans les activités et les programmes de réduction de la demande	79-80	26
B. Questionnaire destiné à l'établissement des rapports annuels: progrès accomplis en ce qui concerne l'abus de drogues	81-90	27
 Annexes		
I. Abus de cannabis: tendances et rapports – 2002		31
II. Abus d'opioïdes: tendances et rapports – 2002		33

*E/CN.7/2004/1.

I. Introduction

1. Dans sa résolution 46/7, intitulée “Promotion de l’échange d’informations sur les nouveaux comportements d’usage de drogues et sur les substances psychoactives consommées”, la Commission des stupéfiants a invité le Directeur exécutif à lui rendre compte à sa quarante-septième session de la mise en œuvre de cette résolution. Dans sa résolution 2003/41 du 22 juillet 2003, le Conseil économique et social a demandé au Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, en collaboration avec l’Organisation mondiale de la santé, de rendre compte des nouvelles tendances en ce qui concerne le cannabis. Le présent rapport donne un aperçu des tendances de l’abus de ces substances pour la période 1998-2002 dans chacune des régions du monde, sur la base des réponses reçues des Etats membres à la partie II du questionnaire destiné à l’établissement des rapports annuels. En réponse à la résolution 2003/41 du Conseil, une section sur l’utilisation du cannabis par région est incluse dans l’analyse par principaux types de drogues. Le rapport examine également les difficultés que comporte l’évaluation des progrès accomplis en direction des objectifs de la Déclaration politique adoptée par l’Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire (résolution S-20/2 de l’Assemblée générale, annexe) et du Plan d’action pour la mise en œuvre de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution 54/132 de l’Assemblée générale, annexe). La Commission pourra souhaiter donner des orientations en ce qui concerne les approches possibles et les solutions à rechercher.

2. L’analyse contenue dans le présent document est basée sur les réponses de 106 pays et territoires qui ont complété et retourné la partie II du questionnaire destiné à l’élaboration des rapports annuels pour l’année 2002 avant le 16 décembre 2003, conformément aux engagements qu’ils ont souscrits aux termes des traités internationaux sur le contrôle des drogues. Les données portées sur les questionnaires ont été complétées par des informations d’autres sources, conformément à la pratique adoptée les années précédentes et dont la Commission était convenue.¹ Le questionnaire, qui a été utilisé pour la deuxième fois depuis sa révision, avait été distribué à 194 pays et territoires; le taux de réponse global pour l’année 2002 a été de 55 pour cent. L’aperçu des tendances dans la période 1998-2002 est basé sur les réponses annuelles, le taux de réponse étant compris entre 40 et 60 pour cent.²

3. Les schémas de l’abus de drogues sont souvent communs à plusieurs pays de la même région, ce qui souligne la nécessité d’interpréter les tendances nationales de l’abus de drogues dans leur contexte régional. Il est demandé aux Etats membres de signaler tous les ans les tendances croissantes, stables ou décroissantes dans le questionnaire en ce qui concerne l’abus de différents types de drogues dans l’ensemble de la population (personnes âgées de 15 à 64 ans) sur une échelle de cinq points (forte augmentation, augmentation légère, pas de grand changement, diminution légère, forte diminution). Bien que cette information, qui est basée sur l’opinion d’experts, ait ses limites, c’est celle que la plupart des pays ont fournie de façon relativement cohérente au fil des années. Par conséquent c’est la seule source actuellement disponible qui permette de faire une forme d’analyse à moyen terme. Les autres informations demandées dans le questionnaire annuel ne sont pas toujours disponibles pour les différentes années, ou peuvent être difficiles à exploiter à des fins de comparaison. Ce problème devra être sérieusement examiné par la Commission; il en est débattu plus avant à la section III du présent rapport.

4. En se fondant sur les informations relatives aux tendances recueillies auprès des Etats membres sur plusieurs années, un nouvel outil analytique appelé *Analyse pondérée des tendances de l’abus de drogues* a été conçu pour permettre une évaluation plus précise des tendances régionales de l’abus de drogues, en prenant en

compte les différentes tailles de la population des pays à l'intérieur des régions. Le présent rapport donne une analyse des réponses pour les années 1998 à 2002. L'année 1998 est prise comme année de référence pour la mesure des progrès accomplis en direction des buts et des objectifs qui ont fait l'objet d'un accord à la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale. Par conséquent la présente analyse s'est fondée sur les réponses que les Etats membres ont fournies annuellement sur la base des informations dont pouvaient disposer les experts nationaux sur la situation de l'abus de drogues dans leur pays.³

5. Toutefois certaines limitations doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats, vu que ces informations sont fournies en tant qu'opinions d'experts. Premièrement, on ne saurait supposer que la différence entre les divers degrés de la tendance de l'abus de drogues (par exemple entre une "légère diminution" et une "forte diminution") signifie la même chose dans tous les pays (une forte augmentation dans un pays où la prévalence est basse peut ne pas avoir le même impact sur la tendance régionale qu'une légère augmentation dans un pays à forte prévalence) ou encore dans le même pays pour différentes années de référence. Deuxièmement, vu que le calcul appliqué pour estimer les tendances pour chaque pays est lié à la population de la région, il n'est pas possible de comparer directement les tendances entre les régions. Troisièmement, les tendances redditionnelles relatives à l'abus d'un type de drogue, par exemple les stimulants de type amphétamine (STA), peuvent être faussées par des variations des tendances de l'abus de substances de la même catégorie de drogue (par exemple la tendance de l'utilisation de la méthylénédioxyméthamphétamine (généralement connue sous le nom d'ecstasy) peut être à l'accroissement alors que la tendance de l'utilisation d'amphétamine diminue). Il convient également de noter que le présent rapport comporte une limitation en ceci qu'il donne seulement des indications générales en ce qui concerne les principaux types de drogues signalés par les Etats membres, ce qui conduit inévitablement à de fortes généralisations; ainsi, il serait nécessaire de faire une analyse des tendances plus spécifique par drogue pour étayer les conclusions.

II. Aperçu de la situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues et des tendances dans la période 1998-2002

6. L'analyse des tendances signalées indique que depuis 1998 les tendances globales de l'abus de drogues se dessinent comme suit:

a) L'abus du cannabis a augmenté dans la plupart des pays (voir annexe I). Dans les pays où la prévalence est forte et qui font des efforts à long terme de prévention, il semble que la prévalence se stabilise, ou même diminue (comme en Australie, par exemple), même si elle reste à un niveau relativement élevé;

b) L'abus d'opioïdes est signalé comme étant en augmentation dans la plupart des régions, l'Océanie constituant l'exception la plus notable (voir annexe II). À l'intérieur des diverses régions il existe des différences significatives. Dans la région Europe, les principales augmentations sont enregistrées en Europe orientale, alors que la situation est stable ou en diminution en Europe occidentale;

c) L'abus de STA est en augmentation dans toutes les régions depuis 1998. Les augmentations sont d'intensité différente et peuvent se rapporter à différentes substances du groupe des STA, mais les indices sont accablants que les STA sont devenus les drogues de choix dans toutes les régions;

d) L'abus de cocaïne demeure non généralisé, bien qu'il ait légèrement augmenté dans la principale région de consommation (Amériques) et son niveau

d'utilisation en croissance est source de préoccupations dans toute l'Europe. En Afrique l'accroissement de l'abus de cocaïne signalé vers la fin des années 90 a cessé; en Asie des augmentations très faibles de l'abus de cette substance ont été signalées; et en Océanie la situation est stable. La cocaïne sous forme de crack demeure un problème sérieux dans certaines zones.

A. Cannabis

7. Dans la période de cinq ans allant de 1998 à 2002, le cannabis est resté dans le monde entier la drogue faisant l'objet des abus les plus nombreux. La plupart des régions géographiques ont été affectées, et l'observation que le cannabis est la substance illicite le plus largement consommée pourrait s'appliquer à un plus grand nombre de pays. Les taux de prévalence pour le cannabis sont souvent beaucoup plus élevés que pour les autres drogues. En outre le nombre des personnes qui admettent user de cannabis régulièrement est souvent encore plus élevé.

8. Depuis 1998, la tendance globale de l'abus de cannabis, telle que signalée par les points focaux nationaux chargés de répondre au questionnaire pour l'établissement des rapports annuels, s'accroît manifestement dans la plupart des régions; il peut y avoir certaines différences entre les régions, mais la tendance est principalement orientée à la hausse. L'abus de cannabis est demeuré stable avec une prévalence relativement forte dans quelques pays développés, mais il a progressé — principalement à partir d'un niveau de référence plus bas — dans les pays en développement.

9. Les augmentations sont partiellement imputables au fait que la perception du risque associé à l'abus de cannabis semble avoir diminué. Des campagnes de messages dans les médias et de déclarations publiques, en particulier (mais pas exclusivement) dans certains pays développés, destinées à présenter le cannabis comme étant associé à des effets médicaux positifs et à des effets secondaires relativement mineurs, peuvent avoir contribué à cette évolution. Certains segments de la société semblent également avoir une attitude plus tolérante envers l'abus de cannabis.

10. La tendance globale à l'augmentation signalée de l'abus du cannabis reflète les informations épidémiologiques plus spécifiques notifiées par les pays dans la période 1998-2002. La pente de la tendance est plus forte en Afrique et en Europe. En Asie la tendance à l'augmentation semble s'être accélérée les deux dernières années étudiées, à savoir en 2001-2002. Dans les Amériques la pente de la tendance manifeste une augmentation lente, tendant vers la stabilisation. En Océanie il y a eu une diminution considérable mais il faut noter que la région présente toujours des niveaux élevés de prévalence. Les régions en développement semblent être en voie de rattraper les niveaux plus élevés de prévalence des régions développées, comme l'indiquent les tendances à la hausse en Afrique et en Asie.

Afrique

11. Les pays africains ont signalé une augmentation significative de l'abus de cannabis dans la période 1998-2002 (voir figure I). Le cannabis est demeuré la drogue illicite faisant l'objet du plus d'abus dans la plupart des pays africains. La majeure partie du cannabis consommé l'est sous forme de feuille de cannabis et il est produit localement. Le climat dans beaucoup de régions d'Afrique, la valeur du cannabis comme culture de rente, l'acceptabilité sociale de son usage et les ressources limitées des forces de répression ont rendu le contrôle du cannabis extrêmement difficile dans cette région.

12. Bien que l'on ne dispose pas d'informations épidémiologiques précises, il existe une convergence considérable dans les réponses apportées au questionnaire annuel, à

savoir qu'il y a eu une augmentation générale de l'abus de cannabis dans la plupart des pays africains. Des augmentations continues sur la période 1998-2002 ont été signalées par le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Maroc, la Namibie, la Zambie et le Zimbabwe. De façon générale les taux de prévalence sont demeurés relativement bas comparés à ceux des pays d'autres régions, mais les fortes augmentations signalées sur plusieurs années consécutives suggèrent que le cannabis devient de plus en plus populaire.⁴

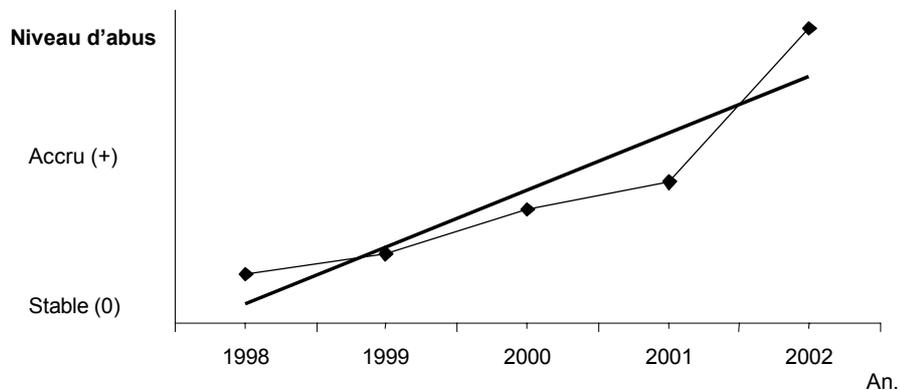
13. Le fait est confirmé par les études réalisées auprès de sous-groupes choisis dans l'ensemble de la population, par exemple enquêtes dans les écoles ou enquêtes auprès des jeunes, données recueillies par les services médicaux et admissions en service psychiatrique, données de la police sur les arrestations pour possession de drogues et évaluations rapides menées dans le cadre de diverses initiatives de recherches et d'évaluation de la situation des drogues.⁵

14. Le cannabis est consommé surtout par les jeunes. Les diverses enquêtes menées en milieu scolaire et dans la jeunesse (aux Comores, en Ethiopie, aux Seychelles, en Afrique du Sud, au Swaziland et en République Unie de Tanzanie) indiquent que la prévalence sur la vie entière varie considérablement (jusqu'à 30 pour cent dans des écoles privées éthiopiennes) mais que l'utilisation récente est également fréquente (7,5 pour cent d'utilisation le mois précédent chez les étudiants de sexe masculin au Swaziland en 1998). L'âge du premier usage varie entre 12 et 15 ans chez les garçons au Lesotho en 2000.

15. Une autre des caractéristiques de l'abus de cannabis en Afrique est qu'il concerne principalement la population masculine. Les données d'enquête de certains pays de la région montrent également que l'abus de cannabis est principalement le fait des jeunes de sexe masculin.^{6, 7} Une enquête menée dans l'ensemble de la population sur l'utilisation de drogues dans le cadre d'une évaluation rapide de la situation au Botswana en 2001 a révélé que 25 pour cent des hommes (mais seulement 5 pour cent des femmes) signalaient avoir consommé du cannabis, 5 pour cent des hommes interrogés utilisant la drogue quotidiennement. Une enquête effectuée en 1998 sur l'abus de substances chez les étudiants du Swaziland a révélé que 7,5 pour cent des étudiants de sexe masculin avaient consommé du cannabis le mois précédent, contre seulement 1,4 pour cent des étudiantes. Une exception notable à ceci est le fait que les rapports d'enquêtes relatifs à la République Unie de Tanzanie indiquent une participation des femmes à l'abus de drogues, ce qui étonne compte tenu du fait que longtemps il a été dit que l'abus de drogues était un problème principalement masculin.

16. L'abus de cannabis compte pour une proportion appréciable dans les admissions en service psychiatrique dans plusieurs pays.⁸ En Afrique du Sud, le cannabis est la première drogue à faire l'objet d'un abus pour 40 pour cent (le Cap) et 61 pour cent (Gauteng) des patients de moins de 20 ans traités pour des problèmes de drogue. Les données pour 2000 montrent qu'au Lesotho la plupart des patients traités le sont pour des problèmes liés à l'alcool et que les autres patients (24 pour cent) sont traités pour des maux liés au cannabis.

Figure I
Tendances de l'abus de cannabis en Afrique, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Amériques

17. Dans la région des Amériques, la drogue qui fait l'objet de plus d'abus est le cannabis, comme c'est le cas dans la plupart des autres régions. La tendance globale est à un accroissement lent, qui semble pencher vers la stabilisation (voir figure II). Des évaluations récentes de la prévalence de l'abus du cannabis ne sont pas disponibles pour tous les pays, mais celles qui le sont accusent des écarts considérables entre les pays de la région.

18. Aux Etats-Unis d'Amérique, le cannabis est la drogue illicite la plus généralement utilisée (utilisation au cours du mois écoulé), le taux étant de 6,2 pour cent (soit 14,6 millions de personnes) de l'ensemble de la population en 2002. Sur cet effectif, environ un tiers (ou 4,8 millions de personnes) ont consommé du cannabis 20 jours ou davantage au cours du mois écoulé.⁹

19. Toutefois, bien que l'abus de cannabis soit commun, plusieurs études indiquent que la consommation s'est stabilisée, si elle n'a pas diminué, aux Etats-Unis. Ces dernières années il apparaît que l'utilisation de cannabis se stabilise dans certaines régions des Etats-Unis, après une forte croissance de l'abus entre 1990 et 1998. L'utilisation du cannabis parmi les élèves du secondaire s'est stabilisé depuis 1999 et a diminué pour toutes les classes ces dernières années.¹⁰ Malgré cette stabilisation de l'utilisation, la demande de traitement pour usage de cannabis est restée élevée, principalement en raison d'une utilisation étendue.

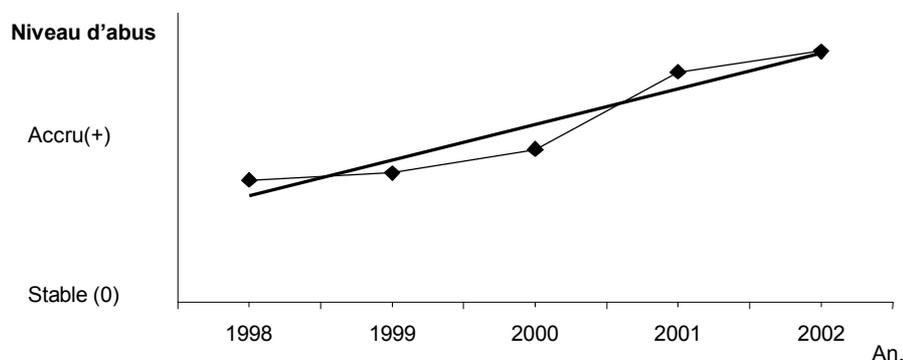
20. Le Canada signale également une tendance à la stabilisation de l'abus de cannabis. Les données d'enquêtes canadiennes auprès des étudiants de l'Ontario indiquent une tendance stable, mais à un taux élevé, après les augmentations significatives des années 90.

21. Les pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud signalent un abus croissant de cannabis dans la période 1998-2002. La Commission interaméricaine de contrôle de l'abus de drogues (CICAD) de l'Organisation des Etats américains a signalé une augmentation de l'abus de cannabis dans la sous-région.

22. L'utilisation de cannabis est également courante dans les Caraïbes. Les enquêtes scolaires dans la sous-région indiquent que la consommation de cannabis parmi les étudiants varie entre 8 et 26,9 pour cent. Les problèmes liés à l'usage de cannabis sont également manifestes dans les pays et territoires d'outre-mer des Caraïbes.

Figure II

Tendances de l'abus de cannabis dans la région des Amériques, 1998-2002



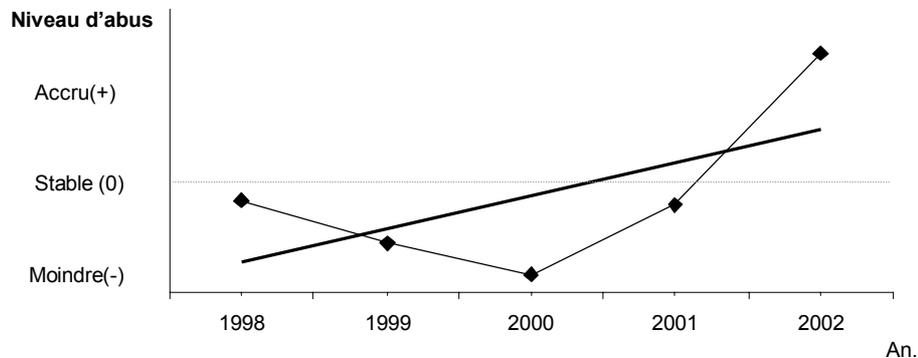
Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'élaboration des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Asie

23. En Asie, la tendance globale est à l'augmentation lente de l'abus de cannabis. Les diminutions signalées pour 1998 et 1999 ont été en grande partie compensées par les augmentations des trois années suivantes (voir figure III). Certains pays de la région influencent la tendance globale. Après quelques années pour lesquelles elle a notifié que la situation était stable, la Chine signale de fortes augmentations. En Inde, après quelques diminutions signalées vers la fin des années 90, des augmentations de l'abus de cannabis sont ensuite signalées. La première enquête nationale sur les ménages en Inde, qui a été effectuée en 2001 sur un échantillon de population masculine âgé de 12 à 60 ans, révèle que la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie est de 4,1 pour cent, et de 3,0 pour cent pour l'usage courant (utilisation au cours du mois écoulé), ce qui suggère une probabilité élevée d'utilisation continue après exposition à la drogue.¹¹ Le Japon, l'Arabie Saoudite et Sri Lanka ont signalé des augmentations tout au long de la période 1998-2002. Des augmentations significatives ont été également enregistrées au Myanmar, au Pakistan et en République de Corée. En Asie centrale et dans le Caucase la situation est plus contrastée.

Figure III
Tendances de l'abus de cannabis en Asie, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Europe

24. En Europe, l'abus de cannabis manifeste une tendance cohérente à l'augmentation, après l'accroissement de la prévalence de la consommation de cannabis dans les années 90 dans les pays de l'Union européenne (voir figure IV). Comme dans d'autres régions, la tendance globale est la résultante d'un processus composite: tandis que dans certains pays l'abus de cannabis s'est stabilisé, dans d'autres, en particulièrement là où la prévalence était relativement basse, il a augmenté. Il semble y avoir convergence des schémas d'abus, en ceci que le niveau d'abus des pays à faible prévalence tend graduellement vers le niveau d'abus des pays à plus forte prévalence.

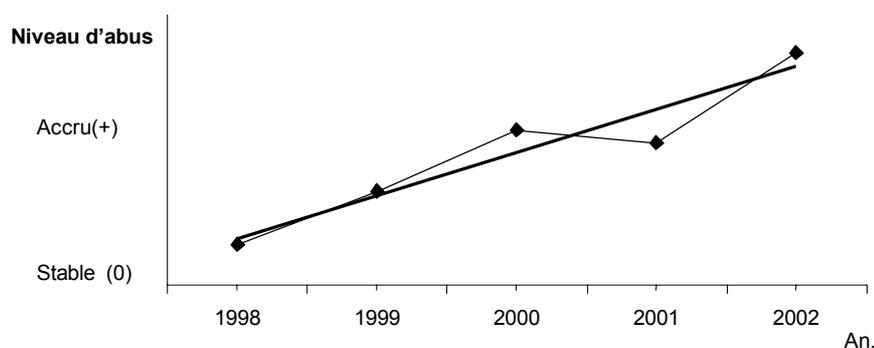
25. Il y a des différences entre les divers pays en termes d'abus de cannabis dans l'ensemble de la population, mais les différences sont de loin moins marquées quand on compare les populations de jeunes. La plupart des Etats membres de l'Union européenne indiquent une expérience du cannabis au cours de la vie dans l'ensemble de la population de l'ordre de 20 à 25 pour cent, avec seulement peu d'exceptions (allant de 7 à 10 pour cent pour le Portugal et la Finlande à environ 30 pour cent pour le Danemark et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord). Il a été suggéré qu'en Europe occidentale l'utilisation de cannabis est principalement occasionnelle, et qu'une utilisation plus fréquente de la substance demeurerait plutôt peu commune, en particulier chez les personnes âgées de plus de 40 ans.

26. Dans beaucoup de pays d'Europe occidentale le cannabis vient au second rang après l'héroïne en termes de nombre d'utilisateurs sollicitant un traitement pour des problèmes d'abus de drogues; cet effectif est en augmentation, le plus notamment chez les personnes traitées pour de tels problèmes pour la première fois (24,7 pour cent de l'effectif total des nouvelles admissions sont des utilisateurs de cannabis).¹²

27. Dans les pays d'Europe orientale les enquêtes scolaires suggèrent qu'en moyenne la prévalence de l'utilisation de cannabis au cours de la vie chez les enfants de 16 ans est de 16 pour cent, allant de 1 pour cent en Roumanie à 34 pour cent en

République tchèque. Outre les tendances à l'augmentation de l'usage du cannabis on constate aussi des indices d'une tolérance sociale accrue à l'expérimentation du cannabis chez les jeunes des pays d'Europe centrale et orientale.¹³

Figure IV
Tendances de l'abus de cannabis en Europe, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaire pour l'établissement des rapports annuels.

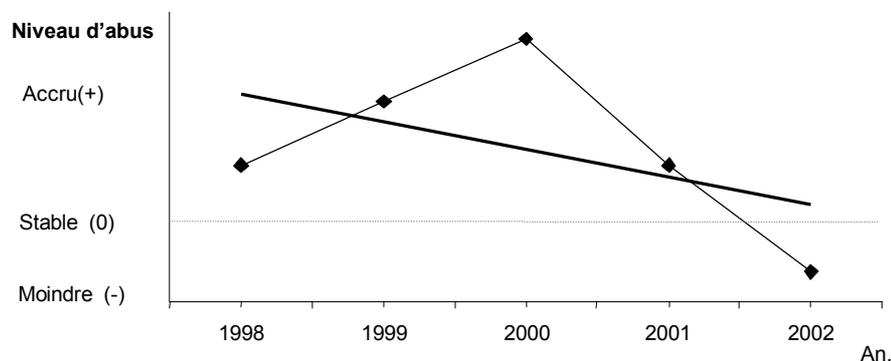
Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Océanie

28. La seule exception à la tendance à l'augmentation de l'abus de cannabis dans les diverses régions du monde vient de l'Océanie. Après un accroissement initial de l'abus de cannabis de 1998 à 2000, l'Océanie a signalé une diminution considérable de cet abus entre 2001 et 2002 (voir figure V). La tendance est manifestement influencée par l'évolution de la situation en Australie, car la population de ce pays compte pour une grande part dans l'ensemble de la région.

29. Les données les plus récentes pour l'ensemble de l'Australie, à savoir pour l'année 2001, montrent que l'exposition à l'utilisation illicite de drogue est chose commune pour les garçons comme pour les filles âgés 14 ans et plus, quelque 37 pour cent des garçons et 29 pour cent des filles ayant usé du cannabis au moins une fois dans leur vie.¹⁴ Les indicateurs du système de suivi des drogues illicites font entrevoir une situation relativement stable en ce qui concerne l'utilisation des drogues de type cannabis en 2002, mais l'utilisation de telles drogues demeure répandue et la disponibilité de la substance reste haute dans toutes les juridictions.¹⁵ En 2002, il apparaît que la tendance de l'utilisation de cannabis continue de diminuer dans l'ensemble de la population.

Figure V



Tendances de l'abus de cannabis en Océanie, 1998-2002

Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

B. Opioides

30. L'abus d'opioïdes, en particulier d'héroïne, est responsable de dommages considérables aux individus et aux communautés dans beaucoup de régions du monde. Le problème de l'abus d'héroïne est la plupart du temps associé à l'injection de la substance, et le partage des seringues comporte un fort risque d'infection virale. Vers la fin des années 90, les tendances étaient à la hausse dans la plupart des régions mais une baisse de l'abus des opioïdes a été signalée dans toutes les régions en 2000. Dans les années qui ont suivi, la tendance décroissante s'est poursuivie en Océanie et la tendance s'est stabilisée dans les Amériques. En Europe les tendances de l'abus d'opioïdes en 2001 et 2002 ont été diverses. En Afrique des accroissements significatifs de l'abus de ces drogues ont été signalés pour 2001 et 2002.

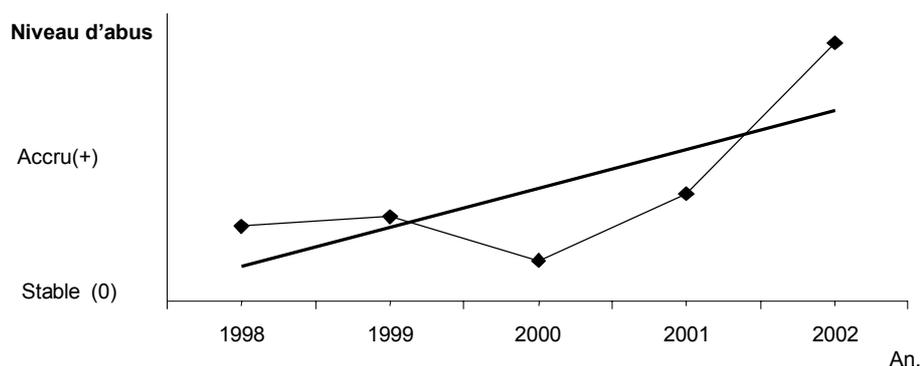
Afrique

31. La majorité de pays africains qui ont répondu ont signalé une augmentation de l'abus d'opioïdes; ces réponses sont venues de pays de toutes les régions du continent (voir figure VI). Des augmentations ont été signalées pour des régions d'Afrique sans véritable tradition d'abus d'héroïne, par exemple plusieurs pays d'Afrique de l'Est; toutefois ces augmentations se sont faites à partir de niveaux très bas. Au cours des cinq dernières années, des augmentations de l'abus de ces drogues ont été signalées par la Côte d'Ivoire, l'Ile Maurice, le Maroc, le Mozambique, la Namibie, l'Afrique du Sud et la République Unie de Tanzanie. En particulier en Afrique du Sud, au cours des 5 à 7 dernières années, la demande de traitement pour abus de drogues, l'héroïne étant la drogue principale faisant l'objet de l'abus, a augmenté sensiblement au Cap et dans la province de Gauteng, passant de moins de 1 pour cent à plus de 6 pour cent de l'ensemble des patients en traitement; toutefois cette tendance s'est récemment stabilisée. Les indicateurs de demande de traitement des pays voisins indiquent également une augmentation de la demande de traitement pour dépendance à l'héroïne.¹⁶ Même si la majeure partie de l'héroïne est fumée, l'injection est fréquente chez les patients traités pour lesquels l'héroïne est la drogue principalement usitée.¹⁷

L'injection d'héroïne est signalée par plusieurs autres pays d'Afrique, le plus notamment par le Kenya et la République Unie de Tanzanie, et à un moindre degré au Burundi, en Namibie et en Ouganda. La perception qu'ont les professionnels de la santé et les organes de répression est que l'abus local d'héroïne est lié aux débordements du trafic en transit d'héroïne en provenance d'Asie à destination de l'Europe occidentale en passant par l'Afrique.

Figure VI

Tendances de l'abus d'opioïdes en Afrique, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Amériques

32. La situation dans la région des Amériques en ce qui concerne l'abus d'opioïdes a manifesté des signes de stabilisation au cours de ces dernières années (voir figure VII). Les États-Unis ont signalé des tendances à la stabilité ou à la décroissance. Le Canada a signalé des tendances stables pour 2001 et 2002. Quelques augmentations à partir de niveaux relativement bas ont été signalées par l'Argentine, la Colombie, l'Équateur et le Venezuela.

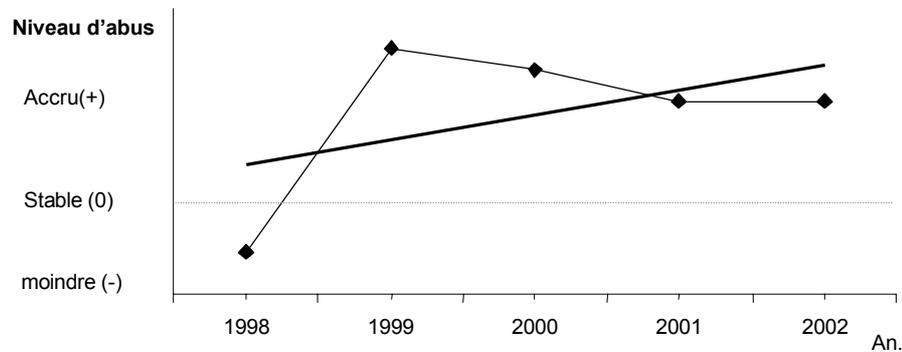
33. Aux États-Unis, les tendances à long terme des admissions au service des urgences ayant pour motif l'héroïne ont été à la hausse de 1998 à 2000, mais se sont stabilisées les deux dernières années.¹⁸ D'après le groupe de travail sur l'épidémiologie communautaire des instituts nationaux de santé des États-Unis, la plupart des indicateurs récents pour ce qui est de l'héroïne suggèrent que l'abus de substances multiples incluant l'abus d'héroïne est commun. La prévalence dans l'ensemble de la population était stable ou en légère diminution entre 1999 et 2001, alors qu'une tendance durablement décroissante se manifeste dans la population étudiante depuis 1999.

34. Au Mexique, la situation a été stable jusqu'en 2001; toutefois les données récentes de 53 villes, recueillies par le Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (système de surveillance épidémiologique des toxicodépendances), indiquent qu'il y aurait eu un accroissement significatif, de 2001 à 2002, du nombre

des patients des centres de traitement non gouvernementaux qui donnent l'héroïne pour être la drogue dont ils abusent au premier chef.¹⁹

Figure VII

Tendances de l'abus d'opioïdes dans les Amériques, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Asie

35. En Asie, la tendance de l'abus d'opioïdes a été en augmentation au cours des dernières années (voir figure VIII), alors que plus récemment quelques signes d'un reflux de l'abus de ces drogues ont également été signalés.

36. Les pays d'Asie centrale ont connu un problème de drogue en croissance rapide, qui a principalement été le résultat d'une augmentation de l'abus d'opioïdes, principalement d'héroïne. Les consommateurs d'héroïne représentent 70 à 90 pour cent de l'ensemble des utilisateurs de drogues répertoriés dans la sous-région. Les profils de utilisateurs de drogues et les schémas de consommation indiquent que ce sont les jeunes (âgés de 25 à 30 ans), principalement de sexe masculin, qui s'injectent des opioïdes. Au Kazakhstan, au Kirghizstan, au Tadjikistan et en Ouzbékistan, les taux d'injection au moins une fois demeurent élevés parmi les consommateurs répertoriés de drogues, allant de 50 pour cent à plus de 90 pour cent, et le partage des seringues est pratique courante. Plus récemment, depuis 2001, le nombre des utilisateurs de drogue nouvellement répertoriés dans la plupart des Etats d'Asie centrale s'est stabilisé, voire a diminué, comme au Kazakhstan et au Tadjikistan, mais les problèmes graves d'abus d'héroïne et le taux élevé d'absorption par injection soulignent combien il importe d'intervenir dans ces domaines pour ce qui est du traitement et de la réinsertion des toxicomanes.

37. En Chine, l'héroïne est actuellement la principale substance faisant l'objet d'abus, étant utilisée par 83 pour cent de la population répertoriée pour toxicomanie. Les enquêtes et les statistiques nationales sur l'abus de drogues en Chine indiquent que le taux des toxicomanes répertoriés était 12,9 fois plus élevé en 2001 qu'en 1990, et que les jeunes de 17 à 35 ans constituaient le plus gros de l'effectif, tandis que le problème de l'abus de drogues s'est étendu et affecte plus des deux tiers du pays.²⁰

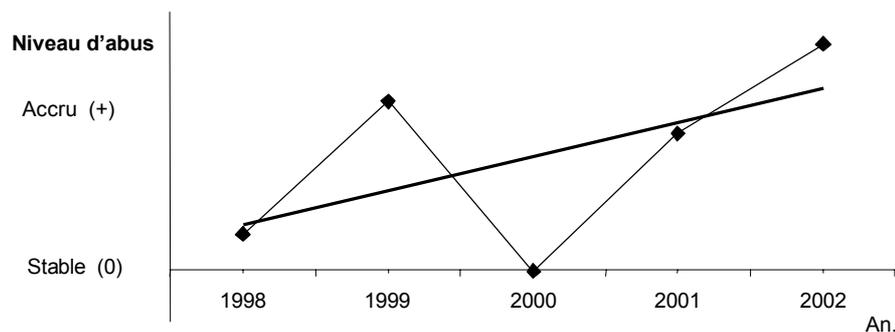
38. L'accroissement de l'abus d'opioïdes a été signalé au Bangladesh, en Inde et au Népal. En Inde, l'enquête nationale sur les ménages menée en 2001 auprès de la population masculine a conduit à estimer qu'il y avait 2,04 millions utilisateurs

pratiquants (au cours du mois écoulé) d'opioïdes (opium et héroïne), soit 0,7 pour cent de l'ensemble de la population.²¹

39. Une baisse de l'abus d'opioïdes a été signalé par le Myanmar, le Pakistan, le Qatar et l'Arabie Saoudite, de même que dans le Caucase, mais ces diminutions n'ont pas d'influence significative sur la tendance globale à l'échelle de la région.

Figure VIII

Tendances de l'abus d'opioïdes en Asie, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Europe

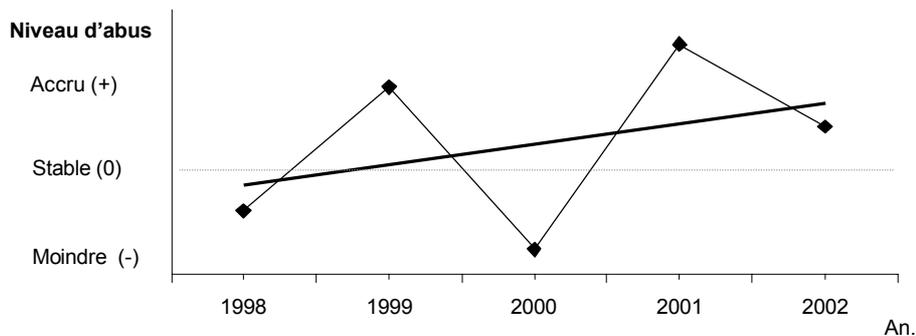
40. En Europe, l'abus d'opioïdes s'est légèrement accru au cours de la période 1998-2002 (voir figure IX). La situation globale apparaît comme variable, reflétant probablement des différences sous-régionales considérables dans la situation en ce qui concerne l'abus de drogues.

41. L'injection de drogues (pas seulement l'héroïne mais principalement elle) paraît stabilisée ou en diminution depuis 1998 dans la plupart des pays d'Europe. Les évaluations disponibles sur "l'usage problématique de drogues" suggèrent que l'abus d'opioïdes aurait augmenté en Europe occidentale après le milieu des années 90, mais que la tendance se serait stabilisée depuis la période 1998-2000. Les évaluations de la prévalence de "l'usage problématique de drogues", principalement l'abus d'opioïdes, dans la plupart des pays d'Europe occidentale se varient entre 2 et 10 cas pour 1000 dans l'ensemble de la population, à savoir les personnes âgées de 15 à 64 ans.²²

42. Dans les pays d'Europe centrale et orientale, la plupart des hausses des "usages problématiques de drogues" dans les années 90, et en particulier vers le milieu de cette période, ont été imputables à l'abus d'héroïne, qui est actuellement la principale drogue qui fait problème dans chacun des pays de la région. Plusieurs de ces augmentations se sont accompagnées d'une augmentation de l'abus par injection, bien qu'il soit courant de fumer l'héroïne en Pologne, ainsi que chez certains jeunes consommateurs dans quelques autres pays. Il est plus difficile d'analyser les tendances actuelles, car les données les plus récentes sont souvent indisponibles. En République tchèque, en Hongrie, en Slovaquie et en Slovénie, et peut-être en Bulgarie, il apparaît que le niveau global "d'usage problématique de drogues" se stabiliserait,

alors qu'en Estonie, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne et en Roumanie il paraît augmenter (en particulier pour ce qui est de l'abus d'héroïne).²³

Figure IX
Tendances de l'abus d'opioïdes en Europe, 1998-2002



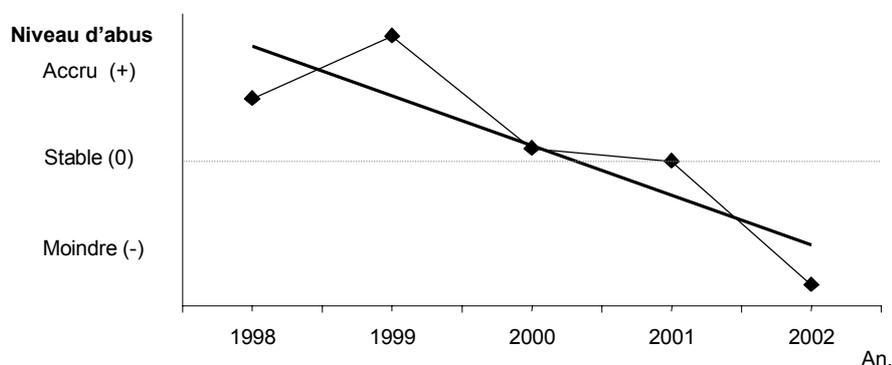
Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Océanie

43. En Océanie, il y a eu diminution régulière de l'abus d'opioïdes depuis la fin des années 90, qui a coïncidé avec la disponibilité réduite d'héroïne dans la région (voir figure X). En Australie, même si la disponibilité d'héroïne s'est à nouveau accrue en 2002, la prévalence et la fréquence de l'abus n'ont pas renoué avec les niveaux observés en 2000. La tendance décroissante observée de l'abus d'héroïne a coïncidé avec des changements des comportements d'abus de drogues: l'abus d'héroïne a été assorti d'une consommation illicite d'opioïdes ou de barbituriques pharmaceutiques. En outre on a dénombré un total de 306 décès attribués aux opioïdes en 2001 chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, soit le bilan le plus bas en 10 ans correspondant à une réduction significative en regard du bilan des années précédentes (958 décès provoqués par surdosage d'opioïdes en 1999, et 725 en 2000).^{24, 25}

Figure X
Tendances de l'abus d'opioïdes en Océanie, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

C. Cocaïne

44. Depuis 1998, la tendance générale de l'abus de cocaïne est mitigée. Dans certaines régions, l'opinion des experts indique un accroissement de l'abus de cocaïne au cours des cinq dernières années, tandis que dans d'autres la tendance globale est à la stabilité ou à une forte diminution. Ces informations doivent être comparées au niveau de l'abus de cocaïne dans les diverses régions pour apprécier la signification des tendances signalées.

45. Depuis 1998 il s'est produit une augmentation de l'abus de cocaïne en Amérique latine et dans les Caraïbes. Quelques baisses ont été notées aux Etats-Unis, qui sont un marché important pour la cocaïne, tandis qu'une augmentation a été enregistrée en Australie et dans les pays européens, et même dans quelques pays africains (cependant les accroissements dans les pays africains se sont produits à partir de niveaux de départ très bas). La plupart des rapports ont trait à l'abus de poudre de cocaïne plutôt que de crack (cocaïne base), dont l'abus semble être bien plus restreint.

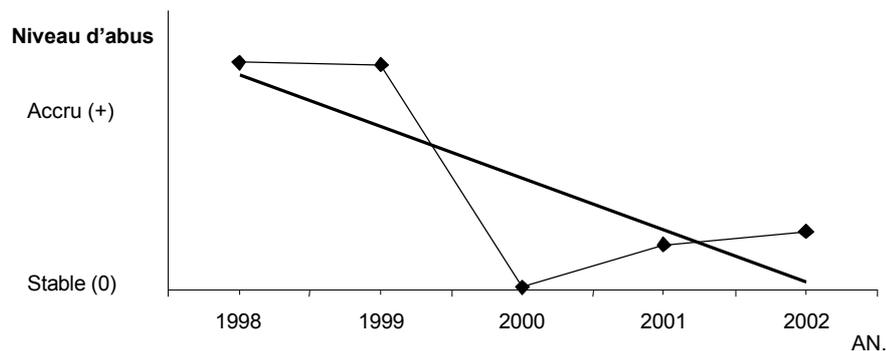
46. En outre, vu que les taux de prévalence varient considérablement entre les pays, la signification relative des tendances croissantes ou décroissantes en termes de nombre de personnes affectées varie également. Par exemple dans certains pays la population des consommateurs de cocaïne est très petite ou pratiquement inexistante. De façon générale, l'abus de cocaïne reste concentré sur les Amériques.

Afrique

47. La cocaïne n'est pas une drogue qui fait l'objet d'abus importants en Afrique, mais son abus a néanmoins été rapporté par quelques pays africains au cours des cinq dernières années. De façon générale, les experts semblent convenir que dans les quelques pays qui rendent compte d'abus de cocaïne, après les accroissements de 1998 et de 1999, celui-ci a décliné et est demeuré relativement stable dans la période de trois ans allant de 2000 à 2002 (voir figure XI). La principale diminution de l'abus de cocaïne a été signalée par l'Afrique du Sud. Selon les informations du Réseau d'épidémiologie communautaire de la Communauté de développement d'Afrique australe sur l'utilisation de drogues (SACENDU) dans le cadre de son projet pour 2002, l'augmentation de la demande de traitements pour des problèmes liés à la

cocaïne au Cap, à Durban et à Gauteng s'est stabilisée. Pour 11 à 14 pour cent de patients en traitement au Cap et à Gauteng, la cocaïne est la drogue primaire ou secondaire faisant l'objet d'un abus. L'abus de cocaïne semble être confiné à l'Afrique du Sud, bien que quelques affaires ayant donné lieu à des saisies de cocaïne aient été signalées dans d'autres pays de la région. L'abus de la cocaïne, et en particulier de crack, est signalé dans tous les principaux centres urbains d'Afrique du Sud, où la prévalence de l'abus semble être la plus grande chez les prostituées.

Figure XI
Tendances de l'abus de cocaïne en Afrique, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Amériques

48. La cocaïne reste la principale drogue problématique dans l'ensemble de la région des Amériques et des Caraïbes. Des abus de cocaïne sont rapportés dans d'autres régions mais, par le nombre des individus concernés, les Amériques restent la région dans laquelle les problèmes liés à la cocaïne sont les plus prononcés.

49. Dans les Amériques, la ligne de tendance dénote une augmentation lente, mais elle n'est que la résultante de tendances différentes selon les années : des augmentations se sont produites en 1999, des diminutions en 2000 et des augmentations à nouveau en 2001 et en 2002 (voir figure XII).

50. Le principal marché de la cocaïne dans les Amériques demeure celui des États-Unis. Les rapports les plus récents indiquent qu'aux États-Unis environ 2,0 millions de personnes (0,9 pour cent de la population âgée 12 ans ou plus) sont consommatrices actuelles de cocaïne (c'est-à-dire ont consommé de la cocaïne au cours du mois écoulé), tandis que la cocaïne sous forme de crack représente plus d'un quart de l'abus substance de type cocaïne (soit une consommation par 0,2 pour cent de la population âgée de 12 ans ou plus). L'abus de cocaïne (y compris le crack) chez les élèves des écoles a diminué de 1999 à 2002.²⁶ Toutefois les données des enquêtes nationales sur les ménages font apparaître une augmentation perceptible entre 2001 et 2002.²⁷

51. Après un tassement initial en 1998 et une situation stable en 2000, l'abus de cocaïne a augmenté en 2001 et en 2002. Même si certaines études indiquent que la population des consommateurs de cocaïne sous forme de crack semble vieillir, le niveau de l'abus de crack demeure élevé, de même que la morbidité et la mortalité associées à la drogue, la cocaïne étant responsable du plus grand nombre de décès liés à la drogue sur les neuf sites étudiés par le Groupe de travail sur l'épidémiologie communautaire des instituts nationaux de santé des Etats-Unis. En outre, le nombre de mentions de la cocaïne enregistrées par les services d'urgences a augmenté depuis 1998, même s'il semble se stabiliser.

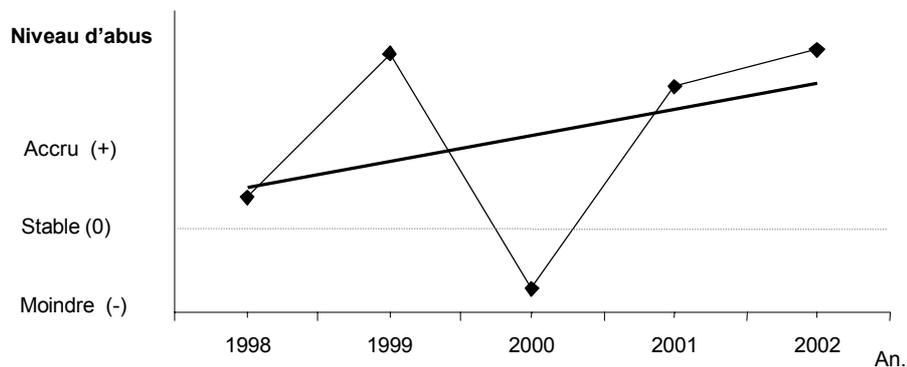
52. Les données d'enquêtes menées en Ontario (Canada), montrent une baisse de l'abus de cocaïne entre le milieu des années 80 et 1998; toutefois a suivi une reprise de la tendance ascendante de cet abus, la prévalence sur la vie entière étant passée de 4,6 pour cent en 1998 à 6,4 pour cent en 2000. Les experts canadiens ont signalé une certaine augmentation de l'abus de cocaïne en 1998 et en 1999, mais cette tendance s'est stabilisée en 2001 et 2002.

53. Au Mexique, la ligne de tendance manifeste une certaine augmentation vers la fin des années 90, mais la situation est devenue stable ces dernières années. L'abus annuel de drogues de type cocaïne est le plus courant chez les personnes appartenant au groupe d'âge des 18 à 34 ans (2,36 pour cent, contre 0,35 pour cent dans l'ensemble de la population). Quelques pays d'Amérique centrale (comme le Costa Rica, le Salvador, le Guatemala et le Panama), bien qu'ils ne représentent pas une forte proportion de la population de la région dans son ensemble, ont également signalé une augmentation de cet abus dans leur population.²⁸

54. Ces dernières années, il semble y avoir eu accroissement de l'abus de cocaïne dans les pays du cône austral, notamment en Argentine, au Chili et en Uruguay. Le Brésil a signalé une augmentation de cet abus vers la fin des années 90. En Bolivie il est signalé que la situation était stable en 2001, après un accroissement des abus vers la fin des années 90. Le Venezuela signale une augmentation de l'abus de cocaïne en divers points au cours des cinq dernières années. Au Chili, les données pour 2002 indiquent que la prévalence annuelle la plus élevée de l'abus de cocaïne (chlorhydrate) se rencontre chez les jeunes adultes âgés de 19 à 25 ans (4,39 pour cent); cet abus est cinq fois plus fréquent chez les sujets de sexe masculin, et beaucoup plus répandu dans les zones métropolitaines que dans les zones rurales.²⁹ Au Pérou, l'abus de drogues de type cocaïne est encore plus fréquent chez les sujets masculins de moins de 20 ans, la prévalence annuelle atteignant un niveau au moins 3 à 5 fois plus élevé (6,78 pour cent) chez les garçons âgés de 17 à 19 ans que dans les autres groupes d'âge.³⁰

55. Dans les Caraïbes en tant que sous-région l'abus de cocaïne, en particulier de crack, est largement signalé; cet abus est responsable d'une proportion substantielle des crimes liés à la drogue et d'autres problèmes communautaires. Chacun des 15 pays participant au Réseau d'information sur les drogues des Caraïbes a signalé l'abus de cocaïne sur son territoire.³¹ Les résultats préliminaires des enquêtes effectuées dans les Caraïbes en 2002 suggèrent que le niveau de l'abus de cocaïne et de crack est toujours relativement bas parmi les élèves du secondaire, la prévalence annuelle allant de 0,2 pour cent en Guyane et au Suriname à 3,6 pour cent à Anguilla. Le taux de prévalence dans les sous-populations à risque est vraisemblablement considérablement plus élevé.

Figure XII



Tendances de l'abus de cocaïne dans la région des Amériques, 1998-2002

Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Asie

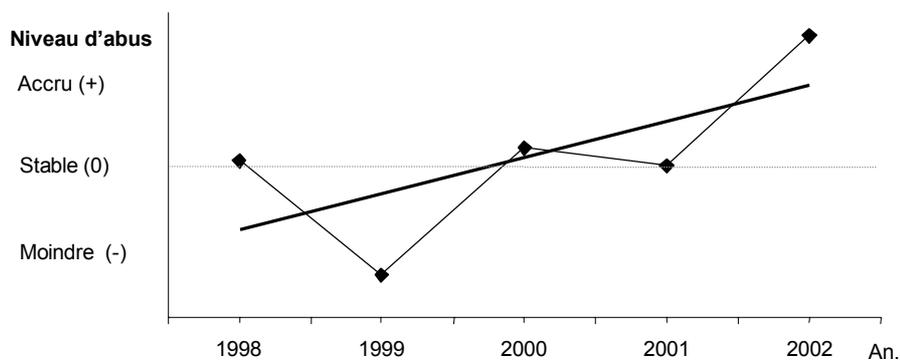
56. En Asie, où la cocaïne n'est traditionnellement pas largement consommée, des d'abus de cocaïne ont sporadiquement été signalés dans la période 1998-2002. Selon les experts, les tendances ont été différentes selon les années, mais la ligne de tendance globale marque une pente ascendante, lente mais tenace (voir figure XIII).

57. La ligne de tendance est principalement influencée par les augmentations signalées par le Bangladesh, l'Inde et l'Arabie Saoudite, ainsi que par les diminutions signalées par le Japon, les Philippines et la République de Corée.

58. On ne dispose que de peu d'évaluations de la prévalence de l'abus de cocaïne dans l'ensemble de la population. L'abus de cocaïne se limite en grande partie à certains secteurs urbains; l'impact de l'abus de cocaïne sur la demande de traitement contre la drogue est relativement faible par comparaison avec celui de l'abus d'autres substances, telles que les opioïdes et les STA.

Figure XIII

Tendances de l'abus de cocaïne en Asie, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Europe

59. En Europe, la ligne de tendance de l'abus de cocaïne manifeste une pente régulièrement ascendante depuis 1998, avec une certaine tendance à la stabilisation (voir figure XIV). Cela semble être lié à une consommation accrue de cocaïne principalement en Europe occidentale, quelques augmentations étant aussi signalées en Europe orientale.

60. Dans les Etats membres de l'Union européenne, bien que certains indicateurs suggèrent un renforcement régulier du marché de la cocaïne, on peut observer des variations géographiques nettes. Dans plusieurs Etats membres (Allemagne, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Norvège et Pays-Bas) des augmentations ont été signalées à différents moments au cours de la période 1998-2002. Au Royaume-Uni et en Suède, après des augmentations dans les premières années de la période, la tendance semble être à une stabilisation.

61. La cocaïne semble être le plus facilement disponible dans les grandes villes et dans les zones où convergent des nombres relativement grands de toxicomanes. Toutefois des enquêtes ciblées menées chez les toxicomanes indiquent le niveau élevé de l'usage récréatif de la poudre de cocaïne dans certains milieux sociaux, en particulier dans les groupes qui fréquentent discothèques et clubs. En outre, les rapports provenant de certaines grandes zones métropolitaines suggèrent l'existence des poches dans lesquelles l'abus de cocaïne pourrait être en augmentation.

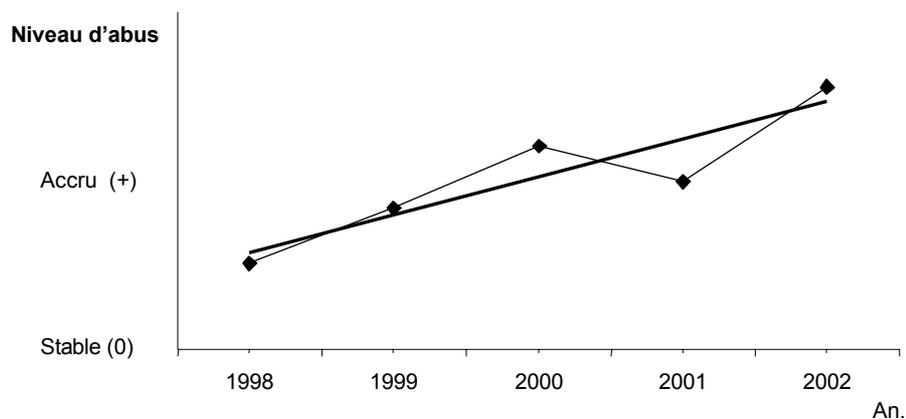
62. Bien que l'abus de cocaïne dans l'ensemble de la population demeure bas, les indicateurs de problèmes liés à la cocaïne (y compris le crack) en Europe, comme la demande de traitements et les décès dus au surdosage, pointent dans le sens d'une augmentation régulière des problèmes résultant de l'abus de cocaïne. En particulier il est signalé que les traitements pour abus de cocaïne sont relativement nombreux aux Pays-Bas (30 pour cent) et en Espagne (19 pour cent). L'abus de poudre de cocaïne compte toujours pour la majorité des cas donnant lieu à un traitement pour abus des drogues de type cocaïne en Europe occidentale. Il est aussi signalé que la prévalence de l'abus de crack est relativement basse dans la plupart des pays de la sous-région. Néanmoins dans certaines villes l'abus de cocaïne sous forme de crack a atteint un niveau qui commence à poser des problèmes.³²

63. En Europe orientale, il apparaît que l'abus de cocaïne reste à un niveau inférieur à ce qu'il est en Europe occidentale, même si l'image est peu claire faute d'évaluations nationales directement comparables. Des abus accrus de cocaïne ont été signalés en Albanie, en Bulgarie, en Croatie, en Lituanie et en Pologne. En Slovaquie, les rapports les plus récents indiquent que la situation en ce qui concerne l'abus de cocaïne est stable. En Hongrie la situation est stable, la tendance étant à la baisse.

64. Les enquêtes scolaires effectuées en Bulgarie et en République tchèque en 2001 ont signalé une tendance à la stabilisation dans l'utilisation de la cocaïne sur la vie entière. En Lituanie, une enquête menée auprès des étudiants à Vilnius en 2001 a montré un accroissement substantiel de l'utilisation de cocaïne et de crack sur la vie entière, les niveaux dépassant nettement ceux observés dans le cadre d'une étude effectuée en 1999 (pour l'abus de cocaïne, 1,1 pour cent en 1999 contre 3,0 pour cent en 2001; et pour l'abus de crack, 0,3 pour cent en 1999 contre 0,6 pour cent en 2001).

³³

Figure XIV
Tendances de l'abus de cocaïne en Europe, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

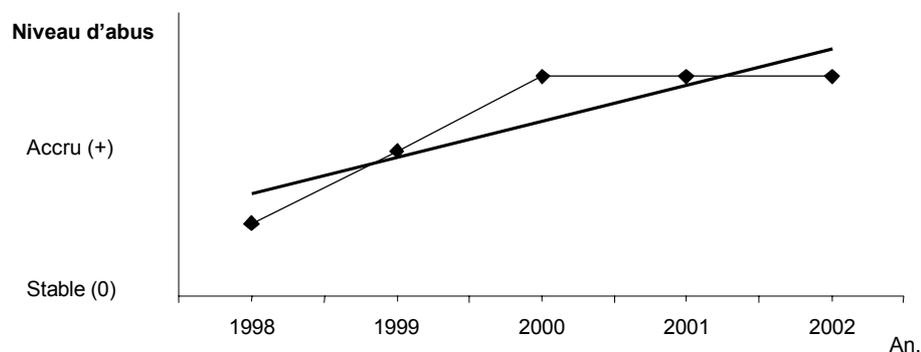
Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Océanie

65. En Océanie, la tendance pour ce qui est de l'abus de cocaïne est analogue à ce qu'elle est en Europe: une augmentation progressive mais cohérente depuis 1998, avec quelques indications de stabilisation ces dernières années.

66. Les informations données à la figure XV se rapportent principalement à l'Australie. La Nouvelle Zélande a signalé une situation stable pendant toute la période 1998-2002. En Australie le niveau de l'abus de cocaïne a été donné pour stable en 2002, la prévalence annuelle restant à des niveaux relativement bas, avec 1,3 pour cent parmi les personnes âgées de 14 ans et plus (sur la base des réponses à l'enquête nationale la plus récente sur les ménages, menée en 2001). La fréquence de l'abus de cocaïne a diminué parmi les utilisateurs de drogue par injection en Nouvelle-Galles du Sud, et l'abus de cocaïne est demeuré relativement peu diffusé et peu fréquent dans d'autres juridictions. Il est signalé que la cocaïne n'est aisément disponible qu'à Sydney, où son abus est évident depuis plusieurs années. Est aussi signalée une augmentation récente de l'usage de cocaïne par injection à Sydney, probablement par réaction à une moindre disponibilité d'héroïne en 2001.

Figure XV
Tendances de l'abus de cocaïne en Océanie, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

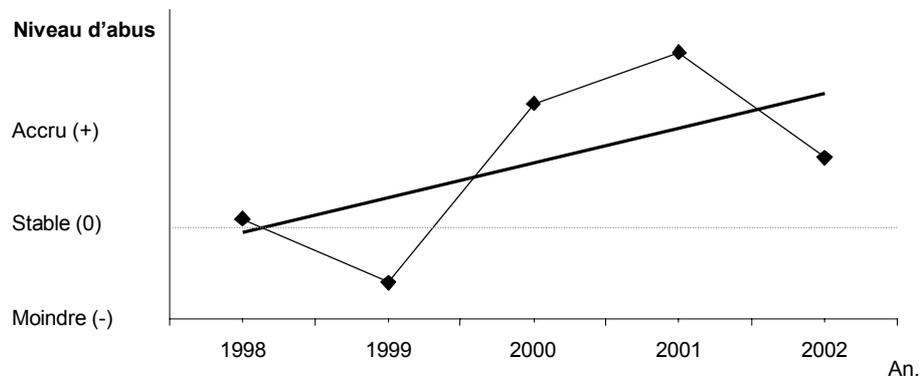
D. Stimulants de type amphétamine

67. L'abus de STA a augmenté au cours de la période 1998-2002 dans toutes les régions. En dépit de quelques signes récents de stabilisation dans les principales zones de consommation, les tendances à la hausse dominent dans la représentation globale de l'abus de STA. L'abus de STA affecte de plus en plus de pays n'ayant pas un long passé d'abus des drogues de synthèse; dans les pays qui présentent une forte prévalence d'abus de STA, celui-ci continue de toucher des groupes de population plus vastes et les modes et circonstances de consommation se diversifient.

Afrique

68. La tendance globale de l'abus de STA en Afrique semble avoir été instable au cours de la période 1998-2002 (voir figure XVI), diverses hausses de consommation ayant été signalées de manière sporadique dans les zones urbaines, principalement à partir des données relatives aux demandes de traitement. En général, le niveau de l'abus de STA en Afrique est bas, car les STA sont rarement considérées comme des drogues primaires. Au Cap (Afrique du Sud) en 2002 ont été signalés des cas isolés d'utilisation de méthamphétamine cristallisée (généralement appelée "ice") et une augmentation de la proportion de patients pour qui l'ecstasy était la drogue d'abus primaire. Il existe en Afrique du Sud un marché restreint mais bien établi pour les STA, en particulier associé à la culture des raveurs.

Figure XVI
Tendances de l'abus de stimulants de type amphétamine en Afrique, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Amériques

69. La tendance de l'abus de STA dans la région des Amériques au cours de la période 1998-2002 reflète la plupart du temps les changements intervenus dans l'abus de la méthamphétamine et de l'ecstasy: augmentation graduelle, mais avec des variations annuelles (voir figure XVII). Cela s'explique en partie par la diversité des estimations relatives aux indicateurs pour les différentes drogues de la catégorie des STA; une analyse distincte des tendances de l'abus d'amphétamine, de méthamphétamine et d'ecstasy pourrait être nécessaire pour rendre compte des raisons profondes de telles variations dans le temps. En Amérique du Nord, la tendance a été mitigée: la situation a été stable pour l'essentiel, avec quelques augmentations et diminutions selon la substance considérée. Des augmentations à partir de niveaux bas ont été signalées à différentes reprises entre 1998 et 2002 dans plusieurs pays d'Amérique latine et des Caraïbes: Argentine, Chili, Colombie, Guatemala, Mexique, Panama, République dominicaine, Suriname et Venezuela.

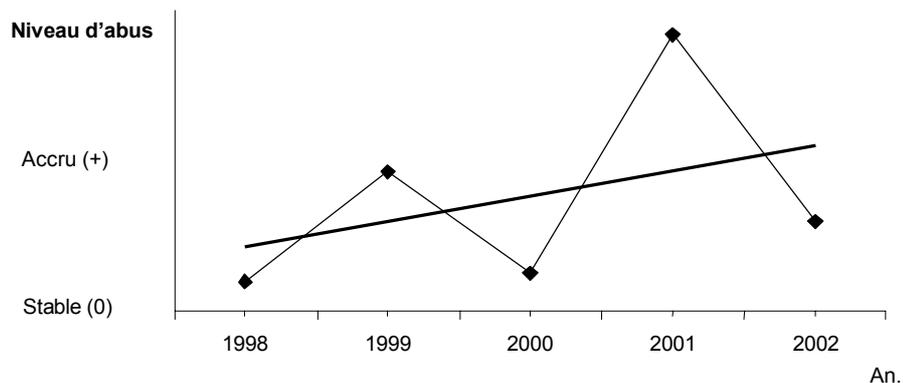
70. Une enquête menée en 2002 aux Etats-Unis auprès des élèves de 8ème, 10ème et 12ème années a montré, pour la première fois depuis des années, une baisse (à partir de niveaux relativement élevés) de l'abus d'ecstasy pour chacune des trois périodes de référence de la prévalence prises en compte (vie entière, année et mois écoulé) pour chacune des trois classes. Ces diminutions ont coïncidé avec l'expression d'une plus forte désapprobation vis-à-vis de l'abus d'ecstasy dans la population scolaire et une stabilisation de la disponibilité de la substance en 2002, après plusieurs années d'augmentations.³⁴ À partir des registres d'un échantillon d'hôpitaux ayant des services d'urgences actifs 24 heures sur 24, l'image globale en ce qui concerne les admissions induites par l'abus de STA ou liées à celui-ci aux Etats-Unis semble s'être stabilisée.

71. Au Canada, les résultats de l'enquête sur l'utilisation de drogues dans la population scolaire de l'Ontario en 2001 révèlent un niveau relativement élevé d'abus

annuel de STA chez les élèves de la 7^{ème} à la 13^{ème} années (3,8 pour cent pour la méthamphétamine; 6,0 pour cent pour l'ecstasy).

Figure XVII

Tendances de l'abus de stimulants de type amphétamine dans les Amériques, 1998-2002



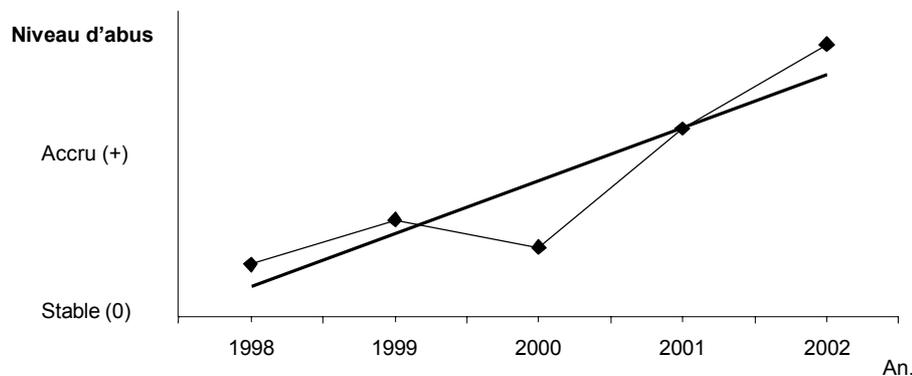
Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Asie

72. En Asie, la tendance de l'abus de STA manifeste une augmentation constante dans toute la région pour la période 1998-2002 (voir figure XVIII). Plusieurs pays (Bangladesh, Brunéi Darussalam, Cambodge, Inde, Indonésie, Myanmar, Népal, République de Corée et Singapour) ont signalé une tendance à l'augmentation de l'abus de STA. En Asie du sud-est, beaucoup de pays ont indiqué que les tendances de l'abus de drogues illicites en général sont en grande partie influencées par l'abus de STA, et certains ont signalé que d'anciens consommateurs d'autres drogues sont passés aux STA. Par exemple au Cambodge ce sont des consommateurs de solvants qui sont passés aux STA; et en République démocratique populaire lao les consommateurs de cannabis et d'opioïdes ont adopté les STA. Alors que l'abus de STA se pratique en fumant dans la plupart des pays dans la région, l'ingestion orale est également une voie d'administration fréquente. Il est aussi fait mention d'un taux plus élevé d'injection de méthamphétamine dans certains pays de la région. Les consommateurs de STA sont principalement les jeunes âgés de 15 à 25 ans, que l'on peut subdiviser en différents groupes de population, par exemple enfants des rues, étudiants d'université et jeunes adultes pourvus d'un emploi.

Figure XVIII
Tendances de l'abus de stimulants de type amphétamine en Asie, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

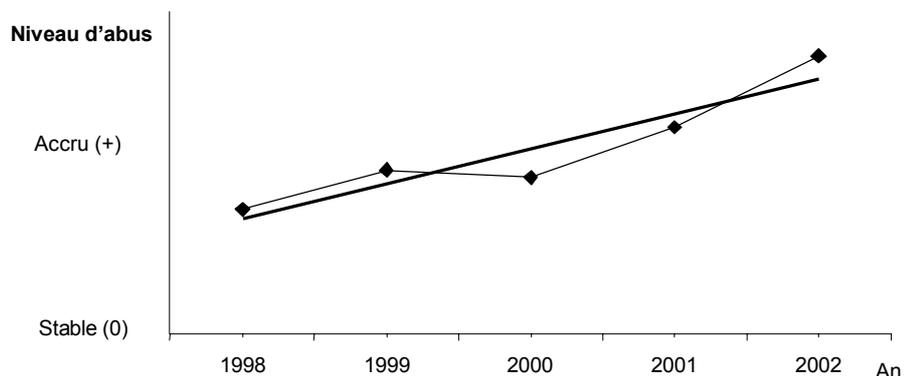
Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Europe

73. En Europe, la tendance globale à l'augmentation de l'abus de STA (voir figure XIX), telle que relevée par les experts nationaux en réponse au questionnaire pour l'établissement des rapports annuels, reflète en grande partie un accroissement de l'abus d'ecstasy dans la région au cours de ces dernières années, en particulier dans la jeunesse des régions urbaines. Il continue d'y avoir un abus significatif d'amphétamines et d'ecstasy en Europe: les taux d'utilisation sur la vie entière dans la population adulte vont de 0,5 pour cent à 5 pour cent, les taux les plus élevés se rencontrant chez les jeunes adultes. La situation globale est caractérisée par des tendances convergentes. Alors que les pays (en particulier d'Europe occidentale) qui ont connu de fortes augmentations de l'abus de STA dans les années 90 semblent voir une stabilisation ou une diminution, les pays à basse prévalence (en Europe occidentale comme en Europe orientale) connaissent des augmentations.

74. Les informations récentes suggèrent que l'utilisation expérimentale et récréative des "drogues de discothèque", et d'ecstasy en particulier, augmente dans les pays de d'Europe centrale et orientale, un taux de prévalence sur la vie entière plus élevé étant relevé chez les jeunes de 16 ans par exemple, avec 6 pour cent en Lettonie et 4 pour cent en République tchèque, en Lituanie et en Slovénie.³⁵ En Albanie, l'abus d'amphétamines, aussi bien que d'autres drogues illicites, a augmenté dans la jeunesse au cours des dernières années. En Turquie, l'abus d'ecstasy semble être en augmentation, bien qu'il reste encore à un niveau relativement bas. Alors que le pourcentage des élèves du secondaire (10ème année) qui avaient consommé de l'ecstasy au moins un fois dans leur vie était de 2,65 pour cent en 1998, cette proportion a atteint 3,31 pour cent en 2001.³⁶

Figure XIX
Tendances de l'abus de stimulants de type amphétamine en Europe, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

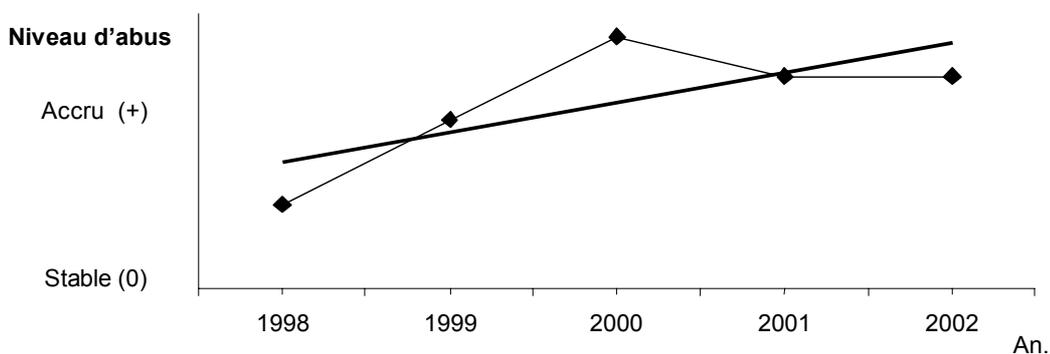
Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

Océanie

75. Malgré le fait que la situation s'est récemment stabilisée, la tendance générale en Océanie depuis 1998 est à l'augmentation de l'abus de STA (voir figure XX). Le plus préoccupant est que cette tendance suppose en grande partie l'injection de la drogue, en particulier en ce qui concerne l'abus de méthamphétamine. En Australie, une proportion notable des consommateurs de drogues par injection a continué d'abuser de toutes les formes de méthamphétamine en 2002, alors qu'une diminution de l'abus de poudre de méthamphétamine était notée de la plupart des juridictions. Les résultats de l'enquête nationale sur les ménages menée en Australie en 2001 ont montré que, pour ce qui était de l'utilisation de drogues au cours des 12 mois antérieurs chez les personnes âgées de 14 ans et plus, les valeurs étaient de 3,4 pour cent pour les amphétamines et de 2,9 pour cent pour l'ecstasy. Les taux de prévalence annuelle les plus élevés se rencontrent chez les personnes âgées 20 à 29 ans, avec environ 10 pour cent pour chacune des substances.³⁷

Figure XX

Tendances de l'abus de stimulants de type amphétamine en Océanie, 1998-2002



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaires pour l'établissement des rapports annuels.

Nota: Évaluations nationales de la tendance, pondérées en fonction de la taille de la population.

III. Mesure des progrès accomplis

76. Comme il est mentionné au paragraphe 3 ci-dessus, les informations communiquées souffrent de certaines limitations. Le présent rapport décrit les principales tendances sur la base d'avis d'experts bien informés. Ces avis, souvent confirmés par les données épidémiologiques, sont précieux en ceci qu'ils permettent de préciser ce que sont les tendances pour les principales substances.

77. Le présent rapport, en dépit de ses limitations, tente d'améliorer la base de données globale sur les tendances de l'abus de drogues en reliant les évaluations à la population de chaque pays dans le contexte régional. Cette méthodologie a facilité l'interprétation de l'importance relative des augmentations et des diminutions signalées. Afin d'avoir une meilleure idée des progrès accomplis dans la réduction de la demande de drogues illicites depuis 1998, il serait nécessaire de disposer de davantage d'informations, et d'indications plus diversifiées.

78. Certaines options se rapportant à la façon dont procéder dans l'avenir sont présentées ci-dessous. Il convient de noter que la discussion qui suit porte seulement sur l'information relative à l'abus de drogues et aux programmes et activités de réduction de la demande de drogues.

A. Questionnaire destiné à l'élaboration des rapports biennaux: progrès accomplis dans les activités et programmes de réduction de la demande

79. Dans sa résolution 42/11, intitulée "Principes directeurs sur la présentation de rapports concernant la suite donnée à la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale", la Commission a souligné la nécessité d'établir un mécanisme de suivi pour examiner et soutenir les progrès accomplis en direction des objectifs fixés pour les années 2003 et 2008, énoncés dans la Déclaration politique adoptée par l'Assemblée à sa vingtième session extraordinaire.

80. Le premier rapport biennal consolidé du Directeur exécutif sur la mise en œuvre des conclusions de la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale (E/CN.7/2001/16) a été examiné par la Commission à la reprise de sa quarante-quatrième session, en 2001. Le deuxième rapport biennal du Directeur exécutif sur ce sujet (E/CN.7/2003/2 et Add.1-6) a été examiné par la Commission à sa quarante-sixième session, en 2003. Ces deux rapports étaient fondés sur les réponses au questionnaire destiné aux rapports biennaux. Le questionnaire sur lequel se fondent les rapports biennaux sollicite notamment des renseignements sur les activités et les programmes de réduction de la demande dans divers milieux, leur couverture des groupes cibles et permet d'indiquer si l'exécution du programme est ventilée par sexe et si les résultats font l'objet d'une évaluation. Ces informations permettent de suivre comment chaque pays progresse, mais ne permettent pas d'établir une comparaison entre les pays en raison des différences du contexte dans lequel l'exécution des programmes a lieu. Disposer d'une indication des progrès accomplis dans chaque pays (qui peuvent également être exprimés de manière quantitative en interprétant les réponses au questionnaire pour les rapports biennaux) pourrait être utile aux fins de déterminer les progrès accomplis aux échelons régional et mondial dans ce domaine.

B. Questionnaire destiné à l'élaboration des rapports annuels: progrès accomplis en ce qui concerne l'abus de drogues

81. Un autre aspect important de l'évaluation des progrès accomplis dans la réduction de la demande de drogues consiste à suivre l'évolution des tendances et des schémas de l'abus de drogues. À cet effet, le questionnaire destiné aux rapports annuels a été rationalisé pour faciliter la communication d'informations par les gouvernements. Ceux-ci utilisent la version révisée du questionnaire depuis leur rapport relatif à l'année 2001.

82. Le présent rapport tente pour la première fois d'exploiter une partie des informations fournies par les gouvernements pour analyser les progrès accomplis depuis 1998.

83. Le questionnaire révisé destiné à l'élaboration des rapports annuels demande des informations sur des indicateurs déterminants qui tiennent compte du consensus atteint par les experts lors d'une réunion sur les principes, les structures et les indicateurs des systèmes d'information sur les drogues tenue à Lisbonne en janvier 2000. Ces principaux indicateurs servent à se faire une bonne idée des schémas et des tendances de l'abus de drogues. Les indicateurs de base sont les suivants:

a) Consommation de drogues dans l'ensemble de la population (évaluations de la prévalence et de l'incidence);

b) Consommation de drogues dans la population jeune (évaluations de la prévalence et de l'incidence);

c) Abus de drogues à haut risque (évaluations du nombre des utilisateurs de drogues par injection et proportion ayant des pratiques à haut risque, évaluations du nombre d'utilisateurs quotidiens de drogues);

d) Recours aux services pour problèmes de drogue (nombre d'individus sollicitant une aide pour des problèmes de drogue);

e) Morbidité liée à la drogue (prévalence du VIH, du virus de l'hépatite B et de virus de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues illicites);

f) Mortalité liée à la drogue (décès directement imputables à la consommation de drogue).

84. Or tous les pays ne sont pas en mesure pour fournir des données sur tous les indicateurs principaux. Dans certains cas, la comparaison des indicateurs est rendue difficile par le manque d'homogénéité des définitions. En outre tous les pays ne sont pas en mesure de fournir des informations sur la situation en 1998, année utilisée comme point de référence pour mesurer les progrès accomplis.

85. Pour résoudre ces problèmes, il faut pratiquer une approche volontariste. Les pays font de leur mieux pour améliorer leurs systèmes de collecte de données. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, dans le cadre de son Programme global d'évaluation de l'abus de drogues et d'autres programmes, fournit des conseils à cet égard. Mais l'obtention de progrès significatifs dans ce domaine demande du temps.

86. Dans le suivi des progrès, il importe de focaliser l'attention sur les grands indicateurs que l'on peut comparer. Par exemple l'information sur la mortalité liée à la drogue pose des problèmes sérieux en raison des différences entre les prescriptions et les normes en médecine légale.

87. Afin de palier le manque d'informations (aussi bien pour l'année de référence 1998 que pour les années suivantes) il pourrait être nécessaire de générer des évaluations sur la base des informations non exhaustives disponibles. Ainsi le secrétariat et les gouvernements pourraient devoir établir des évaluations en appliquant une procédure transparente qui pourrait faire appel à la prise en compte d'autres sources d'informations. Cela exigerait la mise en œuvre de ressources considérables de la part du secrétariat et des points focaux nationaux chargés de centraliser les informations sur l'abus de drogues.

88. Enfin les principaux indicateurs, quand ils sont disponibles, pourraient être examinés séparément afin de mettre en relief les différents aspects du problème d'abus de drogues: ampleur du problème, en se concentrant sur l'ensemble de la population; indication de problèmes à long terme potentiels, en se concentrant sur la jeunesse; et indication des coûts et des conséquences, en se concentrant sur la demande de traitements et sur la prévalence du VIH dans la population des toxicomanes pratiquant l'injection.

89. Il serait également possible de réunir ces éléments et d'élaborer un indice de l'abus de drogues, à savoir un indice de la situation de l'abus de drogues, selon les mêmes principes que ceux qui définissent l'Indice du développement humain, qui ferait la synthèse des différentes dimensions de chaque indicateur et les présenterait sous la forme d'une valeur unifiée qui permettrait de comparer la situation de l'abus de drogues dans différents pays.

90. Avant d'entreprendre une tâche de cette nature, il serait opportun que le secrétariat s'entoure des conseils de la Commission en la matière.

Notes

- ¹ *Documents officiels du Conseil économique et social, 1997, Supplément No. 8 (E/1997/28/Rev.1), Première partie, par. 80 a).*
- ² Le taux de réponse a été de 54 pour cent (103 réponses soumises) pour l'année 2001, 41 pour cent (80 réponses soumises) pour 2000, 49 pour cent (94 réponses soumises) pour 1999 et 58 pour cent (112 réponses soumises) pour 1998.
- ³ Chaque degré dans l'évaluation de la tendance s'est vu affecter une valeur numérique allant de -2 à +2 (-2 représentant une forte diminution; -1 une légère diminution; 0 aucun changement appréciable; +1 une légère augmentation; et +2 une forte augmentation). Les évaluations correspondant à chaque type de drogue ont été multipliées par la proportion de la population du pays dans la population totale de la région. Les évaluations nationales ont été cumulées pour représenter l'évaluation régionale annuelle de la tendance pour chaque type de drogue, et une tendance cumulative sur cinq ans pour chaque région a été calculée. L'avantage principal d'une telle méthode est que, dans le meilleur des cas, en tenant compte de la taille de population affectée par la tendance estimative, le risque de surestimer ou de sous-estimer considérablement l'ordre de grandeur des tendances régionales se trouve sensiblement réduit. Par exemple une forte augmentation de l'abus de cannabis dans un pays ayant une petite population est considérée comme ayant une moindre importance ou un moindre impact relatif qu'une augmentation légère dans un pays ayant une forte population à l'échelle de la région.
- ⁴ C. Parry, *SENDU: Réseau épidémiologique de la Communauté de développement de l'Afrique australe sur l'abus de drogues; Report on the Consultation Meeting, 9-12 October 2000, Pretoria, South Africa* (Cape Town, Medical Research Council, 2000).
- ⁵ B. Vel and D. Socrate, *Réseau épidémiologique de la Communauté de développement de l'Afrique australe sur l'abus de drogues, Country report for Seychelles (2000)* (disponible sur www.sahealthinfo.org/admodule/seychelles.pdf).
- ⁶ D. A. Pritchard and others, *The Prevalence of Tobacco, Alcohol and Drug Consumption among Swaziland High School and Secondary Institution Students* (Manzini, Swaziland, National Council

- on Smoking, Alcohol and Drug Dependence Swaziland, 1998).
- 7 J. L. Strijdom and O. H. Angell, *Substance Abuse among Youth in Namibia: Introductory Report on the Research Project and Report on Survey Study Findings* (Windhoek, University of Namibia, 1999).
 - 8 A. Plüddemann, *Information, Needs and Resources Analysis for the Republic of Namibia* (Cape Town, Medical Research Council, 2001).
 - 9 United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, NHSDA Series H-22, DHHS Publication No. SMA 03-3836 (Rockville, Maryland, 2003).
 - 10 L. D. Johnston, P. M. O'Malley, and J. G. Bachman, *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings*, 2002, NIH Publication No. 03-5374 (Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 2003).
 - 11 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *National Survey on Extent, Patterns and Trends of Drug Abuse in India: National Report*, à paraître.
 - 12 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2003: Etat du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège* (Lisbonne, 2003).
 - 13 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2003: the State of the Drugs Problem in the Acceding and Candidate Countries to the European Union* (Lisbonne, 2003).
 - 14 Australian Institute of Health and Welfare, *Statistics on Drug Use in Australia 2002*, Drug Statistics Series No. 12 (Canberra, 2003).
 - 15 National Drug and Alcohol Research Centre, *Australian Drug Trends 2002: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, NDARC Monograph No. 50 (Sydney, 2003).
 - 16 C. Parry and A. Plüddemann, "SENDU: Réseau épidémiologique de la Communauté de développement de l'Afrique australe sur l'abus de drogues", SENDU Update (Cape Town), vol. 6, 2003.
 - 17 Charles Parry and others, *Réseau épidémiologique de la Communauté de développement de l'Afrique australe sur l'abus de drogues (SACENDU): Alcohol and Drug Abuse Trends*, October 2003 (Cape Town, 2003).
 - 18 United States of America, Department of Health and Human Services, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Emergency Department Trends from the Drug Abuse Warning Network: Final Estimates 1995-2002*, DHHS Publication No. SMA 03-3780 (Rockville, Maryland, 2003).
 - 19 United States of America, Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report* (June 2003).
 - 20 *Report of the Asian Multicity Epidemiology Work Group 2002*, International Monograph Series No. 16 (Penang, Universiti Sains Malaysia, 2002).
 - 21 Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Bureau régional pour l'Asie du sud, *National Survey on Extent, Patterns and Trends of Drug Abuse in India: National Report* (2002).
 - 22 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2003: Etat du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège* (Lisbonne, 2003).
 - 23 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2003: the State of the Drugs Problem in the Acceding and Candidate Countries to the European Union* (Lisbonne, 2003).
 - 24 Australian Institute of Health and Welfare, *Statistics on Drug Use in Australia 2002*, Drug Statistics Series No. 12 (Canberra, 2003).
 - 25 National Drug and Alcohol Research Centre, *Australian Drug Trends 2002: Findings from the Illicit*

- Drug Reporting System (IDRS)*, NDARC Monograph No. 50 (Sydney, 2003).
- 26 L. D. Johnston, P. M. O'Malley and J. G. Bachman, *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2002*, NIH Publication No. 03-5374 (Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 2003).
 - 27 United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, NHSDA Series H-22, DHHS Publication No. SMA 03-3836 (Rockville, Maryland, 2003).
 - 28 Mexico, Consejo Nacional Contra las Adicciones, *Encuesta Nacional de Adicciones 2002: Tabaco, Alcohol y Otras Drogas* (2003).
 - 29 Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, *Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile* (2002).
 - 30 Peru, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, *Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002* (2003).
 - 31 Première réunion des parties prenantes au projet relatif au système de surveillance épidémiologique de l'abus de drogues (DAESSP): *Faits saillants*, Trinidad, 23-25 juillet 2001.
 - 32 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2003: Etat du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège* (Lisbonne, 2003).
 - 33 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2003: the State of the Drugs Problem in the Acceding and Candidate Countries to the European Union* (Lisbonne, 2003).
 - 34 L. D. Johnston, P. M. O'Malley and J. G. Bachman, *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2002*, NIH Publication No. 03-5374 (Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 2003).
 - 35 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2003: the State of the Drugs Problem in the Acceding and Candidate Countries to the European Union* (Lisbonne, 2003).
 - 36 Aytül Çorapçoglu and Kültegin Ögel, "Factors associated with ecstasy use in Turkish students", *Addiction*, vol. 99, No. 1 (2004), p. 64.
 - 37 Australian Institute of Health and Welfare, *2001 National Drug Strategy Household Survey: First Results*, Drug Statistics Series No. 9 (Canberra, 2002).

Annexe I

Abus de cannabis: tendances et rapports, 2002

<i>Tendance</i>	<i>Nombre de rapports</i>	<i>Proportion dans le nombre total de rapports (pourcentage)</i>	<i>Rapports, par région</i>
Augmentation de l'abus	16		Afrique Cameroun, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Île Maurice, Maroc, Namibie, Seychelles, Somalie, Afrique du Sud, Togo, République Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe
	13		Amériques Argentine, Bahamas, Barbade, Colombie, Costa Rica, Salvador, Guatemala, Haïti, Paraguay, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela
	11		Asie Azerbaïdjan, Chine, Hong Kong - Région administrative spéciale de Chine, Inde, Israël, Japon, Pakistan, Arabie Saoudite, Singapour, Sri Lanka et Ouzbékistan
	15		Europe Albanie, Allemagne, Bélarus, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne Grèce, Inde, Lettonie, Luxembourg, Pologne, République tchèque, Slovaquie et Suisse
	Total partiel	55	59
Niveau stable d'abus	1		Afrique Madagascar
	3		Amériques Canada, Etats-Unis et République dominicaine
	8		Asie Bangladesh, Brunéi Darussam, Kirghizstan, Liban, Népal, Qatar, République de Corée et Tadjikistan
	16		Europe Autriche, Belgique, Finlande, France, Hongrie, Italie, Liechtenstein, Lituanie, Malte, Pays-Bas, Norvège, Roumanie, Suède, Turquie, Ukraine et Royaume-Uni
	Total partiel	28	30

<i>Tendance</i>	<i>Nombre de rapports</i>	<i>Proportion dans le nombre total de rapports (pourcentage)</i>	<i>Rapports, par région</i>
Diminution de l'abus	1		Afrique Tunisie
	1		Amériques Chili
	7		Asie Arménie, Indonésie, Macao - Région administrative spéciale de Chine, Myanmar, Oman, Philippines et Yémen
	1		Océanie Australie
	Total partiel	10	11
Total	93	100	

Annexe II

Abus d'opioïdes: tendances et rapports, 2002

<i>Tendance</i>	<i>Nombre de rapports</i>	<i>Proportion dans le nombre total de rapports (pourcentage)</i>	<i>Rapports, par région</i>
Augmentation de l'abus	12		Afrique Afrique du Sud, Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Île Maurice, Maroc, Namibie, Somalie, Togo, République Unie de Tanzanie et Zambie
	5		Amériques Argentine, Colombie, République dominicaine, Salvador et Venezuela
	11		Asie Azerbaïdjan, Bangladesh, Chine, Hong Kong - Région administrative spéciale de Chine, Japon, Kirghizstan, Liban, Népal, Oman, Ouzbékistan et Sri Lanka
	5		Europe Albanie, Bélarus, Lituanie, Norvège et Suède
	Total partiel	33	39
Niveau stable d'abus	2		Afrique Ghana et Zimbabwe
	9		Amériques Bahamas, Barbade, Canada, Costa Rica, Etats-Unis, Guatemala, Paraguay, Suriname et Uruguay
	4		Asie Brunéi Darussalam, Inde, Philippines et République de Corée
	20		Europe Autriche, Bulgarie, République tchèque, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Roumanie, Turquie, Ukraine et Royaume-Uni
	Total partiel	35	41

<i>Tendance</i>	<i>Nombre de rapports</i>	<i>Proportion dans le nombre total de rapports (pourcentage)</i>	<i>Rapports, par région</i>
Diminution de l'abus	1		Afrique Tunisie
	10		Asie Arabie Saoudite, Arménie, Indonésie, Israël, Macao - Région administrative spéciale de Chine, Myanmar, Pakistan, Qatar, Singapour et Tadjikistan
	5		Europe Croatie, Espagne, Pologne, Slovaquie et Suisse
	1		Océanie Australie
	Total partiel	17	20
Total	85		