


Commission des stupéfiants

Cinquantième session

Vienne, 12-16 mars 2007

Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

**Suite donnée à la vingtième session extraordinaire
 de l'Assemblée générale**
Le problème mondial de la drogue
Quatrième rapport biennal du Directeur exécutif

Additif

Réduction de la demande de drogues

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1-21	3
A. Résumé des principales conclusions	5-14	3
B. Analyse des informations	15-21	5
II. Grandes orientations et mesures stratégiques	22-26	7
III. Capacité de collecte et d'analyse des informations	27-29	9
IV. Ampleur des mesures	30-57	11
A. Mesures de prévention de l'abus de drogues	30-37	11
B. Programmes axés sur le traitement et la réadaptation	38-47	13
C. Mesures de réduction des effets néfastes sur la santé et la société	48-57	15
V. Place donnée aux activités multisectorielles et au travail en réseau	58-61	17

 * E/CN.7/2007/1.


VI.	Mesures en faveur des groupes de population vulnérables ou particuliers	62-64	19
VII.	Campagnes d'information du public et dans les médias	65-69	21
VIII.	Évaluation et assimilation des enseignements tirés de l'expérience	70-71	23
IX.	Conclusions	72-73	24

Tableau

États ayant répondu à la section du questionnaire destiné aux rapports biennaux portant sur la réduction de la demande de drogues pour les quatre cycles de collecte des informations (1998-2006)	6
---	---

Figures

I.	Ampleur des mesures prises en matière de prévention, de traitement et de réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société, moyenne mondiale, 2000-2006.	4
II.	Grandes orientations et mesures stratégiques, par région, 1998-2006.	8
III.	Capacité de collecte et d'analyse des informations, par région, 1998-2006	10
IV.	Mesures de prévention de l'abus de drogues, par région, 2000-2006	12
V.	Programmes axés sur le traitement et la réadaptation, par région, 2000-2006	14
VI.	Mesures de réduction des effets néfastes sur la santé et la société, par région, 2000-2006	17
VII.	Place donnée aux activités multisectorielles et au travail en réseau, par région, 1998-2006.	18
VIII.	Mesures en faveur des groupes de population vulnérables ou particuliers, par région, 1998-2006	20
IX.	Campagnes d'information du public et dans les médias, par région, 1998-2006	22
X.	Évaluation et assimilation des enseignements tirés de l'expérience, par région, 1998-2006.	23

I. Introduction

1. Le présent rapport donne un aperçu général des progrès réalisés par les États Membres en matière de réduction de la demande de drogues depuis 1998. Il se fonde sur les informations communiquées dans les réponses au questionnaire destiné aux rapports biennaux pour les quatre cycles de collecte des informations (1998-2000, 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006).

2. Le questionnaire a été conçu en tant qu'instrument de suivi des progrès réalisés dans l'accomplissement des objectifs adoptés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, en 1998.

3. La section VIII du questionnaire, qui porte sur la réduction de la demande de drogues, se fonde sur le 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). Composée de sept parties, elle permet de recueillir des informations sur les mesures prises par les États Membres dans des domaines précis de la réduction de la demande de drogues.

4. Les informations communiquées dans le questionnaire sont, pour la plupart, de nature qualitative et se fondent sur l'avis d'experts chargés de répondre aux questions au nom de leur pays. Bien qu'il soit difficile de les analyser, le Secrétariat a utilisé les informations communiquées pendant les différents cycles pour élaborer un indice de réduction de la demande qui a permis de représenter graphiquement l'évolution des mesures de réduction prises au niveau régional.

A. Résumé des principales conclusions

5. Les principaux domaines d'intervention en matière de réduction de la demande sont la prévention, le traitement et la réadaptation et la réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société. Bien que des progrès aient été réalisés dans le monde au cours des six dernières années et qu'il soit encourageant de noter qu'en moyenne, les États sont plus nombreux à intensifier leur action dans ces différents domaines (voir fig. I), cette action reste insuffisante, comme il apparaît ci-dessous.

1. Prévention

6. Les activités de prévention sont actuellement renforcées dans les régions où elles n'étaient guère développées et ont été maintenues à des niveaux plus élevés là où elles étaient déjà bien établies. La plupart portent sur la diffusion d'informations. Celles portant sur le développement des aptitudes à la vie et les activités de substitution sont moins courantes.

2. Traitement et réadaptation

7. Bien que les activités de traitement et de réadaptation soient également renforcées, elles restent moins développées que la prévention et, contrairement à toute attente, elles sont également moins répandues que les activités visant à réduire les effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société. La désintoxication

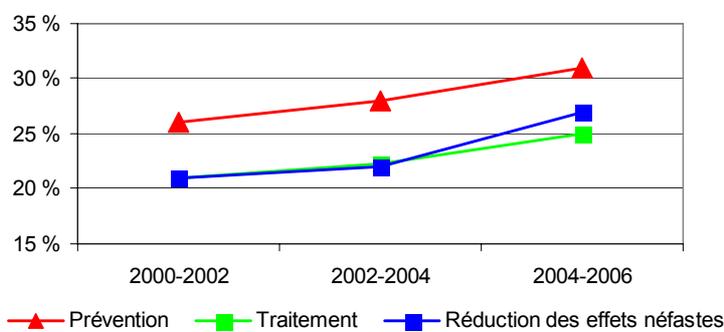
reste l'intervention la plus courante et le traitement de substitution est celle à laquelle on a le moins recours dans toutes les régions.

3. Effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société

8. Les interventions visant à réduire les effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société ont enregistré une forte hausse à l'échelle mondiale et ont atteint un niveau de couverture supérieur à celui des programmes de traitement et de réadaptation. Dans certaines régions, cette tendance semble être liée aux efforts visant à prévenir la propagation du VIH et d'autres infections parmi les usagers de drogues par injection. Toutefois, moins d'un État sur quatre a signalé avoir prévu un ensemble complet de mesures de prévention et de traitement du VIH/sida et, parmi eux, moins d'un sur huit a indiqué des niveaux de couverture élevés.

Figure I

Ampleur des mesures prises en matière de prévention, de traitement et de réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société, moyenne mondiale, 2000-2006



Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

4. Tendances mondiales et principales conclusions dans les autres domaines de la réduction de la demande

a) Engagement: grandes orientations et mesures stratégiques

9. Dans la plupart des régions, le niveau de l'engagement est resté stable à un niveau élevé, quelques régions signalant des améliorations sensibles au fil du temps. Les États d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine et des Caraïbes ont signalé avoir rencontré des difficultés pour réaliser l'objectif fixé.

b) Évaluation du problème: capacité de collecte et d'analyse des informations

10. La capacité des États à recueillir et analyser des informations est globalement en hausse. Des progrès notables semblent avoir été réalisés dans les régions qui investissent dans la création de systèmes d'information sur les drogues ou l'amélioration des systèmes existants grâce à l'utilisation de méthodes et de sources d'information multiples aux niveaux national et régional.

c) Établissement de partenariats: portée des mesures multisectorielles et des mécanismes de travail en réseau

11. De nombreux États ont signalé l'existence de bons mécanismes de travail en réseau ou de décentralisation qui étaient en place depuis le premier cycle de collecte des informations (1998-2000), et la situation a continué de s'améliorer dans un grand nombre de régions pendant le quatrième cycle (2004-2006). Il faudrait veiller à maintenir à l'avenir d'aussi bons niveaux d'activité en matière de réduction de la demande et à continuer de développer les mécanismes de coordination.

d) Prise en compte des besoins particuliers: ciblage des groupes de population vulnérables ou particuliers

12. Dans la plupart des États, les mesures axées sur des groupes de population vulnérables ou particuliers semblent en hausse. Dans les régions où de solides programmes sont en place depuis longtemps, les programmes spéciaux sont assez courants, probablement en raison de l'expérience relativement longue que l'on a de la réduction de la demande. Dans d'autres régions où le niveau d'activité initial était plus faible, les efforts ont également été renforcés. Ces améliorations résultent peut-être de l'augmentation des mesures visant les groupes exposés au VIH et à d'autres infections hématogènes.

e) Communication du message approprié: campagnes d'information du public et dans les médias

13. Les activités menées dans le cadre des efforts de réduction de la demande pour améliorer les campagnes d'information du public et dans les médias ont affiché une légère tendance à la baisse pendant le quatrième cycle tout en restant globalement élevées. La proportion d'États qui ont signalé avoir fondé leurs campagnes sur une évaluation des besoins a diminué. La formation à la communication de messages sur la réduction de la demande est relativement courante dans toutes les régions et l'évaluation de l'efficacité des campagnes s'est légèrement améliorée depuis le cycle précédent.

f) Mise à profit de l'expérience: évaluation et assimilation des enseignements tirés

14. Comme pour les autres types d'intervention, les régions qui ont des programmes soutenus de réduction de la demande et qui consacrent donc des ressources spéciales à cette fin semblent plutôt actives dans les trois domaines suivants: la formation des intervenants, l'évaluation des interventions et l'échange et la diffusion des meilleures pratiques en matière de réduction de la demande. La plupart des autres régions ont signalé une couverture supérieure à 50 %, mais en Afrique subsaharienne et en Europe de l'Est et du Sud-Est l'importance accordée à ces activités reste limitée.

B. Analyse des informations

15. Le présent rapport présente et analyse les informations fournies par les États afin de donner une idée des progrès que ceux-ci ont réalisé en matière de réduction de la demande de drogues.

16. Les informations communiquées dans le questionnaire sont principalement de nature qualitative et se fondent sur l'avis d'experts. La plupart des questions appellent une simple réponse par "oui" ou par "non", et bien qu'ayant souvent pour objet de déterminer si des structures, des programmes ou des activités ont été mis en place, elles n'exigent pas d'informations quant à leur qualité ou à leur impact. Même si d'autres sources d'information peuvent dans certains cas confirmer l'évaluation, il est souvent difficile de vérifier la validité des informations fournies¹.

17. Les qualifications "faible", "moyen" ou "élevé" utilisées dans certaines questions sont subjectives et dépendent de la situation dans chaque État. Un État où le nombre de toxicomanes est élevé peut proposer des services de traitement de qualité auxquels il consacre des ressources considérables, mais être réticent à qualifier le niveau de couverture de ces services d'"élevé", préférant opter pour la réponse "moyen". À l'opposé, un État où les toxicomanes sont moins nombreux, ou qui n'appréhende pas vraiment l'ampleur du problème, peut cocher la case "élevé", alors que cela ne correspond pas vraiment à la réalité.

18. Outre la fiabilité des informations, la validité de l'échantillon pose également problème; seuls 51 États (soit 27 % du total mondial) ont répondu aux questions sur la réduction de la demande de drogues pour les quatre cycles de collecte des informations (voir tableau 1), ce qui correspond à la tendance générale des réponses au questionnaire. Pour que l'analyse donne un tableau plus représentatif de la situation régionale, tous les États ayant répondu aux différents cycles ont été pris en compte. Il convient de noter que ces États sont en grande partie les mêmes. En effet, sur les 91 États ayant répondu pour le cycle 2004-2006, 65 (71 %) avaient répondu pour le cycle 2002-2004 et 71 (78 %) pour le cycle 1998-2000.

Tableau I

États ayant répondu à la section du questionnaire destiné aux rapports biennaux portant sur la réduction de la demande de drogues pour les quatre cycles de collecte des informations (1998-2006)

<i>Cycle</i>	<i>Nombre d'États</i>	<i>Pourcentage d'États</i>	<i>Population (15 à 64 ans) des États ayant répondu, en % approximatif de la population mondiale</i>
1998-2000	109	57	90
2000-2002	115	60	92
2002-2004	87	45	61
2004-2006	91	47	87
Ensemble des cycles	51	27	54

¹ Dans la section VIII C du questionnaire intitulée "Lutte contre le problème", qui contient des questions sur la prévention, le traitement et la réadaptation et la réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société, les États peuvent donner des informations sur le niveau de couverture des activités exécutées (faible, moyen ou élevé), sur leur sexospécificité et sur l'existence d'évaluations. Ces éléments ayant été ajoutés au questionnaire en 2000, les données correspondantes ne sont disponibles que pour les deuxième, troisième et quatrième cycles.

19. Malgré les lacunes exposées plus haut concernant la qualité de l'information, le taux de réponse et l'importance de l'échantillon, les réponses donnent des informations importantes sur les progrès que chaque État estime avoir accomplis dans la réalisation des objectifs généraux suivants énoncés dans la Déclaration politique que l'Assemblée générale a adoptée à sa vingtième session extraordinaire (résolution S-20/2, annexe, par. 17):

a) Fixer 2003 comme date butoir pour les stratégies et programmes – nouveaux ou améliorés – de réduction de la demande élaborés en étroite collaboration avec les services de santé publique, de protection sociale et de répression;

b) Obtenir des résultats significatifs et mesurables dans le domaine de la réduction de la demande d'ici à 2008.

20. Afin de faciliter l'analyse des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs et buts fixés pour 2008, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime a créé un outil d'analyse permettant de quantifier les réponses aux diverses sections du questionnaire², qui a été utilisé pour la première fois pendant le troisième cycle de collecte des informations (2002-2004) pour rendre compte des progrès accomplis en matière de réduction de la demande de drogues (voir document E/CN.7/2005/2/Add.1). Le présent rapport donne des informations à jour, par région, en utilisant la même méthode que pour le cycle précédent, et permet, grâce à des graphiques, de visualiser l'évolution de la situation dans les différents domaines de la réduction de la demande.

21. Les informations sont classées selon neuf régions ou sous-régions, ce qui permet une analyse plus pertinente des différentes caractéristiques et tendances. Cependant, les informations concernant certaines sous-régions étant obtenues à partir des réponses d'un petit nombre d'États (Océanie et Amérique du Nord, par exemple), il convient de les examiner avec prudence, puisque les réponses d'un seul État peuvent avoir une grande influence sur la tendance régionale.

II. Grandes orientations et mesures stratégiques

22. Dans la partie A intitulée "Engagement" de la section VIII du questionnaire, les États sont priés d'indiquer s'ils ont adopté une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues et si cette stratégie se fonde sur une évaluation de la situation en matière d'abus de drogues. En outre, ils sont priés de donner des informations sur la façon dont celle-ci est coordonnée, les intervenants, le financement et les dispositifs d'évaluation des résultats.

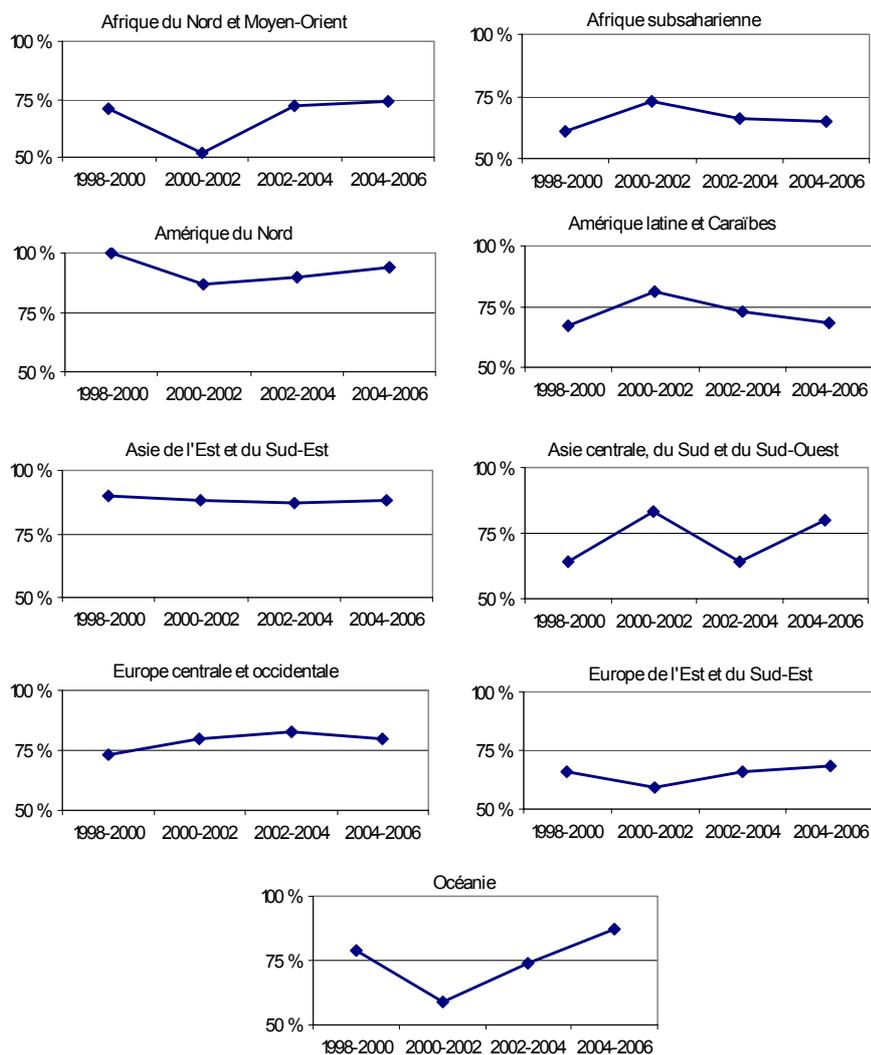
23. Dans la majorité des régions, les États ont indiqué avoir exécuté plus de 75 % des activités visées. Certaines régions ont maintenu ce niveau durant les quatre

² L'indice de réduction de la demande se fonde sur les informations fournies par les États dans le questionnaire destiné aux rapports biennaux en ce qui concerne l'exécution et la couverture des activités de réduction de la demande de drogues. L'analyse a été réalisée avec les informations fournies par tous les États ayant répondu au questionnaire pour chaque cycle. Les progrès effectués dans divers domaines de la réduction de la demande sont présentés sous la forme de moyennes régionales établies à partir des pourcentages exprimant l'ampleur des activités menées par les États dans chaque région.

cycles de collecte des informations, avec des améliorations au fil du temps. En Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, la tendance, bien que fluctuante, est nettement à la hausse, puisque l'on est passé d'un niveau initial d'un peu plus de 50 % pendant le premier cycle à plus de 75 % pendant le quatrième cycle. Les États d'Europe de l'Est et du Sud-Est se sont rapprochés du niveau observé en Europe centrale et occidentale. Le niveau est resté élevé pendant les quatre cycles en Asie du Sud et du Sud-Est et en Amérique du Nord et il a sensiblement augmenté pendant les trois derniers cycles en Océanie. Les États d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine et des Caraïbes ont apparemment rencontré des difficultés pendant le quatrième cycle alors qu'ils avaient atteint un niveau de 75 % ou plus pendant le deuxième cycle (voir fig. II).

Figure II

Grandes orientations et mesures stratégiques, par région, 1998-2006



Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 1998-2000, 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

24. Dans de nombreuses régions, des mécanismes permettant d'élaborer et d'appliquer des stratégies de réduction de la demande étaient déjà en place avant 1998; ces régions ont dans une large mesure maintenu leur niveau d'intervention pendant les quatre cycles, ce qui est la preuve d'un engagement politique fort. Même si la tendance a fluctué dans certaines régions, les efforts investis dans les programmes de réduction de la demande ont progressé dans presque toutes les régions depuis 1998. À l'échelle mondiale, la situation est restée stable ces dernières années.

25. Pratiquement tous les États ayant répondu (96 %) ont une stratégie nationale de réduction de la demande, et 8 États sur 10 (81 %) ont déclaré l'avoir élaborée sur la base d'une évaluation du problème de la drogue. La plupart des États (88 %, soit près de 9 sur 10) ont signalé que leur stratégie nationale était appliquée dans le cadre d'une approche multisectorielle faisant intervenir les autorités compétentes. Le nombre d'États qui ont déclaré avoir un budget spécialement consacré à la réduction de la demande était sensiblement plus faible (65 %) mais variait considérablement d'une région à l'autre.

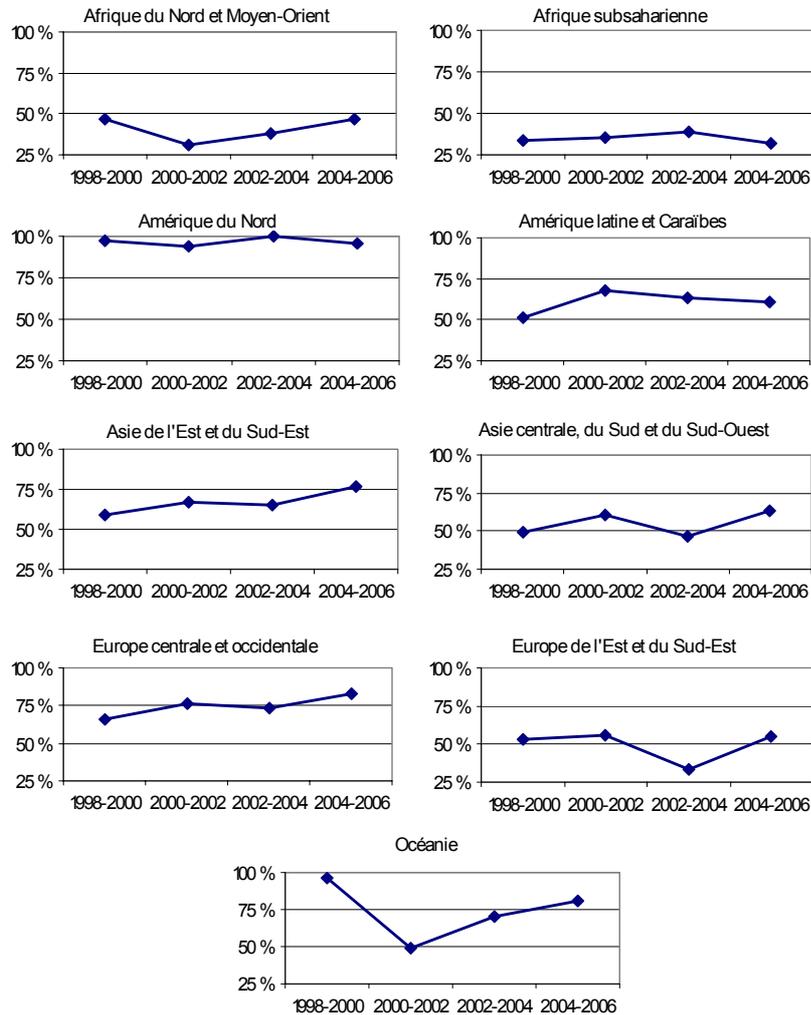
26. En raison de grandes différences dans l'ampleur, la couverture et la portée des stratégies nationales de réduction de la demande, il est difficile d'analyser le niveau réel d'engagement de chaque État. L'analyse des informations fournies dans d'autres sections du questionnaire contribuera également à montrer comment un niveau élevé d'engagement politique et de sensibilisation se traduit par des mesures concrètes.

III. Capacité de collecte et d'analyse des informations

27. En ce qui concerne la collecte et l'analyse des données, les questions portent sur l'existence à l'échelle nationale d'un programme et d'un mécanisme pour évaluer la nature et l'ampleur de l'abus des drogues et sur les éléments qui ont joué un rôle majeur dans la création du système national d'information sur les drogues (évaluations de la prévalence, enquêtes en milieu scolaire, système de notification des traitements, etc.).

28. À cet égard, l'analyse régionale montre des tendances à l'amélioration, en particulier dans quatre régions, où les niveaux du cycle de référence (1998-2000) étaient nettement inférieurs à ceux du quatrième cycle (2004-2006). Des progrès considérables ont été accomplis en Asie de l'Est et du Sud-Est et en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, où la couverture des activités d'évaluation de l'abus de drogues s'est améliorée de près de 30 % depuis le cycle de référence. Les autres régions qui ont enregistré de fortes augmentations de leurs capacités à mener régulièrement des évaluations pour déceler les nouvelles tendances en matière d'abus des drogues sont l'Europe centrale et occidentale et l'Amérique latine et les Caraïbes (26 % et 20 %, respectivement, par rapport au cycle de référence). C'est apparemment l'Amérique du Nord qui a les systèmes d'information sur les drogues les plus complets, le taux de couverture déclaré dans ce domaine atteignant 100 % ou presque pour tous les cycles (voir fig. III).

Figure III
Capacité de collecte et d'analyse des informations, par région, 1998-2006



Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 1998-2000, 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

29. Toutefois, un écart considérable semble subsister entre les régions ayant une longue expérience et des structures solides dans le domaine de la surveillance de l'abus de drogues et des problèmes connexes, à savoir l'Amérique du Nord, l'Océanie et l'Europe centrale et occidentale, et celles ayant peu d'expérience et de ressources dans ce domaine, notamment l'Afrique subsaharienne et l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient. Le bilan des huit dernières années dans les régions obtenant les meilleurs résultats semble montrer que la coordination nationale et régionale, la formation et la diffusion des meilleures pratiques jouent un rôle important dans la création de systèmes de collecte de données sur l'abus de drogues et de mécanismes de suivi.

IV. Ampleur des mesures

A. Mesures de prévention de l'abus de drogues

30. La présente section analyse les progrès accomplis par les États Membres dans la réalisation des objectifs concernant la mise en œuvre de nouvelles mesures améliorées de prévention de l'abus de drogues, conformément aux principes énoncés dans la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution S-20/3 de l'Assemblée générale, annexe).

31. La prévention de l'abus de drogues devrait être globale, c'est à dire ne pas se limiter à la diffusion d'informations sur le danger, mais aussi donner à tous et en particulier aux jeunes les moyens et la possibilité de faire des choix de vie sains. C'est pourquoi les États sont priés de fournir des informations sur trois des mesures les plus élémentaires en matière de prévention de l'abus de drogues, à savoir l'information et l'éducation sur les drogues et l'abus de drogues; le développement des aptitudes à la vie; et les activités de substitution à l'usage de la drogue. Les campagnes d'information du public, qui devraient toujours être liées à une action de prévention globale, sont traitées dans la section VII du présent rapport.

32. La prévention devrait également être menée dans un large éventail de contextes, afin que les messages et les activités de prévention se renforcent mutuellement. Les États sont donc priés de donner des informations sur les types d'interventions qu'ils mènent dans différents contextes, à savoir les écoles, les collectivités, les lieux de travail, les établissements pénitentiaires et les services de santé. La figure IV montre le niveau d'exécution par les États des trois types d'activités (information et éducation sur les drogues et l'abus de drogues; développement des aptitudes à la vie; et activités de substitution à l'usage de la drogue) dans différents contextes, en tenant compte des indications données sur le niveau de couverture du groupe cible (faible, moyen ou élevé) et sur la sexospécificité des activités.

33. Les États de six régions sur neuf ont indiqué une progression du niveau total de couverture des mesures de prévention par rapport aux cycles précédents (Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, Europe centrale et occidentale, Amérique latine et Caraïbes, Afrique du Nord et Moyen-Orient, Amérique du Nord et Océanie), mais la tendance mondiale à la hausse semble s'être ralentie pendant la période 2004-2006. Pour que les mesures aient un impact sur les tendances de l'abus de drogues, la couverture de tous les types d'activités de prévention doit atteindre un niveau élevé dans tous les contextes et se maintenir à ce niveau à moyen terme.

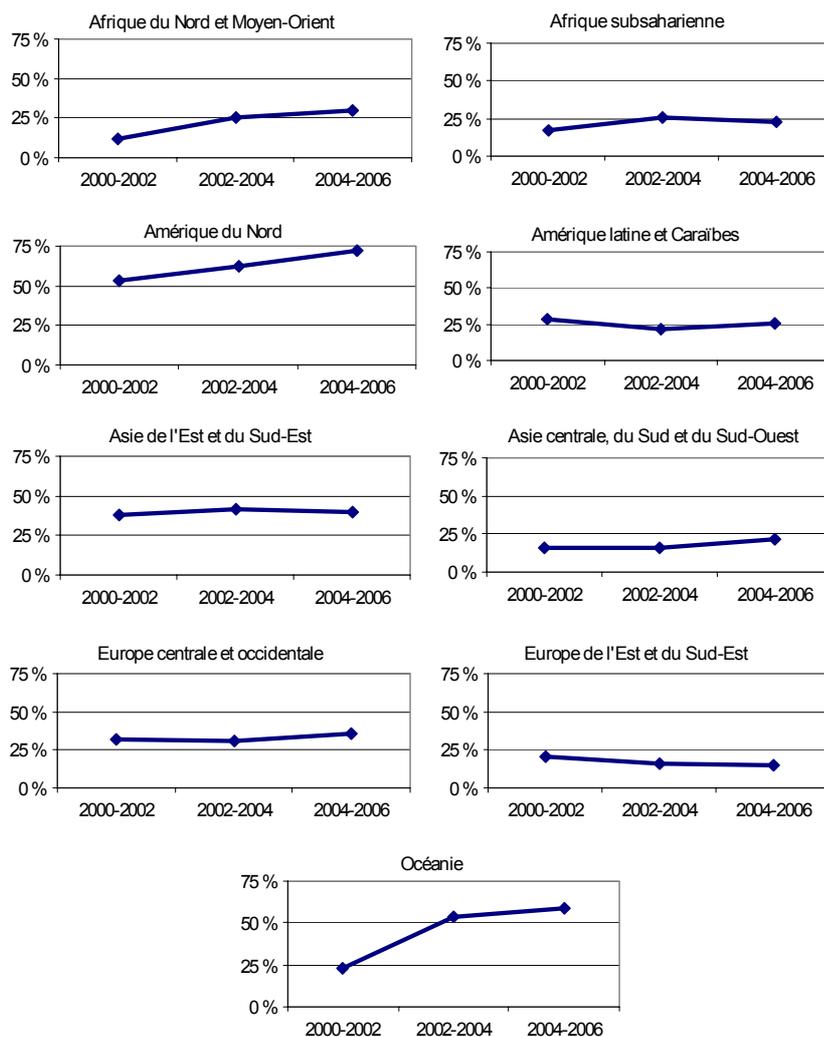
34. L'Amérique du Nord et l'Océanie ont atteint un niveau satisfaisant en ce qui concerne l'exécution des activités de prévention dans les différents contextes et la couverture du groupe cible, l'indice composite étant supérieur à 50 %. L'Afrique du Nord et le Moyen-Orient, l'Asie de l'Est et du Sud-Est, l'Europe centrale et occidentale et l'Amérique latine et les Caraïbes ont signalé une couverture supérieure à 25 %, tandis qu'en Europe de l'Est et du Sud-Est, en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest et en Afrique subsaharienne, le taux d'activité dans les différents contextes est resté relativement faible, avec moins de 25 %.

35. La diffusion d'informations est le type d'activité de prévention le plus répandu, le taux de couverture étant supérieur à 25 % dans huit régions sur neuf. Les

chiffres les plus élevés ont été signalés en Amérique du Nord (81 %), suivie de l'Océanie (53 %) et de l'Asie de l'Est et du Sud-Est (52 %). En ce qui concerne le développement des aptitudes à la vie, le niveau de couverture va de 14 % en Europe de l'Est et du Sud-Est à 64 % en Amérique du Nord, et la plupart des régions (cinq sur neuf) ont signalé un niveau supérieur à 25 %. Les niveaux les plus faibles ont en général été signalés pour les activités de substitution, ceux-ci étant inférieurs à 25 % dans cinq régions. Cependant, le niveau de couverture de ces activités a augmenté dans toutes les régions depuis le cycle précédent.

Figure IV

Mesures de prévention de l'abus de drogues, par région, 2000-2006



Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

36. La tendance au niveau mondial reste positive: les activités de prévention de l'abus de drogues ont été renforcées, et ce de façon durable pour la plupart d'entre elles. Toutefois, ce renforcement ne semble pas suffisant, étant donné qu'un niveau de couverture particulièrement élevé n'a été signalé que dans une seule région.

37. Bien que la situation s'améliore indéniablement, les États Membres doivent redoubler d'efforts dans le domaine de la prévention de l'abus de drogues s'ils veulent respecter les engagements pris lors de la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale.

B. Programmes axés sur le traitement et la réadaptation

38. Pour le quatrième cycle de collecte des informations, l'indice composite de fourniture de différents services de traitement dans divers contextes va de 11 à 71 %, selon la région. La situation mondiale est restée stable depuis le troisième cycle.

39. Les indices composites recouvrent 28 mesures différentes réparties entre quatre principaux domaines d'intervention (désintoxication, thérapie de substitution, traitement sans médicaments et réinsertion sociale) dans sept contextes différents. Une activité spécifique exécutée dans un contexte donné obtient le chiffre maximum lorsqu'il est déclaré que les services fournis ont un niveau de couverture élevé et tiennent compte des sexospécificités. On ne peut évidemment pas s'attendre à ce qu'un grand nombre d'États exécutent tous ces programmes dans tous les contextes, notamment faute de ressources, mais aussi parce que la situation réelle de l'abus de drogues n'exige peut-être pas certains types de programmes.

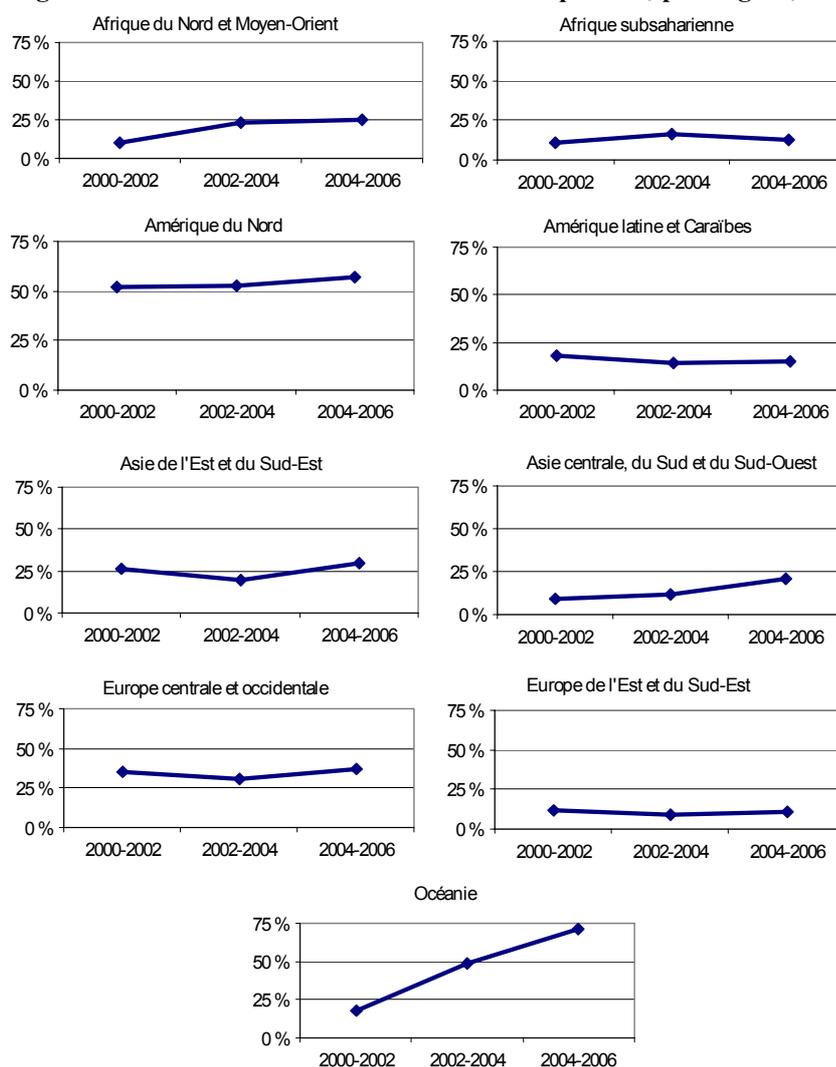
40. Comme le montre la figure V, depuis le dernier cycle (2002-2004), l'indice d'exécution de l'ensemble des activités de traitement a augmenté en Europe centrale et occidentale, en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest et en Amérique du Nord. L'Asie de l'Est et du Sud-Est a affiché la plus forte augmentation depuis le cycle précédent (passant de 20 % à 30 %), tandis que l'Océanie a signalé une hausse régulière de la couverture de tous les programmes de traitement pendant chaque cycle et affiche, avec 71 %, le chiffre le plus élevé.

41. La situation est restée stable en Europe de l'Est et du Sud-Est, l'indice composite s'établissant à près de 10 %. Le fait que la mutation des systèmes sanitaires et sociaux établis par les régimes précédents n'est pas encore achevée a des répercussions sur la couverture actuelle des programmes. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la couverture de l'ensemble des programmes de traitement est restée stable depuis le cycle précédent.

42. La baisse de l'ensemble des programmes de traitement en Afrique subsaharienne s'explique par le recul de la couverture des programmes de désintoxication, de substitution et de réinsertion sociale. La couverture des traitements sans médicaments est restée stable dans la région. Les États d'Afrique subsaharienne sont confrontés à d'autres problèmes sanitaires majeurs qui absorbent les ressources disponibles dans la région pour les services de traitement de la toxicomanie.

43. La désintoxication reste le type de traitement le plus utilisé dans le monde. Sa couverture a progressé dans toutes les régions, sauf en Afrique subsaharienne et en Europe de l'Est et du Sud-Est, où elle a baissé. L'Océanie et l'Amérique du Nord ont atteint les niveaux les plus élevés, avec 70 % et 61 %, respectivement.

Figure V
Programmes axés sur le traitement et la réadaptation, par région, 2000-2006



Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

44. En ce qui concerne les traitements de substitution, qui sont seulement utilisés pour la dépendance aux opioïdes, la tendance est restée inchangée par rapport au cycle précédent. Les traitements de substitution restent le type d'intervention le moins répandu, quel que soit le contexte et la région. L'Océanie et l'Amérique du Nord ont atteint les niveaux de couverture les plus élevés avec 68 % et 49 %, respectivement, dans l'ensemble des contextes. Dans d'autres régions, les hausses ont été relativement faibles depuis le dernier cycle. En Asie de l'Est et du Sud-Est, certains États comme la Chine et l'Indonésie sont en train de renforcer le traitement de substitution. La Chine a entrepris de mettre en place des centres d'entretien à la méthadone dans l'ensemble du pays afin de prévenir la propagation du VIH/sida liée à l'usage de drogues par injection. L'Amérique latine et les Caraïbes et l'Afrique subsaharienne ont signalé un recul des traitements de substitution.

45. À l'échelle mondiale, la couverture des traitements sans médicaments a légèrement augmenté par rapport au cycle précédent. L'Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, l'Asie de l'Est et du Sud-Est, l'Europe centrale et occidentale et l'Amérique latine et les Caraïbes ont enregistré de légères hausses. Avec 88 %, l'Océanie a atteint un niveau remarquable; les traitements sans médicaments continuent d'être le type de traitement le plus fréquemment utilisé dans cette région. La situation est restée stable par rapport au cycle précédent en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, en Afrique subsaharienne et en Europe de l'Est et du Sud-Est. En Amérique du Nord, une légère baisse a été enregistrée.

46. En ce qui concerne la réinsertion sociale, la situation mondiale est restée stable. L'Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, l'Asie de l'Est et du Sud-Est, l'Amérique latine et les Caraïbes et l'Europe de l'Est et du Sud-Est ont affiché des hausses comprises entre 4 % et 9 %. Le taux de couverture a atteint 60 % en Océanie et, bien qu'il soit resté stable par rapport au cycle précédent, il s'est néanmoins établi à 59 % en Amérique du Nord. Il est également resté stable en Europe centrale et occidentale et a baissé en Afrique subsaharienne et en Afrique du Nord et au Moyen-Orient.

47. En ce qui concerne les programmes de désintoxication, la plupart des régions ont signalé un niveau de couverture plutôt satisfaisant. Il semble nécessaire d'élaborer et de renforcer d'autres types de services de traitement. Différents groupes et clients cibles devraient être pris en compte et les services devraient être accessibles à tous les toxicomanes. Les tendances à la stabilisation en Amérique latine et dans les Caraïbes et en Europe de l'Est et du Sud-Est montrent qu'il faut redoubler d'efforts. Dans les autres régions, à l'exception de l'Océanie, les hausses de la couverture des services ont été faibles depuis le cycle précédent. Un engagement accru est nécessaire pour réaliser les objectifs d'ici à 2008.

C. Mesures de réduction des effets néfastes sur la santé et la société

48. Les réponses au questionnaire donnent des informations sur les mesures prises par les États afin de réduire les effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société. Les questions portent non seulement sur les problèmes liés à la transmission de maladies infectieuses telles que le VIH/sida et les hépatites B et C, mais aussi sur la prévention des surdoses et la fourniture d'un hébergement d'urgence.

49. En 2005, au terme d'un long processus de consultations avec les donateurs, les gouvernements, les organisations non gouvernementales et locales et d'autres partenaires, le Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a approuvé et recommandé un ensemble complet de mesures de prévention et de traitement du VIH/sida qui, s'agissant en particulier de la transmission du VIH du fait de l'usage de drogues par injection, comprend toutes les possibilités de traitement (y compris le traitement de substitution) ainsi que d'autres interventions visant à réduire les effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société (par exemple la sensibilisation des usagers injecteurs par des pairs et la fourniture de matériels de prévention), le conseil volontaire et le dépistage confidentiel du VIH, la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle chez les usagers de drogues (y compris la distribution de préservatifs et la prévention et

le traitement des infections transmises par voie sexuelle) et l'accès aux soins de santé primaires et aux thérapies antirétrovirales.

50. Pendant le cycle 2004-2006, 75 États ont rendu compte de la mise en œuvre de six des mesures prévues dans cet ensemble. Moins d'un État sur quatre (22,7 %) a mis en œuvre les six mesures et, parmi ces derniers, moins d'un sur huit (11,8 %) a signalé une couverture élevée.

51. Environ la moitié des États ayant répondu (50,7 %) ont indiqué qu'ils diffusaient auprès des usagers de drogues des informations sur les règles de sûreté et des matériels d'éducation pour la prévention du VIH/sida, mais le niveau de couverture était faible dans plus des deux tiers d'entre eux (68 %). Le niveau le plus faible a été enregistré en Afrique du Nord et au Moyen-Orient et le plus élevé en Océanie.

52. Concernant la sensibilisation des usagers de drogues au VIH/sida, un peu plus de la moitié des États ayant répondu (57,3 %) ont indiqué qu'ils proposaient ce type de service, mais le niveau de couverture était faible dans les deux tiers d'entre eux (65,3 %). Le niveau le plus faible a été enregistré en Europe de l'Est et du Sud-Est et le plus élevé en Amérique du Nord et en Océanie.

53. Concernant la distribution de préservatifs aux usagers de drogues, un peu plus de la moitié des États ayant répondu (58,7 %) ont indiqué qu'ils offraient ce service, et la moitié d'entre eux (54,7 %) a signalé que le niveau de couverture était élevé. Le niveau le plus faible a été enregistré en Afrique du Nord et au Moyen-Orient et le plus élevé en Amérique du Nord.

54. Concernant les traitements de substitution, environ la moitié des États ayant répondu (51,6 %) ont indiqué qu'ils proposaient ce service aux usagers de drogue, mais près de neuf sur dix (88 %) ont signalé que le niveau de couverture était faible. Le niveau le plus faible a été enregistré en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest et le plus élevé en Amérique du Nord et en Océanie.

55. Concernant le conseil volontaire et le dépistage confidentiel du VIH parmi les usagers de drogues, là encore, environ la moitié des États ayant répondu (54,7 %) ont indiqué qu'ils proposaient de tels services, mais dans plus de la moitié d'entre eux (60 %), le niveau de couverture était faible. Le niveau le plus faible a été enregistré en Afrique du Nord et au Moyen-Orient et le plus élevé en Océanie.

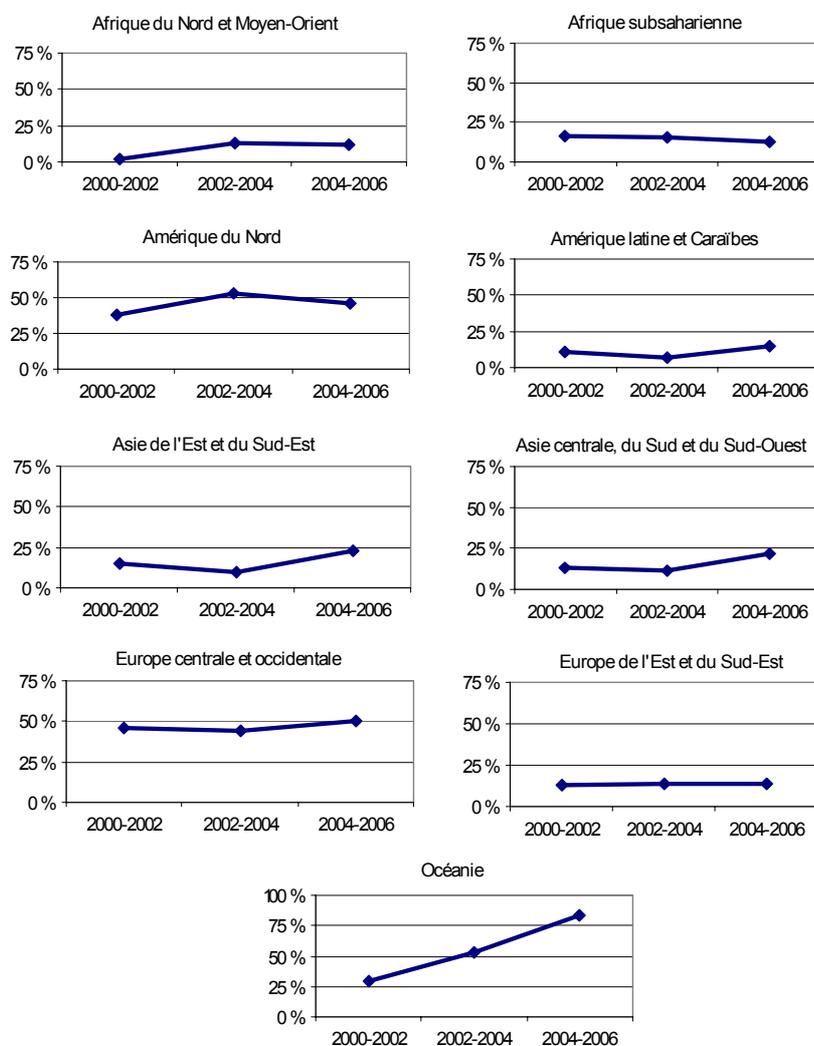
56. Concernant la distribution de seringues et d'aiguilles stériles, moins de la moitié des États ayant répondu (42,7 %) ont signalé que ce type de service était offert aux usagers de drogues, et près des trois quarts d'entre eux (72 %) ont signalé que le niveau de couverture était faible. Le niveau le plus faible a été enregistré en Afrique du Nord et au Moyen-Orient et le niveau le plus élevé en Océanie.

57. Bien que les informations fournies par les États Membres dans le questionnaire destiné aux rapports biennaux aient fait apparaître certaines améliorations au niveau mondial ces dernières années, la faiblesse de l'indice composite dans de nombreuses régions laisse penser que, même si des mesures sont prises, leur niveau estimatif de couverture du groupe cible reste souvent relativement faible (voir fig. VI). Les États qui fournissent des services avec un niveau de couverture moyen voire parfois élevé du groupe cible se trouvent surtout en Amérique du Nord, en Europe centrale et occidentale et en Océanie. Les États d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, d'Afrique subsaharienne, d'Europe de l'Est

et du Sud-Est et d'Amérique latine et des Caraïbes ont signalé les plus faibles niveaux de couverture pour les différents services. En outre, lorsque ces services sont disponibles, leur niveau de couverture du groupe cible est souvent faible.

Figure VI

Mesures de réduction des effets néfastes sur la santé et la société, par région, 2000-2006



Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

V. Place donnée aux activités multisectorielles et au travail en réseau

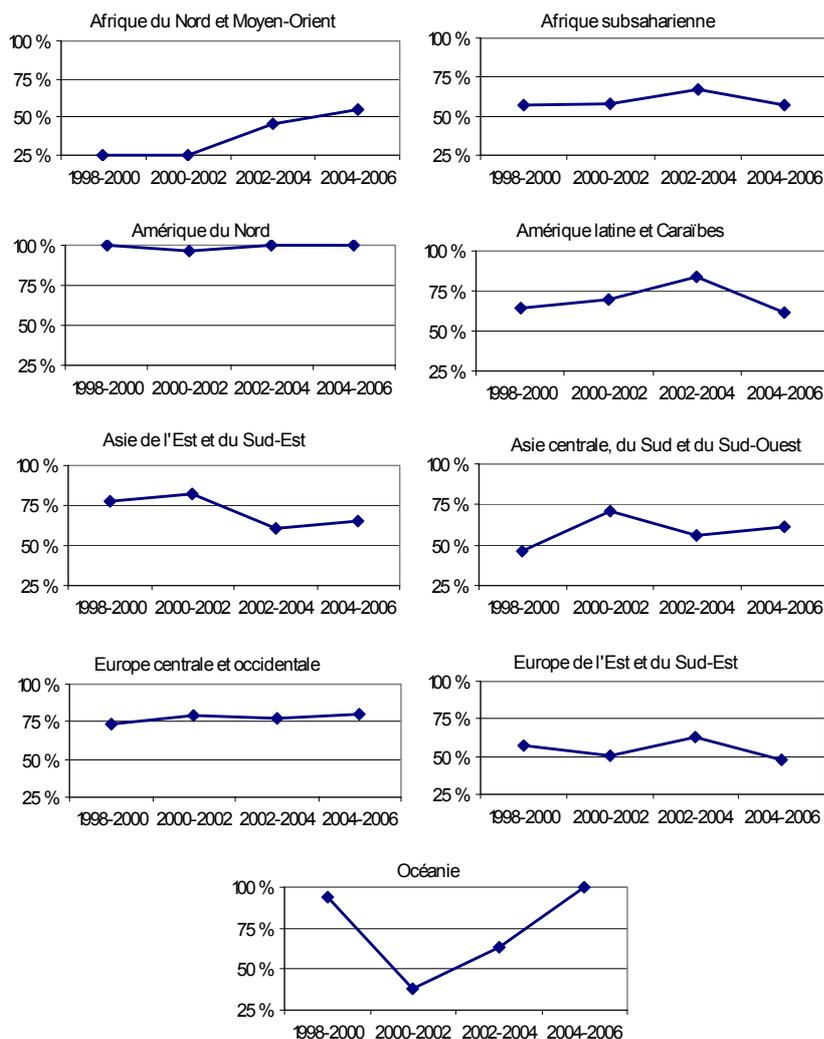
58. La présente section présente les efforts déployés par les États pour élaborer une approche multisectorielle faisant appel à la participation de la société civile en vue de définir des programmes et politiques appropriés. Certains États ont

également commencé à décentraliser les activités de réduction de la demande à l'échelon local ou ont renforcé les efforts de décentralisation déjà en cours.

59. Dans le questionnaire, les États sont notamment priés d'indiquer les mécanismes de collaboration ou de travail en réseau existant à différents niveaux et de préciser si ces mécanismes permettent de trouver et de faire participer de nouveaux partenaires. L'analyse étant fondée sur les réponses à deux questions seulement, il faut la considérer avec prudence.

Figure VII

Place donnée aux activités multisectorielles et au travail en réseau, par région, 1998-2006



Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 1998-2000, 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

60. La plupart des États ont signalé l'existence de mécanismes de travail en réseau ou de décentralisation satisfaisants (plus de 50 %), voire excellents dans certaines

régions (plus de 75 %) depuis le premier cycle. Il est encourageant de noter que la situation à cet égard s'est améliorée dans beaucoup de régions pendant le cycle 2004-2006, comme le montre la figure VII. Même si certaines baisses ont été signalées en Europe de l'Est et du Sud-Est, en Amérique latine et dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne, les niveaux restent autour de 50 % ou au-dessus dans toutes ces régions. Dans trois régions – Europe centrale et occidentale, Amérique du Nord et Océanie – les mécanismes existants de collaboration et de travail en réseau sont excellents.

61. Il serait souhaitable qu'à l'avenir, les États puissent continuer à faire état dans leurs questionnaires d'aussi bons niveaux d'exécution dans ce domaine. En ce qui concerne les activités de réduction de la demande qui exigent une action concertée à divers niveaux et dans différents domaines, il est indispensable, pour que les interventions produisent les effets de synergie nécessaires, que des mécanismes de coordination soient mis en place et renforcés.

VI. Mesures en faveur des groupes de population vulnérables ou particuliers

62. L'un des points faibles des activités de réduction de la demande est le manque d'attention accordé aux groupes de population particuliers qui sont souvent plus exposés au risque d'abus de drogues que la population générale. La prévention en milieu scolaire est importante mais ne touche pas les jeunes marginalisés (tels que les enfants de la rue) qui ne vont pas à l'école. En outre, la plupart des services de traitement ont été conçus pour le toxicomane "typique", jeune et de sexe masculin, et ne tiennent souvent pas compte de l'existence de groupes de population ayant des besoins particuliers (tels que les femmes et les adolescents). Les mesures visant à réduire les effets néfastes de l'abus de drogue sur la santé et la société ciblent bien dans une certaine mesure des groupes vulnérables tels que les toxicomanes chroniques, les usagers de drogues par injection et la population carcérale, mais en omettent d'autres. Dans la plupart des États, le nombre d'interventions ciblant des groupes de population vulnérables et particuliers est apparemment en hausse (voir fig. VIII). Dans les régions qui ont acquis une expérience considérable de la réduction de la demande et qui disposent de programmes solides et durables (Amérique du Nord, Europe centrale et occidentale et Océanie), les programmes spéciaux sont assez courants, probablement parce que cette longue expérience permet aux organismes publics et aux organisations non gouvernementales de déterminer les besoins particuliers des groupes qui ne sont pas visés par les interventions "universelles".

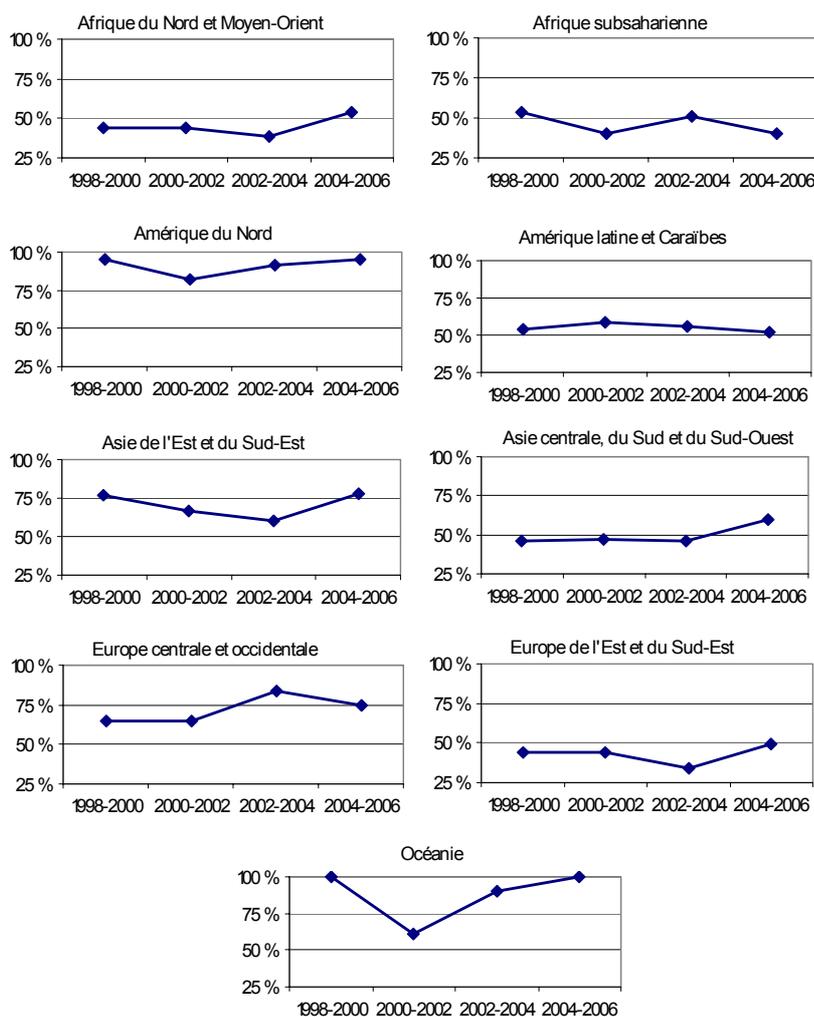
63. Il semble que d'autres régions où le niveau de couverture était initialement plus faible (Asie de l'Est et du Sud-Est, Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, Afrique du Nord et Moyen-Orient et Europe de l'Est et du Sud-Est) ont également renforcé leurs efforts dans ce domaine. Ces hausses sont peut-être dues au renforcement des mesures visant les groupes exposés au VIH et à d'autres infections hématogènes, cet aspect ayant joué un rôle central dans l'évolution récente du problème de l'abus de drogues et des mesures de réduction de la demande dans certaines de ces régions. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le niveau est resté relativement stable à un niveau moyen. Les États d'Afrique subsaharienne ont

signalé des niveaux plus faibles, variables selon les cycles, mais toujours en dessous de 50 %.

64. Les mesures axées sur les groupes de population particuliers sont importantes non seulement pour réduire l'abus de drogues chez les personnes à risque, mais aussi pour améliorer la santé de ces personnes et réduire les problèmes sociaux qui découlent de leur consommation de drogues. Ces mesures sont également indispensables pour le succès des activités plus générales de prévention et de traitement.

Figure VIII

Mesures en faveur des groupes de population vulnérables ou particuliers, par région, 1998-2006



Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 1998-2000, 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

VII. Campagnes d'information du public et dans les médias

65. Les campagnes d'information du public et dans les médias sont une des activités les plus courantes dans le domaine de la prévention de l'abus de drogues. Les conclusions récentes de l'évaluation des campagnes dans les médias en Amérique du Nord confirment que, même si elles sont correctement financées et planifiées et menées de façon soutenue, ces campagnes n'influent guère sur le comportement du groupe cible, mais ont toutefois un certain impact sur les niveaux d'information et de sensibilisation. Bien que l'existence d'un lien entre cet impact et des changements de comportement n'ait pas été établie, les campagnes d'information du public et dans les médias font encore partie du dispositif de prévention, leur rôle étant de renforcer les messages et les valeurs transmis dans le cadre d'autres activités.

66. La tendance mondiale positive de l'indice composite concernant les activités exécutées dans le cadre des efforts de réduction de la demande pour améliorer les campagnes d'information du public et dans les médias a légèrement fléchi pendant le dernier cycle de collecte des informations, tout en restant relativement élevé, avec 76 % (voir fig. IX pour les tendances régionales). Concernant les éléments spécifiques des activités signalées au titre de ce point, la proportion d'États qui ont déclaré avoir incorporé des campagnes d'information du public dans leur stratégie nationale de réduction de la demande a légèrement baissé depuis le cycle précédent (passant de 86 % à 80 %). Il est particulièrement décevant de noter que la proportion d'États qui ont signalé avoir fondé leurs campagnes sur une évaluation des besoins a également diminué (de 75 % à 67 %), les baisses les plus importantes ayant été signalées en Europe centrale et occidentale (de 94 % à 67 %). Cette évolution est préoccupante car il est bien évident qu'il faut fonder les campagnes sur une évaluation des besoins pour en garantir le succès.

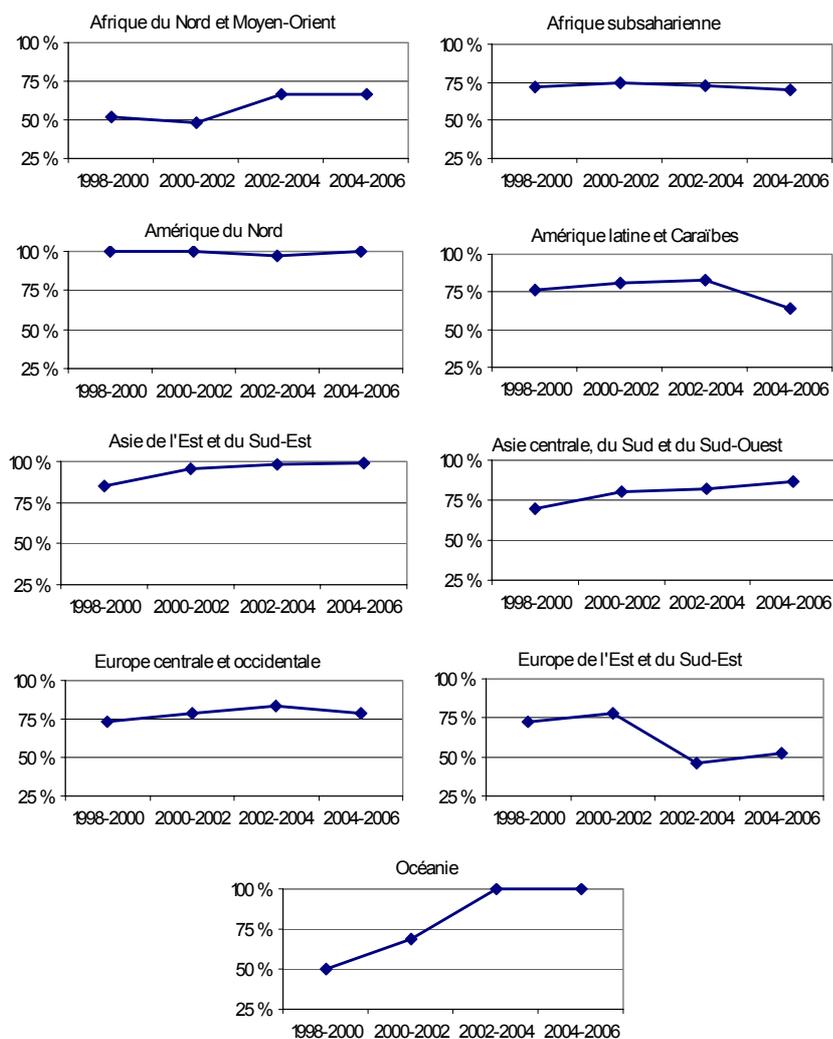
67. Il est encourageant de noter que la plupart des États (82 %) dispensent aux intervenants chargés de transmettre des messages sur la réduction de la demande une formation pour les aider à s'acquitter de cette tâche, ce pourcentage étant largement au-dessus de 50 % dans toutes les régions. Il faut continuer de dispenser une telle formation car cela est fondamental pour mener des interventions cohérentes et efficaces en matière de réduction de la demande.

68. Toutefois, il convient de noter que le nombre d'États qui ont déclaré évaluer l'efficacité de leurs campagnes reste plutôt faible (43 %), même si ce chiffre a légèrement augmenté depuis le cycle précédent. Cela signifie qu'à l'heure actuelle, plus de la moitié des États ayant répondu n'ont pas la possibilité de savoir si les campagnes qu'ils ont menées ont été efficaces ou non. Dans certaines régions, des efforts concertés doivent être faits pour améliorer cette situation: en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, la proportion est tombée de 63 % à 38 % depuis le cycle précédent; des baisses ont également été signalées en Europe de l'Est et du Sud-Est et en Afrique subsaharienne, où seulement un État sur cinq, voire moins, a évalué les résultats des campagnes menées. Le nombre d'États qui évaluent leurs campagnes a sensiblement augmenté en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, en Asie de l'Est et du Sud-Est, en Amérique latine et dans les Caraïbes et en Amérique du Nord.

69. Il serait souhaitable que les régions comme l'Asie de l'Est et du Sud-Est, l'Amérique du Nord et l'Océanie, qui d'après leurs réponses au questionnaire destiné aux rapports biennaux ont affiché les meilleurs résultats dans le domaine de la conception, de la transmission et de l'évaluation de messages adaptés et conformes à la réalité sur la réduction de la demande de drogues, partagent leur expérience et leurs compétences dans ce domaine, afin de contribuer à l'amélioration de ces activités dans d'autres régions.

Figure IX

Campagnes d'information du public et dans les médias, par région, 1998-2006



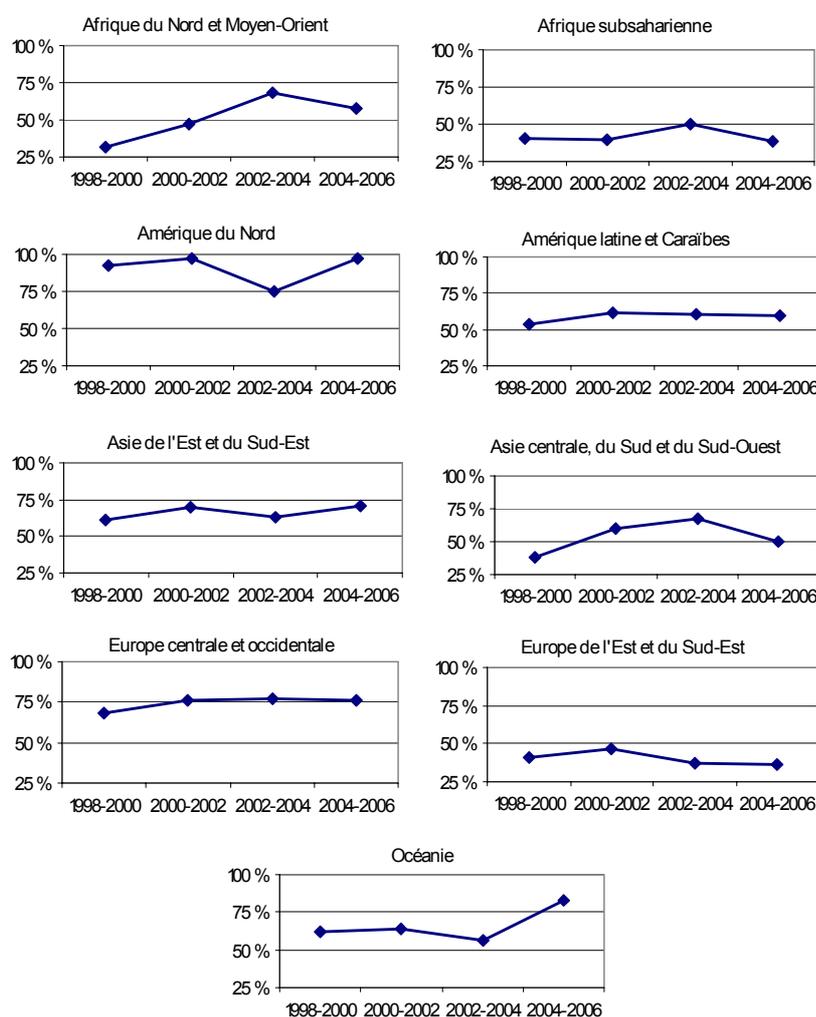
Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 1998-2000, 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

VIII. Évaluation et assimilation des enseignements tirés de l'expérience

70. Dans la partie du questionnaire relative à l'évaluation et à l'assimilation des enseignements tirés de l'expérience, des questions sont posées sur trois aspects clés de la réduction de la demande: la formation des intervenants, l'évaluation des interventions, ainsi que l'échange et la diffusion des meilleures pratiques et des enseignements tirés. L'importance que les États accordent à ces activités montre qu'ils sont disposés à investir à long terme dans des interventions de longue haleine fondées sur des données factuelles.

Figure X

Évaluation et assimilation des enseignements tirés de l'expérience, par région, 1998-2006



Source: Questionnaire destiné aux rapports biennaux 1998-2000, 2000-2002, 2002-2004 et 2004-2006.

71. Là encore, comme pour d'autres types d'interventions, les régions ayant des programmes soutenus de réduction de la demande et donc des ressources consacrées spécialement à cette fin (comme l'Amérique du Nord, l'Europe centrale et occidentale et l'Océanie) semblent relativement actives dans les trois domaines (avec un chiffre de 75 % ou plus). La plupart des autres régions ont un chiffre supérieur à 50 %, tandis qu'en Afrique subsaharienne et en Europe de l'Est et du Sud-Est, l'importance accordée à ces activités reste limitée (voir fig. X).

IX. Conclusions

72. Malgré les efforts entrepris pour utiliser les informations communiquées dans le questionnaire destiné aux rapports biennaux afin de donner aux États Membres une idée des progrès accomplis depuis 1998, le questionnaire reste un outil très limité et les États Membres sont encouragés à envisager, au terme de la décennie 1998-2008, la possibilité de continuer à l'améliorer. Les informations relatives à la couverture, à la qualité et à l'impact réels des interventions sont cruciales pour évaluer correctement les progrès réalisés.

73. Sur la base de l'analyse des réponses aux parties du questionnaire portant sur la réduction de la demande de drogues, les conclusions générales suivantes peuvent être soumises à la Commission pour examen:

a) L'engagement politique en faveur de la réduction de la demande reste fort et les États ont investi pour créer les fondements nécessaires à une stratégie nationale de réduction de la demande;

b) Dans un nombre croissant d'États, l'engagement politique a été renforcé et les politiques sont élaborées sur la base de recherches et d'analyses concernant l'abus de drogues;

c) Des progrès ont été réalisés dans les principaux domaines d'intervention (prévention, traitement et réadaptation, et réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société), mais les efforts décisifs nécessaires pour obtenir des résultats significatifs et mesurables dans le domaine de la réduction de la demande n'ont pas encore été entrepris.