



Conseil économique et social

Distr.: Générale
21 février 2008

Français
Original: Anglais

Commission des stupéfiants

Cinquante-et-unième session

Vienne, 10 - 14 mars 2008

Point 3 de l'ordre du jour provisoire**

Examen thématique des suites données à la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale: vue d'ensemble et progrès généraux réalisés par les gouvernements pour atteindre les buts et les objectifs fixés pour les années 2003 et 2008 concernant la Déclaration de politique générale adoptée par l'Assemblée à sa vingtième session extraordinaire

Le problème mondial des drogues

Cinquième rapport du Directeur exécutif

Addendum

Réduction de la demande de drogues

Résumé

Sur la base des données communiquées par les Etats Membres par le biais des questionnaires annuel et biennal (ARQ et BRQ), le présent rapport expose les conclusions sur les progrès accomplis dans le domaine de la réduction de la demande de drogues dans la période 1998-2007.

En ce qui concerne la situation de l'abus de drogues, les informations disponibles suggèrent que, au niveau mondial, la consommation de la plupart des drogues tend à la stabilisation et qu'un déclin de la consommation se manifeste généralement dans les pays qui ont mis en œuvre des stratégies à long terme et soutenues de réduction de la demande.

* Réimprimé pour des motifs techniques.

** E/CN.7/2008/1.



Des progrès considérables ont été réalisés dans l'application des mesures relatives à la réduction de la demande telles que définies par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire. La plupart des Etats ont accompli des progrès avec la mise en place des stratégies nationales de réduction de la demande, l'évaluation du problème de l'abus de drogues, et l'offre de services de prévention, de traitement et de réadaptation. Néanmoins, si la couverture et la disponibilité de l'ensemble de ces services sont prises en compte, le niveau de conformité aux exigences 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) se révèle plutôt bas dans la plupart des régions.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1-4	4
II. Stratégies et programmes, nouveaux ou renforcés, de réduction de la demande de drogues	5-64	5
A. Action menée	8-43	5
B. Renforcement des capacités institutionnelles	44-64	33
III. Recommandations	65-66	51

I. Introduction

1. À la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à la lutte contre le problème mondial des drogues, les états Membres ont adopté une Déclaration politique (Résolution S-20/2, annexe) qui énonçait deux buts de grande portée concernant la réduction de la demande de drogues: a) s'être dotés de stratégies et de programmes nouveaux ou renforcés de réduction de la demande de drogue d'ici à 2003; et, du fait de ces efforts renouvelés, b) d'obtenir des résultats significatifs et mesurables dans le domaine de la réduction de la demande d'ici à 2008.

2. Les deux instruments devant permettre de mesurer les progrès accomplis en direction de ces buts sont le questionnaire de rapport annuel, qui permet notamment de recueillir des données annuelles sur la situation de l'abus de drogues (les informations correspondantes sont analysées dans le rapport du Directeur exécutif sur la situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues (E/CN.7/2008/4)), et le questionnaire de rapport biennal, qui est conçu pour suivre les mesures mises en œuvre par les Etats Membres pour réduire la demande de drogues. Ainsi l'évaluation de la situation sur les dix dernières années est-elle basée sur les informations communiquées au secrétariat par les Etats Membres par le biais de ces questionnaires.

3. Le secrétariat a informé la Commission d'un certain nombre de limitations relatives aux données reçues par le biais de ces instruments au cours des années précédentes. L'une des principales questions est celle de l'établissement d'une corrélation entre les tendances de l'abus de drogues et les programmes de réduction de la demande mis en œuvre au cours des dix dernières années. Attribuer les tendances positives à des interventions spécifiques est délicat pour différentes raisons, et principalement parce que les comportements d'abus de drogues sont influencés par des facteurs multiples et qu'il est difficile d'imputer à un facteur précis la cause d'un changement. En outre les comportements d'abus de drogue ont tendance à ne changer que lentement et, bien que les activités entreprises au cours des dix dernières années aient pu avoir produit des résultats, dans la plupart des cas ce n'est que dans un avenir plus lointain que leur impact deviendra plus clair. Néanmoins un élément indiscutable est constitué par les changements positifs de l'abus de drogues (stabilisation ou diminution) qui se produisent dans certaines régions¹ où des interventions de réduction de la demande de drogue, soutenues et bien dotées en ressources, ont été menées.

¹ Aux fins du présent rapport les pays ont été répartis entre les régions et sous-régions indiquées ci-après:

- a) La région de l'Afrique et du Moyen-Orient, qui comprend deux sous-régions:
 - i) L'Afrique du nord et le Moyen-Orient
 - ii) L'Afrique subsaharienne
- b) La région des Amériques, qui comprend deux sous-régions:
 - i) L'Amérique latine et les Caraïbes
 - ii) L'Amérique du Nord
- c) La région de l'Asie et de l'Océanie, qui comprend trois sous-régions:
 - i) L'Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest
 - ii) L'Asie de l'Est et du Sud-Est
 - iii) L'Océanie

4. En dépit de ces diverses limitations, il est possible d'exploiter les informations reçues pour tirer quelques conclusions générales qui pourraient guider les Etats Membres dans l'évaluation des progrès accomplis et aussi dans la détermination de la voie à suivre pour s'attaquer au problème mondial des drogues.

II. Stratégies et programmes, nouveaux ou renforcés, de réduction de la demande de drogues

5. Depuis 1998, le secrétariat a aussi reçu des informations d'Etats Membres par le biais du questionnaire biennal sur les programmes et les stratégies visant à traiter de la situation mouvante de l'abus de drogue. Les pays ont rendu compte, principalement, de l'exécution de différentes activités dans certains domaines de l'action de réduction de la demande de drogues, conformément au 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). Les informations fournies par des organisations internationales, agences régionales et organes experts ont permis au secrétariat de compléter les informations communiquées au moyen du questionnaire biennal. Les sources régionales de données ont également été mises à contribution pour corroborer l'analyse des réponses au questionnaire.

6. Au cours des dernières années, le secrétariat a synthétisé les informations fournies par les Etats Membres pour illustrer les changements dans la mise en œuvre des stratégies et programmes de réduction de la demande de drogues.

7. Le présent rapport passe en revue les informations fournies depuis 1998 afin de permettre aux Etats Membres d'évaluer les progrès accomplis et de réfléchir à des orientations futures. Il se divise en deux grands chapitres. Le chapitre intitulé "Action menée" récapitule les informations sur les activités concrètes et les programmes axés sur des groupes cibles et des situations spécifiques, tandis que le chapitre "Renforcement des capacités institutionnelles" analyse les changements dans la capacité des pays de mettre en œuvre des programmes et des stratégies efficaces de réduction de la demande.

A. Action menée

8. Les domaines classés dans le questionnaire biennal sous les titres suivants: a) prévention, b) traitement et réadaptation, et c) réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales de l'abus de drogue sont les plus importants pour ce qui est de l'action menée pour réduire la demande de drogues. Bien qu'il soit encourageant de constater que, en moyenne, davantage de pays ont intensifié leurs efforts dans la période écoulée depuis la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale, le niveau de la réponse au problème demeure en grande partie insuffisant. La tendance mondiale est qu'un plus grand nombre d'Etats Membres signalent l'existence de diverses interventions de prévention et modalités de

-
- d) La région de l'Europe, qui comprend deux sous-régions:
 - iii) L'Europe centrale et occidentale
 - iv) L'Europe orientale et du Sud-Est.

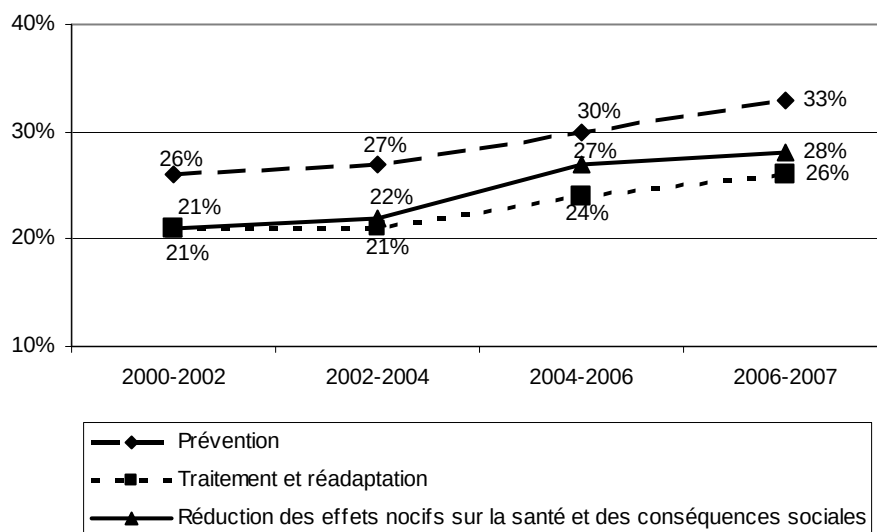
traitement dans différents environnements, mais ces progrès sont limités; par ailleurs la légère amélioration qui apparaît par rapport à la période de référence (1998-2000) est imputable, principalement, à la couverture estimée des activités mises en œuvre et elle est, globalement, relativement faible (Figure 1).^{2, 3}

² Les indices composites qui ont été élaborés représentent les réponses apportées par les Etats Membres par le biais du questionnaire en ce qui concerne la mise en œuvre de mesures et la couverture estimative des activités, comme demandé dans les différents plans d'action. Une analyse a été réalisée à partir des données fournies par tous les pays qui ont répondu au questionnaire pour chacune des périodes redditionnelles. Les indices sont des moyennes régionales, allant de 0% à 100%, pour indiquer la mesure de la conformité aux demandes faites lors de l'UNGASS de mettre en œuvre les mesures couvertes par chaque sous-section. Par exemple une région dans laquelle tous pays ayant répondu ont signalé avoir mis en œuvre toutes les mesures centrales atteint la valeur d'indice de 100 pour cent, tandis qu'une région où tous les pays ayant répondu ont rapporté n'avoir mis en œuvre aucune des mesures se voit affecter une valeur d'indice de 0 pour cent.

³ Un indice composite permet de donner une représentation de situations comme le fait que la plupart des pays ont signalé avoir mis en œuvre au cours de la cinquième période redditionnelle plus de programmes de réduction de la demande que dans la première, mais ont estimé que la couverture des activités était basse, et n'ont rapporté que peu d'améliorations à cet égard par rapport à la période de référence. L'indice composite tient compte de la couverture estimative de l'intervention, du programme, de l'activité ou du service. Par conséquent les valeurs que présentent les indices composites sont uniformément inférieures à la proportion des Etats qui rapportent des activités dans chaque région. Idéalement la couverture pourrait correspondre, par exemple, au pourcentage de la population cible qui participe effectivement à un programme de prévention de l'abus de drogue, à savoir qui est mis en présence d'un tel programme de manière régulière ou périodique. Quant aux autres concepts et aux termes utilisés dans la version actuelle du questionnaire biennal, aucune définition standard n'est donnée de ce que désigne la "couverture" en ce qui concerne les différentes interventions de réduction de la demande. Par conséquent les réponses ne peuvent donner qu'un tableau d'ensemble très général, vu que ce que dénote la "couverture" est laissé à l'appréciation subjective et renvoie à la situation spécifique dans chaque Etat. Par ailleurs l'ampleur et la qualité des activités demeurent peu claires. Les faiblesses persistantes en ce qui concerne le suivi de la qualité, ainsi que la couverture des programmes de réduction de la demande, sont un aspect important dans l'analyse des progrès accomplis dans la mise en œuvre de tels programmes. C'est là encore un domaine prioritaire qui devra être pris en considération dans l'élaboration des systèmes futurs de suivi.

Figure 1.

Mise en œuvre d'interventions de réduction de la demande, par domaine, pour un choix de périodes
(indice composite)



9. Le simple décompte des Etats Membres qui ont seulement rendu compte de l'exécution de différents types d'activités ferait apparaître davantage de progrès dans beaucoup de régions, mais cela ne refléterait pas convenablement l'ampleur des activités.

1. Interventions axées sur la prévention de l'abus de drogues

10. Plusieurs faits nouveaux dans le domaine de la prévention sont intervenus depuis la fin des années 90, bien qu'il soit difficile de les quantifier. Il demeure que les réponses au questionnaire biennal suggèrent que les progrès accomplis pour mettre en œuvre la prévention en tant qu'élément de la réponse globale au problème de la drogue ont été au mieux modestes, et sont restés insuffisants dans beaucoup de régions.

11. La mise en œuvre de programmes de prévention a été maintenue là où elle avait déjà été lancée. Certains progrès ont été accomplis ces dernières années dans les régions où les activités étaient très en retard. Par exemple un nombre croissant de pays ont mené des activités de prévention de l'usage de drogues dans les écoles, bien que dans beaucoup de cas ces activités se soient limitées à des conférences ou à des programmes sporadiques qui n'ont touché qu'une petite partie de la population cible et n'ont généralement pas dépassé le cadre des zones urbaines.

12. Ce sont les pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, et de l'Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest qui ont signalé le niveau le plus notable d'améliorations par rapport à la situation dans la période de référence. En revanche les réponses reçues d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des Caraïbes, et d'Europe orientale et du Sud-Est indiquent des investissements relativement limités dans les programmes de prévention. En Europe orientale et du Sud-Est, la proportion des

pays qui mènent des programmes de prévention dans différents environnements indique, globalement, des tendances à la baisse au cours de la décennie passée. En Amérique latine et dans les Caraïbes, alors que la plupart des pays ont mis en place quelques programmes, la prévention est en grande partie exercée par un nombre restreint de spécialistes, et se limite souvent à des activités qui manquent de cohésion et n'ont qu'une couverture partielle (voir figures 2 à 10).

Figure 2. Afrique du Nord et Moyen-Orient: mise en œuvre d'interventions de prévention, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

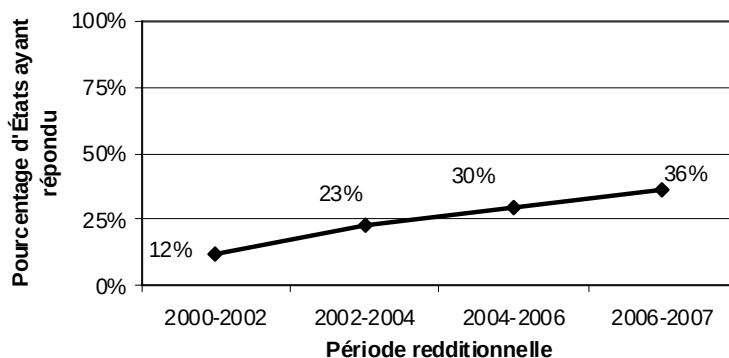


Figure 3. Afrique subsaharienne: mise en œuvre d'interventions de prévention, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

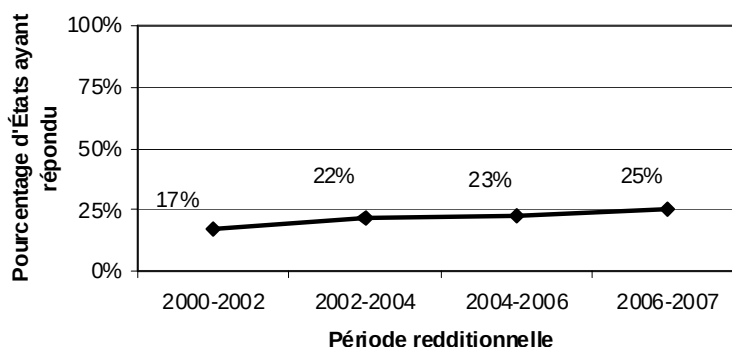


Figure 4.

Amérique latine et Caraïbes: mise en œuvre d'interventions de prévention, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

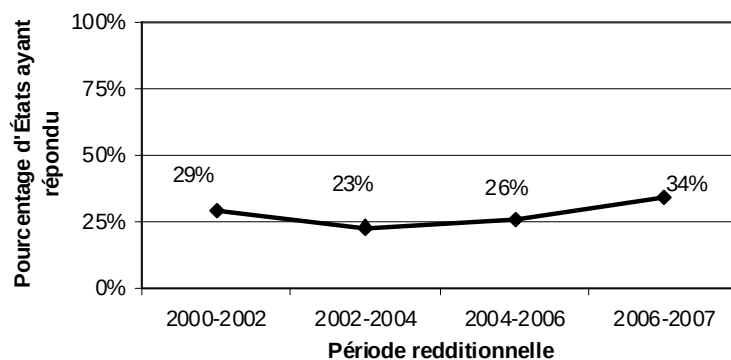


Figure 5.

Amérique du Nord: mise en œuvre d'interventions de prévention, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

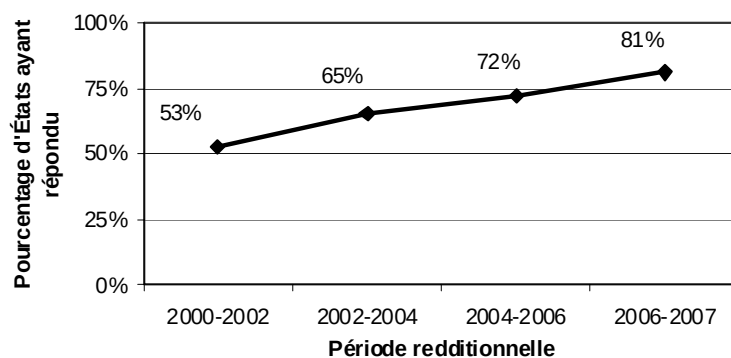


Figure 6.

Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest: mise en œuvre d'interventions de prévention, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

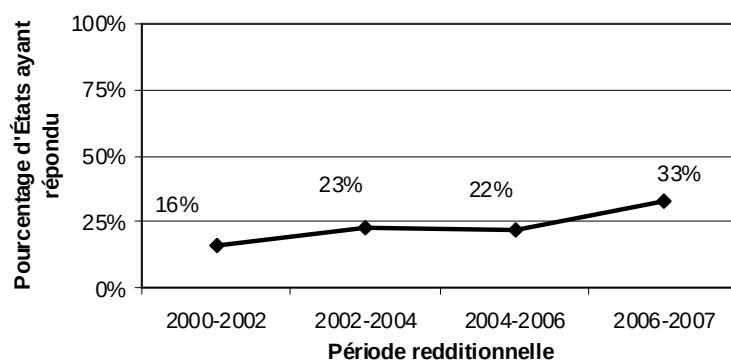


Figure 7.

Asie de l'Est et du Sud-Est: mise en œuvre d'interventions de prévention, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

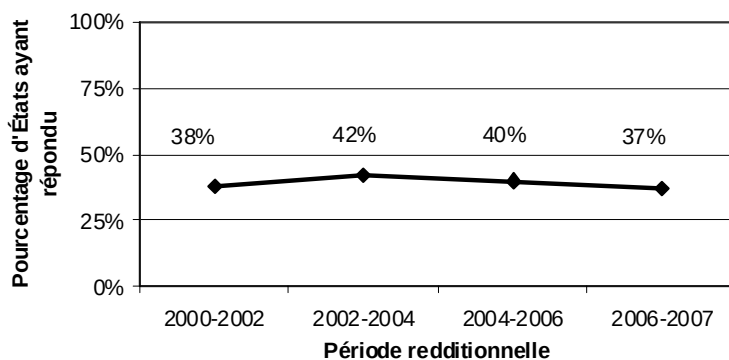


Figure 8.

Océanie: mise en œuvre d'interventions de prévention, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

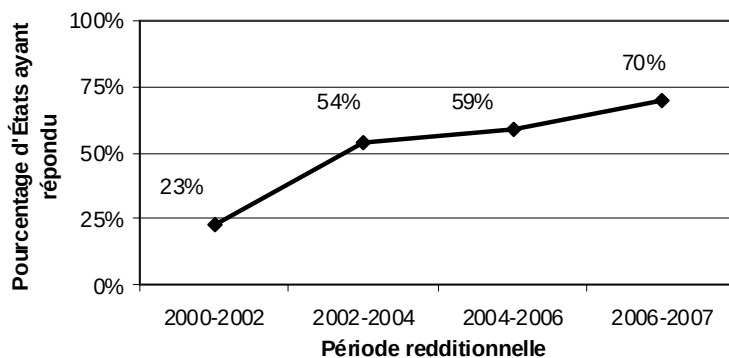


Figure 9.

Europe centrale et occidentale: mise en œuvre d'interventions de prévention, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

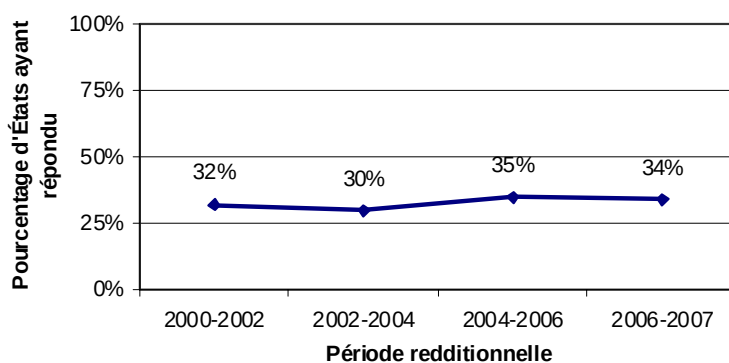
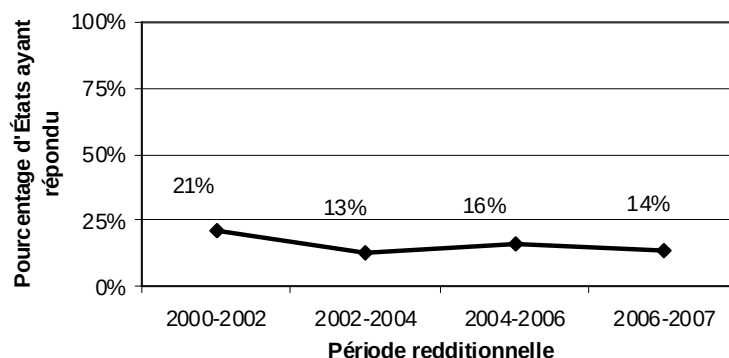


Figure 10.

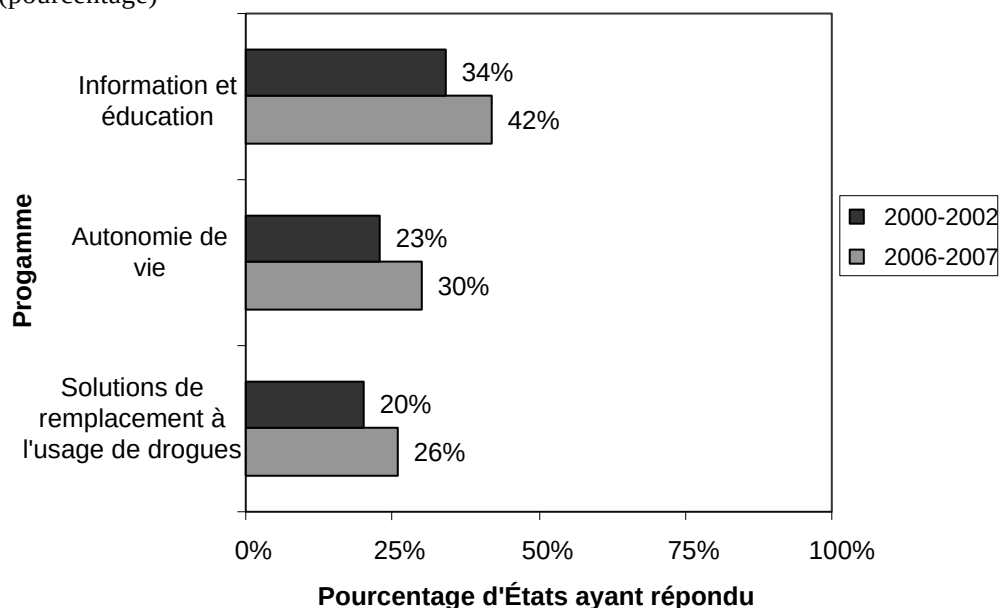
Europe orientale et du Sud-Est: mise en œuvre d'interventions de prévention, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)



13. En Europe, de nouvelles approches, comme la prévention sélective, ont été introduites par beaucoup d'États, qui ont ainsi progressivement complété les programmes universels plus classiques de prévention scolaire et communautaire. Il y a également eu en Europe une amélioration qualitative, avec l'introduction et le renforcement de mécanismes d'assurance qualité et d'évaluation. Dans beaucoup de régions, les activités de prévention sont plus diverses et souvent plus en prise avec la réalité avérée qu'elles ne l'étaient en 1998.

14. Les programmes sont en grande partie axés sur la communication d'informations, tandis que l'éducation aux compétences de vie et l'offre de solutions de rechange à l'usage de drogues demeurent moins courantes. Dans le même temps, la tendance mondiale suggère que les programmes de prévention utilisant l'approche du développement des compétences de vie gagnent en popularité, tandis que les programmes qui se contentent pour l'essentiel de fournir des informations se développent parmi les États Membres, mais à un rythme proportionnellement inférieur. Il mérite aussi d'être relevé que, sur les trois approches de la prévention de l'abus de drogue dont les États Membres sont invités à rendre compte dans le BRQ, ce sont les programmes fondés sur l'éducation aux compétences de vie qui manifestent les signes les plus tangibles d'efficacité (voir figure 11).

Figure 11.
Toutes régions: mise en œuvre d'interventions de prévention, par programme,
2000-2002 et 2006-2007
 (pourcentage)



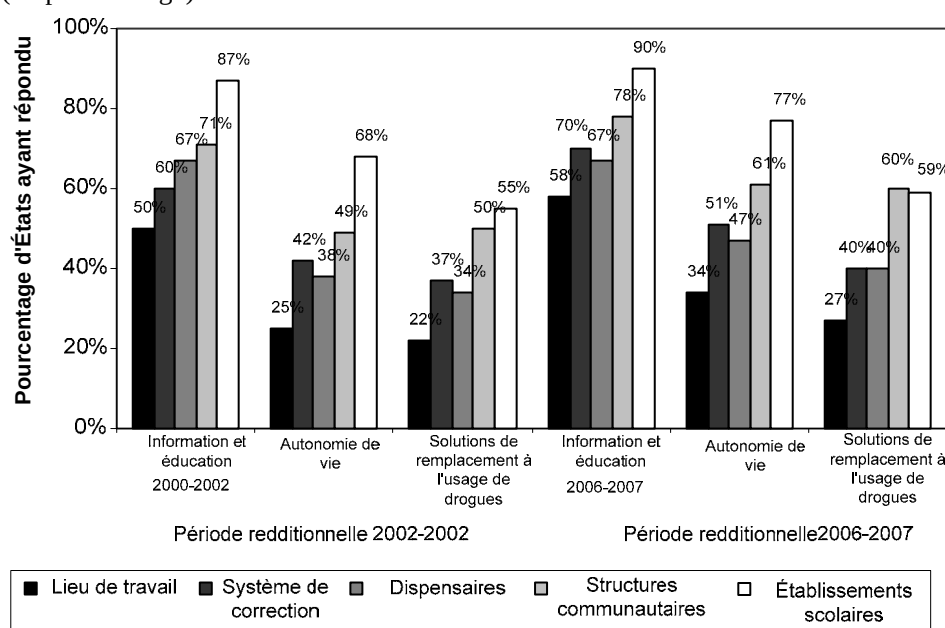
15. Les activités de prévention sont principalement menées dans les écoles, plutôt que sur le lieu de travail. Cela est dû à la nécessité de cibler les activités de prévention de l'abus de drogue sur les enfants et les adolescents qui n'ont pas encore commencé à expérimenter. Toutefois des programmes complets de prévention de l'abus de substances et de traitement des toxicomanies ont montré des signes prometteurs d'efficacité pour réduire l'abus de substances, aussi bien que l'incidence des accidents et de l'absentéisme.

16. Les programmes de prévention ont été menés de plus en plus dans des environnements diversifiés au cours de la période visée (voir figure 12). Tel est le plus notamment le cas en Afrique subsaharienne, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, ainsi qu'en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest.

Figure 12.

Interventions de prévention: mise en œuvre d'interventions de prévention, par approche et type d'environnement, 2000-2002 et 2006-2007

(en pourcentage)



2. Interventions se concentrant sur le traitement et la réadaptation des toxicomanes

17. On relève une demande accrue de traitement des toxicomanies dans la plupart des régions depuis 1998. Aussi bien la demande de traitement que le nombre des pays qui rapportent la mise en œuvre de différentes modalités de traitement ont augmenté. Des accroissements notables sont signalés, par exemple en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, et en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest. Les États d'Amérique du Nord et d'Océanie rapportent des niveaux élevés de mise en œuvre de différentes modalités de traitement pour toutes les périodes redditionnelles (voir figures 13 à 21).

18. Dans trois des neuf sous-régions (Afrique subsaharienne, Amérique latine et Caraïbes, et Europe orientale et du Sud-Est) le nombre des pays qui signalent la disponibilité de programmes de traitement continue d'être faible, et peu d'améliorations sont rapportées pour la période. Les constats issus des rapports biennaux qui indiquent une augmentation de niveau des activités de traitement des toxicodépendances en Afrique et au Moyen-Orient sont confirmés par des sources complémentaires d'informations (Bénin, Egypte, Ile Maurice, Jordanie, Kenya, Liban, Maroc et Ouganda).

19. Il convient de noter que le traitement par substitution, qui n'est actuellement disponible que pour la dépendance aux opiacés, ne concerne pas la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine et des Caraïbes, où la demande de traitement des toxicodépendances est la plupart du temps liée au cannabis et à la cocaïne. Cela peut avoir faussé l'indice composite global se rapportant au traitement et à la réadaptation pour ces sous-régions.

Figure 13.

Afrique du Nord et Moyen-Orient: mise en œuvre de mesures de traitement et de réadaptation, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

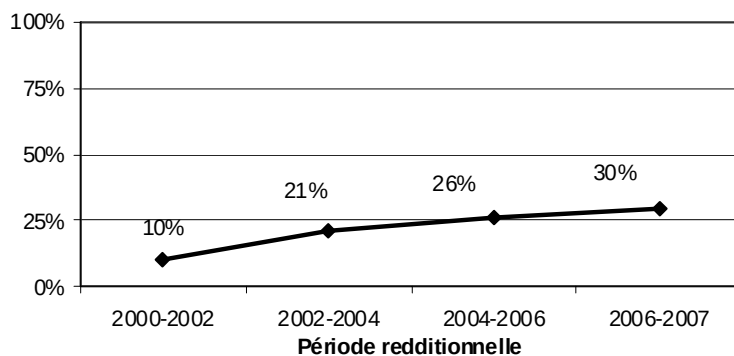


Figure 14.

Afrique subsaharienne: mise en œuvre de mesures de traitement et de réadaptation, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

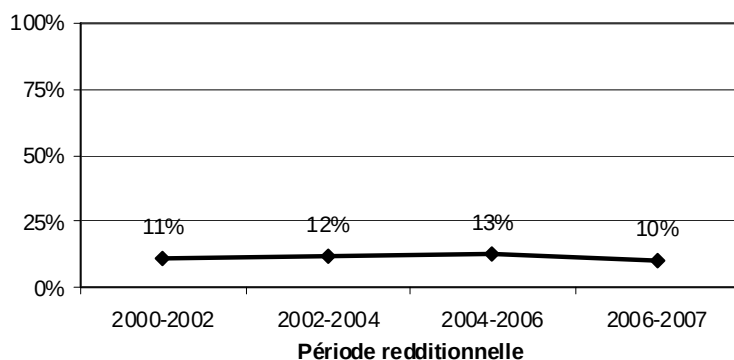


Figure 15.

Amérique latine et Caraïbes: mise en œuvre de mesures de traitement et de réadaptation, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

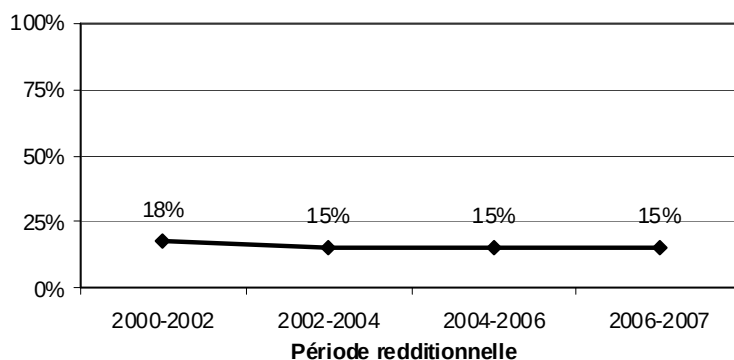


Figure 16.

Amérique du Nord: mise en œuvre de mesures de traitement et de réadaptation, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

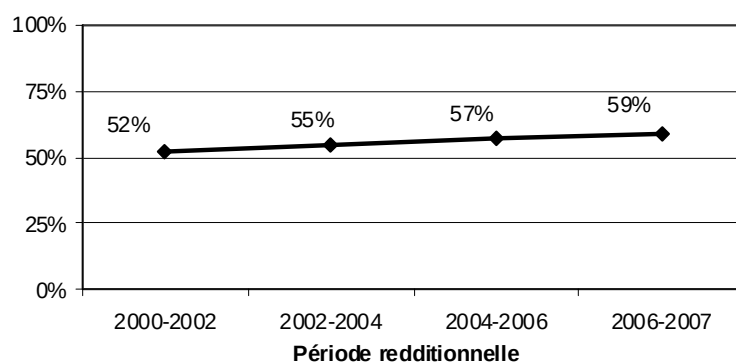


Figure 17.

Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest: mise en œuvre de mesures de traitement et de réadaptation, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

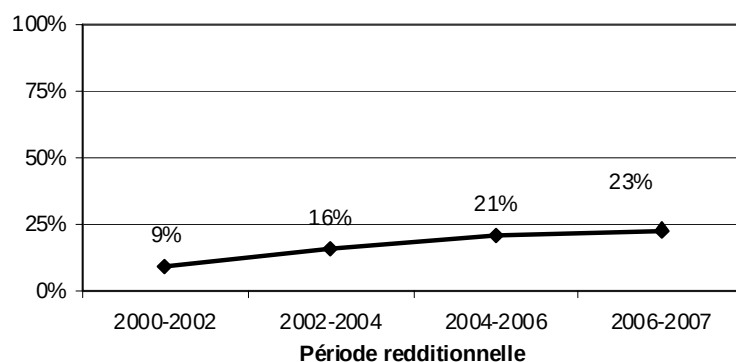


Figure 18.

Asie de l'Est et du Sud-Est: mise en œuvre de mesures de traitement et de réadaptation, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

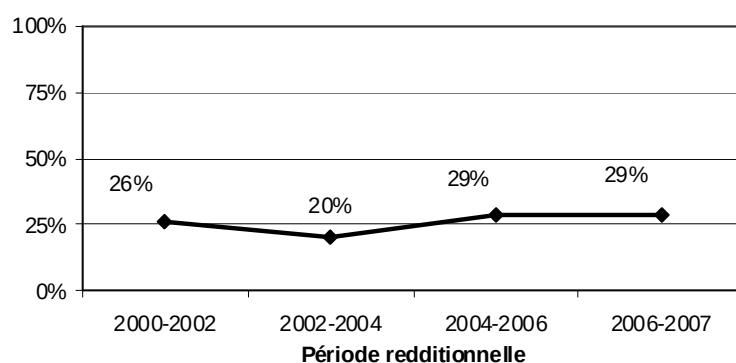


Figure 19.

Océanie: mise en œuvre de mesures de traitement et de réadaptation, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

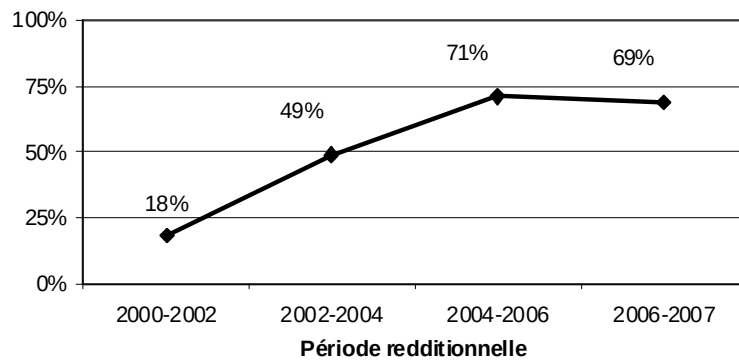


Figure 20.

Europe centrale et occidentale: mise en œuvre de mesures de traitement et de réadaptation, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

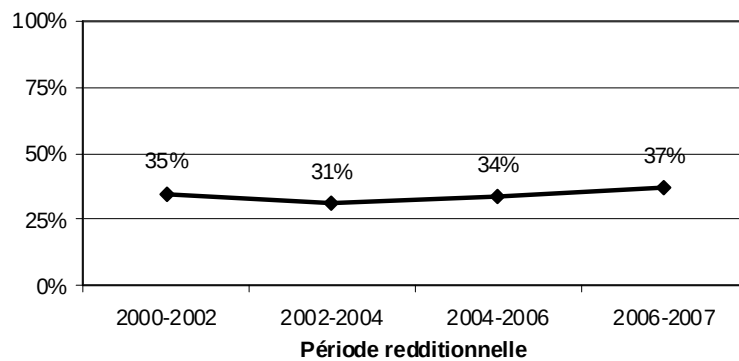
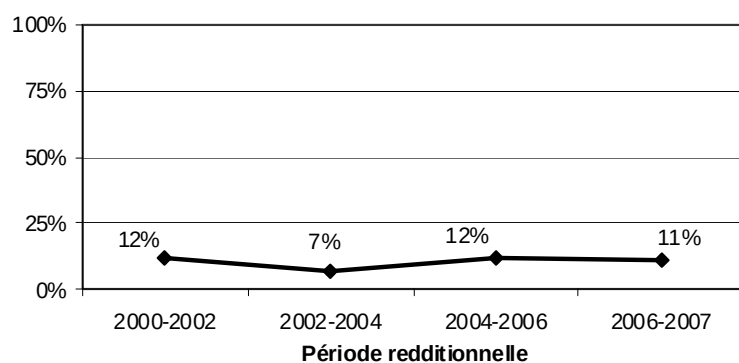


Figure 21.

Europe orientale et du Sud-Est: mise en œuvre de mesures de traitement et de réadaptation, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)



20. En Europe, le nombre des personnes qui suivent un traitement s'est probablement multiplié par deux par rapport à 1998. Cette évolution peut être attribuée à l'augmentation des traitements ambulatoires par substitution à la méthadone et à la buprénorphine, et, plus récemment, à un renforcement des services spécialisés de traitement de la dépendance au cannabis et à la cocaïne. En outre de nombreuses améliorations qualitatives – réalisées grâce à l'assurance qualité, à des mécanismes d'évaluation mieux conçus et à la diffusion de directives scientifiquement mieux fondées – sont également signalées.

21. En ce qui concerne l'Amérique latine et les Caraïbes des informations complémentaires, disponibles par le biais du mécanisme multilatéral d'évaluation de la Commission interaméricaine de contrôle de l'abus de drogues (CICAD) de l'Organisation des Etats américains, indiquent que des progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre de programmes de traitement des toxicomanies. Beaucoup de pays ont mis en place au moins certains services de base, qui sont assurés par les secteurs public et/ou privé. Ces services consistent en différentes options de prise en charge ambulatoire ou résidentielle pour traitement, ainsi qu'en des services en dispensaire de jour ou de soirée, qui assurent dépistage précoce, action de proximité et renvoi à des spécialistes, réinsertion sociale et postcure, et constitution de groupes d'entraide. Cependant une partie du problème tient au manque de systèmes nationaux de traitement des toxicomanies qui permettraient de fédérer les différentes actions et de les rendre plus réactives aux besoins des patients. C'est là un secteur dans lequel le CICAD apporte une aide pour définir des systèmes nationaux de traitement des toxicomanies, mettre en place des réseaux de communication pour tous les services de traitement de chaque pays, leurs différentes modalités, et créer des systèmes nationaux de renvoi à des spécialistes. Cela permet de mieux axer les soins sur les besoins du patient, plutôt que de contraindre celui-ci à s'adapter à la modalité de traitement offerte par le prestataire de service. Des progrès ont également été signalés dans la plupart des pays en ce qui concerne l'élaboration de directives ou de règles en ce qui concerne les normes de traitement des toxicomanies. La majorité de ces directives sont obligatoires et couvrent la conduite des programmes de traitement aux niveaux national, des Etats ou provinces et des collectivités locales.

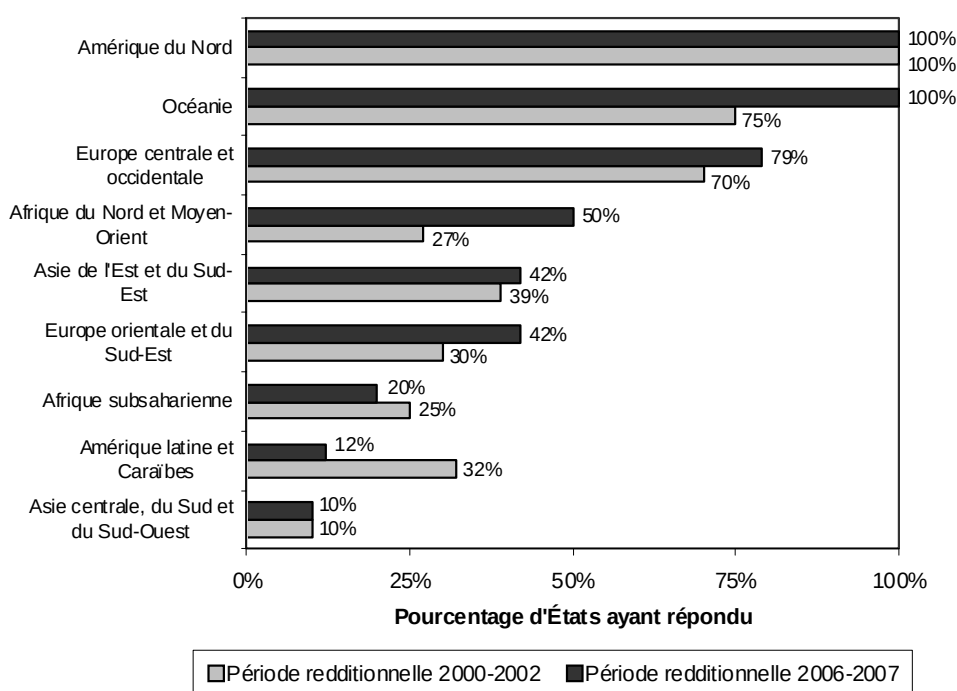
22. Globalement, c'est la désintoxication qui a été l'intervention la plus courante depuis la période de référence, et la plupart des régions rapportent des efforts accrus à cet égard. Néanmoins il convient de noter que le terme "désintoxication" recouvre tout un éventail d'activités et que son usage est donc difficile à interpréter. Il serait important de considérer cette intervention en combinaison avec les traitements et le suivi à plus long terme, car l'efficacité de la seule désintoxication n'est pas avérée. Par exemple le traitement non médicamenteux de patients ambulatoires ou hospitalisés est disponible dans tous les Etats Membres de l'UE, et dans certains d'entre eux c'est là le principal type de traitement, bien que le nombre signalé d'individus qui reçoivent un tel traitement soit inférieur au nombre de ceux qui reçoivent un traitement par substitution.

23. Sur les quatre principales interventions thérapeutiques prévues dans le questionnaire biennal, c'est le traitement par substitution qui est le moins généralement appliqué. Cela est préoccupant en particulier en présence de problèmes liés aux opiacés, puisque c'est la forme de traitement qui présente la plus grande efficacité. Il est à relever notamment que les pays d'Océanie et d'Amérique

du Nord rapportent l'application complète du traitement par substitution dans différents contextes, suivis par les pays d'Europe centrale et occidentale, le nombre des pays signalant la disponibilité du traitement par substitution dans différents contextes a augmenté, cette modalité étant maintenant disponible dans presque tous les pays de la région. Toutefois dans beaucoup de pays cette disponibilité n'est effective que sous forme pilote, et par conséquent la couverture est plutôt limitée. Les sources complémentaires d'informations suggèrent que le constat issu des réponses au questionnaire en ce qui concerne la proportion réduite de pays rapportant la disponibilité du traitement par substitution en Afrique subsaharienne ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes pourrait devoir être interprété avec prudence (voir figure 22).

Figure 22.

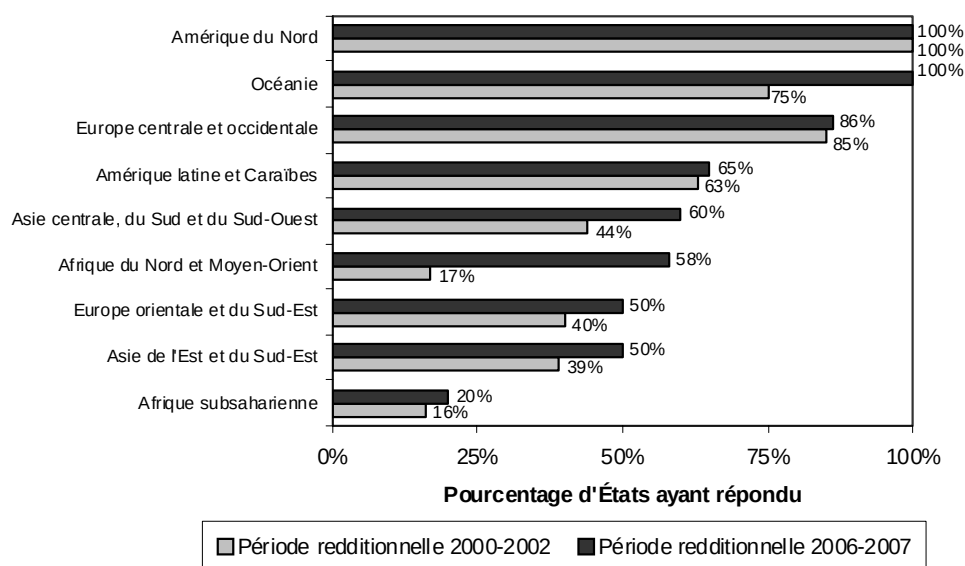
Disponibilité de traitements par substitution dans le cadre de soins ambulatoires, par sous-région, 2000-2002 et 2006-2007
(en pourcentage)



24. Les prestations de traitement non-pharmacologique se sont accrues dans la plupart des régions depuis la période de référence, en particulier en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, ainsi qu'en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest (voir figure 23). Pour ce qui est des mesures axées sur la réinsertion sociale, l'évolution est analogue à la tendance en matière de traitement non-pharmacologique. Ces dernières années, la situation globale est demeurée stable. Par exemple en Europe des programmes de réadaptation sociale sont accessibles dans presque tous les États Membres de l'UE, même si leur niveau de disponibilité est encore considéré comme limité.

Figure 23.

Disponibilité de traitements non-pharmacologiques dans le cadre de soins ambulatoires, par sous-région, 2000-2002 et 2006-2007
(en pourcentage)



25. De façon générale, les progrès accomplis pour développer les prestations de traitement ont été limités et les efforts doivent être renforcés pour atteindre les objectifs. Dans l'interprétation des résultats, il convient de tenir compte du fait que la situation nationale ou régionale en matière de drogues peut appeler différents types de réponses. Pour être fidèle au constat actuel s'agissant du traitement efficace des toxicodépendances, c'est toute la palette des approches du traitement, intégrées dans un continuum de soins, qui doit être renforcée. En outre les interventions doivent être conçues et adaptées en fonction des besoins changeants des groupes cibles spécifiques et des nouvelles tendances de la consommation de drogues.

3. Interventions visant à réduire les effets nocifs sur la santé et les conséquences sociales de l'abus de drogues

26. Il existe des différences régionales notables dans la proportion des pays qui rapportent la mise en œuvre des mesures référencées dans la sous-section correspondante du questionnaire biennal. Pour la cinquième période redditionnelle (2006-2007), dans quatre des neuf régions (Océanie, Amérique du Nord, Europe centrale et occidentale, et Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest) la proportion des pays qui mettent en œuvre la plupart des mesures est relativement élevée (globalement supérieure de 75 pour cent). Dans certaines sous-régions, comme l'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine et les Caraïbes, la proportion correspondante est notablement inférieure.

27. Il convient toutefois de relever que, si l'on tient compte de la couverture des activités disponibles dans les groupes cibles, la conformité régionale à la mise en application de la gamme complète des mesures que vise le questionnaire biennal demeure plutôt basse dans la plupart des régions. (voir figures 24-32).

Figure 24.

Afrique du Nord et Moyen-Orient: mise en œuvre de mesures de réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

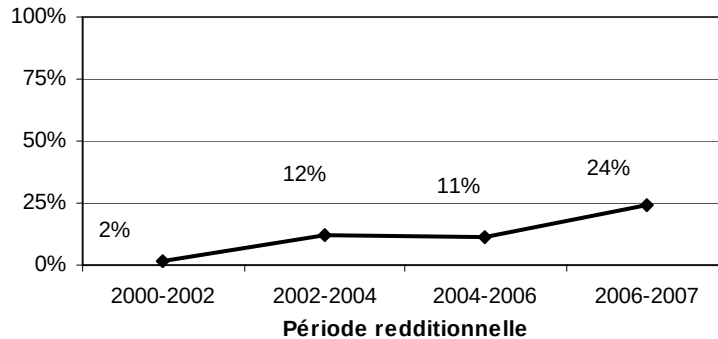


Figure 25.

Afrique subsaharienne: mise en œuvre de mesures de réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

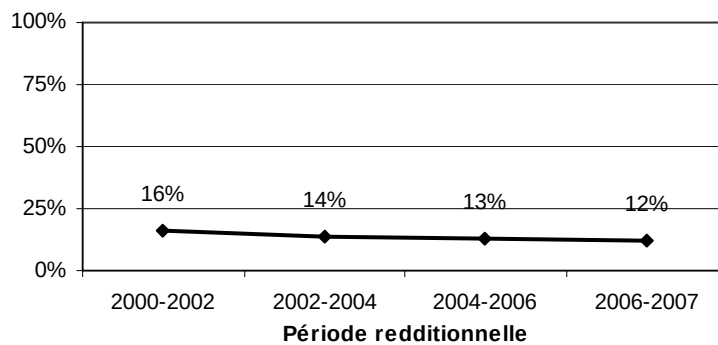


Figure 26.

Amérique latine et Caraïbes: mise en œuvre de mesures de réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

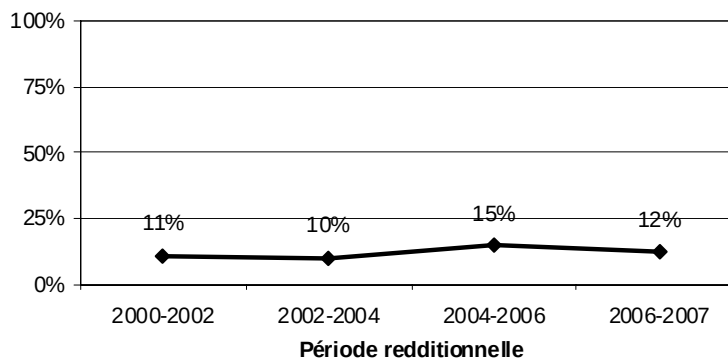


Figure 27.

Amérique du Nord: mise en œuvre de mesures de réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

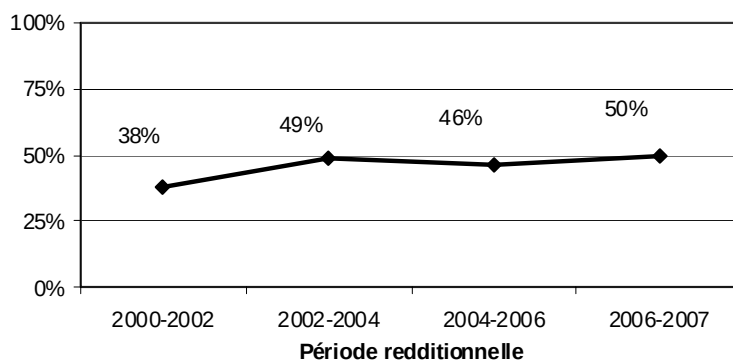


Figure 28.

Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest: mise en œuvre de mesures de réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

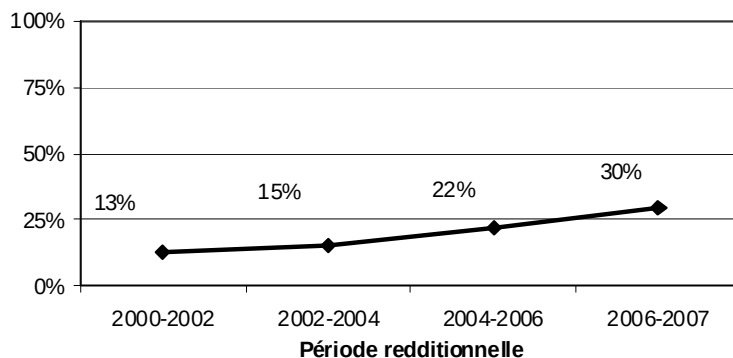


Figure 29.

Asie de l'Est et du Sud-Est: mise en œuvre de mesures de réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

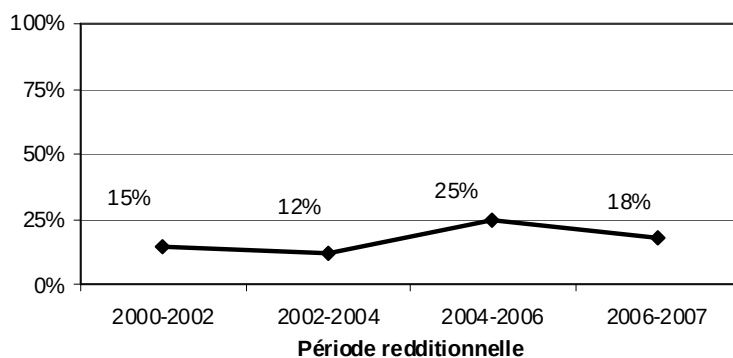


Figure 30.

Océanie: mise en œuvre de mesures de réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

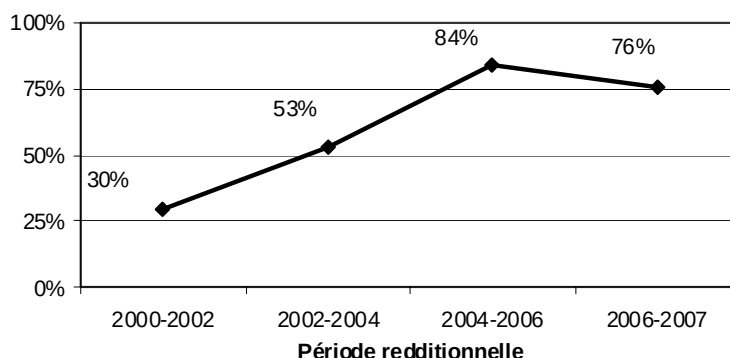


Figure 31.

Europe centrale et occidentale: mise en œuvre de mesures de réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)

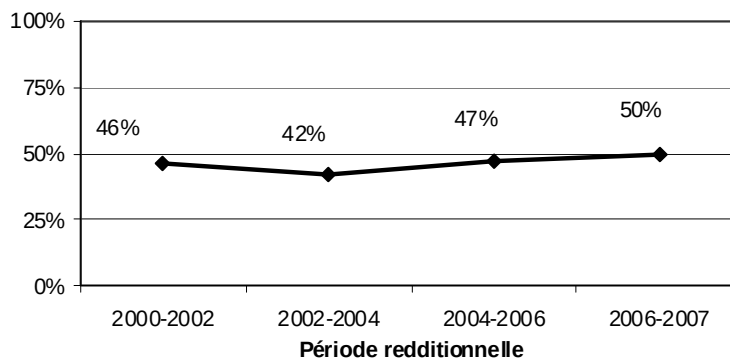
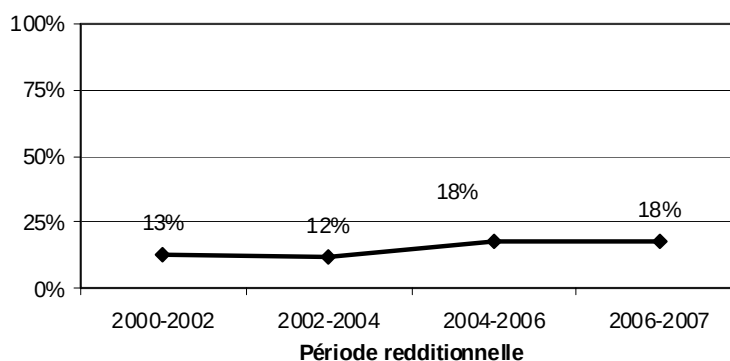


Figure 32.

Europe orientale et du Sud-Est: mise en œuvre de mesures de réduction des effets nocifs sur la santé et des conséquences sociales, choix de périodes redditionnelles
(indice composite)



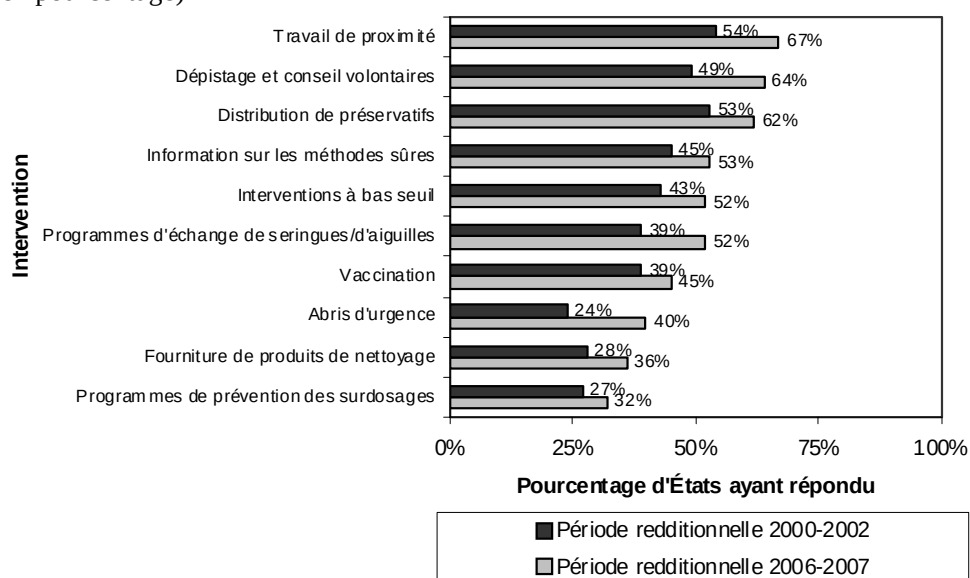
28. On estime que jusqu'à 10 pour cent du total des nouvelles infections par le VIH sont imputables à l'utilisation de drogues par injection (30% si l'on exclut l'Afrique), et qu'approximativement 3 millions des utilisateurs de drogues par injection (UDI) passés et actuels vivent avec le VIH/sida. L'injection de drogue est un mode majeur de transmission du VIH dans plusieurs régions, et le phénomène commence à devenir problématique en Afrique.

29. En 2005, le Conseil de coordination du programme du Programme commun des Nations Unies contre le VIH/sida (ONUSIDA) a approuvé et a recommandé un ensemble complet de mesures de prévention et de soins pour le VIH/sida, dont six sont couvertes dans le questionnaire biennal. Concernant spécifiquement la transmission du VIH par la pratique d'injection de drogue, ce paquet prévoit un large éventail d'options de traitement. Globalement, les mesures les plus généralement disponibles sont: le travail de proximité par des pairs auprès des utilisateurs de drogue par injection (mesure appliquée dans 67 pour cent des Etats ayant répondu en 2007), les programmes de dépistage et de consultation volontaires (64 pour cent), la prévention de la transmission sexuelle du VIH parmi les utilisateurs de drogue par distribution de préservatifs (62 pour cent), et la diffusion auprès des utilisateurs de drogue d'informations et l'éducation aux procédures de sûreté (53 pour cent). En 2007, le traitement par substitution est pratiqué dans moins de 50 pour cent des Etats ayant répondu au questionnaire (voir figure 33).

Figure 33.

Disponibilité de mesures visant à réduire les incidences négatives sur la santé et les conséquences sociales de l'abus de drogues, par type d'intervention, 2000-2002 et 2006-2007

(en pourcentage)



30. Il y a de grosses différences entre les différentes régions pour ce qui est de la disponibilité de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. En particulier en Océanie, en Amérique du Nord, et en Europe centrale et occidentale 90 pour cent ou

plus des Etats rapportent avoir mis en place de tels programmes, alors qu'en Afrique subsaharienne et en Amérique latine et dans les Caraïbes, la proportion correspondante de pays n'est que de 10 pour cent ou moins. La faible prévalence de l'utilisation de drogues par injection dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et des Caraïbes peut en partie expliquer la disponibilité réduite de telles mesures dans ces régions.

31. En Europe orientale et en Asie centrale, où la grande majorité (plus de 80 pour cent) des cas d'infection par le VIH sont attribuées à l'utilisation de drogue par injection, l'exécution efficace des mesures ciblant les UDI représente un défi crucial pour beaucoup de pays. Les résultats livrés par le BRQ suggèrent que certaines évolutions positives se dessinent à cet égard. En Europe orientale et du Sud-Est, la proportion des Etats ayant répondu qui signalent la disponibilité des types principaux d'interventions s'est globalement accrue dans la période allant de 2000 à 2007: les programmes de proximité sont passés de 20 pour cent à 50 pour cent; le dépistage des maladies infectieuses et la consultation volontaires sont passés de 40 pour cent à 67 pour cent; la distribution de préservatifs de 50 pour cent à 67 pour cent; la diffusion d'informations et l'éducation de 40 pour cent à 50 pour cent; et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues de 40 pour cent à 58 pour cent. De même, le traitement par substitution en milieu ambulatoire est devenu plus courant, la proportion des pays rapportant sa disponibilité étant passée de 30 pour cent en 2000 à 42 pour cent en 2007. Il est encourageant de constater qu'en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, 80 pour cent des Etats rapportent que sont disponibles la plupart des services principaux, à l'exception notable du traitement par substitution – seuls 10 pour cent des Etats d'Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest signalent sa disponibilité en 2007, ce qui ne marque aucune progression par rapport à la période de référence.

32. Cependant il n'est pas toujours certain que les changements signalés reflètent une réalité correspondant à la région tout entière, ou que ces changements ne sont pas déterminés par un biais des rapports dans certains cas. Par exemple les niveaux réduits de dépistage et de consultation volontaires concernant les maladies infectieuses en Afrique subsaharienne qui sont signalés doivent être interprétés avec prudence, compte tenu des efforts plutôt massifs faits dans la région à cet égard au cours des cinq dernières années.

33. Dans certaines régions, les accroissements peuvent être attribués aux efforts accrus consentis depuis 1998 pour parer au VIH/sida et aux autres maladies transmises par le sang. En Europe centrale et occidentale par exemple, une grande majorité (80 à 90 pour cent) des pays ayant répondu rapportent la mise en œuvre de diverses mesures visant à réduire les effets néfastes sur la santé et les conséquences sociales de l'abus de drogue. Cette évolution a été soutenue par la recommandation 2003/48/EC du Conseil de l'Union européenne du 18 juin 2003 concernant la prévention et la réduction des effets nocifs des toxicodépendances sur la santé.⁴ Les activités sont maintenant intégrées dans les stratégies et plans d'action nationaux en matière de drogues de la plupart des pays de l'UE. Des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues avaient déjà été introduits dans presque tous les Etats Membres de l'UE et en Norvège avant 1998, mais la taille de ces programmes et le nombre des points de distribution d'aiguilles et de seringues se sont globalement

⁴ *Journal officiel de l'Union européenne*, L 165, 3 juillet 2003.

accrus. D'autres interventions de prévention des maladies infectieuses et des décès dus à la drogue, comme les services à bas-seuil et la diffusion d'informations, ont aussi été développées et étendues.

34. Les informations complémentaires communiquées par l'ONUSIDA suggèrent que globalement, la proportion des utilisateurs de drogues par injection (UDI) qui bénéficient d'un type ou d'un autre de service de prévention a augmenté ces dernières années (de 4,3 pour cent en 2003 à 8 pour cent en 2005, sur la base des évaluations faites par 94 pays à revenus bas ou moyen). Ces évaluations indiquent plus particulièrement que dans ces pays le nombre des UDI qui ont reçu des informations, une éducation et des communications sur la réduction des risques aurait triplé entre 2003 (320 000) et 2005 (1 100 000). Le nombre des personnes qui ont accès aux programmes de matériel d'injection stérile, ou à la décontamination du matériel, a également augmenté, passant de 150 000 en 2003 à 400 000 en 2005, et le nombre de ceux qui ont accès à la thérapie de substitution des opiacés serait passé de 20 000 à 33 000 de la même période. En dépit de ces tendances, la couverture est toujours très basse relativement à la taille de la population des UDI, que l'on estimait s'élever dans le monde en 2003 à 13,2 millions de personnes.

35. Bien que la tendance globale soit à une augmentation significative au fil des années, la nécessité d'une amélioration demeure. Même si les services sont disponibles, leur couverture des utilisateurs de drogues est souvent faible, et dans beaucoup de pays les possibilités restent mal connues dans la population. Dans des régions comme l'Europe orientale et du Sud-Est, où l'utilisation de drogue par injection est en grande partie la cause de la propagation des infections sanguines, en particulier par le HIV et les virus des hépatites B et C, il est de la plus haute importance que les mesures de prévention atteignent une couverture généralisée dans les groupes de population à plus haut risque, comme les enfants des rues, les travailleurs sexuels et les détenus.

4. Efforts fournis pour travailler auprès des populations vulnérables ou spéciales: "Se concentrer sur les besoins spéciaux"

36. La disponibilité de programmes qui répondent aux besoins des groupes de population à plus haut risque s'est accrue depuis la période de référence. Des accroissements particulièrement massifs sont rapportés en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, où la proportion des Etats dotés de programmes visant les groupes spéciaux de population a augmenté de 33 pour cent en 1998 à 91 pour cent en 2007. En Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, les activités sont généralement davantage basées sur l'identification du risque et sur les facteurs de protection qu'elles ne l'étaient en 1998. En Amérique centrale, beaucoup de choses ont déjà été faites et les activités ont gagné en volume comme de besoin (voir figures 34 à 42).

Figure 34.

Afrique du Nord et Moyen-Orient: Déploiement d'efforts pour travailler auprès des groupes de population vulnérables ou spéciaux, par période redditionnelle
(indice composite)

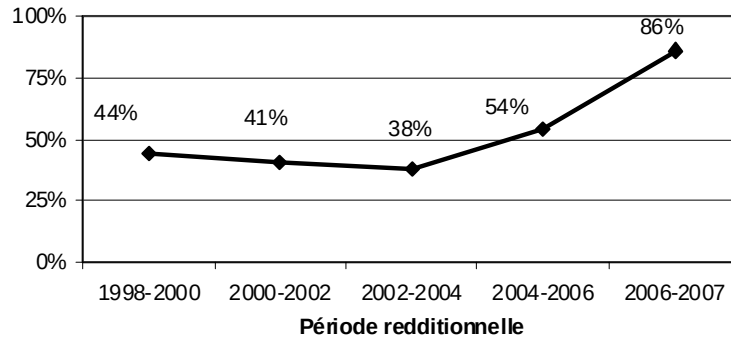


Figure 35.

Afrique subsaharienne: Déploiement d'efforts pour travailler auprès des groupes de population vulnérables ou spéciaux, par période redditionnelle
(indice composite)

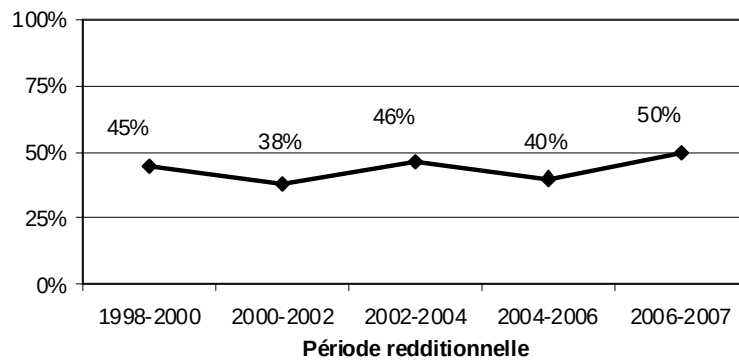


Figure 36.

Amérique latine et Caraïbes: Déploiement d'efforts pour travailler auprès des groupes de population vulnérables ou spéciaux, par période redditionnelle
(indice composite)

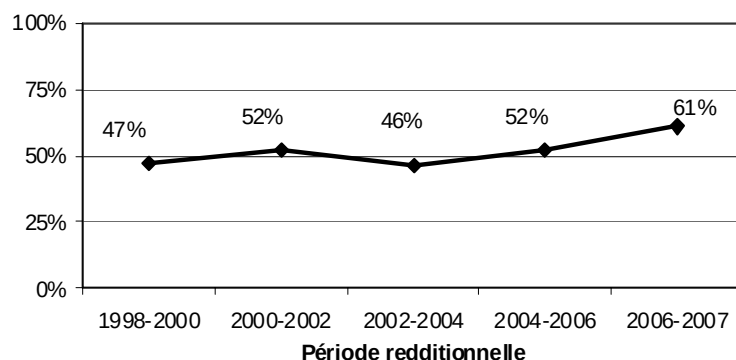


Figure 37.

Amérique du Nord: Déploiement d'efforts pour travailler auprès des groupes de population vulnérables ou spéciaux, par période redditionnelle
(indice composite)

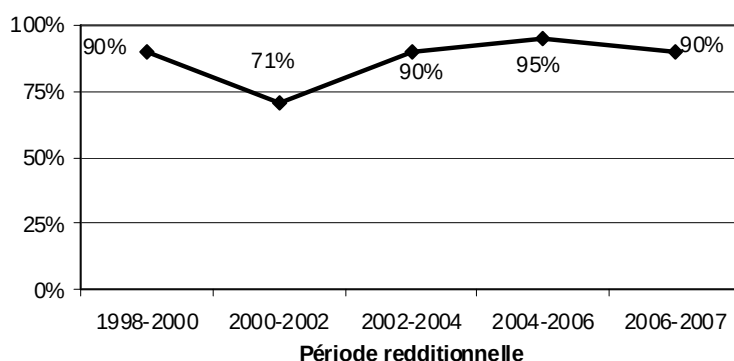


Figure 38.

Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest: Déploiement d'efforts pour travailler auprès des groupes de population vulnérables ou spéciaux, par période redditionnelle
(indice composite)

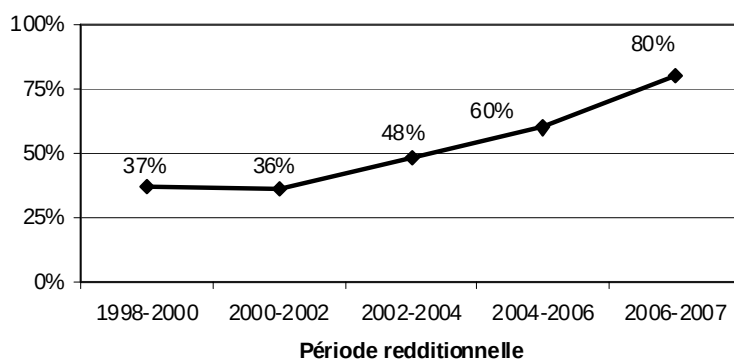


Figure 39.

Asie de l'est et du Sud-Est: Déploiement d'efforts pour travailler auprès des groupes de population vulnérables ou spéciaux, par période redditionnelle
(indice composite)

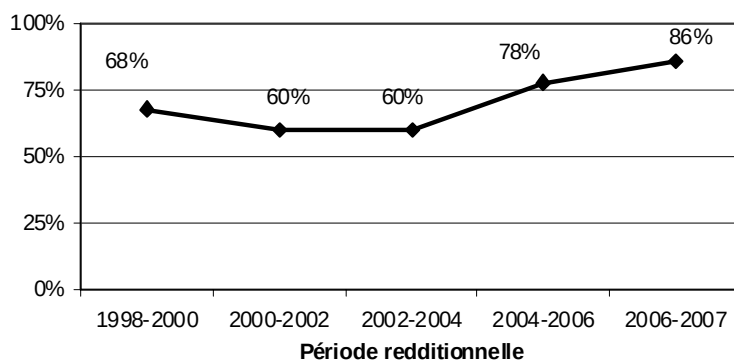


Figure 40.

Océanie: Déploiement d'efforts pour travailler auprès des groupes de population vulnérables ou spéciaux, par période redditionnelle (indice composite)

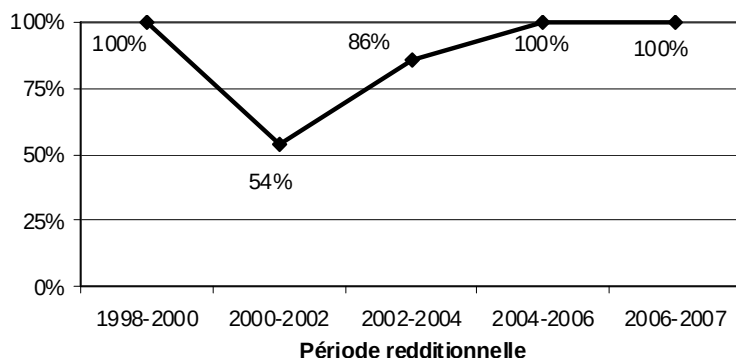


Figure 41.

Europe centrale et occidentale: Déploiement d'efforts pour travailler auprès des groupes de population vulnérables ou spéciaux, par période redditionnelle (indice composite)

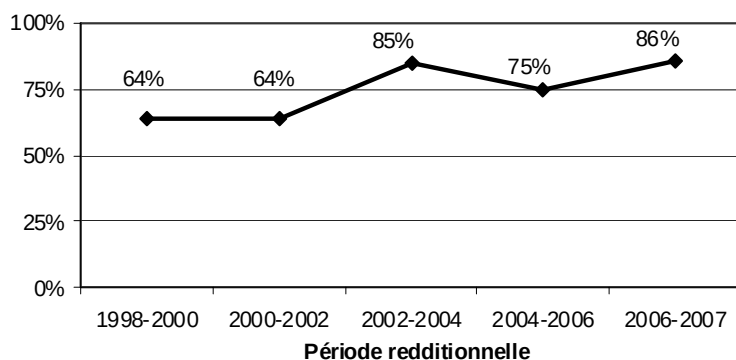
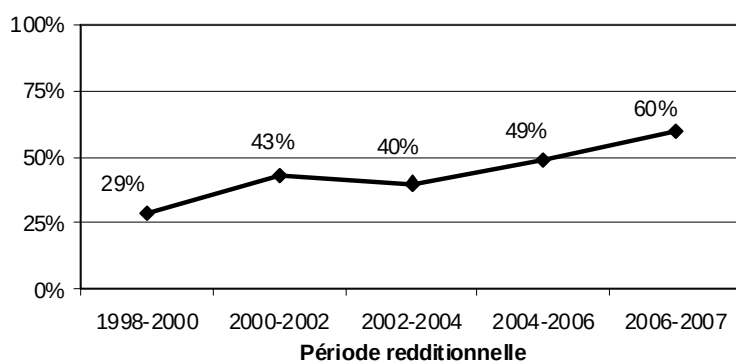


Figure 42.

Europe orientale et du Sud-Est: Déploiement d'efforts pour travailler auprès des groupes de population vulnérables ou spéciaux, par période redditionnelle (indice composite)



37. Les utilisateurs de drogue par injection sont souvent exposés à des risques multiples, tels le travail sexuel, et ils risquent souvent des peines d'emprisonnement pour possession de drogues, ce qui accroît encore le risque ultérieur de contracter et de transmettre le VIH et d'autres infections sanguines. Par rapport à 1998, les programmes visant les contrevenants placés en milieu carcéral se sont multipliés. Globalement, la proportion des pays qui signalent la disponibilité de programmes pour les prisons est passée de 53 à 76 pour cent, les plus grandes améliorations étant signalées en Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest (de 29 à 75 pour cent) et dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes (de 36 à 83 pour cent). En Afrique subsaharienne, seuls quelques pays ont signalé avoir mis en œuvre de tels programmes, avec des taux d'accroissement faibles par rapport à la période de référence. Cependant des informations régionales complémentaires suggèrent que la mise en œuvre de programmes spéciaux dans les prisons est beaucoup plus courante dans la région que ne le suggèrent les résultats régionaux donnés par le BRQ.

38. Les programmes communautaires visant les personnes libérées de prison demeurent moins communs, et globalement la proportion des pays qui rapportent l'exécution de tels programmes a diminué, de 47 pour cent en 1998 à 43 pour cent en 2007. Toutefois les sources régionales d'informations, par exemple en Afrique subsaharienne, indiquent que, bien que la disponibilité de programmes post-élargissement demeurent moins courante que celle des programmes en prison, la tendance ne signifie pas nécessairement qu'il y a recul des programmes post-libération dans la plupart des pays. Les programmes mis en œuvre en tant que substitution à la condamnation à une peine sont devenus plus courants; en 2007, 72 pour cent des pays rapportent qu'il en est mené, contre 44 pour cent en 1998.

5. Médias et campagnes publiques: "Faire passer le bon message"

39. En ce qui concerne les réponses au problème de la drogue faisant intervenir les médias, des campagnes publiques d'information sont généralement menées dans toutes les régions. Mais il demeure qu'une attention accrue devrait être portée à la qualité et au nombre de ces campagnes (voir figures 43 à 51).

Figure 43.

Afrique du Nord et Moyen-Orient: Réponses des médias et campagne publiques, par période redditionnelle
(indice composite)

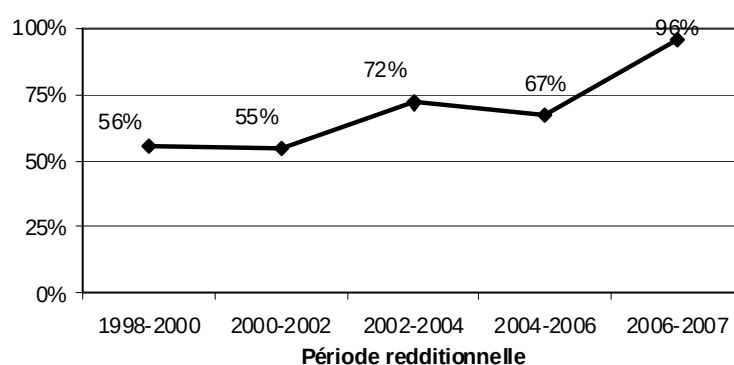


Figure 44.

Afrique subsaharienne: Réponses des médias et campagne publiques, par période redditionnelle
(indice composite)

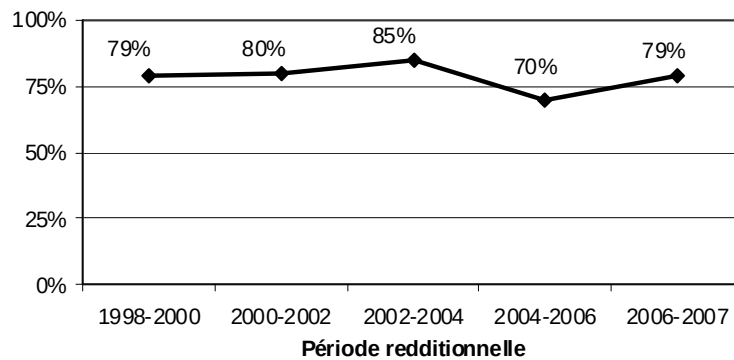


Figure 45.

Amérique latine et Caraïbes: Réponses des médias et campagne publiques, par période redditionnelle
(indice composite)

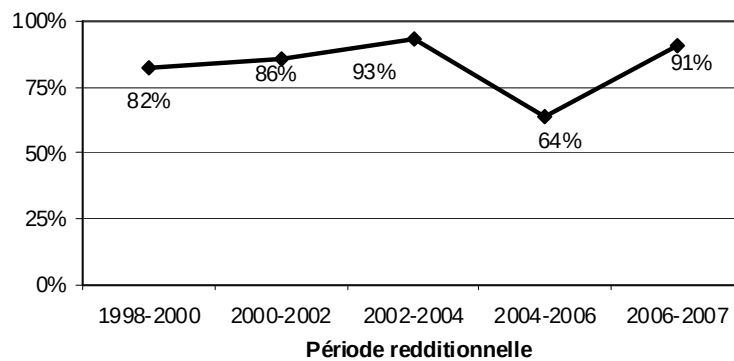


Figure 46.

Amérique du Nord: Réponses des médias et campagne publiques, par période redditionnelle
(indice composite)

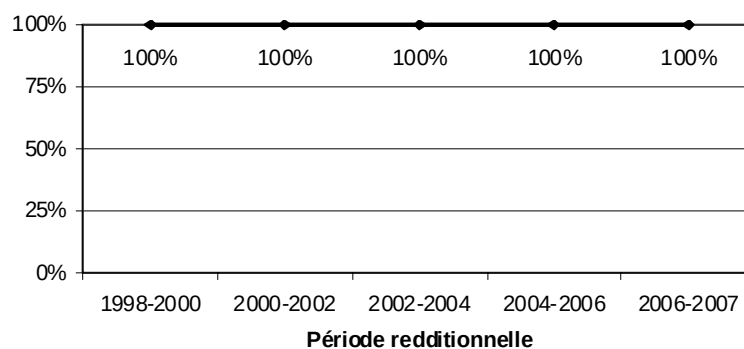


Figure 47.

Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest: Réponses des médias et campagne publiques, par période redditionnelle
(indice composite)

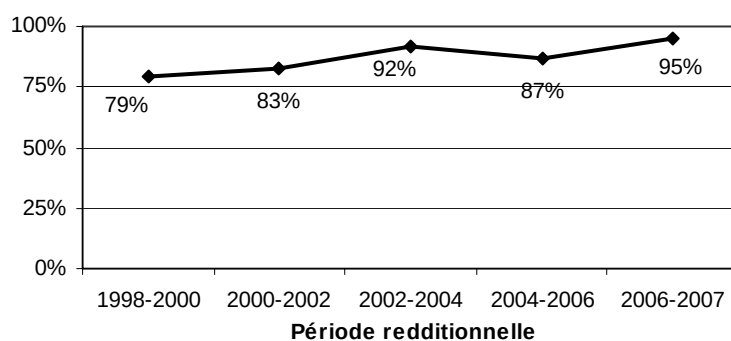


Figure 48.

Asie de l'Est et du Sud-Est: Réponses des médias et campagne publiques, par période redditionnelle
(indice composite)

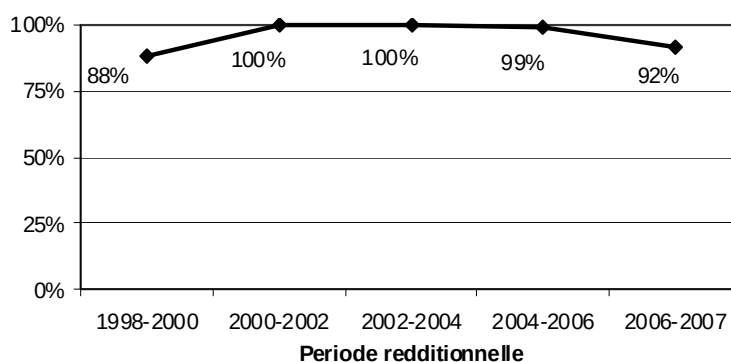


Figure 49.

Océanie: Réponses des médias et campagne publiques, par période redditionnelle
(indice composite)

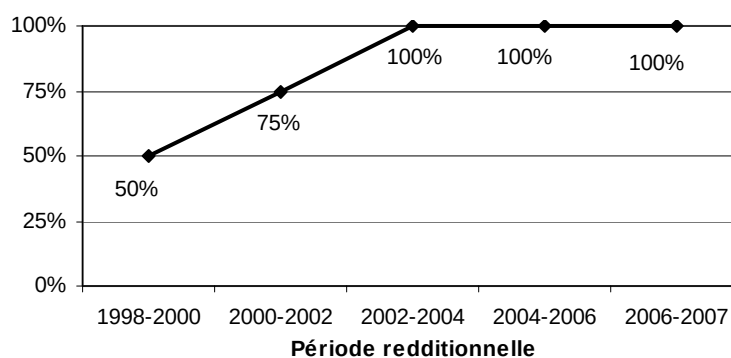


Figure 50.

Europe centrale et occidentale: Réponses des médias et campagne publiques, par période redditionnelle
(indice composite)

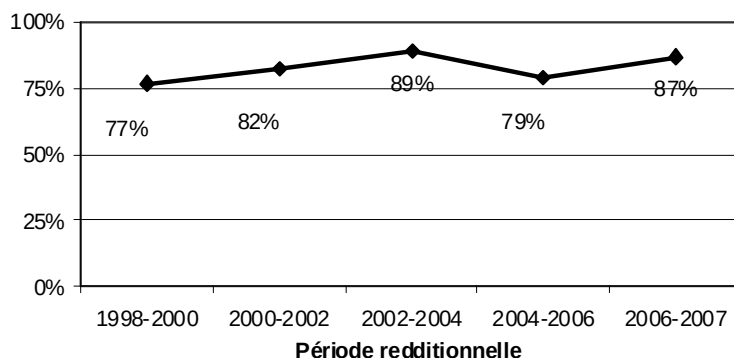
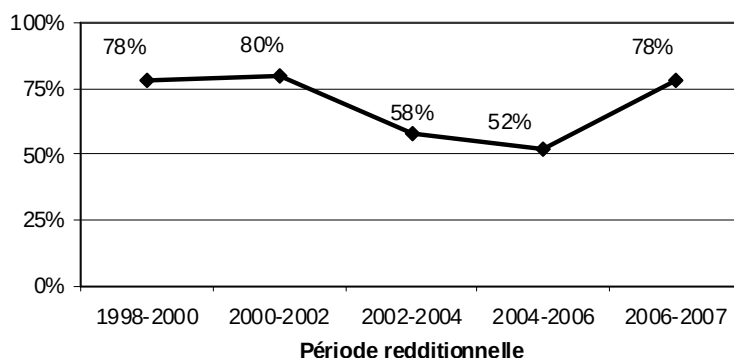


Figure 51.

Europe orientale et du Sud-Est: Réponses des médias et campagne publiques, par période redditionnelle
(indice composite)



40. La mise en œuvre de campagnes publiques d'information dans le contexte de la réduction de la demande de drogues est demeurée largement répandue dans toutes les périodes redditionnelles. Dans la cinquième période, la proportion des pays ayant eu recours aux médias pour acheminer des messages de réduction de la demande est supérieure à 80 pour cent dans toutes les régions. En outre la formation de médiateurs sociaux est assez généralement répandue dans toutes les régions (moyenne mondiale de 86 pour cent). Des efforts ont été faits pour diffuser l'information liée au problème de la drogue et communiquer les messages au public par le biais de l'Internet, de la presse, de la radio, de la télévision, des bibliothèques, des instituts de recherche et des écoles. Par exemple en Amérique latine plusieurs pays consacrent des budgets publics spécifiques à cette action.

41. Dans certaines régions, le niveau relativement faible d'homogénéité et de professionnalisme dans la mesure de l'impact des médias et des campagnes publiques d'information peut donner lieu à des préoccupations. Il convient toutefois de noter qu'une évaluation des campagnes dans les médias en Amérique du Nord a montré que même les campagnes bien financées, bien conçues et bien suivies ont des effets limités pour ce qui est du changement d'attitude dans le groupe cible,

même si leur efficacité pour ce qui est du changement du niveau d'information et de conscience est incontestable. À cet égard il pourrait être encore plus important de faire participer des partenaires non gouvernementaux à l'acheminement de messages appropriés et précis de réduction de la demande.

42. La majorité des pays ayant répondu (94 pour cent) rapportent avoir mené des campagnes d'information publique en 2007, dont bon nombre signalent que les campagnes ont été basées sur une évaluation des besoins qui a pris en considération les caractéristiques sociales et culturelles du groupe cible (77 pour cent et 80 pour cent, respectivement). Seuls la moitié d'entre eux (50 pour cent) indiquent que les résultats des campagnes ont été à leur tour évalués.

43. Les sous-régions où la proportion la plus faible des pays ont évalué les résultats de leurs campagnes publiques d'information sont l'Europe orientale et du Sud-Est (20 pour cent) et l'Amérique latine et les Caraïbes (31 pour cent).

B. Renforcement des capacités institutionnelles

1. Réponses politiques et stratégiques: "L'engagement"

44. Globalement, l'engagement politique a été stable et s'est situé à un niveau élevé tout au long de toutes les périodes redditionnelles. Les rapports biennaux indiquent qu'il y a eu du progrès dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales de réduction de la demande conformes aux normes internationales (voir figures 52 à 60).

Figure 52.

Afrique du Nord et Moyen-Orient: Mise en œuvre de réponses politiques et stratégiques, par période redditionnelle
(indice composite)

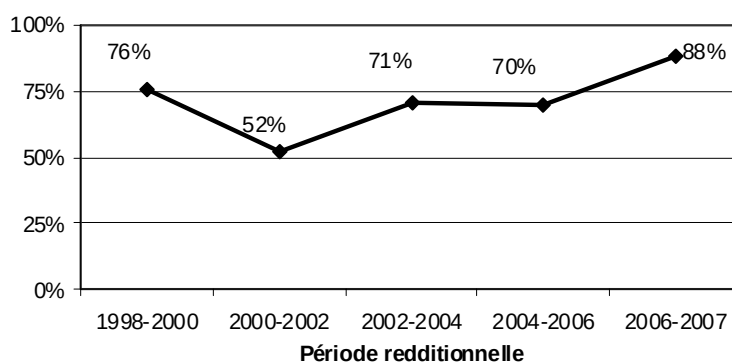


Figure 53.

Afrique subsaharienne: Mise en œuvre de réponses politiques et stratégiques, par période redditionnelle
(indice composite)

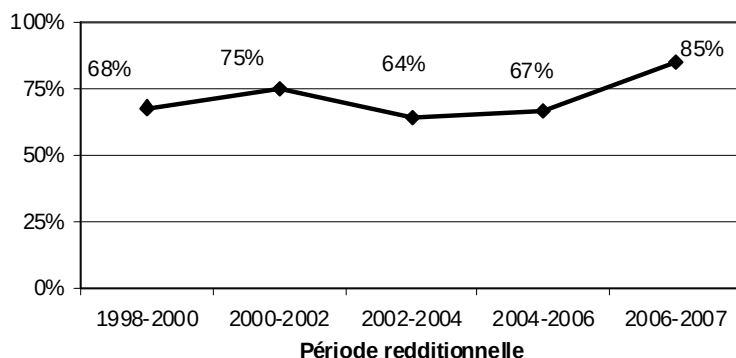


Figure 54.

Amérique latine et Caraïbes: Mise en œuvre de réponses politiques et stratégiques, par période redditionnelle
(indice composite)

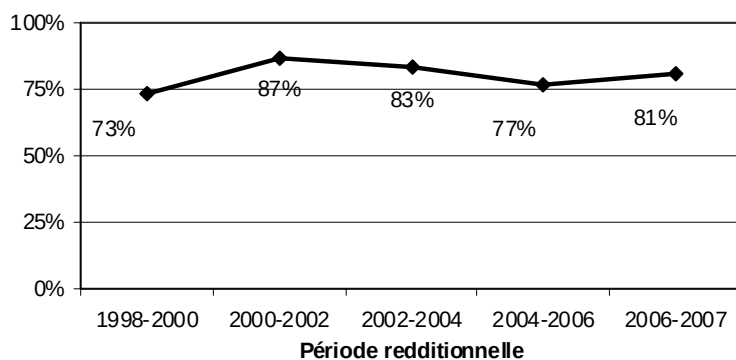


Figure 55.

Amérique du Nord: Mise en œuvre de réponses politiques et stratégiques, par période redditionnelle
(indice composite)

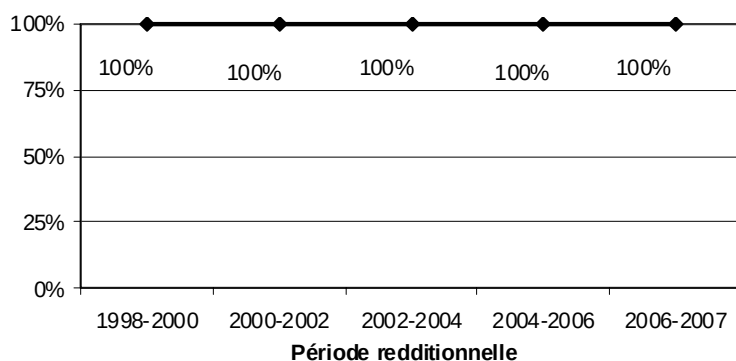


Figure 56.

Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest: Mise en œuvre de réponses politiques et stratégiques, par période redditionnelle
(indice composite)

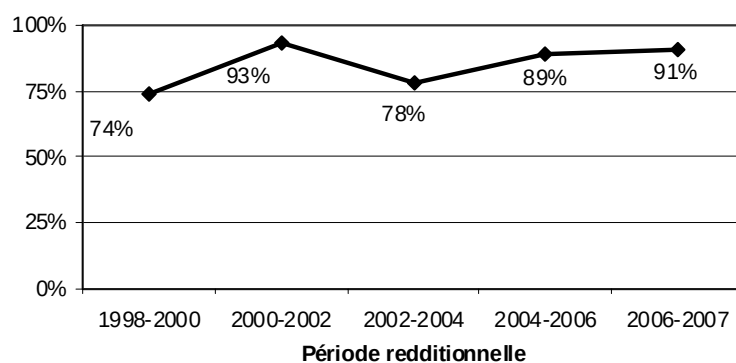


Figure 57.

Asie de l'Est et du Sud-Est: Mise en œuvre de réponses politiques et stratégiques, par période redditionnelle
(indice composite)

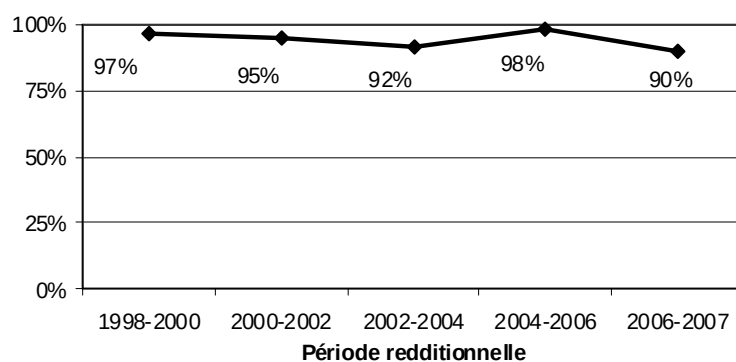


Figure 58.

Océanie: Mise en œuvre de réponses politiques et stratégiques, par période redditionnelle
(indice composite)

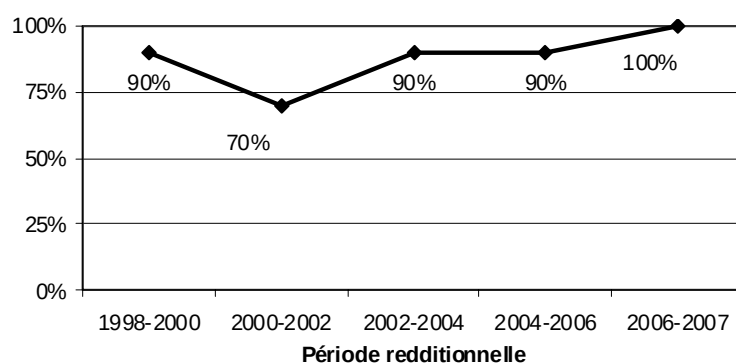


Figure 59.

Europe centrale et occidentale: Mise en œuvre de réponses politiques et stratégiques, par période redditionnelle
(indice composite)

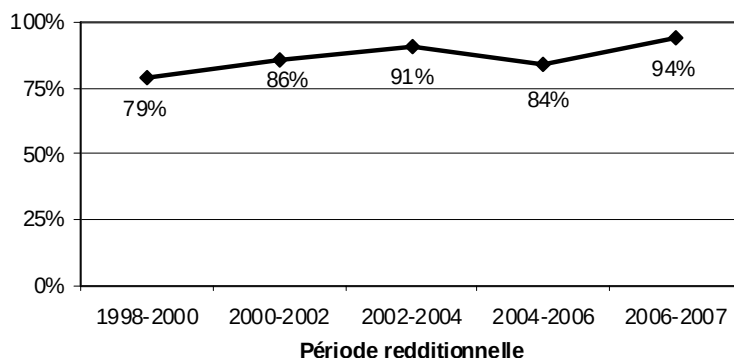
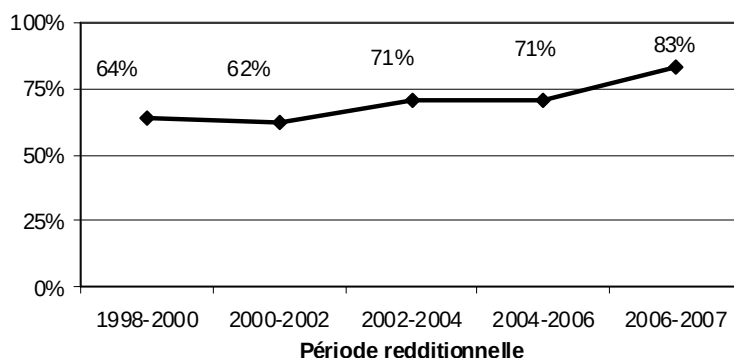


Figure 60.

Europe orientale et du Sud-Est: Mise en œuvre de réponses politiques et stratégiques, par période redditionnelle
(indice composite)



45. Pour la cinquième période redditionnelle, la grande majorité des Etats ayant répondu (90 pour cent) ont indiqué avoir une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues. Les pays qui s'étaient déjà dotés d'une telle stratégie nationale en 1998 l'ont maintenue, et ceux qui n'en avaient pas ont agi pour en élaborer une. La tendance à la mise en œuvre de stratégies nationales de réduction de la demande appliquant une approche multisectorielle est particulièrement encourageante. Alors que la proportion de ces Etats était déjà élevée (87 pour cent) en 1998, elle a augmenté dans la période qui a suivi la session extraordinaire. En 2007, 97 pour cent des Etats associaient différents secteurs de la société à la mise en œuvre d'activités de réduction de la demande. Tout au long de toutes les périodes redditionnelles, c'est le secteur de la santé qui a été le plus impliqué dans l'élaboration et la mise en application des stratégies nationales, suivi de près par les secteurs de l'éducation et de l'application de la loi. Globalement, la proportion des pays qui rapportent la participation de ces secteurs publics se situe entre 70 et 90 pour cent. Le secteur le moins impliqué est celui de l'emploi - globalement, seuls la moitié des pays signalent mener des programmes qui associent le lieu de travail aux efforts de réduction de la demande de drogues.

46. La proportion des pays qui rapportent avoir établi une entité centrale pour assurer la coordination et la participation des autorités compétentes et des différents secteurs de la société à la réduction de la demande a augmenté, étant passée de 84 pour cent en 1998 à 91 pour cent en 2007.

47. Presque tous les Etats ayant répondu (91 pour cent) ont signalé avoir évalué l'ampleur du problème de la drogue avant de définir leur stratégie de réduction de la demande. De même une grande proportion d'Etats (87 pour cent) rapportent avoir mis en place des mécanismes d'évaluation pour mesurer les résultats obtenus par le biais de leur stratégie.

48. En 2007, 66 pour cent des pays ayant répondu ont signalé qu'ils avaient consacré un budget spécial à la mise en œuvre de leur stratégie de réduction de la demande, ce qui représente une augmentation de 12 points de pourcentage par rapport à 1998. Si on la compare aux autres domaines d'engagement politique, c'est entre les régions que la disponibilité du budget ainsi affecté varie le plus. Dans les régions qui présentent les plus faibles pourcentages, à savoir l'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine et les Caraïbes, moins de la moitié des Etats (40 et 47 pour cent, respectivement) ont affecté des fonds à la mise en œuvre de la stratégie nationale de réduction de la demande de drogues. En Amérique latine et dans les Caraïbes, on constate même que la proportion de ces pays a diminué depuis 1998. Les grandes différences dans l'importance, la couverture et la portée des stratégies et dans les investissements nationaux dans leur exécution rendent difficile d'estimer le véritable niveau de l'engagement à mener la vaste gamme d'activités prévues dans le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration sur les principes fondamentaux de réduction de la demande de drogues.

2. Portée des réponses multisectorielles et des mécanismes de mise en réseau: "Forger des partenariats"

49. Depuis la période de référence, les pays ont continuellement indiqué la disponibilité de mécanismes de constitution de réseaux. En 2007, quatre sur cinq des Etats ayant répondu (79 pour cent) avaient établi des comités multisectoriels sur la réduction de la demande, actifs au niveau national, ce qui indiquerait un déclin de 5 points de pourcentage depuis 1998. Les mécanismes de mise en réseau aux niveaux local et régional demeurent moins courants, et la proportion des pays qui rapportent leur présence est demeurée aux environs de 50 à 60 pour cent depuis la période de référence.

50. En Amérique du Nord, en Europe centrale et occidentale, et en Océanie des structures de mise en réseau avaient déjà été établies avant 1998, tandis que dans des régions comme l'Europe orientale et du Sud-Est, l'Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient et l'Afrique subsaharienne, les principaux progrès ont été réalisés pour l'essentiel depuis 1998 (voir figures 61 à 69).

Figure 61.

Afrique du Nord et Moyen-Orient: Mise en œuvre de réponses multisectorielles et de mécanismes de mise en réseau, par période redditionnelle (indice composite)

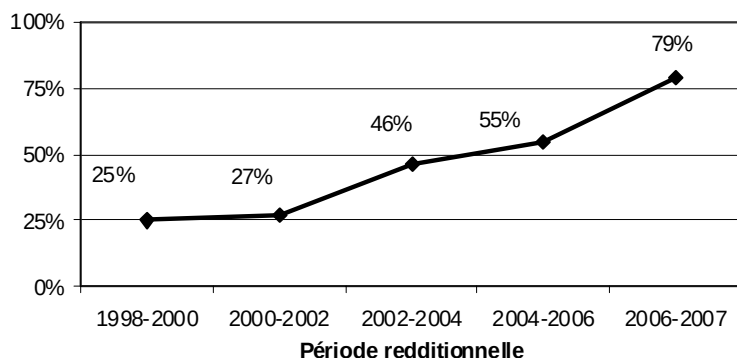


Figure 62.

Afrique subsaharienne: Mise en œuvre de réponses multisectorielles et de mécanismes de mise en réseau, par période redditionnelle (indice composite)

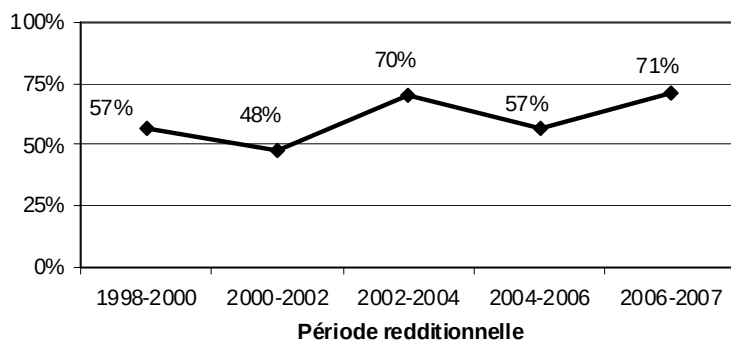


Figure 63.

Amérique latine et Caraïbes: Mise en œuvre de réponses multisectorielles et de mécanismes de mise en réseau, par période redditionnelle (indice composite)

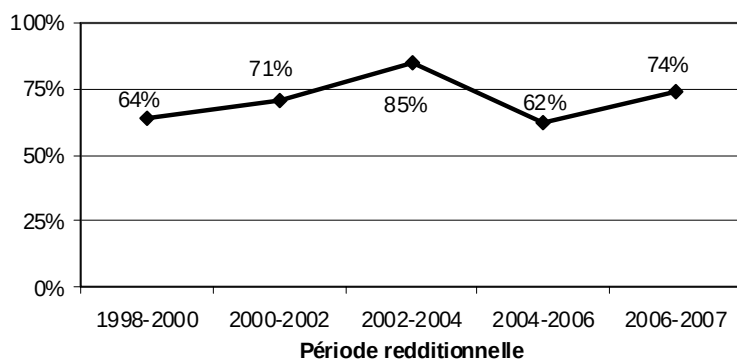


Figure 64.

Amérique du Nord: Mise en œuvre de réponses multisectorielles et de mécanismes de mise en réseau, par période redditionnelle (indice composite)

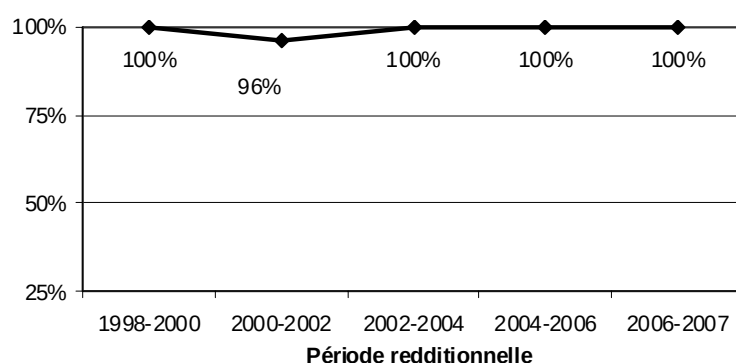


Figure 65.

Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest: Mise en œuvre de réponses multisectorielles et de mécanismes de mise en réseau, par période redditionnelle (indice composite)

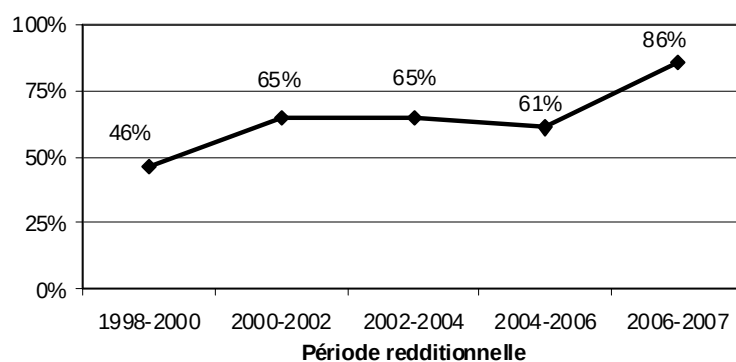


Figure 66.

Asie de l'Est et du Sud-Est: Mise en œuvre de réponses multisectorielles et de mécanismes de mise en réseau, par période redditionnelle (indice composite)

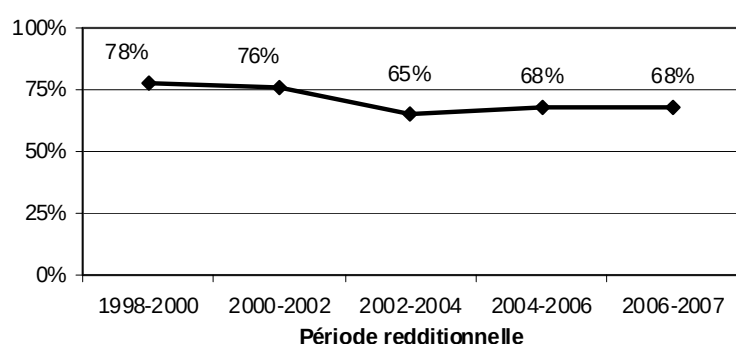


Figure 67.

Océanie: Mise en œuvre de réponses multisectorielles et de mécanismes de mise en réseau, par période redditionnelle
(indice composite)

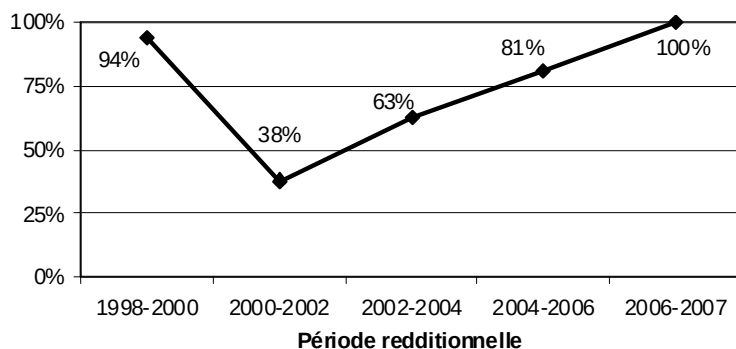


Figure 68.

Europe centrale et occidentale: Mise en œuvre de réponses multisectorielles et de mécanismes de mise en réseau, par période redditionnelle
(indice composite)

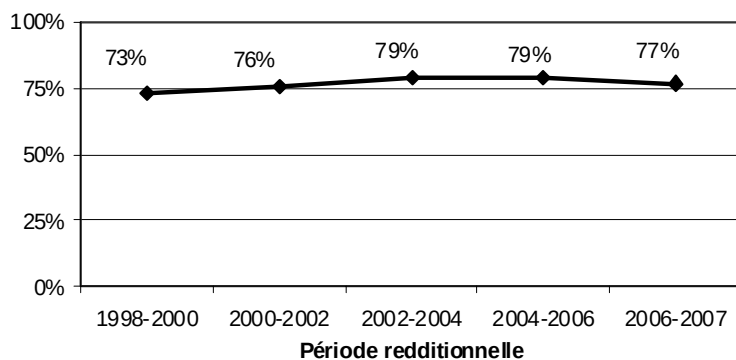
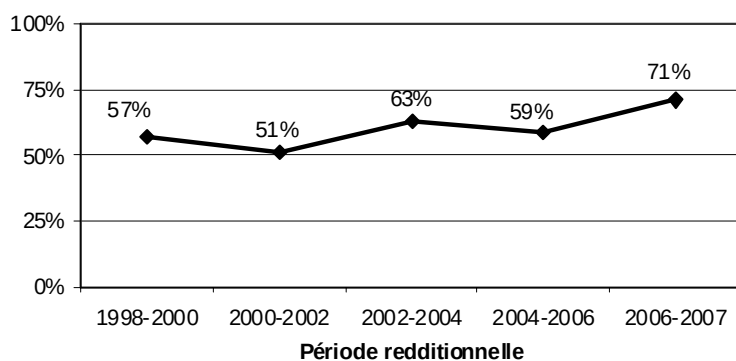


Figure 69.

Europe orientale et du Sud-Est: Mise en œuvre de réponses multisectorielles et de mécanismes de mise en réseau, par période redditionnelle
(indice composite)



51. Au niveau régional, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a soutenu avec succès la création de réseaux de groupes de jeunes et d'organisations communautaires travaillant à la prévention de l'abus de drogue chez les jeunes dans certaines régions (Europe orientale, Asie du Sud, Asie de l'Est, Afrique orientale, Mexique et Amérique centrale, Amérique du Sud) qui ont pris la relève et complété l'action du Réseau mondial de la jeunesse. Le Réseau mondial de la jeunesse (www.unodc.org/youthnet) avait été établi pour donner suite au Forum mondial *Youth Vision Jeunesse* organisé à Banff, au Canada, en 1998 à l'occasion de la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale. En dépit d'activités soutenues et des progrès accomplis, des efforts renouvelés sont nécessaires pour pousser plus avant la définition et l'expansion de mécanismes de coordination.

3. Capacité de recueillir et d'analyser l'information: "Évaluer le problème"

52. Globalement, la collecte de données et leur analyse ont connu une expansion, davantage de pays dans toutes les régions ayant signalé la disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogue. La base d'information sur l'abus de drogue et les problèmes connexes aux niveaux national, régional et mondial s'est améliorée. Le rôle joué par les organes régionaux et nationaux de coordination, les réseaux experts et d'autres structures d'appui mérite d'être noté à cet égard (voir figures 70 à 78).

Figure 70.

Afrique du Nord et Moyen-Orient: Disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogues, par période redditionnelle
(indice composite)

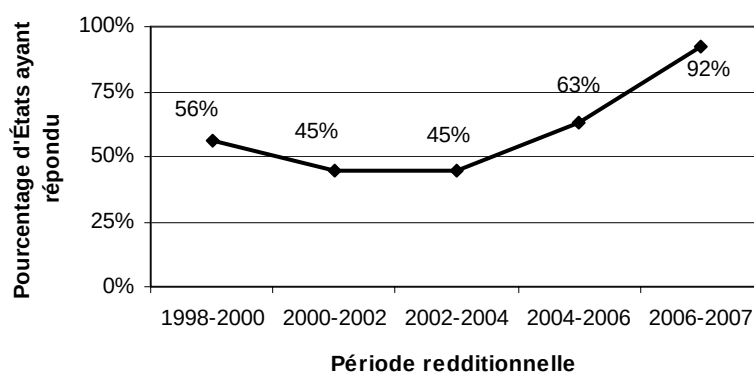


Figure 71.

Afrique subsaharienne: Disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogues, par période redditionnelle
(indice composite)

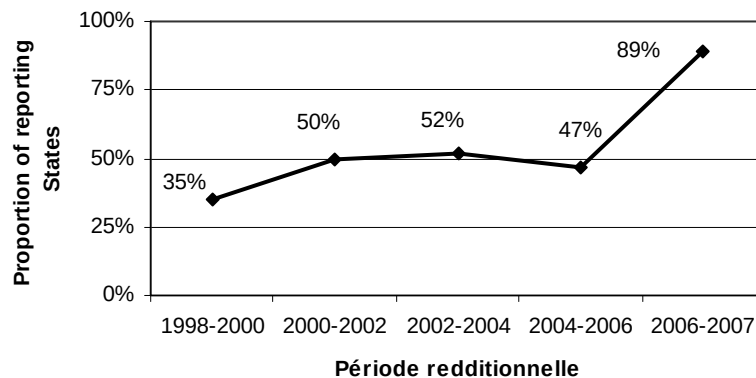


Figure 72.

Amérique latine et Caraïbes: Disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogues, par période redditionnelle
(indice composite)

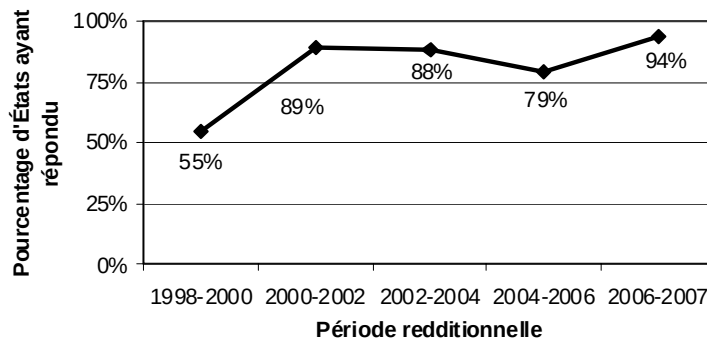


Figure 73.

Amérique du Nord: Disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogues, par période redditionnelle
(indice composite)

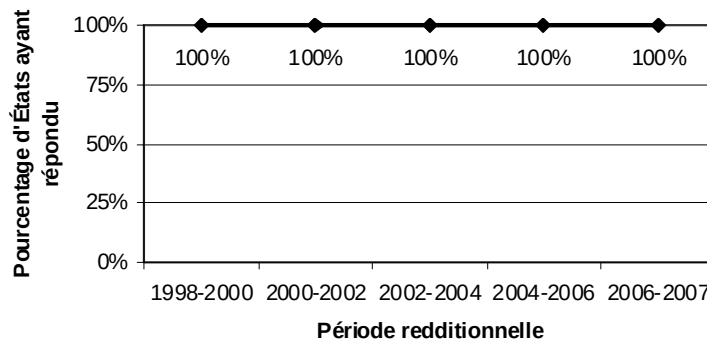


Figure 74.

Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest: Disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogues, par période redditionnelle
(indice composite)

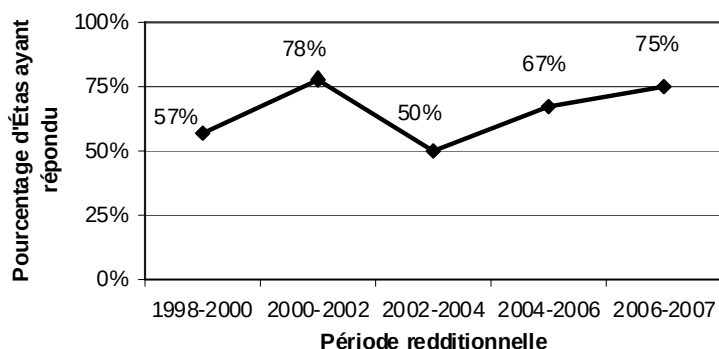


Figure 75.

Asie de l'Est et du Sud-Est: Disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogues, par période redditionnelle
(indice composite)

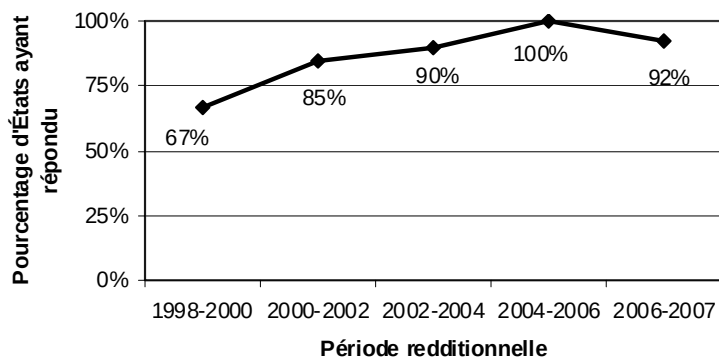


Figure 76.

Océanie: Disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogues, par période redditionnelle
(indice composite)

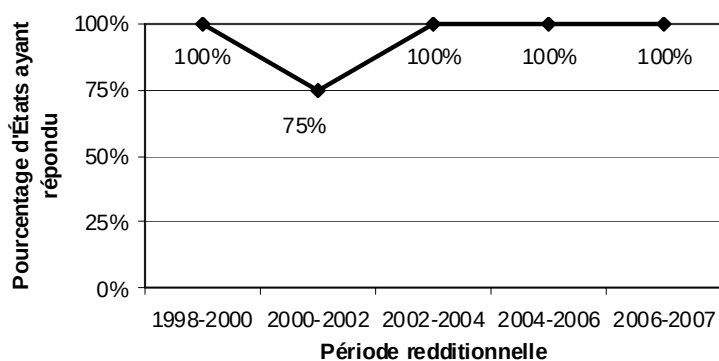


Figure 77.

Europe centrale et occidentale: Disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogues, par période redditionnelle
(indice composite)

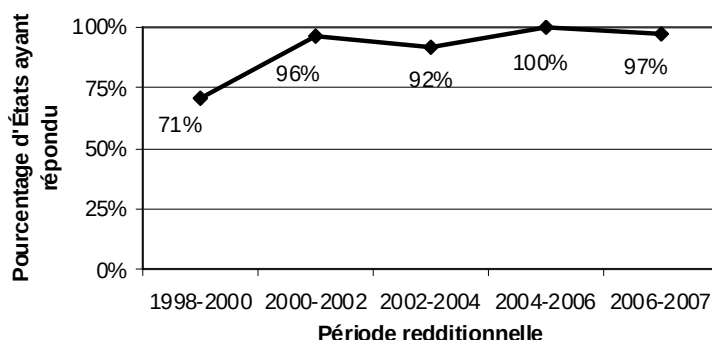
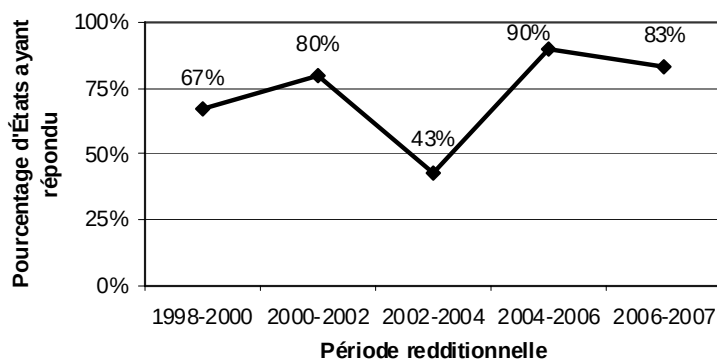


Figure 78.

Europe orientale et du Sud-Est: Disponibilité de mécanismes permettant d'évaluer l'abus de drogues, par période redditionnelle
(indice composite)



53. La plus grande disponibilité d'évaluations de la situation de l'abus de drogues, telle que rapportée par le biais du questionnaire biennal, peut donner une image excessivement optimiste de la capacité technique, de l'ampleur ou de la durabilité des moyens de collecte et d'analyse de données sur l'abus de drogue dans beaucoup de pays. Toutefois les efforts continus de renforcement des capacités et la diffusion de pratiques, de méthodes et d'outils épidémiologiques fondés sur les faits pour suivre les schémas et les tendances de l'usage de drogues ont contribué à la mise en place de systèmes nationaux d'observation dans certaines régions.

54. Par exemple certains Etats d'Asie de l'Est et du Sud-Est et d'Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest ont sensiblement renforcé leur action de suivi des schémas d'utilisation de drogues et des tendances épidémiologiques en mettant en place des réseaux experts régionaux coordonnés avec l'ONUDD. L'établissement de mécanismes tels le réseau d'information sur l'abus de drogue pour l'Asie et le Pacifique pour suivre les schémas et les tendances de l'abus de stimulants de type amphétamines, ou du réseau régional d'Asie centrale d'information sur les drogues, qui permet de suivre la demande de traitement, ont joué un rôle important dans le renforcement des capacités nationales. Les Etats de l'Amérique latine et des

Caraïbes ont accompli des progrès significatifs, en particulier dans le secteur des enquêtes scolaires, grâce aux concours apportés par la CICAD.

55. Les réseaux régionaux et nationaux de coordination (par exemple le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, l'Observatoire européen des toxicomanies, la CICAD, le Groupe de travail sur l'épidémiologie communautaire de l'Institut national des Etats-Unis d'Amérique sur l'abus de drogues (CEWG/NIDA), le Réseau épidémiologique sur l'usage de drogues de la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC) les opérations coopératives menées par l'Association des Nations d'Asie du Sud-Est et la Chine pour réagir aux drogues dangereuses (ACCORD)) ont aidé les gouvernements à évaluer systématiquement la situation en matière de drogues, en utilisant les principaux indicateurs internationaux et les pratiques méthodologiques optimales. L'assistance technique a également permis d'améliorer l'accès à l'information statistique et a facilité l'échange de résultats de recherche entre les Etats. Le Programme mondial de l'ONUDC d'évaluation de l'abus de drogues (GAP) continue d'aider les pays à mettre sur pied des systèmes d'information nationaux sur les drogues qui promeuvent, soutiennent et facilitent la communication de données comparables sur la consommation de drogues.

56. La CICAD, par le biais du Système interaméricain de données uniformes sur l'utilisation de drogues (SIDUC), a apporté une assistance technique et financière pour entreprendre des études épidémiologiques auprès des étudiants dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui ont sollicité ce concours. Des études portant sur l'ensemble de la population sont effectuées dans plusieurs pays, alors qu'elles n'auraient pas pu être réalisées antérieurement pour des motifs techniques et financiers. La CICAD aide également certains Etats à mettre en place des observatoires nationaux sur les drogues et à créer des bureaux centraux de collecte d'informations et de statistiques sur l'abus de drogues. Il n'en demeure pas moins que le développement et le fonctionnement des systèmes nationaux de collecte et de gestion des informations continuent de se heurter à des obstacles dans plusieurs pays faute de ressources humaines, financières et technologiques, ainsi qu'en raison de problèmes de coordination interinstitutionnelle.

57. La capacité de collecte et d'analyse de données dans beaucoup de pays est soutenue par les réponses reçues au questionnaire annuel qui, depuis sa révision en 2001, a été annuellement complété par plus de 100 pays et permet maintenant de se faire une idée plus nuancée et plus précise qu'auparavant de l'ampleur, des schémas et des tendances de l'abus de drogues. L'utilisation d'un ensemble harmonisé d'indicateurs épidémiologiques centraux a sensiblement amélioré la comparabilité des données demandées par le questionnaire. L'inclusion d'avis experts, de caractère qualitatif, sur les tendances a permis à tous les pays d'indiquer des évolutions, même lorsque les données quantitatives dérivées d'enquêtes, de registres de traitement ou d'autres études font défaut.

58. Le questionnaire biennal, malgré ses limitations, constitue un élément important pour suivre différents secteurs thématiques importants. C'est particulièrement le cas dans le domaine de la réduction de la demande. Les progrès accomplis dans le suivi de ces secteurs ne devraient pas être perdus, même s'il a été reconnu que les outils et les mécanismes redditionnels devraient être affinés. Il a été admis que tout système redditionnel futur devrait être aussi efficace que possible et se fonder sur un noyau d'indicateurs méthodologiquement bien fondés. Le fardeau

de la fonction redditionnelle devrait être réduit au minimum, en limitant la collecte de données aux secteurs clefs, et en exploitant les capacités existantes et les ressources disponibles de manière efficiente pour éviter chevauchements et doublons.

59. La communauté internationale et les entités régionales et nationales concernées par la fonction redditionnelle devraient s'attacher, ensemble, à élaborer des outils redditionnels communs et de haute qualité, et à partager ressources, informations et expertise. Des efforts continus sont nécessaires pour améliorer au niveau national les capacités d'entreprendre les études nécessaires pour mesurer et valider l'importance et les caractéristiques du problème dans différentes régions. L'analyse au niveau global doit aussi être appuyée par les contributions des experts régionaux et nationaux. Il est entendu que les approches doivent être adaptées aux différents contextes nationaux et régionaux en fonction des niveaux de l'information disponible. En outre des activités de renforcement des capacités sont nécessaires pour les régions du monde où la capacité redditionnelle est actuellement insuffisante.

4. Evaluation et incorporation des enseignements: "Bâtir sur l'expérience"

60. En 2007, 76 pour cent des Etats qui ont répondu ont signalé disposer de bases de données nationales sur la réduction de la demande, alors qu'en 1998 cette proportion n'était que de 45 pour cent. Il est cependant difficile de tirer des conclusions sur la base des réponses à cette question sans informations additionnelles, notamment sur la manière dont ces bases de données ont été exploitées à des fins de planification des politiques et des programmes.

61. Des possibilités de formation à l'intention des planificateurs et des praticiens concernés par la prestation de services sont généralement disponibles dans différentes régions. Globalement, 90 pour cent des Etats ayant répondu ont signalé que des formations étaient disponibles pour les personnels des agences tant spécialisées que non spécialisées, et environ 60 pour cent dispensaient des formations de manière continue à l'intention de ces deux groupes. La formation est un domaine dans lequel des améliorations considérables par rapport à la période de référence sont signalées dans presque toutes régions. Certaines de ces évolutions positives sont également reflétées dans les indices composites établis à partir de différentes questions posées dans la sous-section du questionnaire intitulée "Bâtir sur l'expérience" (voir figures 79 à 87).

Figure 79.

Afrique du Nord et Moyen-Orient: Mise en œuvre de mesures visant l'évaluation et l'incorporation des enseignements, par période redditionnelle
(indice composite)

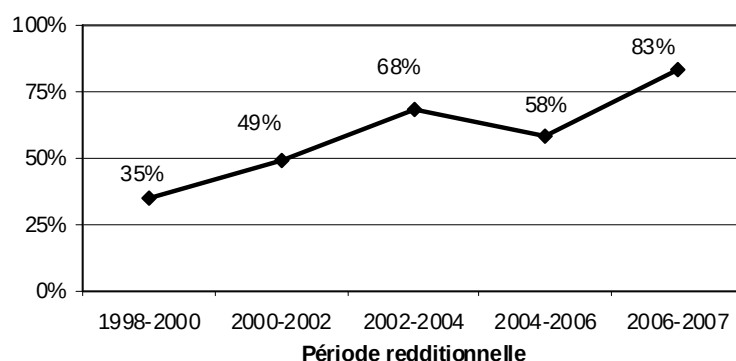


Figure 80.

Afrique subsaharienne: Mise en œuvre de mesures visant l'évaluation et l'incorporation des enseignements, par période redditionnelle
(indice composite)

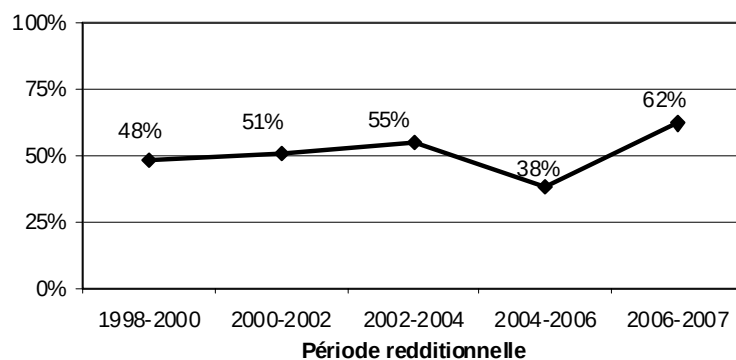


Figure 81.

Amérique latine et Caraïbes: Mise en œuvre de mesures visant l'évaluation et l'incorporation des enseignements, par période redditionnelle
(indice composite)

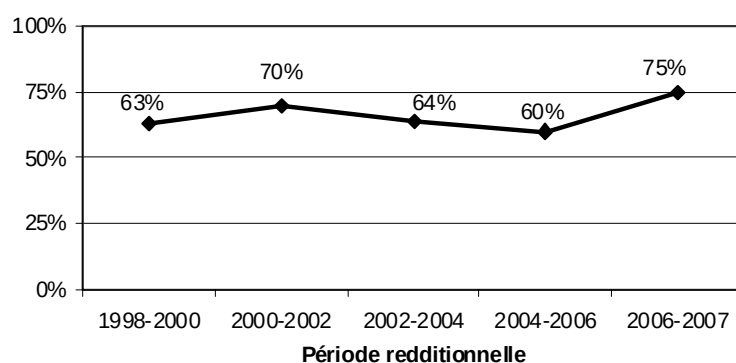


Figure 82.

Amérique du Nord: Mise en œuvre de mesures visant l'évaluation et l'incorporation des enseignements, par période redditionnelle (indice composite)

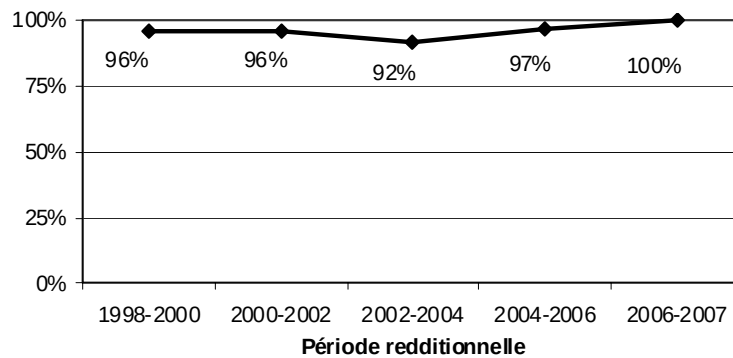


Figure 83.

Asie centrale, du Sud et du Sud-Ouest: Mise en œuvre de mesures visant l'évaluation et l'incorporation des enseignements, par période redditionnelle (indice composite)

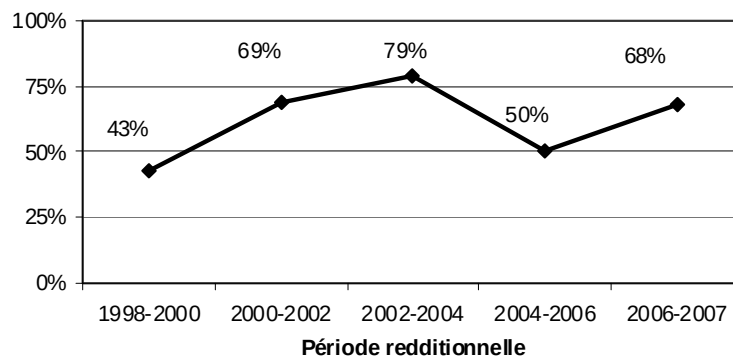


Figure 84.

Asie de l'Est et du Sud-Est: Mise en œuvre de mesures visant l'évaluation et l'incorporation des enseignements, par période redditionnelle (indice composite)

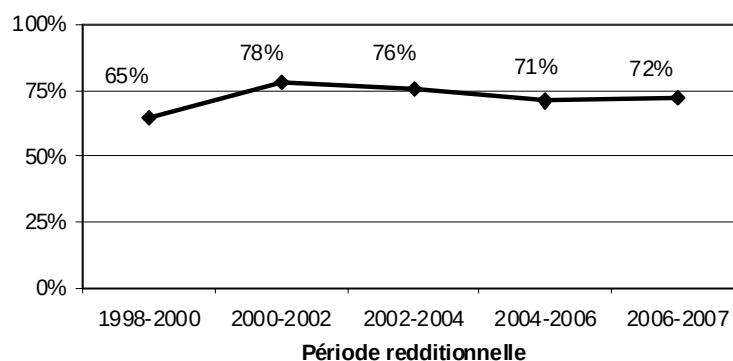


Figure 85.

Océanie: Mise en œuvre de mesures visant l'évaluation et l'incorporation des enseignements, par période redditionnelle
(indice composite)

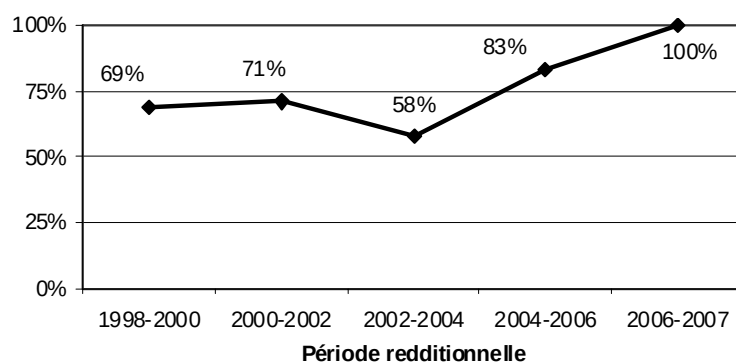


Figure 86.

Europe centrale et occidentale: Mise en œuvre de mesures visant l'évaluation et l'incorporation des enseignements, par période redditionnelle
(indice composite)

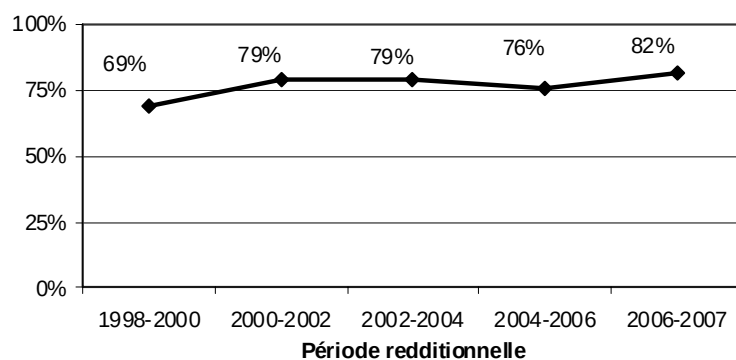
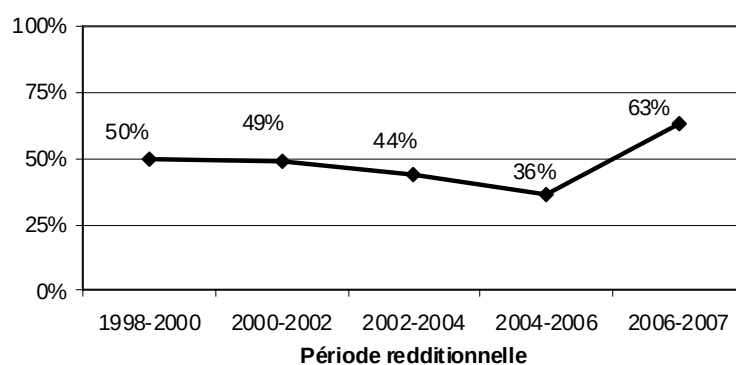


Figure 87.

Europe orientale et du Sud-Est: Mise en œuvre de mesures visant l'évaluation et l'incorporation des enseignements, par période redditionnelle
(indice composite)

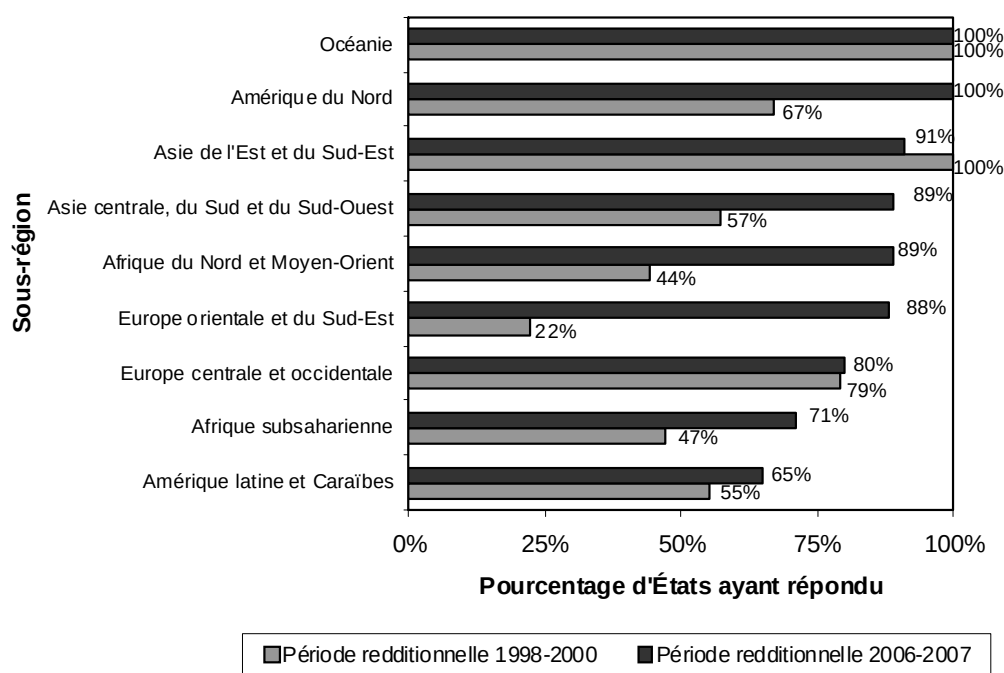


62. En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 44 pour cent des pays signalaient en 1998 ne pouvoir offrir aucune formation aux personnels des services spécialistes des drogues dans le pays (cette valeur était de 78 pour cent pour le personnel des services non spécialistes des drogues), tandis qu'en 2007 seuls 11 pour cent ont rapporté que le personnel des services spécialisés dans les questions de drogues n'avait reçu aucune formation (13 pour cent pour le personnel des services non spécialisés dans les questions de drogues). Par ailleurs 78 pour cent des Etats de cette sous-région ayant répondu signalent que cette formation est assurée de manière continue (63 pour cent pour le personnel des services non spécialistes des drogues).

63. Les rapports biennaux indiquent une tendance positive en ce qui concerne l'évaluation des activités de réduction de la demande et l'incorporation des enseignements (voir figure 88). La plupart des pays ayant répondu ont rapporté un accroissement régulier depuis la première période redditionnelle, 81 pour cent d'entre eux signalant en 2007 avoir suivi et évalué les activités de réduction de la demande, contre 62 pour cent en 1998. Il est crucial que cette tendance positive soit maintenue et renforcée. Il convient aussi de noter que 91 Etats sur les 108 ayant répondu pour la cinquième période redditionnelle ont répondu à cette question, et ce facteur peut avoir eu une incidence sur l'analyse de cette tendance pour certaines régions.

Figure 88.

Suivi et évaluation de l'application des stratégies et des activités de réduction de la demande, par sous-région, 1998-2000 et 2006-2007
(indice composite)



64. Dans les Amériques, le travail mené par la CICAD pour élaborer un instrument régional concret d'évaluation des programmes de prévention de l'abus de drogues, s'il reste à finaliser, peut avoir contribué à mieux faire prendre conscience aux pays de la région de la nécessité de tirer parti de l'expérience.

III. Recommandations

65. Le questionnaire biennal a constitué la première tentative pour suivre de manière générale et à l'échelle mondiale les efforts fournis par les Etats Membres. Il importe de s'appuyer sur les réalisations obtenues jusqu'ici et de continuer de suivre les activités au delà de 2008, car c'est là une composante essentielle pour soutenir et développer les activités de réduction de la demande.

66. Dans la perspective des suites à donner à l'évaluation de l'UNGASS et afin de traiter d'un certain nombre de domaines qui demandent une action, les recommandations ci-après sont portées à la connaissance de la Commission et des Etats Membres:

a) Compte tenu du niveau élevé de l'engagement politique à mettre en œuvre des mesures de réduction de la demande de drogues, ces mesures doivent être fondées sur des connaissances solides, et doivent être maintenues et/ou renforcées dans certaines régions.

b) Davantage de ressources doivent être consacrées au renforcement des fondements sur lesquels construire des stratégies nationales efficaces, par l'investissement dans la recherche et l'analyse.

c) Les Etats Membres doivent produire des données meilleures et améliorer leur base d'informations et leur capacité d'évaluation pour permettre de prendre des décisions mieux informées.

d) Les systèmes régionaux existants d'information sur les drogues devraient être appuyés dans le long terme afin de produire des résultats de manière rentable et méthodologiquement bien fondée.

e) Il est généralement besoin que les pays développent et améliorent la couverture des programmes et des services de réduction de la demande; si des progrès ont été accomplis, ils ne peuvent pas être jugés suffisants dans beaucoup de pays.

f) Dans le domaine de la prévention, des programmes efficaces, comme l'éducation aux compétences de vie, doivent être développés.

g) La couverture des programmes de traitement et de réadaptation doit être élargie, car dans certaines régions le niveau de prestation de services est très bas et les éléments clefs du continuum de services (comme les traitements par substitution) ne sont pas généralement disponibles.

h) Les Etats Membres devraient envisager d'étendre la couverture des services et d'assurer la disponibilité de l'ensemble des services nécessaires dans le cadre d'interventions visant à réduire les effets nocifs sur la santé et les conséquences sociales de l'abus de drogue.

i) Les Etats Membres devraient consacrer davantage de ressources aux groupes de population qui ont des besoins spéciaux et sont les plus vulnérables, et mettre en œuvre des services et des programmes systématiques à leur intention.

j) Les Etats Membres doivent élargir les partenariats, et y faire participer toutes les parties prenantes.

k) Les Etats Membres doivent rechercher davantage de perspectives de mise en réseau et de partage des enseignements et des pratiques optimales en matière de réduction de la demande de drogues, susceptibles d'être adaptées pour répondre à des besoins locaux spécifiques. Cela s'impose pour réduire l'écart entre les Etats qui ont une longue expérience de la réduction de la demande de drogues et mènent des programmes durables d'une part, et les Etats qui manquent de l'expérience et des ressources nécessaires, d'autre part.

l) La Commission doit aborder la question de l'avenir du suivi et de l'activité redditionnelle et envisager la mise en place d'un mécanisme de suivi, doté de ressources suffisantes et renforcé, qui devrait:

i) permettre de faire une évaluation exacte de la qualité, de l'ampleur et de la couverture des interventions;

ii) constituer une instance de normalisation et d'harmonisation des méthodes, des concepts et des outils redditionnels;

iii) travailler en collaboration étroite avec les organes internationaux, régionaux et nationaux pour réduire le poids global de l'activité redditionnelle pour les Etats Membres et maximiser l'utilisation des ressources;

iv) soutenir le renforcement des capacités de collecte et d'analyse des données dans les régions où elles sont insuffisantes; et

v) tenir compte du contexte régional.
